



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO – FAED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA – PPGH

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**HISTÓRIAS DE MULHERES:
ENTRE A LOUCURA E O CRIME
(SANTA CATARINA, 1971-2002)**

CÍNTIA PALUDO FLORIANO

FLORIANÓPOLIS, 2018

CÍNTIA PALUDO FLORIANO

HISTÓRIAS DE MULHERES: ENTRE A LOUCURA E O CRIME
(SANTA CATARINA, 1971-2002)

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em História.

Orientadora: Dra. Silvia Maria Fávero Arend.

Florianópolis

2018

F635h Floriano, Cintia Paludo
Histórias de mulheres: entre a loucura e o crime (Santa Catarina, 1971-
2002) / Cintia Paludo Floriano. - 2018.
177 p. il.; 29 cm

Orientadora: Silvia Maria Favero Arend
Bibliografia: p. 165-175
Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina,
Centro de Ciências Humanas e da Educação, Programa de Pós-Graduação em
História, Florianópolis, 2018.

1. Mulheres - História - Brasil. 2. Loucura. 3. Insanidade. 4. Manicômio
judiciário. I. Arend, Silvia Maria Favero. II. Universidade do Estado de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em História. III. Título.

CDD: 305.40981 - 20.ed.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Alice de A. B. Vazquez CRB14/865
Biblioteca Central da UDESC

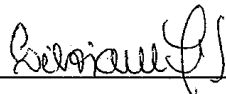
CINTIA PALUDO FLORIANO

“Histórias de mulheres: entre a loucura e o crime (Santa Catarina, 1971-2002)”.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestra, no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Banca julgadora:

Orientadora:



Doutora Silvia Maria Favero Arend
Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro:

Doutora Yonissa Marmitt Wadi
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Membro:



Doutora Gláucia de Oliveira Assis
Universidade do Estado de Santa Catarina

Florianópolis, 20 de agosto de 2018

Para minha mãe, Salete

Para as mulheres cujas histórias foram perpassadas
pela instituição psiquiátrica

AGRADECIMENTOS

A escrita desta dissertação, apesar da minha autoria é resultante de uma construção proporcionada no coletivo. Por isso, agradeço as pessoas que contribuíram para este feito. Ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Estado de Santa Catarina, pelos espaços de discussão, e especialmente às professoras Mariana Joffily, Viviane Trindade Borges, Luciana Rossato, e Cristiani Bereta da Silva. Aos professores Reinaldo Lindolfo Lohn, e ao Luiz Felipe Falcão, pelas aulas que instigaram e deslocaram meu lugar de aprendiz de pesquisadora.

Um mestrado faz parte da formação profissional, e incide no pessoal. A função da orientadora é de fundamental importância. À professora Silvia Maria Fávero Arend, pela atenção, e pragmática dedicada a este estudo, minha admiração e identificação. Agradeço aos ensinamentos sobre ética, que consegue transmitir para além de qualquer teoria, mas na prática, pela sabedoria.

À professora Yonissa Marmitt Wadi, pela participação fundamental na avaliação e direcionamentos feitos no exame de qualificação, e posteriormente na banca de defesa. À professora Marlene de Fáveri pelas contribuições no momento desse exame. À professora Glaucia de Oliveira Assis pelo aceite em avaliar este estudo na banca de defesa.

À professora Neiva Senaide Petry Panozzo pela leitura de cada página, por me ensinar “escovar” as palavras. Uma mestra da academia e da vida.

Aos funcionários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina, pela acolhida de uma pesquisadora em seu espaço. Ao Márcio Goulart, diretor que abriu as portas da instituição e confiou no meu trabalho. Ao Paulo Henrique da Silveira, diretor jurídico, sempre um grande incentivador, além das explicações da legislação penal, e de tornar melhor as manhãs e tardes em que fiquei na sala ao lado. À Rita de Cassia Ouriques Daros, que diante da minha denegação em adentrar pela primeira vez em um hospital de custódia, conduziu com sensibilidade e mostrou uma parte da cidade quase invisível. Essa experiência ainda ressoa.

Aos funcionários do Museu do Judiciário Catarinense, especialmente à Jaqueline Amaral, pela presteza e empenho impecáveis no atendimento. À Thais Machado pela delicadeza diante da burocracia. Ao Sandro Makowiecki por explicar pacientemente e reiteradamente a dinâmica do Poder Judiciário.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo auxílio financeiro, o qual permitiu a dedicação integral para a investigação e dias intermináveis em arquivos.

Ao Grupo de Estudos de História da Infância e Juventude, pelas discussões efetuadas e pela leitura crítica deste texto.

Às colegas, agora amigas Priscila de Andrade Rodrigues e Liara Fagundes Echart, pela leveza das conversas sobre o trivial da vida, e pela identificação de geração, foi um encontro; Paula Franco, pela leitura e discussão deste texto quando era um projeto, pela atenção, respeito e disponibilidade.

À Camila Damasceno de Andrade por auxiliar minhas incursões no Direito.

À amiga Sandra Krindges por ser o que és, e por apoiar e suportar minha busca na tentativa de conhecer o que sou.

Aos pais, Salete e Luiz Carlos Paludo, Antônia e José Círio Floriano, pelos dois lares que são refúgios e pelo amor incondicional.

Ao Leandro meu “aliado a lado”, pelo amor diário que fortalece, constrói, compartilha e transforma. Por estar ao lado ao longo desse percurso, vivenciando todos os momentos, e dando o suporte necessário, para que eu ficasse bem sempre. Por escutar cada pequena descoberta, e por acalmar diante das agruras. Um amor sutil que ameniza as asperezas da vida e intensifica os pequenos regozijos.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACTJSC	Arquivo Central do Tribunal de Justiça de Santa Catarina
APESC	Arquivo Público do Estado de Santa Catarina
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMP	Complexo Médico Penal
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
HCS	Hospital Colônia Sant'Ana
HCTP-SC	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina
HSP	Hospital São Pedro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPFMC	Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
IPq-SC	Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina
LEP	Lei de Execução Penal
MJRS	Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul
MJSC	Manicômio Judiciário do Estado Santa Catarina
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atendimento Psicossocial
SAME/ HCTP-SC	Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina

RESUMO

O estudo tem por objetivo investigar trajetórias de mulheres que passaram por exame de sanidade mental no Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina, e que foram consideradas inimputáveis e semi-imputáveis, no período entre 1971 e 2002. As fontes utilizadas na investigação foram prontuários produzidos no Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina, processos penais oriundos do mesmo estado da federação, legislação penal e civil brasileira, mensagens do governador de Santa Catarina e ofícios. Os referidos documentos foram analisados a partir da História das Mulheres e da História do Tempo Presente. O estudo foi dividido em três capítulos sendo que no primeiro se discute a emergência e a implementação dos Manicômios Judiciários no Brasil, assim como se problematiza a ausência de um espaço específico para a internação das mulheres nessas instituições. Ainda nesse capítulo se infere sobre as possibilidades e os limites dos prontuários provenientes dos Manicômios Judiciários como fontes para a pesquisa histórica. No segundo e terceiro capítulos foram realizados dois estudos de caso a partir de dois processos penais produzidos pelo Poder Judiciário de Santa Catarina.

Palavras chave: Mulheres, Crime, Loucura, Manicômio Judiciário, História do Tempo Presente.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the trajectories of women who underwent a mental health examination in the Judicial Asylum of the State of Santa Catarina and were considered unimputable and semi-imputable in the period between 1971 and 2002. The sources of dates used in the investigation were medical records produced in the Judicial Asylum of the State of Santa Catarina, criminal proceedings originating from the same state of the federation, Brazilian criminal and civil legislation, messages from the governor of Santa Catarina and offices. These documents were analyzed from the History of Women and History Present Time. The study was divided into three chapters, the first of which discusses the emergence and implementation of the Judicial Asylum in Brazil, as well as the question of the absence of a specific space for the hospitalization of women in these institutions. Still in this chapter it is inferred on the possibilities and the limits of the medical records from the Judicial Asylums as sources for the historical research. In the second and third chapters, two case studies were carried out based on two criminal cases produced by the Judiciary Branch of Santa Catarina.

Keywords: Women, Crime, Madness, Judicial Asylum, Present Time History.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 TECENDO PERCURSOS PARA UMA HISTÓRIA DAS MULHERES	39
1.1 ENTRE O MANICÔMIO E O CÁRCERE	40
1.2 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO DE SANTA CATARINA	47
1.3 PRESCRUTANDO VESTÍGIOS SOBRE AS MULHERES	52
1.3.1 As “fronteiriças”	59
1.3.2 As “irresponsáveis”	64
2 UM LUGAR PARA TERESA	71
2.1 NAS PEGADAS DE TERESA	72
2.2 TRAJETÓRIA MANICOMIAL	78
2.2.1 No Hospital Colônia Sant’Ana	78
2.2.2 De louca à criminosa: Teresa enredada entre a psiquiatria e a justiça	81
2.2.2.1 <i>Investigação policial</i>	88
2.2.2.2 <i>O exame psiquiátrico</i>	93
2.2.2.3 <i>Absolvição e condenação: a ambiguidade da medida de segurança</i>	99
2.2.3 Teresa no Manicômio Judiciário do Paraná	102
2.2.4 Na impossibilidade do retorno: a Reforma Psiquiátrica	106
3 LOURDES: UMA TRAJETÓRIA ENTRE O CRIME E A LOUCURA	119
3.1 LOURDES: DE ESPOSA E MÃE À DELEGACIA	122
3.1.1 O inquérito e a polifonia de vozes	125
3.2 LOURDES NO TRIBUNAL	129
3.2.1 O exame psiquiátrico	130
3.3 O DESLOCAMENTO DA LOUCURA CRIMINOSA AO SUL DO BRASIL: UMA TRAJETÓRIA MANICOMIAL	140
3.4 MANICÔMIO JUDICIÁRIO E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM DIÁLOGO DISSONANTE	144
3.5 ENTRELACANDO A TRAMA: COADUNANDO TRAJETÓRIAS	154
CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
REFERÊNCIAS	165
APÊNDICE A - Quadro geral dos crimes	177

INTRODUÇÃO

Louco, sujeito masculino e universal. Já a loucura remete à despersonalização desse sujeito, encobrendo sua “feição”. Tendo em vista os diversos significados semânticos dos termos, em concordância com o filósofo Peter Pelbert (1992, p. 133) entendendo o louco como “esse personagem social discriminado, excluído e recluso”; e a loucura como “uma dimensão da nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como seu limite, o seu contrário, o seu outro”. A partir de Pelbert, a filósofa Patrice Vermeren (2013, p. 14) sugeriu que os completamente loucos estão no hospício. A autora ainda postula: “para saber o que é o louco, é necessário saber quem está enclausurado”. Mas quem designa o que é a loucura e quem é o louco ou a louca? Somados a esses questionamentos, acrescentarei ainda mais complexidade à minha indagação: quais são as relações entre crime e loucura?

O interesse em conhecer os “rostos” da loucura, e motivada pelas questões acima, adentrei os pesados portões e sombrios corredores do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina (HCTP-SC), outrora Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina (MJSC). Instituição essa que concatena hospital psiquiátrico e prisão, considerada uma instituição de confinamento¹. O objetivo era o desenvolvimento de um trabalho de campo para o curso de Serviço Social, que previa algumas visitas, conversas com a assistente social, e o acompanhamento da rotina da profissional na instituição. Era uma manhã chuvosa de abril, e a apreensão em permanecer naquele espaço foi dissipada quando fomos ao pátio e tive a oportunidade de conversar com alguns internos. Um lugar com muitas histórias cujas reminiscências do passado se fazem presente. Na medida em que a atividade proposta finalizava, a familiaridade com o lugar anunciava que as marcas dessa experiência ainda permaneceriam em minha trajetória profissional e pessoal.

A oportunidade em dialogar com o gestor e o diretor jurídico da instituição, a fim de compreender o funcionamento, a burocracia, as concepções que norteavam o trabalho para o atendimento daquelas pessoas, levou ao questionamento sobre a situação das mulheres, pois as mesmas não possuíam um lugar para internação. “Não sabemos, pois elas somente fazem o exame psiquiátrico”. Essa resposta suscitou inquietações que remetiam a minha afeição à

¹ A denominação “instituição de confinamento” ou “instituição de sequestro”, conforme a asserção de Foucault (2014, 2013) são instituições disciplinares que, compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui, normaliza. O autor explica que essas instituições possuem funções, como, a extração da totalidade do tempo; o controle dos corpos; e a criação de um novo tipo de poder, o qual é poliformo, polivalente.

história das mulheres, desde o tempo de estudante do curso de História. O interesse em trabalhar como uma futura assistente social se deslocou para o de uma aprendiz de pesquisadora da área de História que finalmente encontrava seu objeto de pesquisa.

O HCTP-SC foi criado em 1971 e é um entre os demais 25 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico do Brasil, conforme o censo realizado em 2011 (DINIZ, 2013). A antropóloga Débora Diniz afirma que, pela primeira vez na História dessas instituições, a população total de anônimos que habitavam esses lugares foi contada, eram 3.989 pessoas. A autora salienta que entre esse universo de desconhecidos estão uma minoria mais silenciada, as mulheres. No caso do HCTP-SC, além de silenciadas elas estavam nas “sombras” da história. A inexistência de um local específico para a internação de mulheres no HCTP-SC é uma característica da instituição associada às relações de gênero. A partir dessa problemática, a questão norteadora da presente pesquisa foi: Quais foram as experiências entre a loucura e o crime das mulheres que passaram por exame de sanidade mental no MJSC?

A indagação foi suscitada na perspectiva do tempo presente, uma vez que formulada a partir da contemporaneidade. Devido às mulheres não ficarem internadas na instituição, as informações sobre elas são praticamente inexistentes. Tal constatação é de suma importância, pois reforça uma invisibilidade sobre as mulheres implicadas na esfera penal e que tiveram a sanidade mental questionada.

Segundo o historiador François Dosse (2012), a história do presente ou a história no presente exige uma reflexão sobre o ato de escrever a História, sobre a equação subjetiva do historiador renunciando à postura de domínio que era muitas vezes a sua e que lhe permitia acreditar no seu poder de “fechar” os registros históricos. O autor explica que, essa mudança historiográfica resulta na ampliação do conceito “tempo presente”, que não é mais um período adicional do tempo próximo, mas “remete em sua acepção extensiva ao que é do passado e nos é ainda contemporâneo, ou ainda apresenta um sentido para nós do contemporâneo não contemporâneo” (DOSSE, 2012, p. 11). Conforme a compreensão do autor, esta é uma escrita histórica que, “resulta de uma tensão entre, de um lado o desejo de perceber o que aconteceu, como aconteceu e, por outro lado, o questionamento que emana do presente do historiador”, no caso, da historiadora (DOSSE, 2012, p. 12).

O objetivo da presente pesquisa foi investigar as experiências entre o crime e a loucura, que constituíram parte das trajetórias de mulheres, as quais foram acusadas de um crime e passaram por exame de sanidade mental no MJSC. Instituição essa destinada para a

internação das pessoas consideradas inimputáveis e semi-imputáveis (conforme disposto no Art. 26, do Código Penal de 1940).

Para a consecução do objetivo da pesquisa foi necessário a incursão em quatro arquivos, na busca de vestígios sobre as mulheres, uma vez que, elas não foram internadas no MJSC. O percurso da investigação perscrutou pistas a fim de demarcar os contornos que a trama foi desencadeando, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (SAME/ HCTP-SC), no Centro de Memória da Assembleia Legislativa, no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina (APESC) e no Arquivo Central do Tribunal de Justiça de Santa Catarina (ACTJSC).

O descortinamento do arquivo do SAME/ HCTP-SC, para a localização dos prontuários, foi o primeiro procedimento que permitiu o início desta tessitura. Esses documentos possuem a finalidade institucional de arquivar a trajetória de sujeitos internados ou que fizeram perícia psiquiátrica. O arquivo está em uma sala localizada na parte administrativa da instituição, separada das alas onde ficam os internos. Apesar da estrutura física do local onde estão as fontes não estar de acordo com os parâmetros indicados para o acondicionamento de documentos, a condição desse arquivo é insólita diante da realidade das demais instituições estatais. A organização das caixas se encontra de forma cronológica, facilitando assim o trabalho de pesquisa. Um trabalho silencioso no manuseio de folhas, onde diferentes “estratos de tempo” aguardavam as reflexões da pesquisadora.

Os prontuários estão organizados em um dossiê, composto por duas pastas: a médica, de cor verde, e a jurídica, de cor laranja. Ambas possuem um impresso padronizado com os seguintes dados: número de identificação do laudo, lote para localização no acervo, data de entrada e de saída, comarca, nome do/a paciente, endereço e crime cometido. A pasta jurídica contém as correspondências expedidas e recebidas do Judiciário, documento policial, ficha com informações do/a paciente, ofícios do Manicômio Judiciário para outras instituições psiquiátricas, laudo pericial, sendo que a maioria não possui a cópia do processo penal. A pasta médica é composta pelas anotações gerais e exames clínicos, consultas do/a psiquiatra e o laudo psiquiátrico. Sobre o uso desses documentos para a pesquisa, a antropóloga Débora Diniz (2015, p. 2668) denomina-os como, “uma peça híbrida que atende a duas ordens de saber e poder, o penal e o psiquiátrico”.

O volume de documentos dos prontuários que referem-se aos homens, é significativamente maior, pois os mesmos eram internados para cumprimento de medida de segurança detentiva, ou para tratamento psiquiátrico, portanto possuem registros diários.

Assim como o volume de documentos administrativo e médico aumentam conforme o período de permanência na instituição. Aqueles que se referem às mulheres basicamente são compostos pelo laudo pericial e algumas comunicações entre a instância policial, poder judiciário e manicômio judiciário.

Os prontuários revelaram “fragmentos de vida, disputas em retalhos expostas ali desordenadamente, refletindo ao mesmo tempo o desafio e a miséria humana” (FARGE, 2009, p. 80). Histórias ainda não conhecidas de mulheres “comuns”, que permaneciam no anonimato do arquivo. À medida que a pesquisa avançava na abertura das caixas, tirando a poeira e os grampos que insistiam no silenciamento dessas histórias, fui “descobrimo” mulheres, as quais possuem um nome e sobrenome, sofrimentos, famílias, loucuras, crimes, trajetórias institucionais.

A historiadora Yonissa Marmitt Wadi afirma que o uso dos prontuários para a pesquisa são fontes pontenciais para a reconstrução de trajetórias de internos de um hospital psiquiátrico, “ainda que tenham sido mediadas ou filtradas pelos representantes do saber médico, podem tomar vulto se o historiador fizer as perguntas certas, perguntas que tornem reconhecíveis vidas que foram afetadas pelo silêncio e pela repressão” (WADI, 2006, p. 70-71). Conforme Viviane Trindade Borges e Fernando Salla (2017, p. 120), os prontuários permitem “problematizar as práticas institucionais, as quais são reveladoras de uma constelação de acontecimentos históricos múltiplos a respeito da sociedade que criou tais espaços”.

Os prontuários das mulheres que passaram pelo MJSC são fontes lacunares, e insuficientes para a compreensão do contexto do crime que as levou ao manicômio judiciário, embora “os fragmentos de vida que jazem ali são breves, mas mesmo assim impressionam: espremidos entre poucas palavras que os definem e a violência que, de uma hora para outra, os faz existir para nós, eles preenchem registros e documentos com sua presença” (FARGE 2009, p. 32). As infrações pelas quais as mulheres foram acusadas remetem a uma estrutura mais ampla do social, cujas informações não constam nesses documentos. Aspecto esse que ratifica a proposição de Borges e Salla (2017) quando os autores problematizam os limites dessa fonte, indicando a necessidade de cotejar com outros documentos para uma análise mais rigorosa.

O levantamento dos prontuários foi realizado entre os anos de 1971 e 1994, pois foi o período no qual, a instituição denominava-se Manicômio Judiciário, e também corresponde à atuação predominante do psiquiatra Pedro Largura como gestor do MJSC. O ano de 1994 foi

emblemático porque ocorreu a alteração do regimento interno, tendo como principais mudanças, além da alteração da nomenclatura para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, a autorização da função de diretor para outros profissionais, não apenas o psiquiatra. Conforme consta no regimento interno de 1994: “portador de diploma de nível superior de Direito, ou Psicologia, ou Ciências Sociais, ou Pedagogia, ou Serviço Social” (SANTA CATARINA, 1994). Todavia, o levantamento dos referidos documentos, posteriormente, levou a investigação dos processos penais, a fim de fazer uma análise minuciosa das trajetórias de Teresa e de Lourdes, excedendo a demarcação oriunda dos prontuários. Sendo assim, o recorte temporal desta investigação concerne da criação MJSC, em 1971, e seguiu os vestígios das trajetórias das duas personagens principais desta narrativa, sendo que, os registros da história de Lourdes se encerram no ano de 1997 e os de Teresa em 2002, demarcando o recorte final da investigação.

Para o período do ano de 1971 ao ano de 1994, existem aproximadamente 4.000 prontuários, e desses, foram localizados 188 referentes às mulheres. Essa constatação vai ao encontro da afirmação da historiadora Michelle Perrot sobre a menor incidência das mulheres nos arquivos que tem sob custódia os processos penais. A autora compreende esse fenômeno da seguinte forma: [...] “não em virtude da natureza doce, pacífica e maternal, como pretende Lombroso, mas devido a uma série de práticas que as excluem do campo da vingança ou do confronto (PERROT, 1989, p. 11). A evidência que esses 188 prontuários demonstram para além da incidência das mulheres na esfera criminal, é a própria existência delas. Em concordância com Diniz (2013, p. 13) “ser contado é uma forma de existir”. Farge (2009, p. 37) afirma, “tornar visível a mulher quando a história se abstinha de vê-la impõe um corolário: trabalhar sobre a relação entre os sexos, fazer dessa relação um objeto da história”.

A pesquisa da historiadora Juliana Sardá, “Entre o manicômio e a prisão: a fundação e os internos do Manicômio Judiciário do Estado” (2001) foi a primeira realizada no campo da História que tratou da temática da instituição. A autora analisou as trajetórias dos internos na década de 1980, e enfatizou, “infelizmente as mulheres ficaram fora dessa história” (SARDÁ, 2001, p. 34). Assim como o historiador Marcos Costa Melo em sua dissertação “Ser ou não ser ‘louco’ é a questão: relações crime e loucura” (2004), analisou a criação do Manicômio Judiciário do Estado, através dos discursos dos parlamentares. O autor também apresentou trajetórias de internos fazendo a análise de alguns prontuários, e o funcionamento da instituição. Melo (2004) apontou que o estabelecimento visava a internação somente de homens. Os dois estudos referenciados, apesar da centralidade da análise incorrer sobre a

história da instituição, constituem como os únicos no âmbito da historiografia. Embora a lacuna historiográfica seja um indicativo de “ausência”, esta dissertação não pretende “preencher” esse hiato, mas evidenciar um ofuscamento dessa questão relativa às relações de gênero e suscitar novas questões para a historiografia.

Ampliando a busca para além da produção acadêmica local, os estudos que possuem como tema/objeto/problema especificamente sobre mulheres, crime e loucura, ou os manicômios judiciários, constatei que no âmbito do tempo presente, são praticamente inexistentes. As produções existentes são de diferentes áreas, predominantemente dos campos da saúde e do Serviço Social, as quais estão diretamente ligadas ao atendimento aos sujeitos dessas instituições. A produção historiográfica referente ao tema concentra pesquisas situadas até a metade do século XX, portanto identificou-se uma lacuna na historiografia do tempo presente. Sendo assim, a contribuição científica, a partir deste estudo, possibilita descortinar a experiência de mulheres que passaram pelo MJSC, e revelar esta faceta para a história das mulheres e as conexões com a loucura e o crime. Assim como possibilita fazer apontamentos com o panorama nacional e internacional, de distintas temporalidades e espacialidades, para futuras pesquisas desses comparativos.

A pesquisa nos prontuários conduziu para o segundo conjunto documental central desta pesquisa: os processos penais. Documentos esses, localizados no ACTJSC. No entanto, a pesquisa nesse arquivo ocorreu de forma distinta à concedida no SAME/ HCTP, onde obtive entrada franca. A localização dos processos judiciais pretendidos ocorre via solicitação da pesquisadora à direção do Museu do Judiciário Catarinense, por meio da especificação dos nomes das mulheres e dos respectivos números dos processos, posteriormente essa instituição encaminha o pedido para o arquivo central.

A historiadora Silvia Maria Fávero Arend infere sobre o uso de fontes judiciais, a partir de sua pesquisa situada na história da infância: “os historiadores sociais brasileiros pouco tem teorizado sobre como trabalhar com a documentação produzida pelo Poder Judiciário, apesar de após os anos 1980 terem utilizado-a com grande frequência em estudos” (ARENDA, 2011, p. 25). Todavia, conforme a autora, é consenso entre os pesquisadores ser possível apreender práticas e representações sociais dos diferentes sujeitos através da polifonia dos autos. A complexidade de trabalhar com esses documentos ocorre pois, “pode abordar apenas os casos singulares ou o inverso: encontrarmos somente histórias que contemplam experiências semelhantes” (ARENDA, 2011, p. 27). As possibilidades para a pesquisa histórica com o uso desses documentos incide sobre as temáticas como, a

criminalidade, a urbanização e modernização das cidades, as relações de gênero, a família e a infância, as mulheres. Nesse último campo, onde está situada esta investigação, os autos também auxiliam a compreensão da temática na perspectiva da história da loucura².

A antropóloga Mariza Corrêa em sua pesquisa sobre crimes de homicídio e tentativa de homicídio ocorridos entre casais, compreende os ‘autos’ como diferentes versões de um fato, denominando-os de “fábula”, indicando que “os fatos estão suspensos, de que não há a possibilidade de, através do processo, revivê-los, fazer a caminhada inversa e chegar aos fatos reais, às relações concretas existentes por detrás de cada crime” (CORRÊA, 1983, p. 26). Os processos penais são heterogêneos, compostos de múltiplas “vozes”, todas filtradas pelo Estado, constituídos de documentos produzidos pelas instâncias policiais e judiciais. O uso de processos para a pesquisa histórica desafia os historiadores, conforme Rosemberg e Souza (2009, p. 165), “a um entendimento heurístico do funcionamento, das dinâmicas e das nuances intrínsecas aos processos judiciais, como fruto de uma construção historicamente contextualizada e ancorada em interesses difusos”. O estudo de um processo demanda o conhecimento do Código Penal vigente e do Código de Processo Penal, no qual consta o ordenamento para a aplicação das sanções penais.

A denúncia elaborada pelo promotor público, o representante do Estado junto ao poder judiciário, constitui a peça inicial dos autos, mas é posterior ao inquérito policial. Os documentos do inquérito são compostos pelo boletim de ocorrência ou pela portaria escrita pelo delegado, no qual é realizada a investigação policial visando a indicação da autoria e materialidade do crime. Posteriormente, constam o interrogatório de testemunhas, exames médicos, técnicos, descrições e fotografias do local do crime e da vítima. O relatório do delegado integra a conclusão da fase policial. Após o inquérito, a nova etapa denominada jurídica, passa a ser chamada de processo, nessa fase ocorre a instrução criminal, julgamento do juiz de Direito, ou pelos jurados do tribunal do júri, e o parecer do Estado. O processo penal inicia com a denúncia do promotor público, no mesmo ato, são arroladas as testemunhas de acusação, e enviada ao juiz. Caso o magistrado aceite a denúncia, passa a ouvir os envolvidos. Em primeiro lugar, o acusado, na presença de um advogado, caso o réu ou a ré não tenha, o juiz indica um defensor dativo, ou seja, pago pelo Estado, e posteriormente, a inquirição das testemunhas de acusação, em seguida, as testemunhas de

² Conforme a historiadora Yonissa Marmitt Wadi (2009b, p. 69), a história da loucura abarca “um conjunto de discussões e pesquisas que tem como tema central a loucura, em temporalidades e espacialidades diversas, a partir de perspectivas teóricas e metodológicas também diversas que, em torno deste eixo, desdobra-se em problemáticas diferenciadas como a do próprio conceito de loucura, da assistência ou atenção, dos saberes e poderes, dos dispositivos disciplinares, das experiências, dos sujeitos, entre tantas outras possíveis”.

defesa. Assim, o acusado, as testemunhas, advogado e promotor, falam sempre mediante o juiz, o mesmo refaz as perguntas às testemunhas e também refaz as respostas para o registro do escrivão ou escrivã. Cada etapa do processo resulta em documentos escritos, portanto, em discursos não homogêneos embora alguns sejam mais hegemônicos que outros, uma vez que a ordenação judiciária é hierárquica.

O volume de documentos que compõem os autos aumenta na medida que são acrescidos exame de sanidade, atestado médico, exame cadavérico, declarações de instituições, cartas precatórias - solicitação de um juiz enviada para outro magistrado convocando testemunhas que residem em outra comarca -, fotografias, relatórios, etc. Os dois processos penais usados para esta narrativa, possuem os “autos de insanidade mental” – onde se encontra o laudo psiquiátrico –, os quais foram instaurados ainda na fase do inquérito policial, pelo delegado, mas essa solicitação também pode ser feita posteriormente, pelo promotor público, juiz ou advogado de defesa.

O laudo psiquiátrico possui centralidade para a construção desta narrativa, devido ao imbricamento da justiça e da psiquiatria. E por conseguinte, nas deliberações efetuadas, as quais incidiram nas trajetórias, de Teresa e de Lourdes. Sendo assim, o documento foi analisado de forma minuciosa para a construção das narrativas das duas mulheres. A escolha dos dois processos penais ocorreu devido ao encaminhamento judicial, diferenciado à Teresa e Lourdes, para manicômios judiciários da região sul do Brasil³. Os dois casos singulares mostram diferentes movimentos de um processo histórico do e no tempo presente.

Ainda sobre a construção do processo penal, salienta-se que, o advogado de defesa e o promotor público apresentam as alegações finais e, a partir disso, o juiz aceita a pronúncia do acusado lançando seu nome no “rol dos culpados”, passando à condição de réu, ou não aceita a pronúncia, inocentando o acusado. Posteriormente, ocorre o julgamento no tribunal do júri, quando são ouvidos novamente o réu e testemunhas, e ocorrem os debates entre defesa e acusação. Após o julgamento, a defesa pode solicitar apelação da sentença e o promotor público apresenta as contra-razões de apelação, estendendo o processo, até a sentença final proferida pelo juiz. Conforme Corrêa (1983, p. 39), “em termos formais, o tribunal do júri é quem decide a sorte do acusado. Em termos reais, essa decisão é construída aos poucos e a partir de uma série de outras decisões que concorrem para dar maior peso e força a uma das versões, frente aos jurados”. Além dos documentos elencados, existem

³ O critério de escolha das duas mulheres Teresa e Lourdes será abordado no Capítulo 1, de acordo com o percurso da pesquisa.

detalhes invisíveis das etapas de um processo, como a movimentação no Tribunal de Justiça, e os serviços nos cartórios.

Um processo é o resultado de diferentes versões provenientes de um mesmo ato, ou seja, diferentes discursos, compreendidos nesta investigação como formadores da experiência das mulheres. De acordo com Farge (2009, p. 31) “o arquivo nasce da desordem, por menor que seja, arranca da obscuridade longas listas de seres ofegantes, desarticulados, intimados a se explicar perante a justiça”. Os documentos não estavam ordenados aguardando a pesquisadora consultá-los, mas se encontram em um arranjo desordenado que demonstra as complexas relações sociais, onde estão inseridos os diferentes atores envolvidos, os operadores do Direito, a ré, a vítima, as testemunhas, as instituições psiquiátricas e penais vivenciadas pelas mulheres na condição de internas, e as pessoas da família.

Os processos penais possibilitaram compreender de forma mais abrangente o contexto de produção dos prontuários. Ambos os documentos, os quais possuem tipologias próprias, remetem à proposição do historiador Reinhart Koselleck (2014) sobre os “estratos do tempo”, metáfora para a compreensão do tempo presente. Segundo a compreensão do autor, “os estratos de tempo também remetem a diversos planos, com durações diferentes e origens distintas, mas que, apesar disso, estão presentes e atuam simultaneamente” (KOSELLECK, 2014, p. 9). As diferentes temporalidades, passado, presente e futuro estão presentes e são simultâneos, se interpenetram em diferentes camadas de tempo. A experiência de mulheres oriundas dos prontuários e dos processos judiciais possui as diferentes camadas do tempo histórico. Na acepção de Koselleck (2014, p. 14):

Assim todos os âmbitos de vida e ações humanas contém diferentes estruturas de repetição, que escalonadas se modificam em diferentes ritmos. Seria incorreto supor que todos eles se modifiquem ao mesmo tempo ou em paralelo, ainda que aconteçam ao mesmo tempo, no sentido cronológico, e estejam entrelaçados.

Além da proposta teórica do autor para a compreensão do tempo histórico em “estratos”, as antropólogas Eva Muzzoppapa e Carla Villalta (2011), fazem apontamentos metodológicos para a pesquisa que se utiliza de documentos estatais. Os prontuários e processos penais são documentos produzidos e condicionados pelo Estado. Conforme as autoras, cheios de formalismos, termos técnicos, regras de cortesia, imperativos relatados na forma de objetivos e atribuições, exigindo o conhecimento de uma linguagem técnica. Para esta pesquisa, foi necessário recorrer aos manuais das áreas, do Direito e da psiquiatria, para a compreensão dos termos, das expressões, das denominações, presentes nos prontuários e nos autos.

Para a tessitura desta narrativa histórica, além dos documentos citados, a procura por vestígios que remetessem ao destino das mulheres, levou à pesquisa ao Centro de Memória da Assembleia Legislativa. Nesse arquivo foram investigadas as mensagens do governador referentes ao período da pesquisa. No Arquivo Público do Estado de Santa Catarina foram localizadas as correspondências oficiais sobre o manicômio judiciário, o projeto de lei, a lei de criação da instituição, o regimento interno, e comunicações entre os operadores do Direito e o gestor do MJSC sobre os encaminhamentos feitos às mulheres. Essas fontes compõem o corpus documental da investigação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos⁴ da Universidade do Estado de Santa Catarina (CEP/UEDESC), pois envolve uma investigação sobre pessoas que possivelmente ainda estejam vivas ou algum de seus familiares⁵. Contudo, o procedimento para o CEP está pautado pelas prerrogativas da área biomédica, portanto de difícil aplicação para as ciências humanas. A antropóloga Debora Diniz (2008) infere que, a pesquisa na área das humanidades demanda particularidades epistemológicas e metodológicas aos comitês de ética, pois esses pertencem predominantemente à área biomédica. A autora apresenta as questões relativas de inadequação da pesquisa antropológica para com a avaliação do comitê de ética, através da metodologia da etnografia e de entrevistas. Metodologias essas também usadas para a pesquisa histórica. Diniz (2008, p. 423) pontua que, “outras categorias profissionais possuem maior liberdade de pesquisa que pesquisadores sociais, como é o caso dos jornalistas, cujo principal instrumento de coleta de dados, a entrevista, é também uma técnica da investigação acadêmica”. O que não significa a inobservância do comitê de ética, mas a necessidade de implementação dos seus procedimentos de revisão ética. A autora infere que, “ética e pesquisa acadêmica devem possuir valores compartilhados universais, como são os direitos humanos, a proteção às populações vulneráveis, e a promoção da ciência como um bem público” (DINIZ, 2008, p. 423).

⁴ Conforme demonstram Dirce Guilhem e Debora Diniz (2008, p. 13), “o fim da Segunda Guerra Mundial foi um marco no debate sobre ética em pesquisa”. Foi na gênese das discussões suscitadas pelas atrocidades relativas aos experimentos com pessoas feitos pelos nazistas, que foi elaborado o Código de Nuremberg, em 1947. Documento esse, pautado em princípios dos direitos humanos, como a dignidade da pessoa e a autonomia da vontade, seriam o ponto de partida de qualquer pesquisa científica envolvendo pessoas. As autoras apresentam a partir das normativas internacionais, o debate no cenário brasileiro, cuja “resolução 196/1996 foi uma das primeiras peças de tradução da bioética na estrutura regulatória brasileira” (GUILHEM, DINIZ, 2008, p. 51). Essa resolução incorporou as reflexões internacionais dos anos 1990, tais como confidencialidade, privacidade e equidade. O foco da normativa é a proteção do participante, e está assentada em valores compartilhados pela cultura dos direitos humanos.

⁵ A aprovação da pesquisa consta no parecer nº 1.990.859 do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UEDESC, aprovado em 30/03/2017.

Um exemplo da complexidade para a submissão desta pesquisa histórica ao CEP, foi a exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois o mesmo, deve ser assinado pelos participantes da pesquisa, ou seja, pelas mulheres localizadas nos prontuários e nos processos penais, ou um respectivo membro da família deve firmar a autorização. A pesquisa não realizou entrevistas, mas a anexação do termo de consentimento foi uma exigência. Logo, se tratando de um pesquisa em arquivos que possuem o acondicionamento de documentos produzidos pelo Estado, embora em um passado recente, tal exigência se torna inexecutável. Sendo assim, o CEP permitiu a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido para esses documentos. O parecer do comitê de ética para a aprovação desta pesquisa histórica residiu na exigência de preservação da identidade das pessoas envolvidas, bem como a autorização do diretor do HCTP-SC e do diretor do Arquivo do Poder Judiciário, como guardiões dos documentos analisados.

O procedimento burocrático para a submissão da pesquisa no CEP fomenta a discussão sobre os modos éticos para a investigação nas áreas das ciências humanas conforme os apontamentos acima. Também levanta questões para a pesquisa histórica, as quais não parecem suficientemente contempladas. O anonimato das mulheres pesquisadas garante a sua não identificação? Seguindo nessa problematização, como proceder em pesquisas históricas que envolvem documentos “sensíveis”⁶ os quais geralmente expõem situações de foro íntimo, seja por eventos traumáticos sofridos, seja por tê-los causado? Indagações essas são suscitadas nesta investigação situada na perspectiva da história do tempo presente.

A aprovação para a realização da pesquisa está também embasada pela Lei de Acesso à Informação promulgada em 2011, a qual dispõe dos procedimentos a serem observados pelos órgãos estatais dos poderes legislativo, executivo, judiciário e ministério público, para a

⁶ O termo “documentos sensíveis” foi usado pelo historiador Carlos Fico para designar os documentos estatais referentes à ditadura militar, nos quais constam descrições da tortura e grave violação dos direitos humanos. O autor afirma que a ditadura militar brasileira pode ser pensada em conjunto com outros “eventos traumáticos” característicos do século XX, o que situa esse tema no contexto dos debates teóricos sobre a História do Tempo Presente (FICO, 2012, p. 44). Nessa direção do debate as historiadoras argentinas, Marina Franco e Florencia Levin (2007) fazem a reflexão sobre a história recente na Argentina, e demonstram que o campo está em expansão e institucionalização, a partir da “transição democrática”. A discussão das autoras se aproxima do contexto brasileiro e de outros países latino americanos no que diz respeito a “marcação” de onde partiria a história do tempo presente, a ditadura militar. Importante ressaltar que a cronologia é uma das questões discutidas pela história do tempo presente, sendo que essa concepção não se restringe à tentativa de delimitar fronteiras, mas faz parte do conjunto de discussões teóricas do campo.

A denominação de “documentos sensíveis” para esta pesquisa está associada aos eventos desencadeados na esfera penal e na esfera médica-psiquiátrica, resultando na passagem ou internação de mulheres em instituições psiquiátricas e penais, ou em manicômios judiciários. Instituições essas, que é de conhecimento público a incidência de violação de direitos humanos.

autorização de informações produzidas no âmbito estatal. A normativa determina que sejam preservadas quaisquer informações que possibilite a identificação das pessoas envolvidas. No entanto, reconhece o direito da pesquisadora em acessar esses documentos: “a restrição de acesso à informação relativa à vida privada, honra e imagem de pessoa não poderá ser invocada em ações voltadas para a recuperação de fatos históricos de maior relevância” (BRASIL, 2011). Conforme a problemática da pesquisa exposta anteriormente, a relevância científica dessa investigação excede a lacuna da produção historiográfica, e incide no âmbito político.

De acordo com a normativa acima e do CEP, para os procedimentos metodológicos da pesquisa foram preservados os nomes das pessoas envolvidas, e usados pseudônimos, salvo para autoridades policiais e judiciárias, as quais desempenhavam cargos públicos. As cidades também não foram identificadas, devido à probabilidade de reconhecimento, especialmente pelas trajetórias abordadas nos capítulos 2 e 3.

No bojo dos apontamentos citados se encontra uma das singularidades da história do tempo presente: escrever a narrativa com a presença do testemunho, pois existe a possibilidade de contestação daquele que viveu o processo histórico narrado, ou ainda, a sensação de a historiadora estar sendo “vigiada” em sua escrita. Para o historiador Henry Rousso (2016, p. 259) “a história do tempo presente se singulariza menos pela questão da testemunha do que pela própria presença dos atores, quer eles sejam ou não interrogados e requisitados”. Os atores que participaram do processo histórico aqui narrado não se resumem somente às mulheres e seus familiares, mas houve a participação substancial dos operadores do Direito e dos médicos psiquiatras. Assim como, a expectativa gerada em decorrência da pesquisa aos profissionais que hoje trabalham no HCTP-SC. Sendo assim, esse foi mais um aspecto que demandou a responsabilidade da pesquisadora, seja pela devolução dos resultados, seja pela condução de um processo de construção de um trabalho científico que possui uma demanda social, pois a invisibilidade das mulheres seria agora explicada. Logo, esta escrita teve uma “vigilância amistosa” como afirmou Rousso (2016), e toda a tensão de estar nesse lugar. Nessa perspectiva, a historiadora do tempo presente, segundo Rousso (2016, p. 286), “não se define pela proximidade temporal ‘objetiva’ que a separa do acontecimento estudado, mas antes por sua capacidade de criar uma boa distância, visual e ética, necessária à observação de um tempo que é apenas em parte o seu”.

As questões colocadas acima, relativas à história do tempo presente constituem um grupo de discussões que norteiam este estudo. Em seguida apresento o segundo conjunto de

debates situados no âmbito da história das mulheres, para posteriormente mostrar as produções que tangenciam as análises entre mulheres, loucura e crime.

A historiadora Joan Scott (1992) demonstra que, a emergência da história das mulheres, nos marcos da constituição do próprio campo está relacionada à política feminista dos anos 1960, portando, ao campo político, e também às mudanças epistemológicas da história-disciplina, principalmente da história social. Apesar de o feminismo ser um fenômeno internacional nas últimas décadas do século XX, considerando as diferenças nacionais, regionais e particulares, a autora refere-se ao feminismo dos Estados Unidos para a construção de sua análise. Conforme afirma Scott (1992), as ativistas feministas reivindicaram uma história que provasse a atuação das mulheres, a explicação da opressão, e a orientação da ação. Dessa forma, as feministas acadêmicas direcionaram a produção intelectual para uma atividade política mais ampla. No final da década de 1970, a história das mulheres foi marcada por intensos diálogos e controvérsias e pelo surgimento de autoridades intelectuais reconhecidas. Com isso, o novo campo científico, assegurou um local para a história das mulheres na disciplina, e “atingiu certa legitimidade como um empreendimento histórico, quando afirmou a natureza e a experiência separadas das mulheres, e assim consolidou a identidade coletiva das mulheres” (SCOTT, 1992, p. 84).

A historiadora Michelle Perrot (2013) afirma que o advento da história das mulheres ocorreu na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos nos anos 1960 e na França uma década depois. A autora elenca diferentes fatores interligados para a emergência da mulher enquanto objeto de investigação nas ciências humanas e na história, foram eles: científicos, sociológicos, políticos. Os fatores científicos de acordo com Perrot (2013) estavam relacionados às mudanças epistemológicas dos anos 1970 devido à crise do marxismo e estruturalismo, colocaram-se outras questões, com a então denominada Nova História, caracterizando a terceira geração dos Annales, outros objetos entraram em cena pelo viés da família, as crianças e as mulheres. A interdisciplinaridade e a subjetividade contribuíram para a mudança do campo historiográfico. Como fatores sociológicos, Perrot (2013) indica a presença das mulheres na universidade; como estudantes e como docentes após a Segunda Guerra Mundial. Os fatores políticos foram decisivos para a autora. O movimento de liberação das mulheres a partir de 1970, contava com o apoio de intelectuais como Simone de Beauvoir, cujas ambições teóricas com vontade de “corte epistemológico” afetou as ciências humanas e sociais. Conforme concebe Perrot (2013, p. 20), “assim nasceu o desejo de um outro relato, de uma outra história”.

De acordo com Scott (1992), a categoria “mulheres” como identidade política estava associada com a emergência da história das mulheres, cuja análise estava relacionada à opressão das mesmas e invisibilidade histórica devido à tendenciosidade masculina. Nos anos 1980, o termo “mulheres” foi desafiado enquanto categoria, pois segundo as críticas possuía significado unitário e universal. A categoria “mulher” que diferenciava da categoria “homem” não era suficiente para explicar a “diferença” das múltiplas identidades que o conceito englobava. As diferentes categorizações introduzidas, como mulheres negras, lésbicas, trabalhadoras pobres, mães solteiras, não expressavam uma identidade das “mulheres”, cujas experiências eram diversas. De acordo com Veiga e Pedro (2015, p. 287), “a fragmentação de uma idéia universal de “mulheres” por classe, raça, etnia, geração e sexualidade estavam associadas a diferenças políticas no seio do movimento feminista”.

Para Scott (1992, p. 65), a emergência da história das mulheres envolveu “uma evolução do feminismo para as mulheres, e daí para o gênero; ou seja, da política para a história especializada e daí para a análise”. Conforme a historiadora Joana Maria Pedro (2005), as historiadoras brasileiras da história das mulheres foram inspiradas pelo texto de Joan Scott “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, publicado no Brasil em 1990, as quais passam a usar “gênero” como categoria analítica⁷. Essa palavra possui “uma trajetória que acompanha a luta por direitos civis, direitos humanos, enfim, igualdade e respeito” (PEDRO, 2005, p. 78).

A categoria gênero definido como relativo aos contextos social e cultural, usado primeiro para analisar as diferenças entre os sexos, foi estendida para as diferenças dentro da diferença, ou seja, “em termos de diferentes sistemas de gênero e nas relações daqueles com outras categorias, como raça, classe ou etnia, assim como levar em conta a mudança” (SCOTT, 1992, p. 87). As historiadoras Joana Maria Pedro e Ana Maria Veiga (2015, p. 305)

⁷ SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 5-22, jul/dez, 1990. Sobre os estudos do campo da história das mulheres no Brasil, ver: RAGO, Margareth. As mulheres na historiografia brasileira. In: SILVA, Zélia Lopes (Org). **Cultura Histórica em Debate**. São Paulo: UNESP, 1995, p. 81-91. SOIHET, Rachel. História das Mulheres. In: CARDOSO, Ciro Flamariom; VAINFAS, Ronaldo. **Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia**. Rio de Janeiro: Campus, 1997, p. 275-296. PEDRO, Joana. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *História*, São Paulo, v.24, n.1, p. 77-98, 2005. SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da História das Mulheres e das Relações de Gênero. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v.27, n. 54, p. 281-300, 2007. SILVA, Tânia M. Gomes da. Trajetória da Historiografia das Mulheres no Brasil. **Politeia: Hist. e Soc.**, Vitória da Conquista, v.8, n.1, p. 223-231, 2008. VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely de (Org). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. MATOS, Maria Izilda Santos de. História das mulheres e das relações de gênero: campo historiográfico, trajetórias e perspectivas. **Mandrágora**, v.19, n.19, 2013, p. 5-15. FRANCO, Stella Maris Scatena. Gênero em debate: problemas metodológicos e perspectivas historiográficas. In: VILLAÇA, Mariana. PRADO, Maria Ligia Coelho (Orgs). **História das Américas: fontes e abordagens historiográficas**. São Paulo: Humanitas: CAPES, 2015, p. 36-51.

afirmam que, “gênero buscaria então dar conta de relações socialmente constituídas, que partem da contraposição e do questionamento dos convencionalizados feminino e masculino, suas variações e hierarquização social”. As relações de gênero fazem parte das trajetórias das mulheres aqui apresentadas.

Esta pesquisa parte da problemática de gênero, referente às mulheres, e conflui para uma análise dos diferentes marcadores sociais da diferença. Conforme a cientista social Adriana Piscitelli (2008, p. 263), no debate internacional, o final da década de 1990 está marcado pela emergência de categorias que aludem à multiplicidade de diferenciações que, articulando-se a gênero, permeiam o social. Os marcadores sociais possuem o intuito de promover a reflexão acerca da produção da diferença e da análise da desigualdade social (MOUTINHO, 2014), através das categorias, gênero, classe, raça, religião, geração, etc, na medida que as mesmas se articulam⁸.

A relação mulheres e loucura nos estudos feministas, conforme a reflexão de Yonissa Marmitt Wadi e Teresa Sacristán (2015) ocorreu de acordo com diferentes perspectivas desenvolvidas pelas autoras anglo-saxônicas, a partir de finais de 1970 e início de 1980. Período esse no qual as acadêmicas feministas introduziram o gênero enquanto categoria de análise histórica para refletir sobre as relações entre mulheres e loucura.

Os primeiros trabalhos resultantes da perspectiva de gênero problematizavam o controle das mulheres pelo discurso e pela prática psiquiátrica e a grande representação das mulheres nos âmbitos relacionados à doença mental. Wadi e Sacristán (2015) inferem que essas produções ocorreram a partir das abordagens teóricas denominadas: “construção social da loucura” e “produção social da loucura”. O foco da primeira abordagem “propôs-se a analisar, a relação entre papéis femininos estabelecidos pela sociedade e a prática de etiquetar as mulheres de loucas” (WADI, SACRISTÁN, 2015, p. 413). Sendo assim, a construção da loucura das mulheres foi influenciada pelas noções de normalidade do comportamento das mesmas, que os psiquiatras confirmaram usando do estatuto científico. Por meio desse enfoque, a psiquiatria contribuiu para o controle social mais amplo em uma cultura patriarcal.

A vertente teórica “produção social da loucura” identificada nos estudos, de acordo com Wadi e Sacristán (2015, p. 415) percebe “o impacto que tem as condições sociais e de vida na saúde mental das pessoas...as autoras dessa corrente assumem o estatuto ontológico

⁸ Ver também: HIRATA, Helena. Gênero, Classe e Raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, São Paulo, v.26, n.1, p. 61-73, jun. 2014. HENNING, Carlos Eduardo. Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações**, Londrina, v.20, n.2, p. 97-128, jul-dez. 2015.

da doença mental e enfatizam seu caráter de realidade”. O enfoque desses estudos é a discussão dos transtornos, e do sofrimento mental das mulheres, a partir do lugar que elas ocupam na ordem de gênero. Portanto, para essas teóricas, a opressão e dominação sofrida pelas mulheres são fatores que desencadeiam o sofrimento mental.

As produções historiográficas sobre a temática no Brasil seguem direções semelhantes às anglo-saxônicas, com as diferenças locais e culturais. A historiadora Maria Clementina Cunha (1989) em “Loucura, Gênero Feminino: As mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX”, afirma que a criação do hospício significou o “asilamento científico” aumentando a internação e ampliou as noções de loucura de acordo com categorias de normalidade condizentes com os papéis sociais aceitos na época. A autora demonstra a partir de prontuários de mulheres internadas, como as escolhas pessoais, a carreira profissional, e o celibato, foram indicativos de loucura para pais, maridos, cuja confirmação científica foi cunhada pelos alienistas do período. Uma característica comum encontrada na análise de Cunha (1989) é a inferioridade “natural” das mulheres; identifica as diferenças entre mulheres brancas e negras, essas últimas, consideradas inferiores entre as inferiores, cuja condição se manifestava pela sua própria biologia.

A autora percebe a questão de diferenças de classe das mulheres, ainda que os registros das que pertenciam a classes mais abastadas eram mais sutis, o enfrentamento à dominação masculina foi considerado desviante. Conforme Cunha (1989, p. 141), “o hospício as igualou nas atividades do fogão, da agulha, do bordado, para controlar seus instintos perversos e suas condutas desviantes, impondo-lhes pedagogicamente o caminho da normalidade feminina”.

O corpo e a sexualidade das mulheres foram considerados, local de perigo e temor para médicos e alienistas do século das Luzes, espaço da loucura. A historiadora Magali Engel (2008), em “Psiquiatria e Feminilidade”, demonstra como a constituição da psiquiatria como saber científico no final do século XIX, e início do século XX, construiu os diagnósticos de doença mental pautados na sexualidade feminina. As conquistas da psiquiatria na passagem do século aprofundaram a associação entre mulher e histeria, conferindo-lhe caráter científico. Segundo a autora, “a menstruação, a gravidez e o parto seriam, portanto, os aspectos essencialmente priorizados na definição e no diagnóstico das moléstias mentais que afetavam mais frequentemente ou de modo específico as mulheres” (ENGEL, 2008, p. 333).

Sobre mulheres que cometeram um crime e foram consideradas loucas, a historiadora Yonissa Marmitt Wadi (2009a) em “A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura”, desvela a trajetória de uma mulher camponesa pobre, filha de imigrantes italianos, no início do século XX, em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, que matou a filha de quase dois anos. Para a tessitura da narrativa, as cartas escritas por Pierina durante os dois anos em que a mesma ficou internada no Hospício São Pedro, após o crime, conduziram a análise da autora. Pierina rompeu com o estereótipo feminino da época e o papel social destinado às mulheres. A história de uma mulher singular conforme Wadi (2009a, p. 25), evidencia como são,

[...] amplas e diversas, conflitantes, tensas e controversas podem ser as dimensões e possibilidades de uma vida, pode por outro lado, contribuir na tarefa de desvelar como é múltiplo o social e quanto podem ser enganosas as impressões sobre a ‘importância’ de certos sujeitos sociais.

A narrativa histórica da autora permite adentrar nos meandros do cotidiano a partir do contexto que ocorreram as experiências de Pierina, possibilitando a compreensão das relações de gênero, relações sociais e relações de poder. A abordagem de Wadi está situada em uma perspectiva da chamada história da psiquiatria e da loucura, que visa mostrar a experiência da loucura sob o ponto de vista do sujeito tido como louco⁹.

Na tese “A psiquiatria forense e o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul: 1925-1941” (2010), a historiadora Lizete Oliveira Kummer analisou as relações entre crime e doença mental, usando como fontes os laudos periciais, artigos científicos escritos pelos médicos e súmulas dos processos. Kummer (2010) dedica um capítulo da tese para a análise das mulheres internadas no manicômio, apresentando um perfil dos crimes e diagnósticos. A autora destaca as correlações que os psiquiatras da época faziam para explicar a prática do crime a partir da sexualidade feminina.

Para este estudo, o qual está situado no âmbito da história do tempo presente e da história das mulheres, o conceito de “experiência” constitui a categoria central para a análise, a partir da proposta da historiadora Joan Scott. A autora problematiza a operacionalização da

⁹ Além da obra da autora citada, ver também: WADI, Yonissa Marmitt. Um lugar (im)possível: narrativas sobre o viver em espaços de internamento. In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádia Maria Weber (Org). **História e loucura: saberes, práticas e narrativas**. Uberlândia: EDUFU, 2010, p. 331-360. WADI, Yonissa Marmitt. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. **Topoi**, Rio de Janeiro, v.12, n.22, p. 250-269, jan-jun. 2011. A produção historiográfica a partir da perspectiva dos tidos como loucos pode ser encontrada também em: PORTER, Roy. **Uma História Social da Loucura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, 2.ed., 328p. BORGES, Viviane Trindade. **Loucos nem sempre mansos**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2012. 197p. VILLASANTE, Olga et al. Letras retenidas. Experiencias de internamiento en las cartas de los pacientes del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, Madrid (1900 – 1950). **Revista Culturas Psi/Psy Cultures**, Buenos Aires, marzo 2016, n.6, p.118-137. MOLINA, Andrés Rios. Locos letrados frente a la psiquiatria mexicana a inicios de siglo XX. **Frenia**, v. 4, n. 2, 2004, p. 17-35.

“experiência” na historiografia argumentando que, quando a experiência é tomada como a origem do conhecimento, o historiador que a reconta, produz uma explicação da evidência. No entanto, para Scott (1998, p. 301), “questões sobre a natureza construída da experiência, como assuntos são constituídos como diferentes, como a visão de alguém é estruturada sobre o discurso e a história, são deixadas de lado”. Para a autora, tornar visível a experiência expõe a existência de mecanismos repressivos, mas não revela sua lógica de funcionamento interno, o que não permite conhecer como a diferença é constituída. O que não significa, que a autora nega a importância de tornar visível a experiência de grupos diferentes que foram oprimidos, no entanto, mostrar o que estava “escondido” sobre mulheres, homens, homossexuais, negros, etc, impede a análise do sistema de funcionamento e de sua historicidade.

Scott (1998, p. 304), propõe que para a operação historiográfica, “precisamos nos referir aos processos históricos que, através do discurso, posicionam sujeitos e apresentam suas experiências”. A proposta da autora para a análise é historicizar a experiência, bem como as identidades que ela produz, a partir de perguntas que remetam ao discurso, à diferença e à subjetividade, as quais são excluídas da explicação que pretende mostrar somente a visibilidade da experiência, do “real”, do visto. Pois segundo Scott (1998, p. 317), somente dessa forma podemos “refletir criticamente sobre a história que escrevemos, em vez de basear nossas histórias sobre premissas”. Conforme a autora infere:

Não são indivíduos que tem experiência, mas sim os sujeitos que são constituídos pela experiência. Experiência nesta definição torna-se, então, não a origem da nossa explanação, não a evidência legitimadora (porque vista ou sentida) que fundamenta o que é conhecido, mas sim o que procuramos explicar, sobre o que o conhecimento é apresentado (SCOTT, 1998, p. 304).

Não se trata de negar a agência dos sujeitos, mas compreender como esses sujeitos foram constituídos pela experiência que nos é apresentada, pelas fontes documentais, no caso desta dissertação. Pois “eles não são indivíduos unificados, autônomos, exercendo a vontade livre, mas sim sujeitos cuja atuação é constituída através de situações e status que lhes é conferido” (SCOTT, 1998, p. 320). Para a autora, “este tipo de enfoque não debilita a política negando a existência de sujeitos; em vez disso, interroga os processos de sua criação e ao fazê-lo, repensa a história e o papel do historiador, e abre caminhos para se pensar a mudança”.

Para a problematização da experiência conforme propõe Scott, a partir dos prontuários e processos penais, os quais compõem o conjunto documental central deste estudo, foram mobilizados os conceitos de Michel Foucault referentes ao discurso (1996, 2010), ao poder

disciplinar (2014) e a biopolítica (2017), a fim de compreender as diferentes relações de poder que incidiram nas experiências das mulheres. Conforme Hubert Dreyfus e Paul Rabinow (2013, p. 243) autores esses que são comentadores da obra de Foucault, afirmam que, o poder não é uma mercadoria, uma posição, uma recompensa ou uma trama; é a operação de tecnologias políticas através do corpo social. O funcionamento desses rituais políticos de poder é exatamente o que estabelece as relações desiguais e assimétricas. Se o poder não é uma coisa, nem o controle de um conjunto de instituições, nem a racionalidade escondida da história, então a tarefa da análise é identificar de que modo ele opera.

Para identificar de que modo o poder opera, alguns apontamentos conceituais no que se refere ao discurso, à disciplina e à biopolítica, são imprescindíveis antes de adentrar na narrativa. Conforme Foucault (1996, p. 48), “o discurso nada mais é do que a reverberação da verdade”. O filósofo propõe medir o efeito de um discurso com pretensão científica, que pode ser o discurso médico, psiquiátrico, discurso sociológico, sobre um conjunto de práticas (FOUCAULT, 1996). A tentativa deste estudo foi empreender uma analítica dos efeitos do discurso, pois o mesmo associa saberes e poderes. De acordo com Castro (2009, p. 120), “o poder é algo que funciona através do discurso, porque o discurso é ele mesmo, um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder”.

No capítulo 5 da “História da Sexualidade 1”, Foucault (2017) explica o que significa o poder sobre a vida. Conforme o filósofo, esse poder sobre a vida se desenvolveu a partir do século XVII, em duas formas principais e interligadas: centrado no corpo como máquina, no seu adestramento, utilidade e docilidade; e centrado no corpo-espécie, por volta do século XVIII, com a proliferação de estatísticas dos nascimentos e mortalidade, a duração da vida, com todas as condições que podem fazê-los variar. Conforme afirma o filósofo, “o poder se exerce positivamente sobre a vida, que empreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício, sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto” (FOUCAULT, 2017, p. 147). Esses processos assumidos mediante uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (FOUCAULT, 2017, p. 150). Conforme explica o autor, as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. Essa tecnologia de poder sobre o corpo-população, explica o autor, “caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo” (FOUCAULT, 2017, p. 150). Como afirma Foucault (2017, p. 155), “um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e

corretivos”. As diferentes relações de poder abordadas nesta narrativa histórica forjaram subjetividades.

Como já postulou Scott (1992), a história das mulheres é um campo inevitavelmente político, pois a produção do conhecimento é marcada por relações de poder. Em conformidade com a autora, “também não pode garantir a neutralidade do historiador, pois decidir quais categorias se deve historicizar é inevitavelmente político, está necessariamente ligado ao reconhecimento do lugar do historiador na produção do conhecimento” (SCOTT, 1998, p. 325).

Explicadas as escolhas teóricas e metodológicas, apresento a organização da narrativa, a qual está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo “Tecendo percursos para uma história das mulheres”, tem por objetivo apresentar a emergência do MJSC, bem como, problematizar a ausência de um espaço específico para a internação das mulheres na instituição. A partir dessa finalidade, se delineou o percurso de pesquisa realizado, a fim de localizar em distintos arquivos, fontes documentais que remetessem ou não à demanda por um lugar para elas no MJSC. Foram problematizadas as potencialidades e limitações dos prontuários como fontes históricas referentes às mulheres que passaram pelo MJSC, evidenciando os critérios de escolha do universo documental. Além dos prontuários, foram analisadas, a legislação referente à construção da instituição, as mensagens do governador, os ofícios expedidos e recebidos entre o poder judiciário e o MJSC.

O segundo capítulo intitulado “Um lugar para Teresa” têm o propósito de demonstrar como uma pessoa considerada louca e perigosa foi transformada em criminosa, até o envio a um manicômio judiciário. O capítulo propõe uma discussão sobre a influência da família, na trajetória institucional de Teresa, uma camponesa pobre do interior do Estado de Santa Catarina, que passou grande parte de sua vida em diferentes instituições psiquiátricas, culminando com sua incursão na justiça e envio ao Manicômio Judiciário do Estado do Paraná, devido à inexistência de um espaço para internação no MJSC.

No capítulo terceiro “Lourdes: uma trajetória entre o crime a loucura”, o objetivo foi compreender a trajetória de uma mulher de classe média, de uma pequena cidade catarinense, que foi enviada para diferentes manicômios judiciários do sul do Brasil devido a interferência da família. Aqui, foi realizada uma análise dos marcadores sociais da diferença entre as duas trajetórias, para identificar as semelhanças e diferenças que aproximaram e distanciaram as experiências de Teresa e de Lourdes. A tessitura do segundo e do terceiro capítulo foi realizada a partir dos processos judiciais dessas mulheres.

Conforme o conjunto de discussões apresentadas acima, reitero à leitora e ao leitor que esta narrativa histórica não é imparcial, tampouco supõe a objetividade histórica, mas está permeada pelas subjetividades assumidas pela autora, desde as motivações da temática, às escolhas teóricas e às perguntas feitas aos documentos. O que não significa dizer que carece de confiabilidade acadêmica, ao contrário, a pesquisa está baseada em um método científico, culminando com a narrativa de “mulheres infames” que vos apresento a seguir.

1 TECENDO PERCURSOS PARA UMA HISTÓRIA DAS MULHERES

A narrativa histórica que pretende constituir-se a partir da história das mulheres em uma dada sociedade e temporalidade encontra desafios referentes às fontes disponíveis para a pesquisa. Foi o caso também desta investigação, devido à pretensão em buscar trajetórias de mulheres e suas relações com o crime e a loucura, em Santa Catarina. Uma narrativa que espera lançar luz sobre um processo histórico relativo a mulheres, especificamente essas ainda não contempladas de modo suficiente pelo interesse historiográfico, além do desafio referente à pesquisa dos documentos disponíveis, os quais estão alocados e dispersos em diferentes arquivos, incide também sobre os referenciais acadêmicos a respeito de uma temática incipiente.

O percurso desta pesquisa levou para distintos arquivos conforme se afirmou na introdução: o Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina; o Arquivo Público do Estado; o Centro de Memória da Assembleia Legislativa e o Arquivo Central do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, em busca de vestígios que permitissem tirá-las das “sombras da história”, parafraseando Michelle Perrot, com a pretensão de colocá-las sob a luz e na História.

O MJSC é a instituição responsável pelo internamento das pessoas consideradas inimputáveis, ou seja, daquelas que não possuem responsabilidade penal pelos atos cometidos em virtude de doença mental, conforme diagnóstico da psiquiatria. Portanto, nesse espaço presumiu-se que as mulheres também foram internadas. No entanto, essa instituição possui a singularidade de, no decorrer de seus quarenta e sete anos de existência, não possuir um espaço, ou ala específica para as mulheres consideradas inimputáveis. Para onde eram então enviadas as mulheres?

Inicialmente propõe-se a compreensão da emergência da instituição no Brasil a partir dos marcos da legislação penal para o dito louco criminoso, além de um breve relato sobre a emergência dessa instituição no Estado de Santa Catarina. Posteriormente, será apresentado o longo caminho de pesquisa para encontrar histórias de mulheres e suas relações com o crime e a loucura.

1.1 ENTRE O MANICÔMIO E O CÁRCERE

O manicômio judiciário é uma instituição que sobrepõe o modelo penitenciário e hospitalar, concebido como hospital/prisão ou prisão/hospital, de acordo com a definição do antropólogo Sérgio Carrara (1998), cujas origens remontam ao século XIX, período que a medicina, especialmente a psiquiatria, adquire autoridade e legitimidade científica diante da loucura. Em meados daquele século, a psiquiatria se constituiu no Brasil como espaço destinado à terapêutica psiquiátrica para responder a uma demanda de controle da desordem urbana e da população considerada desviante (MACHADO et al., 1978). Segundo Débora Diniz e Luciana Brito (2016, p. 112) “o manicômio judiciário pode ser compreendido como um desdobramento institucional desse modelo, mas tendo a anormalidade e o perigo como categoria chave”. O surgimento dessas instituições foi compreendido por Carrara (1998) como resultado do significado social do crime, a partir de práticas e discursos particularmente da medicina mental que o tomou como objeto de reflexão e intervenção.

As concepções da psiquiatria e criminologia, especificamente seus entrecruzamentos, projetaram a criação de uma instituição específica para isolar os ditos loucos criminosos. Tais instituições comportariam uma tipologia de indivíduos denominados pelo antropólogo Sérgio Carrara (1998, p. 153) de “muito inocentes para ficarem nas prisões, mas muito perversos para ficarem no hospício, para esses seres ambíguos, seria necessária uma nova instituição”, caracterizada pela “superposição de dois modelos de intervenção social: o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico” (CARRARA, 1998, p. 46).

A Inglaterra parece ter sido o primeiro país a ter um estabelecimento para os delinquentes alienados, a prisão de Broadmoor, em 1863. Antes dela, tanto nos Estados Unidos, quanto na França havia apenas setores especiais anexos aos presídios para a reclusão e tratamento destes indivíduos (CARRARA, 2010). Conforme Foucault (2006), a psiquiatria se tornou importante entre o século XVIII e XIX, não somente porque aplicou racionalidade médica às desordens da mente ou da conduta, mas também, porque funcionou como uma forma de higiene pública. A autonomia conquistada pela psiquiatria nesse período se revestiu de um prestígio concebido como reação aos perigos do corpo social, sendo assim, uma medicina do corpo coletivo. Os hospícios foram constituídos na Europa, no século XIX, como espaços de cura e exclusão da loucura. O alienismo, como estratégia de disciplinamento e limpeza do meio urbano, desempenhou um papel fundamental na gestão da população.

No Brasil esse debate iniciou no século XIX. De acordo com Maria Fernanda Tourinho Peres e Antônio Nery Filho (2002), a relação entre crime e loucura, bem como a constituição de instituições de controle e regeneração, no século XIX ocuparam o cenário de discussões teóricas entre magistrados e alienistas, e implementações políticas, onde o direito criminal teve lugar central. Sendo que, os embates teóricos dos dois saberes (jurídico-punitivo e psiquiátrico-terapêutico) culminaram na elaboração e reformulação do estatuto jurídico do louco criminoso nos códigos penais do Brasil. O Código Criminal do Império do Brasil de 1830 preconizava: “Art. 10: não se julgarão criminosos. Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime¹⁰ (BRAZIL, 1830).

O referido Código Criminal estabelecia no Art. 12: “Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente” (BRAZIL, 1830). A decisão quanto aos loucos criminosos cabia inteiramente à autoridade do magistrado. O período anterior à metade do século XIX, conforme informa Roberto Machado et al. (1978), o louco não tinha um lugar específico, eram enviados para as prisões ou para os porões das Santas Casas de Misericórdia, ou vagavam pelas ruas.

De acordo com Paulo Amarante (1994), a loucura tornou-se objeto de intervenção científica por parte do Estado brasileiro a partir de 1830, com a criação de uma Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, para a finalidade de realizar um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. Nesse momento que os loucos passaram a ser considerados pela classificação médica como doentes mentais, por isso merecedores de um espaço próprio, para sua reclusão e tratamento. O primeiro asilo para alienados foi criado em 1852, o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1994, p. 74). O Código Criminal de 1830 previa o envio dos “loucos de todo gênero que cometessem crimes” para casas para eles destinadas, no entanto, esses lugares ainda não existiam. Isso demonstra a morosidade em colocar em prática a letra da lei para a implantação do “dispositivo jurídico-psiquiátrico”. No final do século XIX, os alienistas criticaram esse Código, devido à inexistência de um perito para avaliação mental dos criminosos, denotando um poder excessivo ao juiz, além da crítica que recaía sobre a inexistência de um espaço adequado aos loucos criminosos (PERES, NERY FILHO, 2002). Pois os mesmos não tinham um lugar específico para seu isolamento. Portanto, de acordo com Rauter (2003, p. 42), “o destino dos loucos criminosos era incerto,

¹⁰ A grafia usada é a da legislação da época.

assim como o dos loucos em geral. A própria noção de que os loucos deviam ser enviados para os hospícios ainda se construía no Brasil”.

Desde a criação do Hospício de Pedro II até a emergência da República, os médicos criticaram o hospício, e reivindicaram um projeto assistencial de caráter científico, pois, de acordo com a historiadora Magali Engel (2001), na prática asilar os meios terapêuticos confundiam-se com os mecanismos de punição, não havendo uma distinção precisa entre tratamento e controle dos alienados internados¹¹. Conforme a autora, a psiquiatria começa a constituir-se como campo autônomo e especializado do conhecimento médico em finais do século XIX, com a criação da cadeira de clínica psiquiátrica nos cursos das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Portanto, “o hospício deve ser medicalizado, isto é, deve ter em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. Mas, também para que o hospício se torne um lugar de produção e conhecimento” (AMARANTE, 1994, p. 75).

Na passagem do século XIX para o século XX, alguns elementos foram apontados como impulsionadores dos conflitos sociais, tais como: a abolição da escravatura; o contingente de imigrantes estrangeiros entrando no país; a industrialização; o mercado de trabalho mais competitivo em função das relações de trabalho assalariadas; a paulatina modernização das cidades (CARRARA, 1998). O advento da República caracterizou-se, segundo Engel (2001, p. 331), “como um período de redimensionamento das políticas de controle social cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e pela legitimidade dos novos parâmetros definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização”. Diante disso, a demanda por instituições articuladas que atendessem as necessidades dos distintos loucos, entre eles, os agitados, os perigosos, os loucos criminosos. Conforme Machado et al. (1978, p. 377), “importante é criar hospícios, e hospícios de características diferentes, de acordo com as necessidades impostas aos loucos... para curáveis, incuráveis, para os que cometeram crimes”.

O primeiro Código Penal da República de 1890, que emerge no cenário de conflitos sociais descritos acima, apresentou mudanças relacionadas ao estatuto jurídico penal do louco, e sobre seu destino institucional. Conforme consta nos seguintes artigos da referida lei:

Art. 27 Não são criminosos:

§3. Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

§4. Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de

¹¹ O processo histórico de emergência do Hospício Pedro II encontra-se em: ENGEL, Magali. **Os Delírios da Razão: Médicos, Loucos e Hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

inteligência no ato de cometer o crime

Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico (BRAZIL, 1890).

De acordo com o Art. 27, os loucos eram considerados inimputáveis, não responsáveis legalmente pelos atos cometidos, e a palavra “loucura” foi substituída pelo termo médico “afecção mental”. O destino do louco criminoso era o asilo de alienados. Segundo Peres e Nery Filho (2002) os alienistas criticaram esse Código pois “os loucos de todos os gêneros” eram uma categoria muito ampla que precisava ser demarcada. Cristina Rauter (2003, p. 46) infere que, as críticas dos psiquiatras ao Código Penal de 1890 decorreu do intuito de “demonstrar que um indivíduo não precisava estar privado de seus sentidos e inteligência para possuir uma afecção mental. Existiam os estados de inconsciência temporários”. Para a autora:

O ensinamento psiquiátrico mais característico do período em torno da elaboração do Código Penal de 1890 é o de que a razão e a desrazão não podem se opor de modo antagônico, que as relações entre Justiça e psiquiatria não podem ser colocadas de modo tão simples, como, por exemplo, aos loucos o hospício, aos criminosos a prisão. Estre a liberdade volitiva e sua ausência, há estados limítrofes (RAUTER, 2003, p. 47).

Somente o alienista poderia classificar os diferentes tipos de loucuras, e identificar a existência de casos limítrofes. A necessidade de um local apropriado, o manicômio criminal para essas pessoas já se fazia sentir, pois o destino do louco criminoso eram os asilos de alienados. Para Peres e Nery Filho (2002), a perícia era a prova mais significativa de alienação mental, a qual passou a fazer parte do processo que tinha a finalidade de assessorar o juiz na aplicação da lei.

Legalmente, o ano de 1903 com o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro, reorganiza a assistência a alienados no Distrito Federal, e dispõe sobre a obrigatoriedade da construção de manicômio judiciário em cada estado brasileiro, ou, na impossibilidade imediata, da criação de pavilhões destinados aos loucos criminosos nos hospícios públicos existentes (BRASIL, 1903). Tal legislação serviu como modelo para os outros Estados da união, estabelecendo que cada Estado era responsável pela construção de manicômios judiciários, seja reunindo recursos ou através da edificação de anexos especiais aos asilos públicos, marcando a construção dessas instituições como proposta oficial.

A partir da lei de 1903, foi construída uma seção especial no Hospício Nacional de

Alienados do Rio de Janeiro¹², para abrigar os loucos criminosos, denominada “Seção Lombroso”, onde sempre representaram um problema para os médicos, por causa do seu comportamento anti-social e sua resistência à cura (CARRARA, 1998)¹³. De forma a situar esse processo, Sérgio Carrara (1998) demonstra como dois outros acontecimentos impulsionados pelos ecos originados pela imprensa e os poderes públicos, culminaram para a construção de um manicômio judiciário. O primeiro deles ocorreu em 1919, quando um “degenerado” mata Clarice Índio do Brasil, esposa de um senador da República. A possibilidade de absolvição desse assassino instigou a imprensa na luta pela criação de um manicômio judiciário. O segundo acontecimento apontado pelo autor foi uma rebelião ocorrida em janeiro de 1920 na Seção Lombroso do Hospício Nacional, onde segundo os jornais estariam internados os “loucos da pior espécie”, considerados “gente perigosa”. Os internos fugiram das celas, agrediram funcionários do hospício, e atearam fogo nos colchões. Mediante o apelo dos alienistas, juristas e sociedade, a pedra fundamental do primeiro asilo criminal brasileiro foi lançada em 21 de abril de 1920, nos fundos da Casa de Correção, e um ano depois foi inaugurado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, a primeira instituição do gênero no Brasil e na América Latina (CARRARA, 1998, p. 193-194). A demanda por um manicômio criminal justificava-se, pois “se por um lado existe uma loucura que é perigosa e violenta, propriamente perversa, há também uma criminalidade que, através dos degenerados e criminosos natos não é mais reconhecida plenamente como transgressão moral ou legal”, de acordo com Carrara (1998, p. 153).

Para as pessoas acometidas pela moléstia da loucura perigosa e violenta, ou uma loucura manifestada pelo crime, o destino passou a ser muito lentamente o manicômio judiciário. Essas instituições foram sendo erigidas em períodos distintos nos Estados brasileiros¹⁴.

Em 1940 foi promulgado o novo Código Penal do Brasil, o qual vigora atualmente, que tratou do louco criminoso de forma distinta ao Código anterior. Se no Código Penal de 1890, os loucos criminosos eram entregues às famílias ou enviados aos hospícios públicos o

¹² Efetivamente, com a chegada dos republicanos no poder, em janeiro de 1890, o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Logo no mês seguinte foi criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. No âmbito da assistência são criadas as primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América Latina (AMARANTE, 1994, p. 76).

¹³ O processo histórico da criação do primeiro manicômio judiciário no Brasil foi discutido pelo antropólogo Sérgio Carrara (1998). O autor apresenta o debate teórico presente nos livros e artigos dos médicos psiquiatras do manicômio judiciário do Rio de Janeiro. A obra é pioneira sobre essa tipologia de instituição.

¹⁴ Foram construídos quatro manicômios judiciários na década de 1920, um na década de 1930, um na década de 1940, um na década de 1950, dois na década de 1960, quatro na década de 1970, cinco na década de 1980, dois na década de 1990, e seis na década de 2000 (DINIZ, 2013).

Código Penal de 1940 determinava o seguinte:

Art. 22 É isento de pena o agente que por doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato, ou de determinar-se de acordo com o entendimento.

Parágrafo único: A pena pode ser diminuída de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940).

O critério adotado nesse código concebeu o crime como um momento intelectual relacionado a capacidade de entendimento e um momento volitivo relacionado a capacidade de determinação, cabendo ao perito auxiliar o juiz caso a suspeita de insanidade mental (PERES, NERY FILHO, 2002, p. 343). O Código Penal de 1940 trouxe duas inovações no que tange ao doente mental: o critério de periculosidade para a aplicação da pena e o dispositivo da medida de segurança. Essa última, surge no Código Penal como medidas especiais para criminosos específicos: os doentes mentais perigosos (PERES, NERY FILHO 2002, p. 345).

Conforme Cristina Rauter (2003, p. 71), “a adoção da medida de segurança representa a incorporação ao direito penal de um critério de julgamento que não se refere ao delito, mas à personalidade do criminoso”. A autora explica que, a personalidade perigosa é definida como a tendência delituosa, avaliada pelo juiz com o auxílio dos peritos psiquiatras. O Código Penal de 1940, incorpora o ensinamento psiquiátrico dos graus variados de responsabilidade, assim sendo, permite conciliar a existência das penas, em seu sentido retributivo e expiatório, com as medidas de segurança, os doentes mentais estavam isentos de pena, e os limítrofes (semi-imputáveis, caso do parágrafo único do art. 22), tinham penas reduzidas (RAUTER, 2003).

O sistema penal vigente no Brasil com o Código de 1940, em relação à responsabilidade penal era o chamado duplo binário. De acordo com Rauter (2003, p. 12), o semi-imputável, com o mecanismo do duplo binário, precisava cumprir a parte inicial da sanção como pena e o restante como medida de segurança, sobrepondo os modelos punitivo e terapêutico. A advogada Mariana de Assis Brasil e Weigert (2017, p. 94), compreende o mecanismo duplo binário da seguinte forma:

isto expressava a herança positivista no modelo de aplicação da pena, ou seja, todo criminoso teria um pouco de loucura, motivo pelo qual também deveria sofrer a medida de segurança. Ela tinha o objetivo ora de complementar a pena, quando aplicada aos considerados responsáveis, ora o de substituir a pena, quando aplicada aos irresponsáveis (WEIGERT, 2017, p. 94).

O Código Penal de 1940 passou por alterações, sendo a mais significativa em 1984, com a criação da Lei de Execução Penal (LEP). A reforma penal de 1984 alterou o sistema do duplo binário para o vicariante. Sendo assim, Weigert (2017) explica que, aos imputáveis caberia pena privativa de liberdade, e aos inimputáveis, medida de segurança, norteadas pela periculosidade. Para os fronteirços (semi-imputáveis), “nos casos em que predominar o quadro mórbido, optará o juiz pela medida de segurança, na hipótese oposta, pela pena reduzida” (BRASIL, 1984). Ou seja, a pessoa pode receber ou aplicação da pena ou da medida de segurança. O sistema vicariante é que predomina atualmente no Brasil.

A categoria dos “semi-imputáveis” representa os criminosos mais perigosos, de acordo com o direito e a psiquiatria, pois estão na fronteira entre o criminoso comum e o considerado louco, por isso a necessidade de identificar o risco social que representam (ALMEIDA, 2009). Apesar da decisão da sanção penal caber ao juiz, o laudo realizado pelos psiquiatras possui caráter científico sobre a compreensão da sanidade da pessoa, e posteriormente, da responsabilidade penal pelos atos cometidos. Para Weigert (2017, p. 97), “o direito tem sido atravessado pelos conceitos e diagnósticos psiquiátricos a ponto de internalizá-los no processo penal como regimes de verdade, como dados científicos e, por isso, não são jamais questionados pelo juiz”.

O sociólogo Francis Moraes de Almeida (2009, p. 202) infere que, apesar da reforma do Código Penal em 1984 e a abolição da periculosidade como categoria jurídica, ela mantém-se como categoria operativa no sistema de justiça criminal brasileiro nos documentos legais, nas sentenças e nos laudos. Afirmar essa, identificada nas fontes pesquisadas, as quais serão analisadas nos capítulos subsequentes. Outra alteração realizada no código penal em 1984, refere-se à renumeração do artigo relativo aos considerados doentes mentais, passou do artigo 22, para o artigo 26. A nomenclatura dos manicômios judiciários passou à designação de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Mudança essa, que representou mais uma formalidade do que efetivamente transformação na estrutura e funcionamento dessas instituições. As alterações dos nomes desses lugares não foram imediatas em todos os estados do país, inclusive, a pesquisa demonstra nos capítulos seguintes, que nos estados de Santa Catarina e Paraná essa mudança ocorreu posteriormente a 1984.

Essa seção introdutória, em linhas gerais mostrou que o processo histórico de emergência dos manicômios judiciários no Brasil esteve relacionado à demanda de um local específico para os tidos como loucos e criminosos. A imbricação do Direito e da Psiquiatria

conforme demonstrado nessa seção, perpassa o ordenamento jurídico. A seguir, de modo específico será apresentado o contexto de edificação do manicômio judiciário do estado de Santa Catarina, instituição que desencadeou a construção desta narrativa histórica.

1.2 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO DE SANTA CATARINA

A criação do MJSC ocorreu somente em janeiro de 1971, cinco décadas após a emergência da primeira instituição do gênero no Brasil. Apesar dessa lacuna temporal, houve a demanda por um lugar específico para o criminoso considerado louco, requisitada pelos médicos e juristas de Santa Catarina, conforme será exposto na sequência.

Localizado no complexo penitenciário de Florianópolis e subordinado à Secretaria de Justiça¹⁵, o MJSC é um órgão de defesa social e clínica psiquiátrica. Conforme consta a finalidade no seu Regimento Interno:

Art. 2º Ao Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina compete:
I – Receber, para fins de tratamento psiquiátrico, e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de alienação mental no decurso de prisão provisória ou após sentença condenatória;
II – Realizar perícia psiquiátrica para fins de apuração de responsabilidade penal;
III – Proceder exames de sanidade mental em detentos quando solicitados pelo Conselho Penitenciário do Estado;
IV – Exercer outras atividades relacionadas com exames e tratamento psiquiátrico na forma da lei e regulamentos (SANTA CATARINA, 1977).

A instituição foi criada sob os auspícios do Código Penal de 1940, o qual trata da relação entre crime e doença mental de forma distinta do anterior, conforme referenciado anteriormente. Os doentes mentais, conforme o art. 26, são considerados inimputáveis (isentos de pena), ou semi-imputáveis (caso do parágrafo único). A medida de segurança pode ser detentiva, com internação em manicômio judiciário, ou restritiva, com liberdade vigiada e tratamento ambulatorial. A imposição da medida de segurança é baseada na “periculosidade” que a pessoa representa, e por tempo indeterminado, até a sua cessação¹⁶.

¹⁵ O complexo penitenciário é composto atualmente por: Presídio Masculino, Presídio Feminino, Penitenciária, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Casa do Albergado. No presídio ficam os presos que estão aguardando sentença. Na penitenciária ficam os que já possuem sentença, e a Casa do Albergado é destinada aos presos em cumprimento de pena na forma de regime aberto, e da pena de limitação de fim de semana. A Casa do Albergado deve situar-se no meio urbano, separada dos demais estabelecimentos prisionais, caracteriza-se pela ausência de obstáculos físicos que impedem a fuga. Disponível em: <<http://www.deap.sc.gov.br/index.php/unidades-prisionais>>. Acesso em: 03 set. 2018.

¹⁶ Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.
§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for

De acordo com Elza Ibrahim (2014, p. 61), “juridicamente a medida de segurança é formulada como medida preventiva que visa o futuro e por isso é clara a sua associação à noção de periculosidade, não é determinada com base no crime, mas no suposto nível de perigo do indivíduo”.

O processo de constituição dessa instituição no Estado de Santa Catarina remonta às primeiras décadas do século XX, cujo período foi marcado pela criação de uma série de estabelecimentos de controle social associados à modernização e urbanização da cidade, particularmente voltados para as classes populares.

Conforme a historiadora Cynthia Campos (2008), a preocupação das elites e do governo de Santa Catarina, nas primeiras décadas do século XX, foi regulamentar o espaço rural e urbano para redefinir condutas e, por conseguinte, formar cidadãos considerados “úteis”. Preocupações essas alicerçadas em aperfeiçoar mecanismos de controle social por meio do assistencialismo nas áreas, sobretudo da saúde, e educação.

Esse projeto de padronização dos comportamentos estava articulado ao projeto de nacionalização do Estado Novo¹⁷, período compreendido entre 1937-1945, em que o discurso médico afirmou-se como elemento de intervenção na sociedade e o termo “regeneração”, utilizado por médicos da época referia-se à situação doente da população pobre.

O Interventor Nereu Ramos¹⁸ e seus representantes por meio da instalação de instituições de cunho educativo-assistencialista, entre elas, escolas, hospitais, casas de detenção, hospícios, abrigo de menores, buscaram implementar em Santa Catarina um projeto que tinha por objetivo “modernizar” o atendimento nas áreas acima mencionadas. Se por um lado o objetivo dessa “rede” de instituições era a normalização das práticas de mulheres, homens, jovens e crianças, por outro, essas instituições colocaram em cena os considerados problemas sociais, possibilitaram a inclusão social de uma parcela da população pobre urbana

averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º (BRASIL, 1984).

¹⁷ O Estado Novo caracteriza-se como um regime ditatorial, período de 1937-1945 da Era Vargas.

¹⁸ Interventor do Estado de Santa Catarina no período de 1937-1945, durante o Estado Novo.

(sobretudo através dos grupos escolares) e salvaram vidas (por exemplo, através do Preventório e do Abrigo de Menores).

A Penitenciária da Pedra Grande (1930) e o Hospital Colônia Sant'Ana (1941) foram instituições criadas no período, as quais estão relacionadas à emergência do MJSC. A instalação da Penitenciária “veio atender a demandas locais, mas também aparece em consonância com um ideal de progresso nacional, baseado num pensamento médico-higienista” (REBELO, CAPONI, 2007, p. 1219). As transformações urbanas das primeiras décadas do século XX e a instauração de instituições que visavam a disciplina fizeram parte não somente de necessidades locais, mas representou algo mais abrangente, ou seja, um projeto baseado em teorias científicas que nortearam o pensamento das elites nacionais (REBELO, CAPONI, 2007). Os primeiros anos de funcionamento da instituição da Pedra Grande, apesar de receber a denominação de penitenciária, foram semelhantes às velhas cadeias públicas, onde detentos comuns ficavam misturados a mulheres, menores de idade e os considerados alienados.

A Penitenciária da Pedra Grande foi o embrião do MJSC, pois foi o primeiro local destinado aos loucos que cometiam crimes. As condições que viviam as pessoas consideradas loucas criminosas eram no mínimo insalubres, e o local considerado como a “sala da morte”. Conforme afirma a historiadora Viviani Poyer (2000, p. 52), “junto à instituição correccional funcionava o manicômio que o diretor Edelvito Campelo D'Araújo¹⁹ intitulava “Casa dos Enterrados Vivos”. Ali não havia preocupação com a higiene, ou com o tratamento, muito menos, o conforto. O louco tinha ali a sala da morte”.

Com a construção do Hospital Colônia Sant'Ana (HCS), em 1941, primeiro hospital psiquiátrico público do Estado, os loucos criminosos foram transferidos da Penitenciária para essa instituição em uma ala denominada “Manicômio Judiciário”. No entanto, essa medida não foi suficiente para a resolução da situação institucional e para o atendimento dessas pessoas, pois as relações eram marcadas por conflitos entre funcionários e internos. Desde a edificação do HCS houve a tentativa de construir provisoriamente o manicômio judiciário nas dependências do hospital, no entanto, tal projeto não foi efetivado. De acordo com o

¹⁹ Edelvito Campelo D'Araújo jurista, baiano, nascido em 24 de janeiro de 1904, foi diretor da penitenciária da Pedra Grande entre os anos de 1935-1945. Ele foi responsável pelas reformas na estrutura física e administrativas da instituição, sendo que sua atuação ficou conhecida como “direção revolucionária”, marcada pela mudança do paradigma da Escola Clássica de Direito para a Escola Penal Positiva. Segundo D'Araújo, a penitenciária deveria ser instrumento para a “cura” do criminoso, até mesmo com a presença de um médico na instituição e de um gabinete, cujo propósito seria não somente cuidar da saúde do sentenciado, como também estudar as causas do “fenômeno crime” (REBELO, CAPONI, 2007, p. 1222-1223).

historiador Marcos Costa Melo (2004), a demanda por um lugar para o louco criminoso apresentou-se como uma constante, pelos funcionários do HCS e pelos representantes do poder público²⁰. A historiadora Viviane Trindade Borges, em pesquisa nos prontuários de homens que foram presos na penitenciária, abordou a tênue fronteira entre razão e loucura nos anos 1950, “nem propriamente um doente mental, mas também não podendo ser considerado são, mas denominado um tipo à parte” (BORGES, 2014, p. 17). Esses sujeitos não possuíam um estabelecimento adequado na penitenciária e eram enviados ao HCS, devido à inexistência de um manicômio judiciário.

A partir dos anos 1950, o Estado de Santa Catarina desenvolveu sua política de saúde mental de acordo com a política nacional, caracterizada pelo modelo asilar da loucura, cuja concepção resultou na superlotação do hospital ao longo dos anos. A expansão do HCS, com novos pavilhões, tornou-se uma constante demanda e a atuação da psiquiatria ampliou-se no tecido social, passando a exigir juntamente com o Estado novas instituições. Os anos 1960 deram continuidade à política de expansão da área com a criação de outros hospitais psiquiátricos da iniciativa privada²¹ (SANTOS, 1994). A partir do golpe de estado de 1964, quando o governo catarinense diminuiu as verbas para o setor público, sob a justificativa que o setor privado possuía melhor qualificação. Tal fato de acordo com Melo (2004) propiciou o desvio de verbas e desorganização do sistema público. Conforme se infere em Santos (1994, p. 64):

A associação dessa política privatizante com a inexistência da cidadania do doente mental e a conseqüente ação tuteladora do Estado (...) permitiram o florescimento de um vasto sistema de hospitais psiquiátricos particulares que, somando-se às instituições públicas existentes, consolidou um modelo assistencial asilar completamente falido, excludente, discriminatório, perverso e corrupto.

Embora a construção do MJSC não esteja relacionada à iniciativa privada, a efetivação desse projeto ocorreu em finais dos anos 1960, associado a uma demanda de longa duração. A reivindicação de um lugar para o louco criminoso provinha do início do século XX, como uma necessidade de isolar essas pessoas e tirá-las da penitenciária, depois do HCS. O MJSC desde sua criação, em 1971, esteve subordinado à Secretaria da Justiça e não à Secretaria de Saúde. Aspecto esse que não é exclusivo do estado de Santa Catarina, mas é a lógica que preside a existência dessas instituições.

²⁰ As discussões realizadas pelos parlamentares do Estado para a construção do MJSC podem ser encontradas em: MELO, Marcos Costa. **Ser ou não ser, “louco” é a questão**. Relações crime e loucura. 138 p. Dissertação (Mestrado em História) – Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

²¹ Foram criadas as instituições privadas: Casa de Saúde Rio Maina, em Criciúma; o Instituto São José, em São José; a Clínica Nossa Senhora da Saúde, em Joinville. Sobre a política de saúde mental em Santa Catarina ver SANTOS, Nelson Garcia. **Do Hospício à Comunidade**: Políticas Públicas de Saúde Mental. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

De acordo com a Mensagem Anual proferida na Assembléia Legislativa, em 1968, o governador Ivo Silveira²² ²³ anunciou a edificação do Manicômio nos terrenos da Penitenciária do Estado referindo que, “com o auxílio de verbas federais, da Colônia Sant’Ana irá retirar os delinquentes insanos do sexo masculino, fazendo assim cessar uma convivência perigosa para os demais alienados” (SANTA CATARINA, 1968, p. 209). A nova instituição representava a conclusão de um projeto gestado há longo prazo, cuja demanda foi constante, desde a “Casa dos Enterrados Vivos”, na Penitenciária. O MJSC materializava “uma reivindicação dos nossos magistrados, advogados, médicos, psiquiatras e do Conselho Penitenciário do Estado, que há muito reclamavam esse empreendimento” (SANTA CATARINA, 1968, p. 80).

Finalmente, quando foi aprovado o projeto de lei em 1970, para a criação do manicômio, pelos parlamentares do Estado, o teor do documento sinalizou as expectativas que a instituição era aguardada: “Não se compreendia, mesmo, a sua inexistência em um Estado culto como o nosso e que dá ao Brasil um exemplar sistema penitenciário” (SANTA CATARINA, 1970).

O contexto da criação do MJSC ocorreu, portanto, no período do regime ditatorial marcado pelo sistema repressivo e autoritário, sob o lema da segurança e desenvolvimento, visando à acumulação de capital e a “modernização conservadora”. A abertura do MJSC em janeiro de 1971 foi resultado de uma política que visava colocar o louco criminoso em um lugar específico. Teve como primeiro diretor o psiquiatra Júlio Gonçalves²⁴, o mesmo permaneceu na gestão durante três meses, pois assumiu no final da administração do governador Ivo Silveira. Logo, devido à mudança do governo estadual, assumindo o governador Colombo Machado Salles²⁵, o psiquiatra²⁶ Pedro Largura²⁷ foi designado como

²² Ivo Silveira foi governador do Estado de Santa Catarina de 1966 a 1970.

²³ A administração estadual vigente em Santa Catarina, expressava a simbiose entre políticos de larga tradição personalista e com predomínio de linhagens familiares com o grupo de tecnocratas, que formularam o Plano de Metas do Governo (PLAMEG), com vigência nos governos de Celso Ramos (anterior) à Ivo Silveira. Esse plano foi fundamental para as ações do Estado no período. Os governos da ditadura ampliaram o raio de ação de iniciativas como a criação do Banco do Estado de Desenvolvimento do Estado, do Banco Regional de Desenvolvimento do Estado, Banco do Estado de Santa Catarina, Banco Regional de Desenvolvimento do Extremo Sul e das Centras Elétricas de Santa Catarina, além de ações no âmbito da agricultura, educação, cultura e imprensa. (LOHN, 2014, p. 28). Sobre o planejamento econômico e as relações políticas no período da ditadura militar em Santa Catarina, ver LOHN, Reinaldo Lindolfo. Relações políticas e ditadura: do consórcio autoritário à transição controlada. In. BRANCHER, Ana Lize; LOHN, Reinaldo Lindolfo. **Histórias na ditadura**. Santa Catarina (1964-1985). Florianópolis: Ed. da UFSC, 2014, p. 17-60.

²⁴ O psiquiatra Júlio Gonçalves foi uma figura importante para a psiquiatria de Santa Catarina devido sua participação nas mudanças que envolveram a reorganização administrativa da Secretaria de Saúde do Estado (MELO, 2004).

²⁵ Colombo Machado Salles foi governador do Estado de Santa Catarina no período de 1971-1975, que coincidiu com o exercício da Presidência da República pelo general Emílio Garrastazu Médici. A ditadura, sob o comando

diretor da instituição, iniciando em abril de 1971 e permaneceu na função por aproximadamente vinte anos. Em 1971, quando o manicômio judiciário abriu suas portas, os primeiros internos do sexo masculino eram procedentes do HCS, onde estavam em cumprimento de uma medida de segurança (MELO, 2004).

Em 1994 a instituição passou a denominar-se Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP-SC), quando foi elaborado o novo regimento interno. Entretanto, a pesquisa nos prontuários mostrou que nos anos de 1991 a nova denominação já se encontrava nos documentos institucionais. Entre as alterações do regimento de 1994, uma merece destaque, pois houve a autorização para que a gestão da instituição fosse exercida por outros profissionais, que não o psiquiatra: “portador de diploma de nível superior de Direito, ou Psicologia, ou Ciências Sociais, ou Pedagogia, ou Serviço Social” (SANTA CATARINA, 1994). No que se refere às funções do estabelecimento, basicamente permaneceram conforme o regimento anterior.

A partir dos marcos históricos apresentados acima sobre a construção do MJSC chegou-se a questão relativa às mulheres: para onde eram enviadas as ditas loucas criminosas do estado de Santa Catarina? Na seção seguinte pretende-se esboçar o caminho de pesquisa para a compreensão da trama que não considerou um espaço específico para elas no MJSC.

1.3 PRESCRUTANDO VESTÍGIOS SOBRE AS MULHERES

Tendo em vista que os internos do MJSC do Estado eram somente do sexo masculino, buscou-se conhecer se houve a demanda para a construção de um espaço de internação para as ditas loucas criminosas, assim como, quais foram os encaminhamentos para as mulheres

desse general, trazia o lema “Segurança e Desenvolvimento” e pôs em prática o ideário autoritário dos militares que os posicionava como mais capazes do que os civis para gerir os destinos do país. De sua parte, o governo estadual prometia atingir as metas previstas pelo Projeto Catarinense de Desenvolvimento, elaborado sob a égide da Doutrina de Segurança Nacional (LOHN, 2014, p. 35).

²⁶ Os médicos psiquiatras que atuam em manicômios judiciários são chamados de psiquiatras forenses. A psiquiatria forense é uma especialidade da psiquiatria, que possui o objetivo de auxiliar a Justiça na definição do estado mental das pessoas consideradas infratoras, possibilitando seu enquadre adequado nas leis estabelecidas. A atuação do psiquiatra forense não se restringe às questões penais, mas também civis. Como abordado anteriormente, os que por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos civis, são incapazes. Para esses, o psiquiatra forense é o perito que elabora o laudo da curatela e interdição judicial (BARROS, 2008).

²⁷ O psiquiatra Pedro Largura formou-se na Universidade Federal de Santa Catarina, na terceira turma do Curso de Medicina, e realizou pós-graduação em São Paulo. Trabalhou dois anos na Colônia Sant’Ana e foi convidado para assumir a direção do Manicômio Judiciário pelo governador Colombo Machado Salles. Realizou estudos no Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro anteriormente de assumir a direção da instituição em Santa Catarina. Pedro Largura teve participação na criação do Manicômio Judiciário (MELO, 2004).

que precisavam cumprir uma medida de segurança. Foi realizada a pesquisa no Centro de Memória da Assembleia Legislativa entre o período de 1960-1994, nas Mensagens do Governador, com o objetivo de saber se houve a demanda de construção de um espaço para as mulheres no manicômio judiciário. O período pesquisado contemplou os anos anteriores à criação da instituição, até vinte anos após a inauguração. Todos os livros de Mensagens foram analisados, e em nenhum consta tal menção.

Todavia, foi localizado no APESC o único indício que mostrou a possibilidade de construção de um espaço para as mulheres no MJSC, sendo que, foram consultados todos os documentos disponíveis sobre a instituição²⁸. O coordenador das Organizações Penais da Secretaria da Justiça, Paulo Cardoso, enviou uma comunicação ao diretor do MJSC, em 21 de setembro de 1977 solicitando: “...com brevidade seja encaminhada a esta Coordenadoria, a relação das edificações e dependências julgadas indispensáveis à construção e funcionamento de um manicômio judiciário, onde poderão ser recolhidos 200 pacientes de ambos os sexos”²⁹. Portanto, houve a intenção para a construção de dependências para as mulheres no MJSC. Todavia, esse foi o único documento localizado no APESC, cujo propósito não foi concretizado, pois até a atualidade o MJSC de Santa Catarina não realiza a internação de mulheres para o cumprimento de medida de segurança. Também não foi localizado documento com a resposta do diretor. Configurou-se como uma instituição “construída” majoritariamente por homens e para homens. Esse fato também se apresenta nos seguintes Estados: Ceará, Mato Grosso, dois estabelecimentos de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Rondônia, Piauí, dois estabelecimentos do Rio de Janeiro (DINIZ, 2013).

A pesquisa na documentação do APESC também forneceu informações quanto à demanda para internação das mulheres no MJSC. Foram localizadas repetidas fontes documentais afirmando que as mulheres eram enviadas para o HCS, como mostra este ofício de 1976, em que o diretor do MJSC envia ao juiz os encaminhamentos para a situação de Madalena:

O Manicômio Judiciário do Estado ainda não possui local nem pessoal para tratamento de delinquente do sexo feminino. Razão pela qual deixamos de atender a

²⁸ A documentação referente ao MJSC após os anos 1980 não foi localizada no APESC pois o mesmo não recebe documentos desde os anos 1980, sendo que o MJSC foi criado em 1971. Portanto, há uma lacuna da história do Estado dispersa pelas suas instituições. No MJSC além dos prontuários, não há outros documentos disponíveis para a pesquisa, como relatórios e livros de registros.

²⁹ SANTA CATARINA. **Ofícios Expedidos Manicômio Judiciário**. Ofício nº 732 de 21 de setembro de 1977. APESC.

solicitação para internamento da ré *Madalena*. Tomamos a liberdade em sugerir o envio de expediente ao diretor do Hospital Colônia Sant'Ana³⁰.

Encaminhamento semelhante foi dado à Justina em 1978. O coordenador das Organizações Penais enviou ofício ao juiz a seguinte comunicação:

Comunicamos a V. Excia, a inexistência de local e pessoal para tratamento de delinquente do sexo feminino no manicômio judiciário. Tomamos a liberdade de sugerir o encaminhamento para o Hospital Colônia Sant'Ana, que possui a indispensável estrutura, para se ultimar o internamento da indiciada *Justina*³¹.

Os comunicados referentes às solicitações do judiciário para a internação das mulheres no MJSC foram constantes, pois são inúmeros ofícios que possuem os mesmos informes como destinado à Madalena e Justina. Portanto, aos homens o manicômio judiciário, às mulheres o hospital psiquiátrico.

Como o manicômio judiciário faz parte do sistema penitenciário do Estado, apesar de ser um hospital-prisão, está inserido no complexo prisional, sendo assim, a inexistência de um espaço específico para as mulheres na instituição também está relacionada à emergência dos estabelecimentos penais para mulheres no país, e no Estado. De acordo com a advogada Camila Damasceno de Andrade (2017), a Penitenciária da Pedra Grande (1930) não contava com uma seção específica para as mulheres. As mesmas tiveram como principal local de aprisionamento, até a década de 1950, a Cadeia Pública de São José, localizada na região metropolitana de Florianópolis. Por sua vez, a assistente social Cória Vieira Assunção, em sua pesquisa sobre o presídio feminino de Florianópolis, afirma que devido ao aumento de detentos na penitenciária, as mulheres foram enviadas para um local anexo ao Presídio de Biguaçu, também localizado na região metropolitana de Florianópolis. Sendo que somente em 1988 foi instalado o Presídio Feminino de Florianópolis (ASSUNÇÃO, 2010).

De acordo com a antropóloga Bruna Soares Andrade (2011), os primeiros estabelecimentos prisionais exclusivos de mulheres datam dos últimos anos da década de 1930 e início da década de 1940³² no Brasil. Segundo a autora, a administração era realizada pela congregação das Freiras da Irmandade do Bom Pastor D'Angers³³. Conforme a

³⁰ SANTA CATARINA. **Ofícios Expedidos Juizes Penitenciária Florianópolis**. Ofício nº 136 de 18 de março de 1976. APESC.

³¹ SANTA CATARINA. **Ofícios Expedidos Juizes Manicômio Judiciário**. Ofício nº 1.172 de 28 de dezembro de 1978. APESC.

³² Em 1937, foi criado na cidade de Porto Alegre o Reformatório de Mulheres Criminosas, que posteriormente passou a denominar-se Instituto Feminino de Readaptação Social, primeira instituição prisional de mulheres. Em 1941, foi criado o Presídio de Mulheres em São Paulo, em 1942, foi inaugurada a Penitenciária de Mulheres do Distrito Federal, no Rio de Janeiro (ANDRADE, 2011, p. 193).

³³ Sobre a congregação da Irmandade do Bom Pastor D'Angers ver ANDRADE, Bruna Soares. **Entre as leis da ciência, do Estado e de Deus: O surgimento dos presídios femininos no Brasil**. 316 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

concepção da época, o lugar ocupado pela mulher considerada “delinquente” era dos excessos, da falta de recato, das rupturas como as regras morais consideradas hegemônicas na sociedade. A proposta das Irmãs visava a salvação moral e educação para uma ética cristã, considerada a mais adequada para o trato de mulheres percebidas como desviantes, perigosas e violentas. A instituição prisional tinha como função disciplinar essas mulheres para o retorno na sociedade dos papéis de mães e esposas (ANDRADE, 2011). No entanto, segundo Andrade (2017), em Santa Catarina, e especificamente em Florianópolis, nos espaços prisionais destinados às mulheres não tivemos a presença das Irmãs do Bom Pastor D’Angers. As mulheres permaneciam, muitas vezes, junto aos homens na penitenciária, ou enviadas para a Cadeia Pública de São José. Ou, conforme Assunção (2010), as mulheres ficavam em espaços anexos no Presídio de Biguaçu, até a construção do Presídio Feminino de Florianópolis. Porém, a criação de um local específico para as mulheres no MJSC não ocorreu.

As relações de gênero são construídas culturalmente e historicamente (SCOTT, 1990). Sendo assim, a ausência de um espaço para internação das mulheres no MJSC denota a não expectativa de que elas cometessem delitos e ainda reforça a invisibilidade de seus crimes, os quais revelam aspectos do social onde essas mulheres estavam inseridas. A antropóloga Rosemary de Oliveira Almeida afirma que a invisibilidade dos crimes cometidos pelas mulheres significa uma invisibilidade construída pela história das mulheres, “que estiveram à margem do espaço público, logo, também do crime, já que este é uma ação pública, pois é objeto de ação penal pública” (ALMEIDA, 2001, p. 14).

Embora as mulheres não fossem internadas no MJSC, havia a realização de exames concernentes à instituição: exame de sanidade mental, toxicológico, cessação de periculosidade e perícia civil³⁴ que estão presentes nas páginas dos autos e nos prontuários. Portanto, é possível inferir que o MJSC foi um lugar de passagem, transitório, para as mulheres. Os vestígios da passagem delas pela instituição encontram-se nos seus prontuários, localizados no SAME/ HCTP. A pesquisa nesses documentos contemplou mais uma etapa, organizada com dois intuitos: conhecer os prontuários e quantificá-los, identificar as potencialidades da referida documentação para a história das mulheres e suas relações com o crime e a loucura.

³⁴ Os diferentes exames realizados no MJSC serão explicados ainda neste capítulo. O exame de sanidade mental e de cessação de periculosidade serão analisados nos Capítulos 2 e 3 pois, foram documentos determinantes para as trajetórias das duas protagonistas desta pesquisa, Teresa e Lourdes.

A investigação aqui proposta localizou 188 prontuários de mulheres no período de 1971 e 1994, sendo realizada a leitura na íntegra de todo corpo documental. Algumas mulheres foram acusadas por mais de um crime, assim como algumas delas foram submetidas a mais de um exame pericial. A sistematização das informações obtidas nos documentos resultou em duas grandes categorias, identificadas por dois grandes agrupamentos: os exames realizados e os crimes que as mulheres foram acusadas³⁵.

Constatou-se que foram realizados 102 exames de sanidade mental; 103 exames de dependência toxicológica; 02 exames de cessação de periculosidade e 08 perícias civis. Os exames de dependência toxicológica, os quais compõem grande parte dos prontuários, referem-se à Lei de Drogas (BRASIL, 1976), a qual ocasionou o crescimento vertiginoso do sistema carcerário do país. A referida lei criada no período da ditadura militar (1964-1985), tinha entre seus pressupostos o combate ao uso e ao tráfico, mediante a prevenção e repressão, pois caracterizava uma das faces do perigo social na ditadura. Esse aspecto da prospecção desses documentos desvia a narrativa para uma direção que foge do escopo definido nesta pesquisa.

As 08 perícias civis localizadas foram realizadas em vítimas e não em acusadas. O objetivo dessa perícia era verificar a sanidade mental da vítima, a fim de agravar a situação do acusado, também não contempla o objetivo da pesquisa. Os 02 exames de cessação de periculosidade compõem um dado que remete a duas hipóteses: significa que não houve mulheres em cumprimento de medida de segurança, por isso não houve solicitação para o exame de cessação de periculosidade – como veremos adiante, houve mulheres em cumprimento de medida de segurança -, ou as mesmas permanecem internadas sem a realização desses exames, ultrapassando o prazo máximo de três anos conforme a legislação penal³⁶. Como não consta cópia do processo penal, não é possível saber os caminhos tomados para que não fosse realizado o exame de cessação de periculosidade.

O intuito de escrever uma história de mulheres que tiveram a experiência do crime e da loucura fez com que o foco de análise fosse dirigido aos 102 exames de **sanidade mental**, portanto aqui se configura a **primeira categoria** para a consecução do objetivo norteador deste trabalho investigativo.

O segundo grupo de informações coletadas dos prontuários foram os crimes: 103 mulheres tiveram acusação de crime relacionado a drogas, o que equivale a 50,2% das que

³⁵ No apêndice A consta o quadro geral dos crimes.

³⁶ A indicação legal para o exame de cessação de periculosidade consta no subtítulo “O Manicômio Judiciário de Santa Catarina”, neste capítulo.

passaram pelo manicômio judiciário, estavam associadas ao exame toxicológico. Portanto em conformidade com o objetivo da pesquisa não serão analisados. Os demais crimes pelos quais as mulheres foram acusadas e submetidas a exame de sanidade mental: homicídio (30), furto (21), lesão corporal (17), estelionato (7), ato obsceno (4), roubo (2), ameaça (2), maus tratos (2), dano (2), atentado ao pudor (2), seqüestro ou cárcere privado (1), extorsão (1), violação de domicílio (1), subtração de incapazes (1), corrupção ativa (1), moeda falsa (1), abandono material (1), destruição ou ocultação de cadáver (1), violação de sepultura (1), infanticídio (1), não consta (2). A capa do prontuário traz o número do artigo referente à infração, o que permitiu a pesquisa no Código Penal do crime correspondente. No entanto, a maioria dos documentos não menciona detalhes de como o crime sucedeu. A partir desse levantamento dos crimes, a **segunda categoria** de análise é definida: o crime de maior índice, o **homicídio**. Apesar da necessidade de fazer seleções para a análise, devido ao período disponível para a pesquisa, é possível demonstrar com a descrição dos dados acima, que as mulheres foram autoras de diversos crimes. Esses documentos ficam aguardando novas perguntas para a formulação de mais respostas sobre as mulheres e as motivações que as levaram a passar pelo MJSC.

Uma análise quantitativa dos crimes de homicídio levou à construção de um perfil dessas mulheres, através de categorias como idade, escolaridade, profissão, estado civil, comarca, filhos, religião, raça/etnia e diagnóstico. Escrever uma história das mulheres através de categorias possibilita a construção de um perfil, e o consecutivo estabelecimento de relações com outros dados do sistema prisional do Estado de Santa Catarina, ou demais regiões do país, ou torna-se meramente uma descrição de características comuns e características distintas entre as mulheres. No entanto, para analisar os crimes de homicídio é preciso responder a questão: Quantas mulheres cometeram homicídio em Santa Catarina no período da pesquisa? Somente 30 fizeram exame de sanidade mental. Os dados precisam ser “depurados” para evitar generalizações e conclusões equivocadas, mas os dados locais e nacionais do sistema penitenciário do período da pesquisa são inacessíveis³⁷. Dos 30

³⁷ O Infopen é um órgão - do Departamento Penitenciário Nacional – responsável pelas informações estatísticas do sistema penitenciário, criado em 2004. Em 2014 foi lançada a primeira versão do INFOPEN MULHERES apresentando um perfil das mulheres em situação de privação de liberdade no Brasil. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/news/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>>. Existe uma lacuna de informações sobre as mulheres habitantes do cárcere. Somente pesquisas nas instituições ou arquivos que condicionam essa documentação possibilita conhecer esse processo histórico. Em 2013 foi publicado o censo nacional dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico do país, mostrando pela primeira vez na história, o perfil da população que habita esses lugares. De forma semelhante da pesquisa nas prisões, existe uma lacuna da história dessas instituições e de suas habitantes.

homicídios, outro dado relevante refere-se à responsabilidade penal determinada pelos psiquiatras do MJSC: somente **05 foram consideradas inimputáveis**, ou seja, irresponsáveis penalmente; **06 foram consideradas parcialmente responsáveis**; e **19 foram consideradas plenamente responsáveis**. Esses dados são importantes, pois revelam que grande parte das mulheres acusadas de homicídio foram responsabilizadas penalmente pelos peritos psiquiatras. Porém, não é possível saber somente com as informações dos prontuários se o judiciário as tratou com maior benevolência pelo fato de serem mulheres.

Durante o estudo dos documentos e a organização do perfil dessas mulheres, a sensação era de que mais uma vez elas entrariam em uma estatística fria e identificada por parâmetros, por exemplo, econômicos e sociais em comum nos casos, por seus aspectos de precariedade amplamente conhecidos. Por isso, os números foram abandonados e a lente da investigação foi ajustada para as histórias que irrompiam dos prontuários. Histórias que tinham em comum a incursão na polícia e na justiça devido à acusação de um crime, e a solicitação de um exame de sanidade mental, mas que se diferenciavam nos processos sociais que anunciavam.

A passagem das mulheres pelo MJSC, mediante o levantamento das informações documentais, indicava respostas para outra questão do trabalho: para onde as mulheres que precisavam de internação no MJSC foram enviadas? A seguir serão apresentados dados obtidos na prospecção de registros sobre mulheres que foram acusadas de **homicídio, e consideradas irresponsáveis penalmente, e as consideradas semi-responsáveis (as “fronteiriças”)**. A escolha desses grupos decorreu pois, foram essas, as propensas ao envio para internação, conforme a legislação penal mostrada anteriormente. Logo, o critério está em consonância com o objetivo da investigação em buscar mulheres que tiveram a experiência do crime e da loucura. Nos prontuários analisados constam os direcionamentos dos peritos psiquiatras para esses casos, os quais possivelmente foram acatados pelo juiz, pois quem delibera a internação dessas pessoas é o magistrado, baseado no laudo do psiquiatra. A seguir foram delineadas as características de identificação, diagnósticos, responsabilidade penal, das 11 mulheres acusadas de homicídio enquadradas no art. 26 do Código Penal de 1940, as inimputáveis (irresponsáveis) e as semi-imputáveis (fronteiriças). São “vidas de algumas linhas ou de algumas páginas, juntadas em um punhado de palavras” (FOUCAULT, 1992, p. 89).

1.3.1 As “fronteiriças”

A identificação das fronteiriças ocorreu de acordo com a indicação da responsabilidade penal feita pelos psiquiatras: as semi-imputáveis, que poderiam receber uma medida de segurança ou uma pena.

Bernadete foi a primeira mulher acusada de homicídio localizada no arquivo do SAME/ HCTP, em 1977. Em seu laudo de sanidade mental no item “identificação” consta as seguintes informações: “31 anos, negra, desquitada, pobre, católica, do lar, instrução primária incompleta”³⁸. Segundo seu prontuário, quando tinha 15 anos sofreu um acidente de motocicleta e a partir de então, “desenvolveu um quadro psiquiátrico, ficou esquecida e com ataques de nervos, sendo internada pela primeira vez no Hospital Colônia Sant’Ana, onde permaneceu por seis meses, e recebeu o tratamento de insulina e eletrochoque”^{39 40}.

A trajetória de Bernadete apreendida pelos psiquiatras do MJSC, para a realização do seu exame de sanidade, ficou registrada da seguinte forma: quando criança era muito moleque e levada, segundo suas palavras. Seus estudos se resumiram aos três anos do grupo escolar; iniciou o 1º ano tardiamente, com 9 anos, e aos 12 anos abandonou a escola pois tinha muitas brigas com a professora, afinal, preferia ir namorar. Conforme seu registro, “teve experiência como prostituta, sendo detida 5 vezes por prostituição”. Bernadete “passou a viver com um homem, que não tinha profissão definida, e era habituado a ingerir bebida alcoólica; essa união precária minada por constantes desavenças, foi finalmente rompida de forma violenta”⁴¹. Não consta no prontuário como sucedeu o crime, ou as motivações que a levaram a isso, mas o registro permite presumir que Bernadete matou o companheiro, ou teve participação em sua morte.

³⁸ Prontuário nº 291. SAME/ HCTP.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ A insulina e o eletrochoque eram tratamentos psiquiátricos amplamente utilizados em hospitais psiquiátricos na época. A insulina passou a ser utilizada pela psiquiatria na década de 1930, o tratamento consistia em causar convulsões, com uma dose excessiva de insulina, para diminuir as “crises” dos pacientes. Considerada eficaz para pacientes com vários tipos de psicoses, particularmente a esquizofrenia. No entanto, o paciente poderia sofrer um coma irreversível ou colapso circulatório e respiratório. O eletrochoque foi introduzido em finais da década de 1930, e caracterizava-se pela passagem de uma corrente alternada através da caixa craniana durante um breve espaço de tempo, provocando convulsões, a perda da consciência e espasmos musculares. Considerado um tratamento de baixo custo, de fácil e rápida aplicação, e possível de ser utilizado em um grande contingente de pessoas sucessivamente (BORENSTEIN, 2007).

⁴¹ Prontuário nº 291. SAME/ HCTP.

Os peritos do MJSC concluíram: “embora o exame psíquico não revele perturbações psicopatológicas de relevância, consta em seus antecedentes pessoais, várias passagens no Hospital Colônia Sant’Ana, com tratamento especializado e conclusão diagnóstica”. Bernadete foi diagnosticada de “personalidade psicopática”, caracterizada por “instabilidade, comportamento anti-social, tendência ao alcoolismo, e modo de vida desregrado”⁴². Com base nas observações, nas informações coletadas e no diagnóstico, a avaliação dos peritos definiu a responsabilidade penal de Bernadete:

Pessoas que possuem tais distúrbios de personalidade podem ser consideradas pela psiquiatria forense, **parcialmente responsáveis** pelos atos praticados. Realçamos entretanto, que tais personalidades, além de poderem cumprir pena em estabelecimento apropriado, pouco se beneficiam com internamento em hospital psiquiátrico⁴³. (grifo meu)

Como os autos de Bernadete não foram localizados, não é possível saber qual foi a decisão judicial. A indicação dos psiquiatras de que “tais personalidades pouco se beneficiam de internação psiquiátrica” pode ter conduzido a sentença para que Bernadete cumprisse pena na prisão.

Angelina tinha 22 anos em 1984, quando foi denunciada por crime de homicídio. Em sua identificação constam os registros: “solteira, branca, do lar, instrução primária, pertencente a uma família tradicional de minifúndio, de condição econômica razoável”⁴⁴. Aos 12 anos Angelina abandonou a escola e começou a trabalhar na lavoura juntamente com os demais irmãos, trabalho que exerceu até sua incursão na justiça. “Sua adolescência resumia-se a convivência com os irmãos e vizinhos da comunidade, porém o relacionamento com os pais não era bom já que estes exigiam muito dela no trabalho e na vida familiar”⁴⁵. Conforme seu prontuário, aos 18 anos Angelina começou a namorar Afonso, e desse relacionamento engravidou. A suspeita do pai com a gravidez, e intimidação a Afonso, causou o rompimento do namoro. Consta o registro:

A partir do 6º mês de gravidez seus pais ficaram sabendo e ameaçaram-na, bem como a sua futura prole, de serem expulsos de casa quando do nascimento. Angelina continuou a trabalhar normalmente na lavoura. Certo dia iniciou o trabalho de parto que durou 2 dias, e na hora da expulsão fetal, escondeu-se em sua casa, impedindo alguém de assistir o fato. Contudo, nega lembrar-se de qualquer ocorrência após a parturição, não sabendo do paradeiro da criança, e de como foi parar no hospital, pois estava com hemorragia⁴⁶.

⁴² Ibidem.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Prontuário nº 1.574. SAME/ HCTP.

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ Ibidem.

O corpo da filha de Angelina foi encontrado dias depois por terceiros, e ela que estava internada no hospital devido à hemorragia, foi acusada de infanticídio e presa na cadeia pública de sua cidade por 38 dias. Os psiquiatras anotaram que Angelina reclamava inocência, e que realizou o parto sozinha, “para impedir que seus pais maltratassem a criança”. Essa mulher permaneceu presa na Cadeia Pública de Florianópolis por mais de dois meses a fim de comparecer ao MJSC, para a elaboração do laudo pericial. Os psiquiatras concluíram:

Apesar de conservar-se lúcida e orientada, à medida que nos relacionávamos com a periciada, mais nítida ficava sua incapacidade para o contato interpessoal, mostrando-se distante...*Angelina* não dispunha da integridade de seu juízo de realidade, ‘misturando’ com frequência seu mundo interno com o externo. Concluimos que a periciada é portadora de **Transtorno Esquizoide de Personalidade**, condição que compromete suas capacidades de entendimento e auto-determinação. Deve ser considerada **parcialmente responsável** pelos seus atos do ponto de vista psiquiátrico forense⁴⁷. (grifo meu)

Angelina foi denunciada por homicídio, informação que consta na “ficha de identificação” e na “capa” do prontuário, no entanto, no corpo do laudo, consta a acusação de infanticídio. Não é possível compreender se houve erro no registro do artigo referente à infração, ou outra ocorrência.

Ivone, também tinha 22 anos quando foi denunciada por crime de homicídio, usando de veneno, em 1990. Os registros sobre ela são sucintos: “Solteira, branca, do lar e analfabeta”⁴⁸. Ivone estava presa na Cadeia Pública de Florianópolis e apresentou-se no MJSC para as entrevistas com os psiquiatras, “demonstrando evidente déficit intelectual, não sendo observados sintomas psicóticos. Nega o delito, acusando a vítima de tentar matá-la”. O diagnóstico dos peritos foi “deficiência mental moderada”, a qual causou “diminuição de sua capacidade de entendimento e auto-determinação, o que torna-a parcialmente responsável pelos atos praticados”⁴⁹. Os psiquiatras, ainda indicaram que, o tratamento fosse realizado em regime ambulatorial, e com acompanhamento indispensável dos familiares. Com as informações do prontuário não é possível saber quem foi a vítima, como decorreu o crime, assim como, as referências sobre a vida de Ivone são esparsas.

Edite, foi denunciada em 1991, por furto de uma garrafa de uísque, por agressão a mãe, seguida de ameaças de morte a um casal de vizinhos, armada com faca. No seu prontuário encontram-se as seguintes informações: “24 anos, branca, solteira, 2º grau

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ Prontuário nº 2.794. SAME/ HCTP.

⁴⁹ Ibidem.

completo, desempregada”⁵⁰. Edite estava internada no Hospital Colônia Sant’Ana quando da realização do laudo pericial.

Com respeito ao delito, faz pouca crítica, alegando estar sob efeito de cocaína, dizendo que torna-se agressiva sempre que usa a droga. Durante o período que esteve sob observação psiquiátrica, verificamos ser a periciada portadora de personalidade ‘borderline’, com baixa tolerância e frustrações...Após estes surtos apresenta comportamento normal, mantendo-se em pleno juízo da realidade⁵¹.

Edite foi considerada parcialmente responsável pelas infrações. Os registros sobre ela são ínfimos, compostos de dados gerais de identificação, o diagnóstico psiquiátrico e responsabilidade penal, esses últimos, registrados de forma concisa pelos peritos.

Helena foi denunciada por homicídio em 1994, tinha 37 anos na época. Conforme o registro do seu prontuário, era “amasiada, do lar, instrução primária, branca, baixa condição sócio econômica”⁵². A partir do “histórico familiar” é possível presumir as relações conflituosas entre Helena e sua mãe. A denunciada revelou ódio à progenitora, chamando-a de nomes ofensivos. O diagnóstico de Helena foi “epilepsia”, o qual, de acordo com a psiquiatria forense “a torna parcialmente responsável”. Segundo as anotações dos peritos, Helena “relatou com minúcias o acontecimento que vitimou seu companheiro”. No entanto, os detalhes não foram registrados no documento, apenas auxiliaram os psiquiatras na tarefa de avaliação psiquiátrica.

Francisca, acusada de homicídio em 1985, na época tinha 23 anos, “casada, branca, doméstica, instrução primária”⁵³. Ela estava internada no Hospital Colônia Sant’Ana onde foi realizado o exame de sanidade mental. Conforme o registro no laudo pericial: “trajava o uniforme típico daquela instituição, em bom estado de alinhado e asseio”. Francisca foi considerada “uma paciente epiléptica”, doença essa que segundo os psiquiatras, interferiram em seu comportamento, tornando-a intolerante, agressiva e impulsiva. Por isso, “sua compreensão e autodeterminação em relação aos atos praticados estavam diminuídos, e sua responsabilidade é apenas parcial”⁵⁴. Os peritos fizeram uma observação, que possivelmente embasou o magistrado, para a sentença de Francisca:

Como é uma paciente que necessita de constantes cuidados médicos, por precisar de controle medicamentoso, sugerimos que, caso venha a ser condenada, passe a cumprir sua pena em regime hospitalar. Caso seja possível, esse regime pode ser substituído por um tratamento ambulatorial, onde possa estar controlada, e caso

⁵⁰ Prontuário nº 28.295. SAME/ HCTP.

⁵¹ Ibidem.

⁵² Prontuário nº 28.916. SAME/ HCTP.

⁵³ Prontuário nº 1.759. SAME/ HCTP.

⁵⁴ Ibidem.

necessário, tenha indicação de internação transitória para ajustes de medicamentos e descompensações mais severas⁵⁵.

No prontuário de Francisca não se encontra qualquer menção de como sucedeu o crime, o meio usado para tal fim, e quem foi a vítima. Todavia, as observações registradas no final do laudo, revelam a peculiaridade da semi-imputabilidade, na qual pode ocorrer internação em hospital psiquiátrico, ou pena em estabelecimento prisional, em consonância de tratamento ambulatorial. Embora a classificação médica, e indicação sobre o comportamento da pessoa, sejam feitas pelos psiquiatras, e pelo caráter científico das mesmas, a decisão cabe ao juiz.

A amostragem dos fragmentos oriundos dos prontuários de mulheres acusadas de homicídio e que foram consideradas parcialmente responsáveis pela psiquiatria forense, revelam-se documentos potenciais para a história das mulheres, pois possuem informações sobre o universo da família, bem como das relações de gênero, ambas constituintes das relações sociais. De forma geral se percebe as semelhanças no que tange a classe social: eram mulheres pobres, com nível de instrução escolar baixa, alguns registros referem a religião católica e predominantemente foi registrado o trabalho associado ao âmbito doméstico.

Um aspecto que chama a atenção em algumas narrativas, especialmente de Bernadete e Angelina, é a violência sofrida por essas mulheres em seus relacionamentos, as quais não foram consideradas pelos representantes da justiça e psiquiatras em suas denúncias ou laudos. A violência passada por elas não suscitou atenção dos operadores do Direito e dos médicos psiquiatras. Os peritos registraram os informes de forma objetiva, sem ater-se a comentários ou explicações do diagnóstico, restringindo-se a indicação e responsabilidade penal, dificultando a percepção da própria atuação da psiquiatria na instituição, pois não constam referenciais teóricos norteadores dos profissionais. Conforme se encontrou nos documentos, o HCS era o hospital para onde as mulheres eram encaminhadas para internação, durante a realização do exame de sanidade, ou após, caso houvesse indicação do psiquiatra.

Bernadete, Angelina, Ivone Edite, Helena e Francisca possuem em comum o diagnóstico referente aos “transtornos de personalidade”, e “epilepsia”, conforme a Classificação Internacional de Doenças da época (CID 9)⁵⁶. Não é possível saber qual foi o

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Os “transtornos de personalidade” são padrões de comportamento desajustados e profundamente arraigados, geralmente reconhecidos desde a adolescência ou antes e que persistem durante maior parte da vida adulta. A personalidade é anormal tanto em relação ao equilíbrio dos seus componentes, em suas qualidades e expressão, quanto em relação ao seu aspecto total. Em virtude desse desvio ou psicopatia o paciente sofre ou os outros tem de sofrer e ocorre um efeito adverso sobre o indivíduo ou sobre a sociedade. A “epilepsia” é uma alteração do funcionamento do cérebro, na CID 9 consta as diferentes tipologias da doença, mas sem as características gerais.

direcionamento judicial para essas mulheres, se receberam uma pena ou uma medida de segurança.

1.3.2 As “irresponsáveis”

Joana foi acusada de homicídio em 1990, conforme consta na identificação do seu laudo pericial, “com 33 anos, viúva e analfabeta”, estava internada no Hospital Colônia Sant’Ana quando foi entrevistada pelos peritos do MJSC, a fim de ser submetida à exame de sanidade mental⁵⁷. De acordo com o laudo elaborado pelos psiquiatras, “trata-se de uma portadora de esquizofrenia de longa evolução. Como tal, sua compreensão e autodeterminação em relação à natureza dos fatos estavam comprometidas. Assim, do ponto de vista psiquiátrico forense, é tida como irresponsável”⁵⁸. Os registros sobre Joana encerram-se e não é possível saber sobre o encaminhamento judicial proferido na sentença. É possível que, estando ela internada no HCS, a mesma tenha permanecido no local.

O caso de Ana é semelhante ao de Joana quanto ao encaminhamento da internação. Segundo a identificação do seu laudo, em 1991 quando realizou o exame de sanidade mental, tinha 43 anos, analfabeta e viúva, também acusada de homicídio, presa na Cadeia Pública de Florianópolis enquanto aguardava a entrevista para a perícia psiquiátrica no MJSC. Conforme os peritos registraram sua fala no prontuário: “muitos dizem que mataram meu marido e eu fui para o Brasil para descobrir isso”⁵⁹.

Ao exame psiquiátrico, constituído de entrevistas, testes psicométricos e avaliações psicológicas, e decorrido um prazo relativamente demorado, observou-se que apresenta uma desorganização da personalidade traduzida por incoerência no processo do pensamento (...). Fisicamente abatida, pálida, dialogava em baixo tom de voz, desviando-se sempre mesmo quando solicitada, do tema relativo ao delito. Negou casos de doença mental na família, mas mencionara que estivera “fraca da idéia” depois do parto dos trigêmos!?! E que acha que está novamente grávida de duas meninas, o que levou a solicitar um exame de gravidez que resultou negativo⁶⁰.

Há também informes, desde as entrevistas, que ainda foram solicitados contatos telefônicos com familiares de Ana, os quais disseram que ela “é ‘pancada da cabeça’, tinha

In. **Classificação internacional de doenças:** manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito: baseada nas recomendações da Nona Conferência de Revisão, 1975, São Paulo: [s.n.], 1978, v.1, p. 196 e 228.

⁵⁷ Prontuário nº 2.763. SAME/ HCTP.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ Prontuário 2.912. SAME/ HCTP.

⁶⁰ Ibidem.

uma ‘conversa louca’, e que sempre foi perturbada, mas incapaz de matar uma galinha”. O carcereiro da Cadeia Pública de Lages, de onde a mesma era procedente, referiu que “Ana parecia não ser certa da cabeça”; o seu advogado disse “ter observado que a paciente apresentava sintomas profundos de insanidade mental”. Os psiquiatras concluíram que ela apresentava “um quadro psicótico crônico de longa duração, que a tornam irresponsável criminalmente”⁶¹. O diretor do MJSC solicitou ao juiz a transferência de Ana da Cadeia Pública para o Hospital Colônia Sant’Ana, “onde deverá receber o tratamento adequado de que necessita”⁶². Encerram-se os registros sobre ela.

Amália foi denunciada por crime de homicídio em 1989, “branca, solteira, 53 anos, do lar”⁶³. O diretor do MJSC enviou um ofício ao juiz explicando sobre o caso:

Meritíssimo juiz

Vimos comunicar a V. Ex. que nesta desta por determinação deste juízo, compareceu neste Manicômio Judiciário a acusada *AMÁLIA*.

Esclarecemos outrossim que por se tratar de exame de sanidade mental, a referida acusada **foi encaminhada ao Hospital Colônia Sant’Ana, posto que não dispomos de dependências para mulheres.**

Valemo-nos da oportunidade para enviar a V. Ex. protestos de estima e consideração.

Diretor Geral⁶⁴ (grifo meu)

As informações obtidas pela assistente social do HCS com familiares de Amália referem que:

a periciada é deficiente mental, possui sérias dificuldades de linguagem, não se consegue entender o que ela fala. Foi criada em uma pequena comunidade agrícola pelos pais, sem muito contato social. Eram “tipo bugre”. Nunca freqüentou a escola. *Amália* sempre foi revoltada, nunca aceitou morar com o irmão depois da morte dos pais [...] a periciada está internada no Hospital Colônia Sant’Ana. Ao exame mostrou-se calma, completamente desorientada, é portadora de deficiência mental grave, sem condições de informar sobre o delito⁶⁵.

Ela foi considerada irresponsável penalmente pelos peritos. Provavelmente permaneceu internada no hospital. Não é possível, nos registros, compreender contra quem foi o homicídio.

Conceição foi denunciada por homicídio em 1990, conforme as informações do seu prontuário, “branca, 35 anos, casada, analfabeta, do lar”⁶⁶. O exame de sanidade foi realizado

⁶¹ Ibidem.

⁶² Ibidem.

⁶³ Prontuário 2.585. SAME/ HCTP.

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ Prontuário 2.880. SAME/ HCTP.

em regime ambulatorial, estando a mesma presa na Cadeia Pública de Florianópolis. No exame psíquico, os peritos registraram da seguinte forma:

Estava hipotímica, calada, lacônica, as respostas eram expressadas num pensamento de pobreza de idéias, com isso o diálogo era monossílabo e breve. Estava desorientada no tempo e no espaço. O relato do episódio em que sua filha foi vítima foi feito sem revelar qualquer tipo de emoção. [...] Refere que sua filha morreu 'porque ela escorregou do meu colo quando eu fui pegar água no poço'. As informações que temos são as de que a condição sócio familiar da periciada é precária⁶⁷.

Os peritos concluíram que Conceição tinha “sintomas sugestivos de esquizofrenia” e foi considerada como “irresponsável pelos atos praticados”. Os psiquiatras argumentaram que “pelas condições da Cadeia Pública para abrigar uma pessoa que apresenta problemas psiquiátricos, a periciada foi transferida para o Hospital Colônia Sant’Ana, onde se encontra atualmente recebendo o tratamento que lhe é devido”⁶⁸. Ao que o documento indica, pode-se presumir que Conceição matou a filha.

Lourdes, denunciada por homicídio, realizou exame de sanidade mental no MJSC em 1991, “branca, casada, do lar, 43 anos, 1º grau incompleto”. No exame psíquico consta:

Apresentou-se às entrevistas acompanhada da filha da qual foram obtidos os dados objetivos da anamnese tendo em vista o estado mental da paciente, evidenciando ideação delirante [...] Segundo informação da filha, sua mãe começou a apresentar problemas psiquiátricos desde os 23 anos de idade. Nesta época seu pai era presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais e foi acusado de desvio de dinheiro. Coincidindo com o episódio, a paciente começou a apresentar-se delirante falando muito de traição. Certo dia estava na igreja e ameaçou o padre. Depois disso esteve sempre em tratamento em hospitais psiquiátricos de Curitiba e São Paulo⁶⁹.

Conforme as informações prestadas pela filha, “*Lourdes* mantinha-se em casa nos últimos 10 anos com o marido, uma pessoa tranquila que aceitava bem a paciente”. Os peritos concluíram que “a periciada desenvolveu uma esquizofrenia paranoide desde longa data”, por isso foi considerada do ponto de vista psiquiátrico-forense como inimputável pelos atos praticados...recomendamos seu internamento em Hospital Psiquiátrico”⁷⁰. O prontuário de Lourdes suscita o questionamento de quem foi a vítima, pois não fica evidente no documento.

De acordo com os prontuários de Joana, Ana, Madalena, Conceição, Lourdes, e de tantas outras mulheres, foi possível saber o encaminhamento dado às consideradas inimputáveis, elas eram enviadas ao HCS. Um dado semelhante desses casos refere-se ao

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ Prontuário 2.984. SAME/ HCTP.

⁷⁰ Ibidem.

diagnóstico de “esquizofrenia” e “deficiência mental grave”⁷¹. Porém, como não consta a cópia do processo penal, não é possível saber o contexto do crime, em muitos casos, nem mesmo quem foi a vítima, como já inferido sobre as “fronteiriças”. Outra questão importante para a pesquisa refere-se à ausência de discussões ocorridas entre os representantes do campo da psiquiatria e do Direito. Sendo assim, não é possível saber se houve embates entre os dois saberes para a definição das sentenças.

O estudo dos prontuários identificou a potencialidade dos mesmos enquanto fonte histórica nas inferências do discurso psiquiátrico forense produzido. Entretanto, a análise desse discurso exige confrontar e estabelecer relações com escritos e produções teóricas dos psiquiatras da época, a fim de evitar equívocos de interpretação. Por isso, a opção em não fazer a análise do discurso decorreu do fato que os psiquiatras que atuavam no MJSC não possuem artigos publicados em periódicos, e escritos em relatórios, como ocorreu em outros Estados.

Os prontuários são uma documentação lacônica, que provocou ainda mais a insistência investigativa sobre essas mulheres. Esses documentos lançaram luz para elementos inscritos no social da vida das mulheres, como as relações familiares, as trajetórias entre instituições penais e psiquiátricas percorridas por elas. Os prontuários viabilizaram a abertura de “frestas” sobre a história das mulheres, mas um anúncio que demanda a pesquisa dos seus processos judiciais, para ampliar os distintos aspectos que as levaram ingressar na justiça. Assim sendo, mais uma etapa da pesquisa foi empreendida na busca de elementos que revelassem o contexto do crime, os motivos do questionamento da sanidade mental, as distintas vozes atravessadas pelos operadores do Direito nos seus processos judiciais, a sentença. Para isso, foram buscados os processos judiciais referentes às 11 mulheres descritas acima, consideradas pela psiquiatria como inimputáveis (irresponsáveis) e semi-imputáveis (fronteiriças), no Arquivo Central do Tribunal de Justiça de Santa Catarina (ACTJSC), mediante solicitação no Museu do Judiciário Catarinense. Foram localizados somente os

⁷¹ Conforme a CID 9 a esquizofrenia é uma psicose em que o comprometimento das funções mentais interfere profundamente a compressão e capacidade de atender às exigências rotineiras da vida e a manutenção de um contato adequado com a realidade. As classificações das diferentes psicoses de acordo com a numeração da CID 9 corresponde aos diagnósticos 200-299. A “deficiência mental grave” encontra-se em uma das classificação das “oligofrenias”, caracterizadas como quadros mentais com desenvolvimento da mente interrompido ou incompleto caracterizados por uma inteligência subnormal. As diferentes “oligofrenias” encontram-se nas classificações de 317-319 da CID 9. In. **Classificação internacional de doenças: manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito: baseada nas recomendações da Nona Conferência de Revisão, 1975, São Paulo: [s.n.], 1978, v.1, p. 179 e 215.**

autos de Lourdes. Os Autos de Conceição eram relativos a uma menor de idade, então havia impedimento para a pesquisa, e das demais mulheres não foram localizados.

A fim de ampliar a análise foi solicitado os Autos de Teresa, pois ela foi considerada inimputável pelos psiquiatras do MJSC, e seu prontuário revelava uma trajetória em diferentes hospitais psiquiátricos. Conforme consta no documento: “branca, 36 anos de idade, solteira”, acusada de **lesão corporal**, foi submetida a exame de sanidade mental em 1988. Constam as seguintes informações:

foi examinada no **Hospital Colônia Santana**, onde se encontra internada desde 02.04.87, uma vez que **o Manicômio Judiciário não dispõe, ainda de acomodações para mulheres**. A periciada internou-se pela primeira vez naquele hospital em 21.01.79, trinta dias após ter recebido alta do **Hospital São Pedro de Porto Alegre**, onde estivera aproximadamente por seis anos, ao que tudo indica, desde o início de sua doença que se deu nos anos de 1972-1973, quando estava a periciada com 21-22 anos de idade. [...]

Trata-se de **paciente internada no Hospital Colônia Santana** há quase nove anos, eis que nos curtos períodos em que concedida a alta hospitalar, permanece confinada em sua própria casa, segundo relatos de seus familiares, por ser impossível mantê-la em liberdade⁷². (grifo meu)

A passagem de mulheres por hospitais psiquiátricos foi um dado constante encontrado nos prontuários do MJSC. O laudo pericial de Teresa mostrava uma mulher que passou grande parte de sua vida internada, “por ser impossível mantê-la em liberdade”. As informações presentes em seu laudo são sucintas, não sendo possível saber quem foi a vítima. Os vestígios de Teresa instigaram a busca pelo seu processo penal, o qual foi localizado no ACTJSC e disponibilizado para a pesquisa juntamente com os autos de Lourdes.

A pesquisa nos processos judiciais de Teresa e Lourdes anunciou diferenciados encaminhamentos para a internação destinada àquelas que foram consideradas inimputáveis, e precisaram cumprir uma medida de segurança. Teresa e Lourdes tiveram uma trajetória distinta ao que se encontrou nos prontuários e nas comunicações entre diretores e juízes, que afirmavam que as mulheres eram enviadas ao HCS. Portanto, a especificidade do MJSC em não ter um lugar destinado a elas influenciou seus rumos, fazendo com que fossem enviadas para manicômios de outros Estados do sul do país. Assim, o exame dos processos penais reorientou o caminho desta narrativa, apontando novas dimensões e facetas inesperadas do direcionamento e destinação dessas duas mulheres, expondo a descontinuidade de um processo histórico que até então se apresentava como único.

O percurso da pesquisa até o encontro dos processos de Teresa e de Lourdes deu-se a partir da localização de todos os prontuários disponíveis para a investigação, ou seja, 188 no

⁷² Prontuário 2.387. SAME/ HCTP.

total, inclusos no período entre 1971 e 1994, os quais estavam dispostos entre aproximadamente 4.000 documentos. Houve a leitura na íntegra de tal acervo e sistematização de informações quanto os exames realizados e crimes cometidos, para então a análise passar por um indispensável refinamento, detectando suas possibilidades para a pesquisa histórica. Além disso, identificar problemáticas envolvidas, que poderiam levar a generalizações e equívocos. Também a seleção de dados serviu para discernir critérios de escolha entre a natureza quantitativa e qualitativa das informações, priorizando “descobrir”, por trás de números, histórias de mulheres, de encontrar trajetórias de vidas, de crimes e de loucuras. Os processos judiciais provocaram a estranheza de tramas perpassadas pela experiência do crime e da loucura, cujos “ruídos” desencadearam a narrativa histórica das trajetórias de Teresa e Lourdes, relatadas nas páginas subsequentes.

2 UM LUGAR PARA TERESA

No dia 08 de dezembro de 1987, mais uma manhã que Teresa passava no Hospital Colônia Sant'Ana (HCS), mais uma, pois vivia internada nesse hospital há cerca de nove longos anos. Nesse dia, agrediu Ester uma assistente de enfermagem, tal ação levou-a a ingressar na trama policial e, posteriormente, judiciária. As rotinas do hospital foram alteradas por esse acontecimento que anunciou um presságio para a vida de Teresa e para a própria instituição. Na denúncia do Ministério Público do Estado consta da seguinte forma:

[...] com base no Inquérito Policial *TERESA*, brasileira, paciente internada no Hospital Colônia Sant'Ana, neste município, pelos fatos e motivos que passa a expor:

A denunciada, por volta das 10:30 horas, em frente ao consultório da Assistente Social, do Hospital Colônia Sant'Ana, neste município, agrediu violentamente à *ESTER*, puxando-a pelos cabelos e jogando-a ao chão, sem que para isso a vítima desse qualquer motivo⁷³.

A agressão, com base na denúncia, causou em Ester “um torcicolo traumático, atingindo a região cervical da vítima, e impondo-lhe, por isso, o uso de colar imobilizador do pescoço, terapias e afastamento das ocupações habituais por mais de trinta dias”⁷⁴.

A agressão de Teresa contra uma funcionária do hospital desencadeou um trâmite burocrático iniciado pela composição de relatórios médico e hospitalar, além de ofícios direcionados ao Coordenador das Organizações Penais. Procedimentos esses instituídos vinte dias após o ocorrido, especificamente em 30 de dezembro de 1987. Ambos os relatórios atestavam a agressividade e incompatibilidade de Teresa em permanecer como paciente interna no HCS⁷⁵. O apelo desses documentos produzidos pela direção da instituição e psiquiatras, encaminhados para as instâncias judiciárias, solicitavam e justificavam a necessidade da transferência de Teresa para outra instituição, o Manicômio Judiciário.

Senhor Coordenador:

Vimos através deste, solicitar a **transferência da paciente TERESA para o Manicômio Judiciário, tendo em vista a alta periculosidade** apresentada pela mesma.

Trata-se de uma paciente psicótica grave, com a qual foram tentados todos os tratamentos disponíveis, sem qualquer resultado. Nosso hospital, além dos inúmeros problemas que enfrenta, não conta com recursos ambientais compatíveis para conter a agressividade da paciente.

A Direção do hospital, ciente da periculosidade oferecida pela paciente, e preocupada pela integridade física dos funcionários do hospital, solicita com **URGÊNCIA**, a transferência da referida doente mental para um estabelecimento mais adequado ao seu caso.

Certos de contarmos com vosso apoio e compreensão, despede-se atenciosamente.

⁷³ Denúncia em 26/04/1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ Os relatórios serão analisados no decorrer da narrativa.

Diretora (grifo meu)⁷⁶

Depreende-se aqui que a assinatura da diretora ou do psiquiatra possui o código de formalidade e autoridade científica, aspectos submetidos no desenrolar do processo penal. No entanto, outros funcionários do hospital possivelmente contribuíram na redação e busca das informações no prontuário de Teresa com o intuito de provar que a mesma era perigosa.

Antes de adentrar no entrelaçamento da teia jurídica e psiquiátrica, na qual Teresa foi enredada, a indagação primeira que norteou a narrativa sobre esta mulher foi buscar perceber no limiar e no limite da fonte: quem foi ela? Como chegou ao hospital? Qual seu diagnóstico? Quem foram os sujeitos que definiram Teresa e direcionaram seu destino?

2.1 NAS PEGADAS DE TERESA

Os documentos que compõem o processo de Teresa permitem espreitar algumas frestas de sua vida, ainda que sejam lacunas abertas pela instância jurídica e psiquiátrica, cujas vozes são múltiplas. Teresa possui uma voz quase inaudível, que ecoa sutilmente nos documentos, deixando esparsas pistas e sinais. Essas pistas permitem alcançar parte de sua experiência, a qual sugeria a compreensão de sua trajetória de forma mais ampla, inscrita em seus aspectos históricos, sociais e culturais. Foram identificados componentes de sua vida, os quais se referem ao âmbito privado, como as relações familiares, e no âmbito público, como as instituições em que Teresa viveu, e a atuação do Estado brasileiro frente a sua situação.

Teresa tinha seus 27 anos quando foi internada no HCS⁷⁷, procedente de uma pequena cidade⁷⁸ onde residia com sua família, na zona rural do município, na qual trabalhavam em uma pequena propriedade de terras⁷⁹. Conforme a descrição do relatório hospitalar: “TERESA, brasileira, solteira, cor branca, sem ocupação, tendo como responsável pelo internamento *Pedro* (irmão)”⁸⁰, “católica, analfabeta”⁸¹. Essas são as únicas características encontradas sobre Teresa, pois o foco era evidenciar o perigo que ela representava para o hospital, a partir do registro realizado pelo HCS. Teresa era uma camponesa, pobre,

⁷⁶ Ofício 1.182/87. Hospital Colônia Sant’Ana, 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

⁷⁷ Em 1987 Teresa tinha 36 anos, conforme os autos.

⁷⁸ Não será identificada a cidade de Teresa devido à temporalidade recente do processo penal.

⁷⁹ Avaliação do Serviço Social, 16/11/1998. Manicômio Judiciário de Piraquara. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

⁸⁰ Relatório Hospitalar. Hospital Colônia Sant’Ana, 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

⁸¹ Manicômio Judiciário do Paraná. Registro de internado. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

analfabeta, do Estado de Santa Catarina; tinha outros sete irmãos, nunca mencionados no processo, apenas Pedro, que, desde o início do percurso no HCS, foi seu responsável legal⁸². Não é possível saber sobre sua rotina e seus afazeres quando estava em casa, nem sobre seus irmãos. No entanto, é provável que realizava as atividades da casa e da roça, trabalho comum às mulheres que residiam na zona rural. Inclusive um trabalho contínuo e extenuante. Embora em um tempo histórico diferente, a história de Pierina, narrada por Wadi (2009a), possui traços comuns que remetem a de Teresa, pelo meio rural onde residiam, a pobreza da família e a relação delas com o trabalho. Pierina era uma mulher camponesa, casada, pobre, filha de imigrantes italianos, residente no interior do Rio Grande do Sul, no início do século XX, cujo crime foi matar a filha de dezessete meses. Pierina foi considerada louca sendo internada no Hospício São Pedro, localizado na cidade de Porto Alegre. Apesar de Teresa não parecer ser descendente de imigrantes italianos⁸³, o cotidiano de mulheres residentes no campo são semelhantes em diferentes lugares e etnias. Conforme afirma Wadi (2009a, p. 203), sobre a relação de Pierina com o trabalho:

[...] teve um estado permanente de afastamento das atividades produtivas, marcado por queixas das mazelas cotidianas, do trabalho duro sem tréguas, sem benefícios e sem direitos... conjugado à sua recusa em cumprir um outro papel naturalizado, ou seja, o de mãe amorosa de filhos sempre bem-vindos mesmo que não desejados [...].

Conforme a autora, a recusa de Pierina ao trabalho e os afazeres de mãe pode ter parecido à família como um “estado de loucura”. Teresa foi descrita como solteira nos autos. Teresa, na década de 1970, habitava uma pequena cidade onde o “destino” das mulheres camponesas ainda estava associado ao matrimônio e a maternidade, ao ingresso em uma congregação religiosa, ou ainda, a migração para a cidade para trabalhar como empregada doméstica. De acordo com historiadora Ana Silvia Scott (2013), a década de 1960 foi emblemática devido ao acesso a métodos contraceptivos mais eficientes, à educação em nível superior, período que o movimento feminista ganhava força e desafiava os valores da “família tradicional brasileira” e renunciava o amor livre e o prazer sexual⁸⁴. Para a referida autora, as mudanças que afetavam os valores sociais chegavam mais lentamente às áreas rurais. Outra suposição sobre o trabalho de Teresa é que o registro de sua profissão passou invisível aos funcionários e psiquiatras do hospital, e também dos operadores do Direito,

⁸² Avaliação do Serviço Social, 16/11/1998. Manicômio Judiciário de Piraquara. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

⁸³ O sobrenome de Teresa remete a possibilidade de sua família ser originária de Portugal.

⁸⁴ Ver também os seguintes estudos: RAGO, Margareth. Feminismos a la brasileña. In: MORANT, Isabel. **Historia de las mujeres en España y América Latina: Del siglo XX a los umbrales del XXI**. Madrid: Catedra, 2006, p. 863-880. PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

ocorrência comum quando se refere ao trabalho doméstico das mulheres, ignorado como se não existisse. Teresa foi denominada “sem ocupação”, esta que também pode remeter à improdutividade para o trabalho, diante da sua perturbação, termo esse que se justapõe a categoria “doença”⁸⁵.

Conforme afirma Foucault (1993, p. 78), o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo, ela adquire outro sentido, é arrancada da liberdade imaginária da Renascença, e se viu reclusa na fortaleza do internamento, ligada à razão. Seguindo a ótica de Foucault, o cientista social Nelson Garcia Santos (1994, p. 15) reitera: “desde sua criação, o doente mental – o louco – é considerado pela psiquiatria como um ser improdutivo para a sociedade, pois desvia, de certa forma, os que o cercam e a si próprio das atividades consideradas produtivas”. De acordo com o registro médico sobre Teresa:

Consta de sua história clínica que estava internada há vários anos no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre, de onde teve alta, sendo logo a seguir internada no Hospital Colônia Sant’Ana, em 26/01/79. Desde então, há quase nove anos tem permanecido internada neste hospital, com curtos períodos em que concedido alta hospitalar, permanece “**presa em casa**”, **segundo relato dos próprios familiares ao reinterná-la**⁸⁶. (grifo meu)

Essa informação do relatório médico permite aludir sobre as dificuldades da família de Teresa em lidar com sua perturbação, “com curtos períodos em que concedido alta hospitalar, permanece presa em casa”, possivelmente trancada em um quarto, longe da convivência com a família, os vizinhos e a comunidade; o que remete à solidão e ausência de permuta nas relações afetivas, pela dureza das condições de trabalho e dos relacionamentos, pelo controle social efetuado pela religiosidade e pela igreja presente na sociedade de então. Segundo consta no seu processo penal, Teresa foi denominada “católica”. Pode ser que essa informação não tenha sido prestada por ela, mas por um familiar, tal como, o irmão, que era seu responsável, mas revela a importância dada institucionalmente de pertencer à religião, ou denominar-se como uma pessoa que possui uma crença, a católica.

Descrita como “analfabeta”, possivelmente Teresa não teve alguma experiência escolar, mais um aspecto que permite inferir sobre as poucas relações afetivas que possuiu.

⁸⁵ Segundo Duarte (1998 apud Wadi 2009a, p. 160), o esforço de relativização antropológica dos fenômenos de ‘disrupção’, conduz a utilização da categoria perturbação físico-moral [...] para designar congregadamente a área dos fenômenos humanos que nossa cultura individualista segmenta em ‘doença mental’, ‘possessão’, ‘transe’, ‘distúrbio psíquico’, ‘distúrbio psicossocial’, ‘somatização’, etc. O qualificativo físico-moral procurava justamente reconstituir o caráter de vínculo ou mediação de que esses fenômenos se cercavam nas relações entre a corporalidade e todas as demais dimensões as vida social, inclusive, e eventualmente, a espiritual ou transcendental.

⁸⁶ Relatório Médico. Hospital Colônia Sant’Ana, de 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

Esse dado é significativo, pois na época em que ela era criança, havia obrigatoriedade de ir para a escola. Talvez, não houve incentivo da família, visto que, o labor da roça e da casa eram essenciais para uma família camponesa pobre, ou ainda, a falta de estímulo para Teresa ir à escola pode estar relacionado às dificuldades de aprendizagem ou de convivência com a comunidade escolar devido a sua perturbação. Conforme consta nos autos, a forma de tratar a perturbação de Teresa pela família, “presa em casa”, pode significar a vergonha de ter uma pessoa considerada louca no grupo parental. Ela praticamente viveu internada em hospitais psiquiátricos, e sendo reinternada pelos familiares. No relatório médico estão registradas as diversas internações de Teresa no HCS:

Entrada 26/01/79 saída 10/08/82
Entrada 11/08/82 saída 25/01/85
Entrada 21/06/85 saída 24/12/85
Entrada 03/01/86 saída 18/08/86
Entrada 16/02/87 saída 31/03/87⁸⁷

É possível perceber a brevidade dos períodos em que Teresa permanecia em casa. A saída em 10/08/82 e o retorno no outro dia. A saída provavelmente para passar as festas de final de ano em 1985, com o retorno nos primeiros dias de 1986. O relatório é lacunar, pois no ano de 1987 ela estava internada no hospital e em dezembro foi quando ocorreu sua última agressão que desencadeou a reivindicação, por iniciativa da administração e funcionários, para a sua transferência para um estabelecimento mais adequado.

Conforme as informações anteriores presentes no relatório, ela permanecia “presa em casa”. Chegou ao hospital no verão de 1979, no final de janeiro, acompanhada pelos familiares, tendo como responsável pelo internamento seu irmão, Pedro⁸⁸. As relações que se dão no âmbito da família ainda não receberam a merecida atenção em pesquisas historiográficas, que tratam do tema da psiquiatria e da loucura, para além do “a família abandonou no manicômio”. Além da vergonha, do incomodo, de não saber como proceder com essas pessoas, de acordo com Roberto Machado (1978), a relação louco-família é arbitrária, pois a mesma detém o poder sobre o destino do louco, com autorização de colocar no asilo e retirar, de acordo com suas determinações.

As relações entre a família e a pessoa considerada louca eram mediadas pelo Código Civil de 1916, vigente no período. Esse código jurídico incide sobre as responsabilidades da família no que se refere ao louco, e no que se refere à mulher. Segundo Iáris Ramalho Cortês

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Relatório Hospitalar. Hospital Colônia Sant’Ana, 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

(2013), o conjunto de preceitos identificados como legislação regulamentam a convivência, criam situações, procuram mudar comportamentos ou penalizar o descumprimento de normas já existentes. A elaboração dessa legislação teve influência da lei francesa de 1838, a qual foi inspirada pela concepção alienista da época, e fundamentou a prática psiquiátrica e autorização das famílias a internar “os loucos, dementes e imbecis, privados de seus direitos de cidadania” (PERROT, 2009, p. 110). A historiadora Michelle Perrot demonstra as influências na formulação da lei francesa que regulamentava essas relações sociais. Essa lei motivou a elaboração da legislação de países ocidentais, pois foi a primeira no campo legislativo que “integrou a psiquiatria e o Estado através da regulamentação da internação psiquiátrica” (BRITTO, 2004, p. 17).

O envio dos loucos ao manicômio era empreendido pela família, que possuía autoridade legal, preconizada no Código Civil do Brasil de 1916, previsto no Art. 457: “os loucos, sempre que parecer inconveniente conservá-los em casa, ou o exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado” (BRASIL, 1916). Os loucos eram considerados “absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil” (BRASIL, 1916). A possibilidade de enviar os ditos loucos para a internação, quando não fosse viável a convivência no ambiente doméstico, estava regulamentada pela referida legislação. Por isso, as famílias que não sabiam como proceder com essas pessoas, acabavam abandonando-as nos asilos. Essa prática fez parte das relações sociais estabelecidas com a loucura até meados dos anos 1980, quando um novo modelo para a assistência da saúde mental foi engendrado para as pessoas consideradas portadoras de transtorno mental⁸⁹. Teresa tinha como responsável pelo internamento o irmão, sendo prerrogativa do próprio membro da família solicitar sua reinternação. Um registro no relatório hospitalar oferece elementos para considerar como eram tensas as relações em que Teresa estava inserida: “o irmão relata que quando a paciente esteve em casa enforcou o sobrinho quase matando-o”⁹⁰. Tal ação

⁸⁹ As mudanças do Código Civil de 1916 ocorreram somente em 2002, mas a situação de incapacidade civil dos que “por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil”, permaneceu. O novo Código, no seu artigo 1767, indicava a internação em estabelecimento adequado para os deficientes mentais quando não se adaptarem ao convívio doméstico. Essa lei contrariava a lei 10.216, de 2001, denominada lei da Reforma Psiquiátrica, a qual preconizava que a internação “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes...É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” (BRASIL, 2001). As leis aqui referidas estabelecem limites e incidem nas relações que se estabelece entre os membros da família no que compete às responsabilidades com o doente mental (CARVALHO e PIERUCCHI, 2016). As alterações do Código Civil de 1916 encontram-se em: BRASIL. **Código Civil Quadro Comparativo 1916/2002**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

⁹⁰ Relatório Hospitalar. Hospital Colônia Sant’Ana, 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

fomentou a compreensão da família e médicos como “inconveniente conservá-la em casa”, de acordo com o Código Civil de 1916, justificando a internação em hospital psiquiátrico. Esse é o único dado presente nos documentos sobre as possíveis relações entre Teresa e os outros membros da família. A informação concedida pelo irmão permite considerar a difícil convivência entre o grupo parental e pode ter sido um dos motivos que levou Teresa ficar “presa em casa”, e posteriormente reinternada, a pedido dos familiares. O HCS também confirmou a agressividade constante dela durante sua permanência na instituição.

Conforme Cortês (2013, p. 265), o Código Civil de 1916 “esbanjou em discriminações, tratando as mulheres como seres inferiores, “relativamente incapaz”, necessitada de proteção, orientação e aprovação masculina”. A situação de dependência e subordinação das mulheres nessa legislação é equivalente “aos menores, os surdos-mudos e os loucos”, categorias análogas em incapacidade de exercer os atos da vida civil. Conforme a autora, “a maioria das legislações no que diz respeito à família, tradicionalmente primou colocar as mulheres e homens em patamares desiguais, atribuindo a elas menos e menores direitos” (CORTÊS, 2013, p. 261)⁹¹.

Por conseguinte, de acordo com o ordenamento jurídico e no plano social, a inferioridade de Teresa era dupla: pela sua condição de louca e mulher solteira. Apesar das conquistas para as mulheres a partir dos anos 1960, segundo Ana Silvia Scott (2013, p. 24), “casamento e procriação continuavam a ser o destino da mulher, ser mãe depois de tornar-se esposa, é claro, conferia-lhe posição de prestígio na sociedade”. Como Teresa permaneceu internada desde os seus vinte e poucos anos de idade em hospital psiquiátrico, o afastamento de um possível casamento e do modelo de mulher dedicada aos afazeres domésticos foi ainda maior. Ela era uma mulher solteira que demandava cuidado dos irmãos, representava a negação de braços para o trabalho e devia provocar temor diante de uma provável agressão, como ocorreu com o sobrinho. O que a família poderia fazer por Teresa? O hospital psiquiátrico seria seu destino.

⁹¹ Outras alterações do Código Civil de 1916 foram: O Estatuto da Mulher Casada (Lei nº 4121/1962) foi um marco importante para a alteração desse Código, permitindo a alteração na vida de muitas esposas, extinguindo o artigo que afirmava que as mulheres eram “relativamente incapazes”, precisando da assistência do marido. Apesar dos avanços, as mulheres continuaram sendo consideradas como “colaboradoras” dos maridos. A Lei do Divórcio de 1977 representou mais um progresso para os direitos das mulheres, permitindo a dissolução do vínculo matrimonial, mas com restrições, como a permissão de ocorrer uma única vez. Somente em 2010 foram excluídas as condicionalidades para o divórcio no Brasil. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que entrou em vigor em 1990, estabeleceu que o pátrio poder seja exercido em igualdade de condições pelo pai e pela mãe (CORTÊS, 2013). O percurso legislativo dos direitos das mulheres encontra-se no texto da autora citada.

2.2 TRAJETÓRIA MANICOMIAL

2.2.1 No Hospital Colônia Sant’Ana

Em 1979, quando Teresa foi internada no HCS, não se demarcou o início da sua experiência manicomial. Conforme o relatório hospitalar:

Paciente encaminhada do ambulatório de Capoeiras acompanhada pelos familiares. Início da doença há seis anos, **estando internada há vários anos no Hospital São Pedro – Porto Alegre**. Há cerca de trinta dias obteve alta. Em casa logo reagudizou com **alterações de conduta**, agitação psicomotora, e **comportamento regressivo**. Ao internar, em surto psicótico, com intensa agitação psicomotora⁹². (grifo meu)

Teresa ficou internada há vários anos no Hospital Psiquiátrico São Pedro, de Porto Alegre (HSP)⁹³. Ao receber alta, permaneceu cerca de um mês em casa, e foi novamente internada em um hospital psiquiátrico, dessa vez, no HCS. Sendo assim, o “novo” lugar para Teresa não lhe pareceria ter sido estranho, ou um lugar com características muito distintas daquele em que viveu seus últimos anos. Os documentos referentes ao seu processo penal não mencionam os motivos do deslocamento de Teresa para o estado do Rio Grande do Sul. Uma hipótese plausível é que a cidade onde morava com sua família na época ficava mais próxima de Porto Alegre do que o HCS, localizado em São José, no Estado catarinense. Outra possível justificativa para a internação de Teresa no HSP pode estar relacionada à disponibilidade de vagas, ou ausência dessas, nos hospitais psiquiátricos.

O único registro nas fontes que possui a voz de Teresa encontra-se no seu depoimento, peça que faz parte da investigação policial. Consta no apontamento feito pela escrivã de polícia:

A paciente *TERESA* compareceu neste I Distrito Policial, na data de hoje, a fim de prestar depoimento em Inquérito Policial, onde figura como indiciada, sendo que a mesma não possui condições de prestar depoimento em relação aos fatos, não conseguindo nem ao menos falar nem seu nome certo, dizendo apenas que “**não**

⁹² Relatório Hospitalar. Hospital Colônia Sant’Ana, 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

⁹³ O Hospício São Pedro de Porto Alegre foi inaugurado em 29 de junho de 1884, sendo o primeiro hospital de alienados do Rio Grande do Sul; sua história tornou-se correlata da psiquiatria da então província. Sua fundação foi resultado de um projeto originado na Santa Casa de Misericórdia da capital, que mantinha nas suas dependências um asilo de alienados. A transformação do espaço do hospício em espaço do saber médico foi lento sendo dividido em dois momentos: o primeiro período inicia-se com a inauguração do hospício e a transferência dos primeiros alienados, caracterizado como o momento da configuração do discurso médico. Entre as décadas de 1920 e 1940 caracteriza-se como a afirmação do saber médico, na medida que, suas reivindicações foram atendidas, como a construção da Colônia Agrícola e do Manicômio Judiciário (WADI, 2006, p. 66-67).

gosta do hospital” – “**está no mesmo desde criança**”, isso aos tropeços e retificado pelas testemunhas que a acompanham⁹⁴. (grifo meu)

Foram duas únicas frases proferidas por Teresa: “não gosta do hospital” e “está no mesmo desde criança”. Não é possível saber se ela passou por internações desde criança. Segundo as informações do processo penal e do prontuário, a primeira internação foi quando ela tinha 20 anos. Mas, como ela passou grande parte de sua vida em hospitais psiquiátricos, a noção temporal podia estar prejudicada. Porém, em uma “avaliação do Serviço Social” encontra-se a seguinte informação: “Quanto à interna o histórico de vida é de internamento em hospital psiquiátrico desde os 12 nos de idade, convivendo muito pouco no seio da família”⁹⁵. Essa referência difere dos relatórios do HCS e aumenta o período que Teresa ficou internada. De qualquer forma, o longo tempo em que ela passou em instituições asilares parece ter sido lento e talvez doloroso.

No final dos anos 1970, o HCS que Teresa disse não gostar, representava o centro da assistência psiquiátrica em Santa Catarina, cujo caráter permaneceu asilar e excludente, período em que o HCS assumiu traços de calamidade pública devido à superlotação (MELO, 2004), ou seja, um verdadeiro “depósito de gente” (BORGES, 2013)⁹⁶. Teresa devia estar pelas enfermarias, entre essas pessoas.

Conforme Borges (2013), a criação do HCS em 1941 marcou a institucionalização da loucura no Estado, em uma perspectiva médico-hospitalar de caráter científico. De acordo com a autora, o hospital foi resultado de uma demanda que visava retirar do convívio social os tidos como loucos, pois ficavam nas cadeias públicas, ou isolados nas fortalezas, por uma questão de segurança pública. O modelo hospital-colônia estava associado a um contexto mais amplo da política de assistência psiquiátrica do país, a qual visava diminuir gastos do Estado com os internos, através do trabalho, mas também pela “crença” científica no trabalho, agrícola ou outros da chamada “praxiterapia” como potencializador de cura. A antropóloga Ana Teresa Venâncio (2011, p. 49), infere que a configuração hospital-colônia

⁹⁴ Inquérito Policial, 24 de março de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

⁹⁵ Avaliação do Serviço Social, 16/11/98. Manicômio Judiciário de Piraquara. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

⁹⁶ A superlotação não foi uma característica exclusiva do HCS, mas uma constante nas instituições psiquiátricas do Brasil, em diferentes temporalidades e regiões. Como nos anos 1950, o Juquery de São Paulo abrigava em torno de 14 a 15 mil internos, o mesmo ocorria com Barbacena em Minas Gerais, o Hospital São Pedro de Porto Alegre, os hospitais colônias de Florianópolis e Curitiba (BORGES, 2013, p. 1545). Sobre a superlotação do HCS ver FONTOURA, Arselle de Andrade da. **Por entre luzes e sombras. Hospital Colônia Santana: (Re)significando um Espaço da Loucura.** 160 p. Dissertação (Mestrado em História) – Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997. COSTA, Eliani. **Hospital Colônia Sant’Ana: e o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981).** 299 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

que se forjava no Brasil nos anos 1940, foi um híbrido, “de um lado a terapêutica pelo trabalho para os crônicos, que trazia algum retorno orçamentário frente às despesas institucionais. De outro lado, se apresentava como hospital, visando empregar os tratamentos considerados de ponta na época, de cunho biologizante, como os eletrochoques”.

Em Santa Catarina, o HCS, atual Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (Ipq-SC), localiza-se no município de São José, cidade que faz parte da região metropolitana de Florianópolis. A partir de 1971, o HCS passou a ser administrado pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC)⁹⁷, passando a direção, administração e controle para os psiquiatras. Segundo Ana Koerich (2008, p. 25), “com essa incorporação iniciou uma nova política de atuação psiquiátrica no Estado, a qual buscava sua interiorização, pois estava centrada basicamente em Florianópolis”. Na tentativa de diminuir a população que habitava o hospital, foram criados ambulatorios de saúde mental no interior do Estado, e iniciou-se a estratégia de desospitalização de pacientes de longa duração, enviando-os de volta para suas famílias (COSTA, 2010). Sobre o processo de envio dos pacientes para casa, segundo a autora, foi um doloroso processo para aqueles que não eram aceitos pelos parentes e retornavam para o hospital. De acordo com Eliani Costa (2010, p. 108):

Essa iniciativa nem sempre era bem aceita e compreendida pelos gestores municipais e familiares, pois quando a equipe de enfermeiros e assistentes sociais chegava ao município levando o paciente “de volta para casa”, com frequência era mal recebida, e muitas vezes ao retornar para o HCS, o paciente que havia sido deixado em casa com os familiares, ou aos cuidados da prefeitura, havia retornado ao hospital antes mesmo da equipe.

Em 1971, o primeiro enfermeiro profissional ingressou no HCS e o hospital iniciou gradativas mudanças. Até então, a administração da instituição competia às Irmãs da Divina Providência, assim como o atendimento aos pacientes. Além das irmãs, os “práticos” atuavam na enfermagem do hospital - eram pessoas que sabiam ler e escrever melhor que os demais, além de possuir conhecimentos práticos, e os vigilantes. Até os anos 1970 a enfermagem era totalmente feita por profissionais que não possuíam formação fosse universitária ou relativa ao ensino médio (KOERICH, 2008).

Aspectos do cotidiano do HCS, onde Teresa viveu, foram registrados por Eliani Costa (2010), a partir de depoimentos de enfermeiros e psiquiatras que trabalharam na década de 1970. Essas falas são significativas para se ter noção sobre o lugar que Teresa disse não

⁹⁷ A Lei nº 3.765 de 17 de dezembro de 1965, cria a Fundação Médica Hospitalar Catarinense. Em 1970 essa lei sofreu reformulação sendo substituída pela Lei nº 4.547 de 31 de dezembro de 1970, na qual consta a alteração do nome para Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Fundação de direito privado, supervisionada pela Secretaria Estadual de Saúde e financiada majoritariamente pelo governo estadual, constituindo-se como órgão relativamente autônomo sob o ponto de vista administrativo, incorporando ao seu patrimônio e administração, o HCS, entre outras instituições (BORGES, 2013, p. 1545).

gostar. O depoimento de uma enfermeira, que iniciou seu trabalho em 1979 no HCS é sintomático do desgosto de Teresa com o hospital. Segundo a enfermeira:

O hospital tinha mudado um pouco, já tinha divisão entre feminino e masculino...uma fila quilométrica para o refeitório, tudo misturado, homem e mulher, falavam todos juntos e gesticulavam com as mãos. O que mais me marcou foi o abandono, aquele acúmulo de gente, eu lembro muito do cheiro de pocilga mesmo, sujeira, parecia que criavam porcos juntos (COSTA, 2010, p. 157).

O depoimento de um enfermeiro permite imaginar as condições de higiene e saneamento desumanas do HCS: “pavilhões superlotados, ratos andando entre os pacientes, as celas... cubículos onde ficavam os mais graves” (COSTA, 2010, p. 132). É plausível que Teresa ficou em alguma dessas celas ou cubículos, diante da sua periculosidade que foi acentuada pelos médicos nos documentos que compõem seu processo penal.

Teresa permaneceu no HCS até março 1989, quando foi transferida para o Manicômio Judiciário do Paraná, uma vez que o MJSC, não possuía local específico para internação das mulheres. As mudanças oriundas da Reforma Psiquiátrica no HCS e as implicações que essa teve para a vida de Teresa serão abordadas mais adiante na construção de sua trajetória.

2.2.2 De louca à criminosa – Teresa enredada entre a psiquiatria e a justiça

Segundo apreende Foucault, o hospital, local de internamento na segunda metade do século XVIII, devia estar isolado das cidades, a fim de evitar o contágio da loucura, a qual retoma seu lugar entre as urgências do século, devido à ameaça que representava. Nas palavras do filósofo:

É importante e talvez decisivo para o lugar que a loucura deve ocupar na cultura moderna que o *homo medicus* não tenha sido convocado para o mundo do internamento como *árbitro*, para fazer a divisão entre o que era crime e o que era loucura, entre o mal e a doença, mas antes como um *guardião*, a fim de proteger os outros do perigo confuso que transpirava através dos muros do internamento (FOUCAULT, 1993, p. 356).

No século XIX, a loucura foi designada para o internamento, não mais de exclusão, mas como um lugar privilegiado de sua verdade; o asilo foi constituído de caráter médico e como espaço para a manifestação e cura da loucura; o reconhecimento da loucura como determinismo irresponsável, e a divisão das formas da loucura segundo um juízo moral (FOUCAULT, 1993).

o asilo onde a loucura deve encontrar sua verdade, não mais permite distingui-la daquilo que não é sua verdade. Quanto mais ela é objetiva, menos é certa. O gesto que a liberta para verificá-la é ao mesmo tempo a operação que a dissemina e oculta em todas as formas concretas da razão (FOUCAULT, 1993, p. 467).

No entanto, o hospital, onde foi produzida a verdade sobre a loucura de Teresa, procedeu encaminhamentos pela diretora do HCS, que enviou solicitação ao Coordenador das Organizações Penais no sentido de transferir essa interna para o manicômio judiciário, enfatizando sua periculosidade da seguinte maneira:

Senhor Coordenador:

Vimos através deste, solicitar a **transferência da paciente TERESA para o Manicômio Judiciário, tendo em vista a alta periculosidade** apresentada pela mesma.

Trata-se de uma paciente psicótica grave, com a qual foram tentados todos os tratamentos disponíveis, sem qualquer resultado. Nosso hospital, além dos inúmeros problemas que enfrenta, não conta com recursos ambientais compatíveis para conter a agressividade da paciente.

A Direção do hospital, **ciente da periculosidade oferecida pela paciente**, e preocupada pela integridade física dos funcionários do hospital, solicita com **URGÊNCIA, a transferência da referida doente mental para um estabelecimento mais adequado ao seu caso.**

Certos de contarmos com vosso apoio e compreensão, despede-se atentamente.

Diretora (grifo meu)⁹⁸

Ao ofício foram anexados dois relatórios, um hospitalar, focado no inventário de agressões de Teresa e os períodos de internação, e um relatório médico, centrado nos tratamentos realizados e o diagnóstico. Ambos acentuaram a periculosidade da paciente e a incompatibilidade de sua permanência no HCS. Possivelmente a intenção era buscar os que ocasionaram desdobramentos mais sérios ou emblemáticos para adensar a necessidade da retirada de Teresa do hospital. Eis algumas ocorrências registradas no relatório hospitalar:

[...] 22/06/82 agrediu com um chinelo o rosto da paciente *Helena*;

29/06/82 agrediu fisicamente a paciente *Ana* pegando pelo pescoço;

18/11/82 agressão física a outra paciente com ferimentos generalizados inclusive com suspeitas de lesões internas (trauma abdominal com ruptura de vísceras ora com evolução para peritonite);

09/11/82 agredindo outras pacientes e funcionárias jogando café quente;

14/11/82 agredindo funcionários da Emergência provocando ferimentos que os levaram para acidente de trabalho;

07/04/87 ontem agrediu uma funcionária da 3ª enfermaria causando hematoma no couro cabeludo;

14/03/83 feriu o olho de *Amábile*, com possível perda do mesmo;

02/10/84 agrediu funcionários com vassoura;

⁹⁸ Ofício 1.182/87. Hospital Colônia Sant'Ana, 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

03/10/84 agrediu violentamente a paciente *Bibiana* da 2ª Enfermaria Feminina quando esta dormia. Apertou a região do pescoço provocando edema e cortes na região;

04/07/87 agrediu violentamente uma recém admitida, quebrou objetos no refeitório, e agrediu a *Constança*, continua agredindo outros pacientes sem motivo;

20/08/85 após um período muito curto sem agredir pacientes ou funcionários ficou imobilizada por tentar por várias vezes agredir funcionários;

24/05/87 a paciente continua muito agressiva hoje bateu em outra paciente promovendo hemorragia ocular. Solicito avaliação do psiquiatra pois em pouco tempo ela vai ela vai cometer algo mais sério nessa Enfermaria;

08/12/87 agrediu violentamente a funcionária *Ester* (4ª enfermaria feminina) provocando traumatismo e torção na região cervical, por isso foi internada no Hospital Governador Celso Ramos por oito dias, atualmente encontra-se em recuperação podendo ainda ser engessada [...].⁹⁹

Foram elencadas as ocorrências sobre episódios agressivos, informações essas extraídas do seu prontuário, a partir de 1982, “já que as anotações anteriores não se encontram na sua pasta”¹⁰⁰. Foram agressões as mais diversas, em pacientes mulheres, aspecto compreensível, tendo em vista a divisão dos pavilhões onde estavam as enfermarias, as quais eram separadas pela divisão sexual, homens e mulheres.

A agressão de Teresa, realizada na manhã de 08 de dezembro de 1987, foi o limiar de sua permanência no HCS e iniciadas as providências, sob incumbência da diretora da instituição, que implicavam a transferência dessa mulher para um manicômio judiciário. A última anotação das suas agressões foi o ocorrido com Ester, a atendente de enfermagem, que Teresa puxou pelos cabelos e arrastou, ocasionando ferimentos e mobilizando os funcionários do hospital para que solicitassem a remoção dela daquele lugar. No final do documento consta: “é uma paciente com muita periculosidade ou apresenta periculosidade presumida em diversos momentos em crimes que caracterizam pela violência, onde se encontra tanto pacientes como funcionários, que correm sério risco de agressão ou de vida”¹⁰¹. As “ocorrências agressivas”, demonstradas no documento, foram suficientes para evidenciar a incompatibilidade da permanência de Teresa no hospital. O documento finaliza com a assinatura da instituição HCS, remetendo a um consenso, ou predominância, do quanto o hospital era inadequado nesse caso.

No sentido de confirmar e atestar a solicitação da diretora para tal transferência, o psiquiatra responsável pelo seu tratamento forneceu detalhes sobre sua situação e o

⁹⁹ Ibidem.

¹⁰⁰ Relatório Hospitalar. Hospital Colônia Sant’Ana, 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁰¹ Ibidem.

diagnóstico de Teresa foi “esquizofrenia hebefrênica (295.1) CID (Rev. 75), de evolução crônica”^{102 103}. A nomeação psiquiátrica na identificação da esquizofrenia expressou a autoridade médica científica na avaliação da insanidade da paciente nos autos do processo. A psiquiatria atestou sua condenação, a partir da definição de Teresa enquanto psicótica crônica, agressiva e alta periculosidade. No caso, os termos utilizados: “agressividade súbita e impulsiva, o contato verbal é pobre, e se reduz a solilóquios e murmúrios incompreensíveis, frases que expressam conteúdo delirante, especialmente paranoide”¹⁰⁴ foram a condição suficiente para seu posterior envio ao manicômio judiciário.

Na sequência do diagnóstico, o psiquiatra apresentou os recursos terapêuticos que lhe foram aplicados até então, enfatizando que, “em nenhuma das alternativas terapêuticas se obteve um controle eficaz da agressividade”¹⁰⁵. Nos anos que Teresa foi paciente-habitante do HCS usou variadas medicações, “doses altas de antipsicótico (haloperidol), ansiolítico (diazepan), neuroléptico sedativo (levomepromatiza), carbamazepina e biperideno, mas que permitiram um relativo controle de sua agressividade”¹⁰⁶. Teresa representava um risco de vida para os funcionários do hospital e demais pacientes com os quais ela convivia, conforme o médico salientou:

O **isolamento da paciente em sala fechada**, além de seu sentido não terapêutico e de ser **inaceitável** como conduta permanente, cria, mesmo quando empregado esporadicamente no decorrer de uma fase agressiva da paciente, uma reação de maior agressividade com riscos crescentes para o pessoal que manipula os cuidados de higiene, alimentação e medicação para a paciente.

Face a este quadro, **considero indicado o isolamento em instituição equipada** com recursos para minimizar sua periculosidade antes que fatos mais graves venham ocorrer¹⁰⁷. (grifo meu)

A contradição do argumento psiquiátrico evidencia-se na justificativa de que Teresa não poderia ficar presa em “sala fechada”, pois era inaceitável como tratamento, e gerava

¹⁰² Relatório Médico. Hospital Colônia Sant’Ana, de 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁰³ Conforme o CID (Rev. 75), a esquizofrenia hebefrênica é uma forma de esquizofrenia em que se destacam as alterações afetivas, as ideias delirantes e alucinações são transitórias e fragmentárias, a conduta é irresponsável e imprevisível e os mecanismos são comuns. O estado de ânimo é superficial e inadequado, acompanhando-se de risos tolos, ou sorrisos de auto-satisfação ou absortos, ou por maneira arrogante, caretas, maneirismos, brincadeiras, queixas hipocondríacas e frases reiteradas. O pensamento é desorganizado. Existe uma tendência para permanecer solitário e a conduta parece carecer de propósito e sentimento. Esta forma de esquizofrenia geralmente começa entre 15 e 25 anos de idade. In. **Classificação internacional de doenças**: manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito: baseada nas recomendações da Nona Conferência de Revisão, 1975, São Paulo: [s.n.], 1978, v.1, p. 185-186.

¹⁰⁴ Relatório Médico. Hospital Colônia Sant’Ana, de 30 de dezembro de 1987. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁰⁵ Ibidem.

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ Ibidem.

risco para a equipe responsável, pois ela poderia ficar ainda mais agressiva. No entanto, posteriormente, reivindica o manicômio judiciário, como instituição que possuía o isolamento necessário e adequado para os casos como o de Teresa, ou seja, “a sala fechada”, o isolamento. Uma vez que, essa instituição está inserida em um complexo prisional, cuja estrutura se assemelha à prisão, pelas celas, portões e cadeados, pelo acesso restrito e presença do agente prisional, muito embora, haja enfermarias no interior desse complexo de segurança.

A preocupação com a situação de Teresa parecia incidir muito mais sobre a manutenção da integridade dos funcionários, o que por um lado é compreensível, do que o estado de “isolamento” e sofrimento presumido, diante da condição em que ela vivia, circunstância essa que não foi exclusividade do período passado no HCS, mas permanente há anos e não encerrada naquela instituição. O psiquiatra propôs a indicação do manicômio judiciário, instituição destinada para casos semelhantes, corroborando, dessa forma, o pedido da diretora.

No início de janeiro de 1988, poucos dias após a finalização dos relatórios atestando a agressividade de Teresa, seu pai e o cunhado estiveram no hospital, provavelmente chamados pela diretora, assistente social, ou outro profissional. O chamado tinha por objetivo comunicar o estado de Teresa e a preocupação desencadeada, após a última agressão desferida por ela. O que fazer com essa mulher diante da sua condição, a qual não permitia uma convivência estável com os demais internos e da equipe responsável pelo seu tratamento?

AUTORIZAÇÃO

Nós abaixo assinados, autorizamos submeter *Teresa*, brasileira, solteira, filha e cunhada, a **qualquer tipo de tratamento psiquiátrico e neurológico**, inclusive se for necessário intervenção cirúrgica neurológica.

São José, 04 de janeiro de 1988.

Pai e Cunhado¹⁰⁸ (grifo meu)

O hospital havia articulado uma proposta que foi acordada pelo pai e cunhado. Novamente se percebe como os considerados doentes mentais são desprovidos de qualquer decisão, no que refere ao seu destino ou tratamento, tendo o grupo parental, autoridade legítima sobre sua vida, autorizando a realização de intervenção neurológica. Conforme o Código Civil de 1916:

¹⁰⁸ Autorização. Hospital Colônia Sant’Ana, 04 de janeiro de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

Art. 446. Estão sujeitos à curatela: I Os loucos de todo gênero.

Art. 454. O conjugue, não separado judicialmente, é, de direito, curador do outro, quando interdito.

§ 1º Na falta do conjugue, é curador legítimo o pai; na falta deste, a mãe; e, na desta, o descendente maior.

§ 2º Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos, e, dentre os do mesmo grau, os varões às mulheres (BRASIL, 1916).

Portanto, recaía sobre Teresa a curatela pela condição de louca, passando a autoridade legal para os homens da família, o pai e o cunhado, os quais autorizaram a realização de lobotomia em Teresa. Essa informação é de suma importância, pois evidencia uma prática de intervenção cirúrgica em decadência a partir da década de 1950¹⁰⁹, no entanto, recomendada para Teresa, no ano de 1988. A lobotomia consistia em desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo encéfalo, uma cirurgia altamente perigosa pelo risco de morte e por ser irreversível. Indicada para pacientes crônicos ou agressivos, a intervenção objetivava eliminar determinadas doenças mentais ou alterar “comportamento inadequado” (MASIERO, 2003).

A lobotomia e a leucotomia foram intervenções cirúrgicas mais intensamente empregadas nos pacientes dos hospitais psiquiátricos brasileiros entre 1942 e 1956. Neste período há publicações médicas em todos os anos, sem interrupções. De maneira geral, a cada trabalho acrescentava-se um detalhe técnico com o intuito de diminuir as mortes dos pacientes e alcançar melhores resultados, o que nem sempre era conseguido (MASIERO, 2003, p. 558). Uma normativa internacional, o Código de Nuremberg, formulado em agosto de 1947, foi resultante do Tribunal de Nuremberg criado mediante um acordo firmado entre os representantes da ex União Soviética, dos Estados Unidos, da Grã-Bretanha e da França, em Londres, em 1945, para julgar após a Segunda Guerra Mundial, médicos nazistas acusados por crimes relacionados à investigação científica e médica envolvendo seres humanos (SANTOS, 2012). No Brasil, a prática da lobotomia permaneceu sendo realizada até 1956, contrariando as orientações do Código de Nuremberg, o qual estabeleceu normas de ética para pesquisas com seres humanos (MASIERO, 2003, p. 569).

¹⁰⁹ A psiquiatra Nise da Silveira foi uma combatente desse tipo de intervenção cirúrgica, quando retornou a seu trabalho em 1944 no Centro Psiquiátrico Nacional, em Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, após ser presa e perseguida pela ditadura capitaneada por Getúlio Vargas. Nise da Silveira confrontou os métodos estabelecidos da época, e foi com a terapia ocupacional que encontrou uma forma alternativa de tratamento aos internos. O trabalho de Nise da Silveira resultou na criação do Museu de Imagens do Inconsciente. A trajetória da psiquiatra encontra-se em: MELLO, Luiz Carlos. **Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde**. Rio de Janeiro: Automática Hólos Consultores Associados, 2015. Sobre o processo de criação do Museu ver MAGALDI, Felipe Sales. Frestas estreitas: **Uma etnografia no Museu de Imagens do Inconsciente**. 158 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014. CRUZ JUNIOR, Eurípedes Gomes da. **Do asilo ao museu: ciência e arte nas coleções da loucura**. 367 p. Tese (Doutorado em Museologia e Patrimônio) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Conforme Masiero (2003, p. 551), com o advento dos psicofármacos na década de 1950, esses procedimentos desapareceram dos hospitais psiquiátricos tão rápido quanto foram esquecidos pela história recente da medicina brasileira. Com os avanços da neurologia, novas técnicas muito mais precisas voltaram a ser utilizadas na década de 1970.

A intenção de realização de lobotomia em Teresa apresenta-se no seguinte documento elaborado por um psiquiatra do HCS:

Mostrando-se refratária a qualquer tipo de tratamento instituído, todo o corpo técnico do hospital, em uma série de estudos, debates e reuniões, chegou a optar por **uma terapia radical (lobotomia), feita com êxito por um neurologista de São Paulo, contra a agressividade**. Foi conseguida a autorização familiar para que tal técnica fosse realizada, mas **por uma série de fatores (financeiro inclusive) este contato não pode ser efetivado**¹¹⁰. (grifo meu)

Na impossibilidade de lobotomia, tornado-a mais “dócil”, perdurou a pretensão na busca de um lugar adequado para sua condição¹¹¹. Conforme demonstrado anteriormente, o Manicômio Judiciário de Santa Catarina não possuía um local para internamento das mulheres, as mesmas, quando necessário, eram enviadas ao HCS, o hospital onde Teresa estava internada, mas o mesmo não era mais adequado ao seu caso. Portanto, para onde enviá-la?

Mais uma tentativa em “solucionar” o caso, pela diretora do HCS, foi buscando uma vaga para Teresa no Manicômio do Estado do Paraná, por meio de contato telefônico. No ofício com a resposta do diretor consta:

PREZADA SENHORA

Em atenção a consulta formulada por Vossa Senhoria, através de contato telefônico com esse Manicômio Judiciário do Estado, tenho a honra de informá-la que esta Unidade Penal dispõe de 01 (uma) vaga para paciente do sexo feminino.

Esclareço, entretanto, que tal paciente deve ser condenada pela Justiça Pública à Medida de Segurança e/ou Internamento, na forma do Art. 26 do Código Penal Brasileiro, já que este Estabelecimento somente se presta a internamento de inimputáveis e semi-imputáveis.

Certo de contar com sua compreensão, valho-me do ensejo para apresentar-lhe meus protestos de consideração e apreço.

¹¹⁰ Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, 31 de outubro de 1997. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹¹¹ Apesar de a lobotomia entrar em decadência nos anos 1950 no Brasil, foi prevista para Teresa em finais dos anos 1980. Dadas as diferenças da lobotomia, outras cirurgias neurológicas contemporâneas, têm sido realizadas em pacientes psiquiátricos no século XXI, conforme aborda a reportagem da Folha de São Paulo: “Cirurgia psiquiátrica é feita sem controle”, publicada em 2003, relatou a realização indiscriminada de cirurgias neurológicas invasivas para tratar casos de “agressividade”, as quais são realizadas sem a fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina. Segundo a matéria, as cirurgias realizadas no Estado de Goiás são indicadas por psiquiatras, os quais possuem parcerias profissionais e acadêmicas com os neurocirurgiões. VALENTE, Rubens; LEITE, Pedro Dias. Cirurgia psiquiátrica é feita sem controle. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 de set. de 2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2809200301.htm>> Acesso em: 16 fev. 2018.

Diretor do M.J.E¹¹²

Apesar do retorno afirmativo da existência de vaga para internação, para Teresa adentrar no estabelecimento pretendido, deveria ter cometido um crime, ou já estar em cumprimento de uma pena na prisão, conforme o Art. 26 do Código Penal. Em nenhuma das situações preconizadas, ela poderia ser enquadrada, mas a sua presença no HCS não foi mais admitida. Sendo assim, iniciou-se uma batalha na produção de verdades do campo de saber psiquiátrico, portanto com estatuto científico, para incriminar Teresa.

Em conformidade com Foucault (1993), a loucura só escapou ao arbitrário para entrar em um processo indefinido, onde toda falta da vida, por uma virtude própria à existência asilar, torna-se crime social, vigiado, condenado e castigado. O louco “libertado” por Pinel e, depois dele, o louco do internamento moderno são personagens sob processo condenados a estar a todo momento sujeitos a um ato de acusação cujo texto nunca é revelado, pois é toda a vida no asilo que o formula. Na assertiva do autor, “a loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele. Por muito tempo, e pelo menos até nossos dias, permanecerá aprisionada num mundo moral” (FOUCAULT, 1993, p. 496). O asilo construído por Pinel, “se libertou o louco da desumanidade de suas correntes, acorrentou ao louco o homem e sua verdade” (FOUCAULT, 1993, p. 522). Foucault compreende a verdade da seguinte forma: “A verdade é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem, e está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apóiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem” (FOUCAULT, 2005, p. 13-14). Teresa estava enredada à verdade construída sobre ela no hospital.

2.2.2.1 Investigação policial

Teresa não era uma condenada da justiça para cumprir uma medida de segurança em um manicômio judiciário. Ela era uma mulher diagnosticada pelos psiquiatras como esquizofrênica e, também considerada agressiva e perigosa pelos funcionários do hospital. Para que fosse enviada ao Manicômio Judiciário, era preciso registrar a agressão na delegacia de polícia, para que fosse aberto um inquérito e investigada sua infração. Conforme Mariza Corrêa (1983, p. 34), “a ação repressiva do aparato policial e jurídico, encarregados de pôr em prática as normas do Código que em nossa sociedade regula o comportamento público

¹¹² Ofício nº 170/88, 25 de fevereiro de 1988. Manicômio Judiciário. Piraquara. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

das pessoas, o Código Penal”. Teresa precisava passar de sua condição de paciente para a condição de ré. Diante da impossibilidade de enviá-la imediatamente para outra instituição psiquiátrica, iniciou-se a composição dos autos com o registro de um boletim de ocorrência, realizado por Ester, a vítima. A mesma se dirigiu na manhã de 25 de fevereiro de 1988 ao Sub-Distrito de Polícia do bairro Colônia Santana, onde prestou declaração ao delegado.

[...] queixando-se que trabalha na 4ª Enfermaria do Hospital Colônia Sant’Ana, onde existe uma paciente de nome *Teresa*, que já lhe agrediu por três (TRÊS) vezes consecutivas, sendo que da última vez foi medicada no Hospital Celso Ramos, tendo que se submeter a reabilitação, para tratamento torcicolo cervical, segundo a vítima esta paciente é agressiva, pois vários pacientes e funcionários já foram vítimas de sua agressividade¹¹³.

Ester relatou ao delegado, José dos Reis Santos, que só não registrou a ocorrência na data do fato para evitar possíveis transtornos profissionais e somente assim o fez “depois de conversar com sua Diretora, esta a autorizou que fizesse o registro Policial”¹¹⁴. O interesse em indiciar Teresa não era somente de Ester, mas dos demais funcionários do hospital. Realizado o boletim de ocorrência, ela estava denunciada por agressão e investigada pela instância policial. Sendo que, na mesma data, o hospital providenciou um documento assinado pelo pai de Teresa que afirmava:

AUTORIZAÇÃO

Eu abaixo assinado, autorizo a transferência de *TERESA*, brasileira, solteira, minha filha, autorizo a transferência de Teresa, do Hospital Colônia Sant’Ana para o Manicômio Judiciário de Curitiba - Paraná.

São José, 25 de fevereiro de 1988¹¹⁵.

Classificada como uma doente mental, destituída de seus direitos civis, como exposto anteriormente, permitindo que a família, no caso acima, o pai tomasse as decisões por ela, a partida de Teresa para o Manicômio Judiciário do Paraná estava autorizada pela família e requerida insistentemente pelo HCS. Para seu ingresso em um manicômio judiciário, ela precisava da indicação de uma medida de segurança deferida em sentença pelo juiz, não bastava um boletim de ocorrência. O caso de Teresa precisava ingressar na esfera judiciária, mas a situação pedia urgência. Antes mesmo da conclusão do inquérito, a diretora do hospital expediu um ofício, no início de março de 1988, ao promotor de justiça da Vara Criminal da Comarca de São José afirmando o seguinte:

¹¹³ Boletim de Ocorrência, 25 de fevereiro de 1988. Sub-Ditrito de Polícia de São José. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ Autorização. Hospital Colônia Sant’Ana, 25 de fevereiro de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA, nesta Comarca, representada neste ato pela Diretora, intra firmada, vêm à presença de Vossa Excelência requerer transferência da paciente *TERESA*, deste Hospital, para internamento no Manicômio Judiciário de Piraquara – PR, tudo conforme documentação anexa.

Solicita deferimento.

Hospital Colônia Sant'Ana, 10 de março de 1988¹¹⁶.

O percurso jurídico que constitui os autos é organizado “por uma série de regras, estabelecidas no Código de Processo Penal, o qual explicita os procedimentos formais a serem seguidos pelos atores jurídicos, assignando-lhes tarefas específicas” (CORRÊA, 1983, p. 34). O itinerário de um processo penal é demorado para quem tem premência para obter a sentença. Foi necessário seguir as regras do procedimento jurídico. Sendo assim, após o boletim de ocorrência registrado pela vítima, o delegado de polícia, Artur Sell, declarou a abertura do inquérito policial, a fim de apurar “as declarações das pessoas envolvidas ou de outros que saibam ou tenham razões para saber do ocorrido”¹¹⁷. Teresa prestou seu depoimento na delegacia de São José, juntamente com as demais testemunhas: uma atendente de enfermagem, e uma assistente social, ambas trabalhadoras do hospital. Todos os funcionários corroboraram a agressividade da interna e o perigo de mantê-la no hospital, em conformidade com os relatórios elaborados anteriormente pela instituição.

A assistente social, de nome Ivete, informou que estava no seu consultório, atendendo pacientes, quando ouviu gritos do lado de fora e percebeu que Ester estava sendo agredida e a mesma encontrava-se em uma situação bastante “terrível”. Ivete relatou que “os pacientes estavam revoltados contra *Teresa* e inclusive comentaram em Assembleia que queriam dar uma surra nela até matarem”¹¹⁸. Outra testemunha, uma atendente de enfermagem, Gilda, prestou depoimento semelhante ao de Ivete, enfatizando as agressões de Teresa aos demais pacientes e funcionários, informando também saber que os pacientes estavam revoltados porque “nem conseguiam dormir direito”, por isso pretendiam dar uma surra em *Teresa* até a morte¹¹⁹.

Ester, a considerada vítima, declarou que tinha sido agredida por Teresa em duas outras ocasiões, mas que foram leves se comparadas à agressão que desencadeou este processo. Naquela manhã, exercia suas funções de atendente de enfermagem na 4ª Enfermaria, quando Teresa chegou ao local e não atendeu ao seu pedido para que se retirasse,

¹¹⁶ Ofício. Hospital Colônia Sant'Ana, 10 de março de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹¹⁷ Portaria, 24 de março de 1988. I Distrito de Polícia de São José. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹¹⁸ Termo de Declaração de Testemunha (*Ivete*), 24 de março de 1988. I Distrito Policial de São José. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹¹⁹ Termo de Declaração de Testemunha (*Gilda*), 24 de março de 1988. I Distrito Policial de São José. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

pois seu lugar era em outra enfermaria, “nisso sentiu ser puxada pelos cabelos e ser levada para o chão e em seguida ser socorrida por outros funcionários”¹²⁰. A versão da vítima, assim como o aparato institucional que Teresa estava submetida, possuem vestígios do poder disciplinar que enseja aos mecanismos de controle para a docilidade dos corpos, explicados por Foucault (2014, p. 134). Para o autor, “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”. O filósofo descreve as técnicas empreendidas de controle que agem sobre o corpo:

a escala, em primeiro lugar: de trabalhá-lo detalhadamente, de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível da mecânica, movimentos, gestos, atitude, rapidez: o poder infinitesimal sobre o corpo ativo. [...]
O objeto, em seguida, do controle: não, ou não mais, os elementos significativos do comportamento ou a linguagem do corpo, mas a economia, a eficácia dos movimentos, sua organização interna; a coação se faz mais sobre as forças que sobre os sinais; a única cerimônia que realmente importa é a do exercício (FOUCAULT, 2014, p. 134-135).

Teresa estava em outra enfermaria, “fora do seu lugar” na instituição, e não atendeu ao pedido de Ester, em retornar à “sua enfermaria”, e “puxou os cabelos da vítima”, demonstrando indisciplina diante do poder disciplinar do hospital, o qual “se exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos” (FOUCAULT, 2014, p. 135). A disciplina segundo o autor, fabrica corpos submissos; “a disciplina às vezes exige a *cerca*, a especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo. Local protegido da monotonia disciplinar” (FOUCAULT, 2014, p. 139). Teresa saiu da *cerca* da enfermaria, ou seja, da organização do espaço que a disciplina realiza e anula a circulação difusa, coloca cada indivíduo no seu lugar e, em cada lugar, um indivíduo que vigia e comunica a transgressão.

A vítima, Ester, após um período de afastamento do trabalho por atestado médico, devido à gravidade da agressão, no seu retorno ao hospital solicitou ser designada para a 3ª enfermaria, “pois não quis trabalhar onde a paciente Teresa se encontrava, por medo da mesma, que a depoente tem conhecimento de que vários outros funcionários foram agredidos pela mesma, como também outros pacientes”. Finaliza afirmando que “a queixa somente foi feita à polícia a pedido da diretora do hospital”¹²¹.

¹²⁰ Termo de Declaração de Testemunha (*Ester*), 24 de março de 1988. I Distrito Policial de São José. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹²¹ Ibidem.

A escrivã de polícia, Rosália Ester Destri, registrou o depoimento de Teresa no único documento que contém sua voz, cortada pelas intervenções dos operadores do Direito e funcionários do hospital. Consta da seguinte forma:

A paciente *TERESA* compareceu neste I Distrito Policial, na data de hoje, a fim de prestar depoimento em Inquérito Policial, onde figura como **indiciada, sendo que a mesma não possui condições de prestar depoimento** em relação aos fatos, não conseguindo nem ao menos falar nem seu nome certo, dizendo apenas que “**não gosta do hospital**” – “**está no mesmo desde criança**”, isso aos tropeços e retificado pelas testemunhas que a acompanham¹²². (grifo meu)

As duas frases registradas da fala de Teresa são os vestígios exclusivos deixados por ela nos autos. No decurso do processo, ela também não teve uma testemunha a seu favor; nos documentos não consta que os familiares foram chamados para acompanhá-la na delegacia. Fato esse que é uma contradição, pois se o pai ou irmão eram responsáveis legítimos por ela, também deveriam estar presentes quando a mesma foi incriminada. Sabe-se, pelos registros, que Teresa foi acompanhada pelas testemunhas que acusavam.

Após os depoimentos das testemunhas, da vítima e da acusada, o delegado elaborou o relatório, remetido ao juiz de Direito da Comarca de São José, enfatizando a agressividade de Teresa e a incompatibilidade de sua permanência no HCS.

Não conseguimos ouvir a paciente *Teresa* pois **a mesma não tem as mínimas condições mentais de dizer sobre o acontecido**. Face a periculosidade da paciente e como o Hospital Colônia Sant’Ana não tem condições de manter internado pacientes com aquele grau de periculosidade, **a direção do hospital gestiona e conseguiu uma vaga no Manicômio Judiciário de Piraquara – PR**¹²³. (grifo meu)

O delegado também estava de acordo com o envio de Teresa para o manicômio. O relatório encerrou a primeira fase do processo, que foi a fase policial. Iniciou-se em seguida a fase jurídica, cuja primeira etapa é a elaboração da denúncia, função essa desempenhada pela promotora de justiça, Jorgelita Favaretto, com base no inquérito policial.

Em qual momento ocorreu o entrecruzamento entre a instituição judiciária e a psiquiatria criminal? Foucault (2006, p. 11) esclarece que a instituição penal recorreu ao saber médico a partir de 1820, “eles próprios solicitaram – de acordo com as leis, as regras, as jurisprudências que varia de país para país – o parecer devidamente formulado dos psiquiatras, sobretudo a propósito dos ferosos crimes sem motivo”. O autor afirma que não foi “por cima”, através dos Códigos ou princípios teóricos que a medicina mental penetrou na penalidade, mas foi “por baixo”, ou seja, foi pelas novas técnicas de controle e de

¹²² Inquérito Policial, 24 de março de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹²³ Relatório do Delegado, 30 de março de 1988. I Distrito Policial de São José. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

transformação dos indivíduos, por meio de procedimentos com a finalidade de modificar os infratores, mediante o trabalho obrigatório, a vigilância constante, o isolamento parcial ou total, a reforma moral. “Tudo isso implica que a punição aja, mais do que sobre o crime, sobre o próprio criminoso, ou seja, sobre aquilo que o torna criminoso, seus motivos, aquilo que o move, sua motivação profunda, suas tendências, seus instintos” (FOUCAULT, 2006, p. 12). A punição de Teresa incidia sobre seu comportamento, através da busca pelos seus antecedentes biográficos e ações empreendidas no hospital, os quais confirmavam a agressividade anterior ao suposto crime.

2.2.2.2 O exame psiquiátrico

O Ministério Público acolheu a denúncia de Teresa. Dessa forma o processo passou para a fase judicial.

A denunciada, por volta das 10:30 horas, em frente ao consultório da Assistente Social, do Hospital Colônia Sant’Ana, neste município, agrediu violentamente à *ESTER*, puxando-a pelos cabelos e jogando-a ao chão, sem que para isso a vítima desse qualquer motivo.

REQUERIMENTO

- a) Seja instaurado o incidente de Insanidade Mental nos termos do artigo 149 do Código de Processo Penal nomeando-lhe curador.
- b) Seja a denunciada imediatamente transferida para o Manicômio Judiciário, face ao clima de terror que sua conduta acabou por gerar entre os funcionários daquele hospital psiquiátrico e até entre os demais pacientes, que por si só já trazem inerentes sofrimentos bastante para serem suportados.

É o que se pede.

Promotora de Justiça ¹²⁴.

Portanto, de acusada Teresa tornou-se denunciada por lesão corporal: “incidiu nas sanções do Art. 129¹²⁵ inciso I do Código Penal, razão bastante para que o Ministério Público venha requerer após o recebimento da denúncia, seja ela citada para o interrogatório e ver-se processar até o julgamento final”¹²⁶. Nesta fase do processo, a promotora requereu a instauração do incidente de insanidade mental, tendo em vista que “a doente mental é de alta periculosidade, já tendo praticado contra outros funcionários e pacientes inúmeras

¹²⁴ Denúncia em 26/04/1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹²⁵ Art. 129 Lesão corporal. § 1º Se resulta: I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias (BRASIL, 1940).

¹²⁶ Denúncia da Promotora de Justiça, em 26/04/1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

agressões”¹²⁷. Na denúncia, a promotora também solicitou a transferência imediata de Teresa, tendo em vista o seguinte argumento:

Seja a denunciada imediatamente transferida para o manicômio judiciário, face ao **clima de terror** que sua conduta acabou por gerar entre os funcionários daquele hospital psiquiátrico e até entre os demais pacientes, que por si só já trazem inerente, sofrimentos bastante para serem suportados¹²⁸. (grifo meu)

O juiz da Comarca de São José acolheu a denúncia da promotora: “*Teresa* tida como agente é interna do Hospital Colônia Sant’Ana, devendo sofrer presume-se de doença mental”, solicitando vaga para a realização do exame de sanidade mental no Manicômio Judiciário do Estado. O magistrado designou uma advogada dativa¹²⁹, como curadora de Teresa. Em casos em que o réu, ou a ré, não possui condições financeiras para custear os honorários de um advogado, a Constituição de 1988 e o Código de Processo Penal de 1941 preconizam que o Estado é responsável em garantir a assistência jurídica gratuita às pessoas pobres, e que deve ocorrer por meio da Defensoria Pública.

Uma série de comunicações ocorreu entre o juiz e o coordenador das Organizações Penais, na tentativa de agilizar o envio de Teresa para o manicômio do Estado do Paraná, porque o Estado de Santa Catarina não possuía estabelecimento para as mulheres. Conforme justificou o coordenador das Organizações Penais para o juiz sobre o envio de Teresa a essa instituição:

Em Santa Catarina, não há estabelecimento do gênero destinado às mulheres, e sempre que se faz necessário a realização de exames naquele nosocômio, as réas ficam recolhidas na Cadeia Pública de Florianópolis, submetendo-se a atendimento ambulatorial¹³⁰. (grifo meu)

O juiz esteve pessoalmente no HCS para verificar a possibilidade de realizar o exame de insanidade, tendo em vista as condições em que se encontrava Teresa, o que a impossibilitava de deslocar-se ao manicômio judiciário de Santa Catarina, retardando ainda mais seu processo penal. A comunicação do juiz, remetida ao coordenador das Organizações Penais, enfatizava a urgência aguardada para o desfecho do processo de Teresa:

[...] esclareço que *Teresa* está internada no Hospital Colônia Sant’Ana, onde estive no dia de hoje, podendo esse exame realizar-se naquele local. Em anexo remeto o processo rogando-lhe urgência possível para o caso visto existir vaga em estabelecimento no Paraná, para a internação, após decisão judicial¹³¹.

¹²⁷ Ibidem.

¹²⁸ Ibidem.

¹²⁹ Devido à demanda pela assistência jurídica gratuita ser maior que o quadro disposto pela Defensoria Pública, faz-se necessário nomear um advogado dativo.

¹³⁰ Ofício 861/88, de 12 de maio de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹³¹ Ofício 616/88, de 05 de maio de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

Entram em cena os peritos psiquiatras do MJSC para avaliar a sanidade mental de Teresa, a qual passou à condição de periciada. O exame foi realizado nos primeiros dias do mês de junho de 1988. Após a entrevista com a mesma, os médicos elaboraram o laudo pericial correspondente, o qual evidencia a autoridade científica do discurso psiquiátrico para a sua sentença/condenação. O laudo é composto pelos seguintes campos: Identificação (dados pessoais); Denúncia (o crime); Exame clínico (exame nos diversos aparelhos e sistemas); Exames complementares (sem particularidades); História e exame psiquiátrico: consta a história progressiva da paciente. Basicamente foram reproduzidas as informações dos relatórios anteriores elaborados pelo HCS, para a transferência de Teresa ao manicômio judiciário.

O processo de documentar as anotações escritas sobre os indivíduos, através do exame coloca-os num campo de vigilância, que Foucault (2014) denomina como um “poder de escrita”, o qual constitui parte das engrenagens da disciplina, constatado no trecho do exame da denunciada:

HISTÓRIA: A periciada *Teresa* foi examinada no Hospital Colônia Santana, onde se encontra internada desde 02.04.87, uma vez que **o Manicômio Judiciário não dispõe, ainda de acomodações para mulheres**. Segundo registros daquele estabelecimento de saúde, a periciada internou-se pela primeira vez naquele hospital em 21.01.79, trinta dias após ter recebido alta do **Hospital São Pedro de Porto Alegre, onde estivera aproximadamente por seis anos**, ao que tudo indica, desde o início de sua doença que se deu nos anos de 1972-1973, quando estava a periciada com 21-22 anos de idade. Trata-se de **paciente internada no Hospital Colônia Santana há quase nove anos**, eis que nos **curtos períodos em que concedida a alta hospitalar, permanece confinada em sua própria casa**, segundo **relatos de seus familiares**, por ser impossível mantê-la em liberdade, devido as sérias alterações de conduta e heteroagressividade que apresenta em tais situações.

EXAME PSIQUIÁTRICO. O exame psíquico da periciada, pelos peritos, em dependências daquele hospital, mostrou uma pessoa **embrutecida, totalmente desorientada, incoerente, desagregada, onde o contato verbal é pobre**, decorrente do grave comprometimento das funções psíquicas superiores. A entrevista resumiu-se a uma **observação da periciada** que inquieta, em constantes solilóquios, demonstra o acentuado grau de deterioração e desagregação que lhe é particular, **ratificando plenamente aquelas observações contidas em seu prontuário médico**. Seu comportamento, é por isso, tão somente, impulsivo, instintivo, dado o primitivismo que se encontra atualmente.¹³² (grifo meu)

De acordo com Foucault (2010), o exame psiquiátrico dobra o delito, com uma série de coisas que não são do delito, mas os comportamentos, as maneiras de ser, que, no discurso acima, do perito psiquiatra, são apresentadas como a causa, a origem, a motivação, o ponto de partida do delito. Como pode ser identificado na “história” e no “exame” de Teresa, as interações, a origem da doença, os relatos familiares, a agressividade, “seu comportamento,

¹³² Autos de Insanidade Mental. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC. O documento também consta no Prontuário 2.387 (SAME/ HCTP).

é por isso, tão somente, impulsivo, instintivo, dado o primitivismo que se encontra atualmente”, representam informações que justificam o delito. “O exame permite passar do ato à conduta, do delito à maneira de ser... o que essas condutas infringem não é a lei, porque nenhuma lei impede de ser desequilibrado afetivamente, de ter distúrbios emocionais” (FOUCAULT, 2010, p. 15). A finalidade do exame psiquiátrico, conforme o autor, é mostrar como o indivíduo já se parecia com o crime antes de o ter cometido. Outra função desse exame é a constituição de um médico-juiz, pois a partir do momento que o psiquiatra demonstrar uma criminalidade possível, por meio da descrição das condutas criminosas que o indivíduo possui desde a infância, é evidente sua contribuição para fazê-lo passar da condição de réu ao estatuto de condenado (FOUCAULT, 2010, p. 18-20). Ainda, para Foucault (2010, p. 7), esses discursos possuem poder de vida e de morte, pois funcionam na instituição judiciária como discursos de verdade, porque são discursos com estatuto científico, ou como discursos formulados por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica.

Em seguida, os psiquiatras elaboraram o diagnóstico e avaliaram a responsabilidade penal de Teresa:

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO. Trata-se de paciente portadora de quadro psicótico – Esquizofrenia Hebefrênica – de evolução crônica, com comprometimento global das funções psíquicas, mantida permanentemente hospitalizada em virtude da gravidade do quadro. Nessas condições, entenderam os peritos que a examinaram, ser a mesma totalmente irresponsável pelos atos praticados, dado o caráter de total alienação, em que a mesma se encontra, não podendo ser portanto, responsabilizada criminalmente¹³³.

Na parte final do laudo, os peritos respondem os quesitos formulados pelo juiz, determinantes para a sentença. As perguntas e respostas foram fundamentais para a sentença de Teresa, pois não deixou dúvida da necessidade de interná-la no manicômio judiciário.

RESPOSTA AOS QUESITOS (DO JUIZ)

a) A periciada sofre de alguma anomalia mental?

R. SIM

b) De que espécie?

R. Esquizofrenia Hebedrênica

c) É congênita ou adquirida?

R. Adquirida

d) Desde que época?

R. Adolescência

e) Causa incapacidade para todos os atos?

R. SIM

f) A periciada, por doença mental, era na época dos fatos, inteiramente incapaz de entender o seu caráter criminoso?

R. SIM ERA INCAPAZ [...]

o) É necessário de tratamento?

R. SIM.

¹³³ Ibidem.

p) Qual a espécie adequada?

R. **INTERNAÇÃO EM INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA.**

q) **É curável?**

R. NÃO.

r) Como resultado dos testes, entrevistas, avaliações, discussões, pode ser a **periciada considerada periculosa?**

R. SIM.

s) Em que condições?

R. IMPREVISÍVEL¹³⁴. (grifo meu)

Conforme as respostas dos peritos, Teresa possuía “anomalia mental”, considerada “incapaz”, necessário “tratamento em instituição especializada”, “incurável”, “perigosa” e “imprevisível”. As afirmações do exame estão em concordância com a afirmação de Foucault (2010, p. 27), “o exame deve estabelecer a demarcação dicotômica: entre doença e responsabilidade, entre causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre medicina e penalidade, entre hospital e prisão”. Seguindo a proposição de Foucault (2010, p. 29), o exame permite um *continuum* protetor de todo o corpo social “que irá da instância médica de cura à instituição penal propriamente dita, isto é, a prisão”. Esse conjunto institucional está voltado para o indivíduo perigoso, nem exatamente doente nem propriamente criminoso (FOUCAULT, 2010). O exame de sanidade compunha uma parte significativa dos autos, pois sua função era atestar a presença de doença mental e a responsabilidade penal de Teresa.

O laudo psiquiátrico que compõe os Autos de Insanidade Mental, peça do processo penal de Teresa, encontra-se também no seu prontuário, no SAME/ HCTP, arquivo esse onde foram localizados os primeiros indícios que sinalizaram a relevância de buscar os autos para adentrar na sua trajetória.

O processo penal permitiu uma análise mais ampla da vida de Teresa e evidenciou a importância de contextualizar a produção do laudo pericial, documento localizado no prontuário do arquivo do MJSC. Os autos propiciaram a contextualização da produção do referido laudo. Uma análise restrita ao prontuário possibilita uma compreensão lacunar e possivelmente equivocada sobre a atuação da psiquiatria forense, pois as informações pessoais de Teresa, o diagnóstico, e o inventário das agressões, constavam nos relatórios do HCS, que os psiquiatras do MJSC reproduziram. Por outro lado, os peritos selaram, com o discurso dos especialistas, o discurso de verdade inscrito no que é aceito como verdadeiro da época, conforme Foucault (1996).

¹³⁴ Ibidem.

Diante do laudo de insanidade de Teresa, a juíza em exercício dispensou a ré da audiência “em razão das condições mentais da ré, não há como se proceder ao interrogatório”¹³⁵ e designou a inquirição das testemunhas para o mês de outubro do mesmo ano. No entanto, em seguida, o juiz retificou a data do julgamento: “em razão de urgência, antecipo a audiência para 16 de agosto de 1988, comunique-se por telefone ao Hospital Colônia Sant’Ana para que as testemunhas se façam presente na data, e comunique-se por telefone à defensoria”¹³⁶.

Na audiência, Ester, a vítima da agressão, respondeu ao interrogatório de maneira semelhante ao depoimento prestado no inquérito policial. A testemunha Ivete, assistente social do hospital, apresentou, no entanto, uma informação nova: “que nada assistiu, mas escutou gritos, e que a acusada é considerada pelas outras pacientes e funcionários como sendo ‘o pavor’”¹³⁷. A referência de Ivete sobre não ter presenciado a cena da agressão não parece ter representado dado que merecesse atenção do juiz para a sentença, uma vez que, referindo-se à Teresa como “o pavor”, acentuou o depoimento de ambos os envolvidos. Gilda, a atendente de enfermagem, reproduziu de forma similar o depoimento do inquérito. Ambas as testemunhas confirmaram a narrativa inicial.

A advogada de Teresa, apresentou ao juiz a defesa prévia, alegando que “a ré é incapaz, e como tal, não pode ser penalizada pelos atos alegados na denúncia. Nesse sentido a acusada entende necessário o prosseguimento da ação penal, a fim de ser verificada a procedência da denúncia”¹³⁸. Após a oitiva das testemunhas houve o pronunciamento de decreto condenatório da promotora:

[...] **considerando a periculosidade da acusada e as reincidentes agressões** das quais vem sendo vítimas as demais pacientes da Colônia Sant’Ana, e os próprios funcionários, requer a Justiça Pública, com fulcro nos Art. 26 e Art. 96 do Código Penal, a sua imediata internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico adequado ao seu estado¹³⁹. (grifo meu)

As alegações finais, apresentadas pela advogada de defesa, protestando quanto à falta de materialidade do crime e solicitando assim a absolvição de Teresa, fundamentada no exame do corpo de delito, resultaram em negativo. Não foram suficientes para alterar o percurso anunciado para Teresa. “Não obstante os muitos indícios da periculosidade da ré,

¹³⁵ Poder Judiciário. Conclusão da Juíza Substituta em exercício da Comarca de São José, em 08 de julho de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹³⁶ Poder Judiciário. Conclusão do Juiz da Comarca de São José, em 02 de agosto de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹³⁷ Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹³⁸ Defesa Prévia, de 29 de abril de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹³⁹ Promotoria de Justiça, 01 de novembro de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

indícios que aconselham o seu segregamento com medida de segurança, não restou provado o delito imputado na inicial”¹⁴⁰. Segundo os autos, a advogada não argumentou ou questionou a internação em manicômio judiciário, mas reafirmou os indícios da agressividade de Teresa. Para os representantes do Poder Judiciário o HCS não era mais adequado a ela.

2.2.2.3 Absolvição e condenação: a ambiguidade da medida de segurança

A sentença de Teresa foi proferida em finais de novembro de 1988, decorrido quase um ano da agressão que desencadeou seu processo penal. Teresa estava próxima de despedir-se do HCS, para adentrar em mais uma instituição de isolamento. O juiz determinou na sentença:

Há nos autos prova incontestada de que **a ré, num de seus frequentes acessos de fúria, descontrolada, pois não goza de perfeita higidez mental**, atacou a vítima Ester, com violência jogando-a ao solo. Está assim provada a materialidade e no tocante a autoria também **os elementos existentes no processo convencem à saciedade**.

ISTO POSTO e considerando o mais que destes autos consta JULGO PROCEDENTE a denúncia formulada pela JUSTIÇA PÚBLICA contra TERESA, mas **com base no Art. 26 do Código Penal deixo de aplicar a pena**.

De outro lado, **tendo em vista a doença mental da ré e sua periculosidade comprovada, com base no Art. 96 inciso I do Código Penal determino que seja ela internada em hospital de custódia e tratamento, enquanto perdurar o quadro**¹⁴¹. (grifo meu)

A sentença proferida pelo juiz expressa o poder do discurso do exame psiquiátrico, pois a “higidez mental” de Teresa foi sua condenação. Conforme consta na sentença: “Deixo de aplicar pena, mas determino o tratamento”, como atesta Foucault (2010, p. 21), “o duro ofício de punir vê-se assim alterado para o belo ofício de curar”. Em concordância com a assertiva do autor:

E não venham me dizer que são os juízes que julgam e que os psiquiatras apenas analisam a mentalidade, a personalidade psicótica ou não dos sujeitos em questão. O psiquiatra se torna efetivamente um juiz; ele instrui efetivamente o processo, e não no nível da responsabilidade jurídica dos indivíduos, mas no de sua culpa real. O juiz vai se desdobrar diante do médico (FOUCAULT, 2010, p. 21).

¹⁴⁰ Alegações Finais, 10 de novembro de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁴¹ Vistos, Juiz da Comarca de São José, 21 de novembro de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

Segundo Foucault, “a sentença que condena ou absolve não é simplesmente um julgamento de culpa, uma decisão legal que sanciona; ela implica uma apreciação de normalidade e uma prescrição técnica para uma normalização possível” (FOUCAULT, 2014, p. 25). O juiz não julga sozinho, mas com uma série de pequenas justiças e juízos paralelos em torno do julgamento principal, os peritos psiquiátricos não intervêm antes da sentença para fazer um julgamento, mas para esclarecer a decisão dos juízes (FOUCAULT, 2014). As “pequenas justiças” que atuaram no julgamento de Teresa emergem dos relatórios médicos do HCS, dos relatórios de sua conduta no hospital, e culminaram com o laudo pericial realizados pelos psiquiatras do MJSC.

A absolvição de uma pessoa que cometeu um crime e foi considerada doente mental, portanto irresponsável, denota o caráter ambíguo da imposição da medida de segurança detentiva cumprida em um manicômio judiciário, instituição adequada para esses casos. A sentença determinou tratamento, porém em uma instituição penal, sem prazo determinado, até que perdurasse sua periculosidade. Foucault (1999), quando trata da *expertise* psiquiátrica, a qual determina se o indivíduo é ou não perigoso, questiona de onde vem a noção de periculosidade e curabilidade, e responde:

elas não estão nem no direito nem na medicina. São noções não judiciárias, nem psiquiátricas, nem médicas, mas disciplinares...agora sacralizadas, por um discurso psiquiátrico e médico, aparentemente científico, que as retoma; do outro lado, pelo efeito judicial que elas tem, já que é em seus nomes que se condena alguém (FOUCAULT, 1999, p. 277).

De acordo com o historiador Luis Ferla (2009, p. 357), o Código Penal de 1940, por meio das medidas de segurança, prescrevendo a indeterminação da pena, abriria as portas para o aumento do tempo da sequestração, quando isso fosse considerado necessário. O autor defende a tese que:

as medidas de segurança pessoais representavam uma expressão radical da concretização de teses centrais do positivismo criminológico, pois seriam destinadas à segregação, vigilância, reeducação e tratamento dos indivíduos perigosos, ainda que moralmente irresponsáveis (FERLA, 2009, p. 357).

A Escola Positiva de direito penal surgiu e se difundiu nas últimas décadas do século XIX a partir dos trabalhos do italiano Cesare Lombroso¹⁴². A escola caracterizava-se por um discurso médico-científico que patologizava o considerado anti-social. O delinquente seria um doente, o crime, um sintoma, a pena ideal, um tratamento (FERLA, 2009). Segundo o autor, apesar das transformações da Escola Positiva, como o reducionismo centrado do julgamento do caráter a partir de elementos apenas morfológicos, no entanto, ocorreu uma

¹⁴² Cesare Lombroso, médico e professor universitário que viveu de 1835 a 1909 (FERLA, 2009, p. 23).

continuidade quanto à permanência da patologização do ato anti-social (FERLA, 2009, p. 23)¹⁴³.

A influência da Escola Positiva no Brasil, no final do século XIX e início do século XX, ocorre quando suas idéias estavam em decadência na Europa. Para Ferla (2009), a Escola Positiva influenciou a criação e a manutenção dos manicômios judiciários, assim como a inclusão dos dispositivos das medidas de segurança no Código Penal de 1940 e o critério de periculosidade para a aplicação da pena, com a finalidade de defesa social. Inclusões essas que constituem, segundo o autor, uma das grandes vitórias do projeto positivista.

De acordo com Sérgio Carrara (1998, p. 31), a medida de segurança possuía a “ambigüidade do estatuto médico legal do louco criminoso, onde culpa e inocência parecem se defrontar com igualdade de forças”. Inocentes, mas tutelados e sem direitos de um lado, culpados e com certos direitos e deveres de outro. O cumprimento da medida de segurança em manicômio judiciário, local esse ideal para isolar o sujeito portador de periculosidade e local propício para corrigi-lo (IBRAHIM, 2014, p. 60). Desde a primeira solicitação da diretora do HCS, o perigo denotado à Teresa foi o enunciado central presente em todos os documentos referentes ao seu processo judicial. “Ciente da periculosidade oferecida pela paciente, e preocupada pela integridade física dos funcionários do hospital, solicita com urgência, a transferência da referida doente mental para um estabelecimento mais adequado ao seu caso”¹⁴⁴. Os Autos de Insanidade de Teresa atestavam: “Como resultado dos testes, entrevistas, avaliações, discussões, pode ser a periciada considerada periculosa? Sim. Em que condições? Imprevisível”¹⁴⁵. Conforme Rauter (2003, p. 71), “a personalidade perigosa é definida como aquela em que existe uma tendência delituosa, tendência essa avaliada pelo juiz, com o auxílio dos psiquiatras”. Não havia dúvida quanto à necessidade de isolar Teresa, devido ao perigo que representava para a sociedade. O perigo de Teresa foi enfatizado em todos os documentos produzidos sobre ela, pela instância médica e corroborada pela instância judicial, cujo destino, foi a medida de segurança, a qual prevê o tratamento e a cura da pessoa. No entanto, os Autos de Insanidade já haviam definido que Teresa “É curável?

¹⁴³ Sobre o discurso da medicina legal e da criminologia positivistas, no período de 1920-1945, em São Paulo, ver: FERLA, Luis. **Feios, sujos e malvados sob medida**: A utopia médica do biodeterminismo. São Paulo (1920-1945). São Paulo: Alameda, 2009. A trajetória da Escola Positiva pode ser encontrada em DARMON, Pierre. **Médicos e assassinos na “Belle Époque”**: a medicalização do crime. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

¹⁴⁴ Ofício 1.182/87. Hospital Colônia Sant’Ana, 30/12/87. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁴⁵ Autos de Insanidade. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC. O documento também consta no Prontuário 2.387 SAME/ HCTP.

Não”¹⁴⁶. As perguntas respondidas pelos peritos psiquiatras, de acordo com Foucault (2014, p. 25-26):

dizem respeito à administração da pena, sua necessidade, sua utilidade, sua eficácia possível; permitem indicar, num vocábulo que apenas foi codificado, se é melhor o hospício que a prisão, se é necessário prever o enclausuramento breve ou longo, um tratamento médico ou medidas de segurança. Não será o perito em responsabilidade, mas de conselheiro de punição; cabe-lhe dizer se o indivíduo é “perigoso”, de que maneira se proteger dele, como intervir para modificá-lo, se é melhor tentar reprimir ou tratar.

A sentença que a absolveu, por estar enquadrada na categoria de louca criminosa, portanto inocente, a condenou pelo caráter incurável de sua doença, a qual demandava o isolamento social. A medida de segurança caracteriza o tratamento, mas Teresa antes mesmo de iniciá-lo, teve o veredicto psiquiátrico atestando que ela era incurável. Conforme enfatizou a promotora: [...] “considerando a periculosidade da acusada e as reincidentes agressões”¹⁴⁷. A pena passou a ser uma medida de defesa social e prevenção criminal, ou seja, o provável retorno à prática do crime (PERES, NERY FILHO, 2002).

Elza Ibrahim (2014, p. 58) afirma:

a periculosidade criminal traz consigo o entendimento de que o louco-infrator, motivado por apetites e impulsos que lhe são próprios, certamente irá cometer novos ilícitos...ao observarmos as conclusões de laudos de profissionais do campo psicojurídico, quanto da certeza de reincidência do estado de perigo do paciente inimputável.

A constatação da autora pode ser corroborada nos diversos laudos produzidos sobre Teresa, nos quais consta seu estado de perigo iminente, “é como se, uma vez diagnosticado como perigoso, perigoso ele sempre seria” (IBRAHIM, 2014, p. 58).

2.2.3 Teresa no Manicômio Judiciário do Paraná

O Manicômio Judiciário do Estado do Paraná foi inaugurado em 31 de janeiro de 1969, pelo governador Paulo Cruz Pimentel¹⁴⁸, para internamento de ambos os sexos, sendo considerado pelos padrões da época, um dos manicômios mais modernos do país. A instituição fazia parte (e ainda faz) do sistema penitenciário do Estado, localizada no município de Pinhais, região metropolitana de Curitiba. Criada no contexto da ditadura

¹⁴⁶ Ibidem.

¹⁴⁷ Promotoria de Justiça, 01 de novembro de 1988. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁴⁸ Paulo Cruz Pimentel foi governador do Estado do Paraná no período de 31 de janeiro de 1966 a 15 de março de 1971. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/paulo-cruz-pimentel>> Acesso em: 17 fev. 2018.

militar, sua emergência está relacionada à criação da primeira unidade penal do Estado, onde os loucos criminosos ficavam junto aos presos. Com a criação do Hospital Colônia Adauto Botelho, em 1954, primeiro hospital psiquiátrico público do Estado¹⁴⁹, foi criado um pavilhão específico para esses sujeitos, até a concretização do manicômio judiciário em 1969 (SANTOS, 2003)¹⁵⁰. O seu processo de emergência foi semelhante à primeira instituição do país, e também do Estado de Santa Catarina, os loucos criminosos ficavam na prisão, depois foram enviados para um pavilhão do hospício, para finalmente o manicômio judiciário.

Teresa prosseguiu seu percurso institucional para o Manicômio Judiciário do Paraná. A diretora do HCS, em ofício expedido ao juiz, comunicou: “temos a informar que a ré *TERESA*, foi transferida ao Manicômio Judiciário onde encontra-se internada desde 08/03/89. Outrossim, gostaríamos de agradecer o empenho e atenção dedicada sem o qual não teríamos resolvido satisfatoriamente este caso jurídico”¹⁵¹. De louca para criminosa, Teresa tornou-se uma louca criminosa que adentrou em um manicômio judiciário, sem prazo determinado para sair, característico da indeterminação da medida de segurança, e da possibilidade do isolamento ininterrupto. A transferência de Teresa para o Estado do Paraná deixou um silêncio lacônico que denuncia o esquecimento ou abandono dessa mulher no manicômio, sem qualquer informação nesse período.

Transcorridos oito anos de internação, quando em 1997, por meio de contato telefônico, o juiz solicitou ao diretor do Complexo Médico Penal (CMP), outrora Manicômio Judiciário de Piraquara, a transferência de Teresa para o HCS, pois sua família residia nesse Estado. Também o magistrado determinou que fosse indagado à família se havia interesse na transferência de Teresa. Seu irmão e responsável legal havia se mudado para o Rio Grande do Sul e manifestou-se positivamente para o retorno de Teresa, mas não foi iniciativa da família requerer o regresso dela mais próximo ao convívio do grupo parental.

¹⁴⁹ O Hospital Colônia Adauto Botelho foi erigido numa ampla área, um terreno de campo, plano, de mais ou menos 8 alqueires e longe do burburinho urbano, a 19 km de Curitiba, de acordo com os moldes dos hospitais-colônia baseados na praxiterapia. Logo, nos primeiros anos, foi marcado pela superlotação (WADI, CASAGRANDE, 2015).

¹⁵⁰ Sobre informações do processo histórico de concretização do CMP, além das citadas, a socióloga Regina Paulista Fernandes (2000) em sua pesquisa “Para além das grades e regras sociabilidade e loucura: uma análise do manicômio judiciário do Paraná” afirma que, documentos relativos à instituição foram perdidos devido a um incêndio ocorrido no Arquivo Público, e outra parte da documentação, segundo os funcionários do CMP foi extraviada no próprio manicômio devido às construções implementadas em sua estrutura física. Algumas atas foram localizadas no arquivo do Departamento Penitenciário. A autora realizou um estudo social da instituição a partir da observação do cotidiano manicomial, e identificou práticas de sociabilidade entre os internos e as internas, e de resistência ao poder disciplinar da instituição e da “mortificação do eu” das instituições totais.

¹⁵¹ Ofício nº 217/89. Hospital Colônia Sant’Ana, 11 de abril de 1989. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

Teresa já era conhecida pelos funcionários e por alguns pacientes do HCS, moradora na instituição há algum tempo, cuja permanência foi marcada pela apreensão diante da sua agressividade, caracterizada pelos funcionários como um elemento surpresa, manifestada impulsivamente e sem razão para acontecer. A solicitação procedente do CMP ao HCS, então denominado Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq), para a transferência de Teresa vinha sendo articulada há quase um ano, desde 1996, por meio de contato telefônico. Relatórios e laudos foram feitos a fim de averiguar a sua periculosidade; tal procedimento institucional foi empreendido diante da possibilidade de ela voltar ao HCS.

Esses documentos permitem observar a vivência dessa mulher no manicômio penal, o que mostra a especificidade da instituição, configurada como carcerária e de tratamento psiquiátrico. A partir de sucintas informações, foi delineado o longo período em que permaneceu confinada no manicômio judiciário. Esquecida, omitida pela justiça e/ou pela família? Teresa foi internada em 1989 no CMP e somente em 1997 o juiz solicitou a realização do exame de cessação de periculosidade. Ou seja, ela permaneceu por quase dez anos esquecida no manicômio judiciário, sem a realização do dito exame, o qual deveria ser feito no prazo de três anos, conforme determinado no inciso II do Art. 97 do Código Penal (BRASIL, 1940). O processo penal evidencia que a medida de segurança cumprida por Teresa ultrapassou o prazo de três anos sem que fosse realizado o exame de cessação de periculosidade.

Mais uma vez Teresa passou pelo escrutínio dos *expert* que detinham poder de determinar seu destino. No “boletim carcerário” não há informações registradas sobre sua conduta disciplinar, que naquele momento foi considerada “boa”¹⁵²; um registro lacônico de somente uma palavra. No “exame médico clínico” em que as partes do corpo são averiguadas, todas as respostas foram “sem queixas”¹⁵³, sem qualquer comentário. Teresa não tinha documentos pessoais de identificação naquela unidade penal. Uma mulher cuja identidade foi marcada pelo confinamento manicomial, que não exerceu qualquer atividade laborativa, nem frequentou a escola da instituição. As pistas possíveis de apreender o seu percurso no manicômio judiciário são silenciosas, cujos registros ameaçam apagar-se sob a ação do tempo.

É possível inferir que Teresa recebia visitas esporádicas do cunhado Francisco e do irmão Pedro, de acordo com a “Avaliação do Serviço Social”. O laudo da assistente social do CMP averiguou com o cunhado, em uma visita à Teresa, no final de 1998, sobre a

¹⁵² Boletim Carcerário, 09/11/98. Complexo Médico Penal. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁵³ Exame clínico, 06/11/98. Complexo Médico Penal. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

possibilidade de o mesmo responsabilizar-se pelo cuidado da mesma, alertando-o: “a interna é uma pessoa que exige cuidados especiais e constantes, a partir do momento que retornar ao convívio social, já que passou praticamente internada em hospitais psiquiátricos desde adolescente, com pouca vivência no seio familiar”¹⁵⁴. Na ocasião, Francisco demonstrou estar ciente da situação de Teresa e que a mesma iria residir com ele. Não é possível saber qual a proximidade do cunhado com ela, quais relações de afeto foram construídas, e mesmo se existiram, se havia um conhecimento anterior ao envio dela para o manicômio do Estado de Paraná.

No “histórico criminal” de Teresa consta um registro feito pelo assessor jurídico: “no seu prontuário criminal possui várias tentativas de implantar sua medida de segurança em hospitais psiquiátricos de Santa Catarina, o que não foi possível devido a condição de apenada que recai sobre a mesma”¹⁵⁵. A sua condição “exigia” um manicômio judiciário, instituição que o estado catarinense não possuía para internação das mulheres.

A psicóloga responsável pela avaliação psicológica considerou o caso, afirmando:

Durante todo o decorrer do exame não mostrou mudança em sua expressão facial. Sua linguagem é ininteligível, o que compromete sua comunicação verbal, não sendo possível por isso avaliá-la em seus aspectos cognitivos e afetivos. A avaliação dos testes indica pessoa com característica de doença mental, que **demonstra dificuldade em suas relações interpessoais, indiferença e rejeição social, estando sujeita a comportamentos e atitudes imprevisíveis** frente a situações novas e que lhe causam conflito e frustração¹⁵⁶. (grifo meu)

Em consonância com a avaliação da psicóloga, a avaliação psiquiátrica referente à cessação de periculosidade, realizada por dois peritos do CMP concluíram que Teresa:

Interna portadora de grave doença mental. Vida praticamente institucionalizada em hospitais psiquiátricos, face a gravidade de sua patologia. Durante o período que se encontra recolhida nesta instituição de tratamento psiquiátrico, sua evolução não foi das melhores, permanece a maior parte do tempo afastada das pessoas, tem episódios de liberação de agressividade. **O quadro atual da interna nos permite concluir que sua periculosidade ainda não se encontra cessada**¹⁵⁷. (grifo meu)

Os laudos produzidos pelos saberes *psi* sobre Teresa ratificam a afirmação de Ibrahim (2014, p. 61), “a internação podendo tornar-se de caráter perpétuo, isola o paciente do contato com o mundo extramuros, deixando-o à mercê da avaliação de uma equipe de especialistas que decidirá por sua vida futura”. O exame de verificação de cessação de periculosidade, segundo Ibrahim (2014, p. 110), “mostra-se como um dos dispositivos mais cruéis e

¹⁵⁴ Avaliação Serviço Social, 16/11/98. Complexo Médico Penal. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁵⁵ Histórico criminal, 04/11/98. Complexo Médico Penal. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁵⁶ Avaliação Psicológica, 23/11/98. Complexo Médico Penal. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁵⁷ Avaliação Psiquiátrica, 24/11/98. Complexo Médico Penal. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

perversos do campo da criminologia, oportunizando a criminalização da doença, de onde se conclui que a mesma, torna o sujeito perigoso e, em contrapartida, por trás do crime, há perigo de loucura”. Como a periculosidade de Teresa não estava cessada, de acordo com os laudos dos saberes *psi*, os quais detinham o poder de definir o destino de Teresa, ela ainda ficou aprisionada no CMP por mais três anos, até 2002. Conforme se infere em Rauter (2003), a medida de segurança serve ao fim de segregação tutelar, ou de readaptação individual, é tratamento, é medicina, é pedagogia.

2.2.4 Na impossibilidade do retorno: a Reforma Psiquiátrica

O diretor do HCS, comunicou a juíza Maria Eloisa Neves May, em finais de 1997, sobre as mudanças que o hospital havia passado, inclusive na denominação, a instituição chamava-se IPq-SC. O documento sinaliza algumas mudanças na assistência psiquiátrica do Estado de Santa Catarina e justifica a impossibilidade de Teresa habitar o hospital.

Informamos sobre as **profundas mudanças que tem caracterizado a Reforma Psiquiátrica em Santa Catarina e particularmente neste hospital e da impossibilidade de receber a paciente no IPQ.** [...]

Anexamos avaliação feita pelo Dr. Heitor Braulio Freitas – Assessor de Psiquiatria Forense do Ipq e Psiquiatra do Hospital de Custódia do Estado de Santa Catarina (Manicômio Judiciário), sobre o assunto, feito especialmente após recebermos seu ofício, procurando ver a linguagem técnica-jurídica.

Como **a paciente está cumprindo sentença** e no momento encontra-se em instituição preparada para este fim, **o Manicômio Feminino, sugerimos a continuidade do cumprimento da pena naquela instituição**¹⁵⁸. (grifo meu)

O requerimento de uma vaga para o retorno de Teresa chegou ao HCS ainda em 1997. A instituição denominava-se então IPq-SC, atendendo às mudanças que anunciavam novos tempos para a assistência psiquiátrica, preconizadas pelo novo modelo de assistência à saúde mental que se desenhava no país a partir dos anos finais da década de 1970, mas que recebe contornos mais visíveis nos anos 1990. Conforme a enfermeira Eliani Costa (2010, p. 26):

O antigo Hospital Colônia Sant’Ana em 1995 foi descredenciado após parecer de técnicos do Ministério da Saúde. Em 1996 o espaço físico da instituição foi dividida em duas unidades assistenciais: o Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC), com 160 leitos para internação de pacientes em surto psiquiátrico grave, com proposta de curta permanência, e o Centro de Convivência

¹⁵⁸ Ofício nº 93/97, 04 de novembro de 1997. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

Santana, com leitos de pacientes remanescentes da antiga instituição, os quais passaram a ser alvo de políticas de desinstitucionalização¹⁵⁹.

Eram “novos tempos” para a instituição e para os pacientes. Teresa remetia à lembrança de um tempo que deveria ser esquecido. Seu possível retorno logo causou preocupação por parte dos funcionários do hospital. Conforme expressava o relatório elaborado pelo médico assessor de psiquiatria forense do IPq-SC e enviado ao juiz:

Escutando os funcionários, membros da comunidade e familiares que já tiveram experiência anterior com a paciente, era nítida a apreensão com a possibilidade do retorno de *TERESA*. Alguns atendentes já vítimas de agressão da doente, manifestaram o expresso desejo de não trabalharem com a paciente, caso se efetuar sua transferência¹⁶⁰.

No documento, o perito explicou as condições necessárias para Teresa retornar, esclarecendo os aspectos adversos para que a transferência ocorresse:

Quando se internou nesta instituição em 26/01/79 **já estava estigmatizada com todos os vícios que um macro hospital psiquiátrico** produz, afastando-se cada vez mais do alvo terapêutico desejado.

O então na época HCS, também funcionava com um macro hospital, e a paciente pode se mimetizar com as demais enfermas, até passar a primeira fase de inibição pela troca de ambiente, quando então começou a apresentar seu sintoma mais grave: agressividade sem qualquer correspondência ao ambiente afetivo em que estava. Suas agressões eram inadequadas, e sem apresentar um objeto externo definido, tornando-se incapaz de formar um vínculo terapêutico.

Assim nos quase 10 anos que passou como interna, pelas constantes agressões a pacientes e funcionários, **estava quase sempre na “Emergência do Hospital” (sala fechada para pacientes agitados e necessitados de cuidados medicamentosos reforçados)**, até se adequar as condições da enfermaria de origem. Entretanto, com a paciente em tela, verificava-se um efeito paradoxal a esta ação terapêutica. Saída da Emergência, tornava a agredir cada vez mais forte. [...]

Assim, **se em 1988, o antigo HCS não tinha condições de conter a paciente por sua reconhecida periculosidade, o atual IPQ tem menos estrutura ainda para receber TERESA**, se prevalecer os sintomas que motivaram sua transferência. A paciente poderá ser avaliada, desde que venha com o Laudo de Cessaçã de Periculosidade, atestando que seu estado de agressividade seja compatível para se adaptar a nova realidade terapêutica do IPQ¹⁶¹. (grifo meu)

A instituição havia passado por transformações na sua estrutura, a partir dos princípios preconizados na política de saúde mental, conforme exposto por Costa (2010). A recusa para o retorno de Teresa foi realizada por meio de argumentação amparada nos novos modelos de assistência psiquiátrica, pressuposta pela denominada Reforma Psiquiátrica.

¹⁵⁹ No entanto, a autora afirma que a política de desinstitucionalização significou a diminuição de leitos, sem a oferta de serviços substitutivos nos municípios catarinenses, demandando um contingente de internações acima da capacidade da instituição, inclusive sendo necessário os leitos-chão (COSTA, 2010, p. 63).

¹⁶⁰ Relatório, 31 de outubro de 1997. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁶¹ Ibidem.

Diante disso, se faz necessário relatar o contexto do movimento da Reforma no país, ainda que, em linhas gerais, alguns marcos são fundamentais para compreender o avanço para a assistência psiquiátrica e no campo legal. Veremos que foi uma grande conquista para os considerados doentes mentais, contudo com impasses. A impossibilidade do retorno de Teresa ao HCS (IPq-SC) evidencia as dificuldades de atendimento de uma paciente oriunda de um manicômio judiciário.

O psiquiatra Paulo Amarante, chama a atenção para a expressão reforma psiquiátrica, afirmando que a mesma é problemática, conceitualmente e politicamente, um paradoxo. De acordo com o argumento do autor, a noção reforma psiquiátrica:

foi sempre utilizada como relativa a transformações estruturais, radicais e de base. O termo, no entanto, prevaleceu e ainda permanece, em parte pela necessidade estratégica de não criar maiores resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político (AMARANTE, 1995, p. 87).

Em concordância com Amarante, o psicanalista Fernando Tenório afirma que ambos os termos estão ligados desde o princípio da psiquiatria no século XIX, com o gesto célebre de Pinel de desacorrentar os loucos do Hospital de Bicêtre, de acordo com as ordenações dos “reformadores” da Revolução Francesa¹⁶². Conforme Tenório (2002, p. 26), “o gesto de pineliano de desacorrentar os loucos para implementar ‘gestos completamente diferentes’, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como ‘reforma’”. Na virada para o século XX, no contexto brasileiro, a ‘reforma’ consistiu na criação das colônias agrícolas, devido à crítica da insuficiência do asilo. O desenvolvimento e consolidação da política manicomial na Era Vargas também foi considerado uma ‘reforma’, assim como, nos anos 1960 e 1970 a psiquiatria comunitária foi outra iniciativa reformista da psiquiatria (TENÓRIO, 2002). A diferença entre as ‘reformas’ da psiquiatria desde seu início, à expressão reforma psiquiátrica das últimas décadas do século XX, é que essa última consiste na crítica dos pressupostos da psiquiatria e na condenação dos seus efeitos de controle e normatização. Percebe-se uma mudança de

¹⁶² A lei francesa de 1790 havia previsto a criação de grandes hospitais destinados aos insensatos. Mas, em 1793, nenhum deles existia ainda. Bicêtre tinha sido construída como “casa dos pobres”; nela se encontravam então, como antes da Revolução, indigentes, velhos, condenados e loucos. A toda essa população tradicional acrescenta-se aquela que foi ali colocada pela Revolução. Antes de mais nada, os prisioneiros políticos. Sob a Restauração, quando Pinel era médico de Bicêtre, sob o Terror, lhe será atribuído o mérito de ter protegido aristocratas e sacerdotes. Bicêtre havia se tornado durante a Revolução o principal centro de hospitalização para os insensatos. Pinel assumiu as funções em 25 de agosto de 1793. Pode-se supor, como sua reputação de médico já era grande, que ele tinha sido escolhido para “desmascarar a loucura”, para avaliar suas dimensões médicas exatas, libertar as vítimas, fundar com todo rigor, esse internamento da loucura cuja necessidade é reconhecida, mas cujos perigos são pressentidos. Pinel foi removido e nomeado para Salpêtrière, em 13 de maio de 1795, vários meses depois do Termidor, no momento da distensão política (FOUCAULT, 1993, 463-466).

concepção da prática psiquiátrica, que anteriormente visava à crítica ao asilo, objetivando seu aperfeiçoamento e humanização. Para Amarante (1996, p. 18),

quando se fala em reforma psiquiátrica, não se está falando, necessariamente, na superação do paradigma fundante da psiquiatria, nem na negação de seu mandato social, mas em transformações mais ou menos superficiais, administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático-discursivo.

A trajetória da psiquiatria brasileira, de meados do século XIX, período que a medicina mental constitui-se, até a Segunda Guerra Mundial, pode ser considerada como uma trajetória higienista, de medicalização do social, de um esquadramento dos espaços das cidades, a partir do poder disciplinar com o objetivo do controle político e social (AMARANTE, 1995). Após a Segunda Guerra Mundial, “é quando a arcaica concepção de prevenção da psiquiatria higienista, outrora denominada de profilaxia, passa a superar a idéia de prevenção das desordens mentais, para alcançar o projeto de promoção da saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 88). Mudanças da psiquiatria no cenário nacional não significam que a trajetória anterior foi extinta, como por exemplo, a trajetória higienista, a qual coexistiu com a trajetória da saúde mental. Conforme Amarante (1995), não se trata de uma compreensão continuísta da história da psiquiatria, mas de processos históricos inscritos no social que se sobrepõem e se entrecruzam. A reforma psiquiátrica denota um movimento de meados da década de 1970, oriundo da conjuntura da redemocratização, marcado pela reivindicação dos direitos cidadãos, compartilhada por diversos setores da sociedade civil, mulheres, negros, crianças, indígenas, entre outros. A reforma psiquiátrica possui como marca o ditame dos direitos do louco, ou seja, a luta pela sua cidadania. De acordo com Amarante (1995, p. 87):

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em finais da década de 1970. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.

Nos anos 1970, ocorreram denúncias do sistema de financiamento dos serviços psiquiátricos, o que foi muito importante para as posteriores mudanças na assistência ao doente mental, conforme Tenório (2002, p. 32), “as denúncias do abandono, da violência e dos maus tratos, a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país. Não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos e desvios”.

A superlotação dos hospícios e as condições precárias de atendimento aos pacientes, ao longo dos anos 1970 e 1980, era resultado da política de saúde mental do regime de governo autoritário que vigorava no país. Período esse no qual a assistência médica privada, contratada torna-se mero instrumento de lucro, sem a efetiva preocupação com os problemas de saúde apresentados pelas pessoas. Conforme Turato e Paulin (2004), o regime político instaurado alterou as relações entre Estado e classes trabalhadoras, as quais foram excluídas enquanto elemento de sustentação política, e firmou-se uma aliança com setores dominantes do capitalismo nacional e internacional. De acordo com Amarante (1995, p. 113), “torna-se mais fácil construir e administrar um pavilhão como se fora um hospital, do que organizar e gerir trâmites e procedimentos necessários à construção de um serviço mais sofisticado ou diversificado”. A privatização da saúde, através da construção de hospitais privados, e o destino de verbas públicas para hospitais psiquiátricos da iniciativa privada também ocorreu no Estado de Santa Catarina, conforme mencionou-se anteriormente, com a construção de três hospitais psiquiátricos. É importante lembrar, que o HCS era um “depósito de gente”, conforme abordado no capítulo anterior. Além da situação caótica dos hospícios, enquanto local privilegiado para a assistência psiquiátrica, “nos tempos da ditadura militar foram utilizados para a tortura e o desaparecimento de presos políticos, e instrumentalizados para servir às empresas da loucura, existiram sérias intervenções, marcando decisivamente aqueles que delas foram objeto” (AMARANTE, 1995, p. 95).

A psicóloga Ana Cristina Costa Lima, em seu estudo “Normalidade e Controle: discursos na psiquiatria e na psicanálise”, analisa a “Revista de Psiquiatria Clínica”, criada em 1972, pelos psiquiatras Pacheco e Silva, Fernando Bastos, Carvalhal Ribas e Albuquerque Fortes. A autora identifica que os discursos de muitos médicos psiquiatras da época, de forma evidente, apoiavam o regime ditatorial, “mais que isso, nela são defendidas posições de que as revoltas à repressão do Estado seriam o resultado de doenças mentais” (LIMA, 2015, p. 41). Assim como, de acordo com a autora, o discurso dos documentos do governo ditatorial era semelhante aos discursos dos psiquiatras da revista.

A luta pela transformação do sistema de atenção à saúde estava vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade, com o fortalecimento dos sindicatos e das associações representativas ligadas aos movimentos sociais. No final dos anos 1970, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual desempenhou um importante papel tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas e também assumiu um papel relevante com

as denúncias e acusações de torturas, corrupções e fraudes do governo militar (AMARANTE, 1995). Na época, a imprensa teve papel significativo na divulgação das denúncias de violência, no tratamento que as instituições públicas forneciam aos doentes mentais, ou sobre a falta e inexistência de recursos. Outro marco, colocado por Amarante, é o da trajetória sanitarista, nos primeiros anos de 1980, quando a mesma foi incorporada pelo Estado. Segundo o autor:

A estratégia sanitarista é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades (AMARANTE, 1995, p. 93).

Nesse contexto ocorreram influências internacionais das recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, ocasião em que se destacam os planos de medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária, cujas características eram a universalização, a regionalização, a hierarquização e participação comunitária (TURATO, PAULIN, 2004). Um momento institucionalizante, quanto a crítica à cientificidade do saber médico, a reflexão sobre a medicina como aparelho ideológico e o reconhecimento de práticas não oficiais ao atendimento à saúde cedem lugar ao princípio que a medicina e a administração seriam a solução para o problema das coletividades (AMARANTE, 1995).

Algumas experiências consideradas inovadoras, embora isoladas, ocorreram no país, anteriores aos anos 1970, as quais provocaram discussões e serviram de inspiração e mudanças do paradigma da assistência psiquiátrica brasileira, no decorrer das décadas seguintes. Turato e Paulin (2004) elencam três Estados onde essas experiências foram empreendidas: o Rio Grande do Sul teve um modelo preventivo-comunitário marcante, destacando-se a criação da Clínica Pinel em 1960, considerado o primeiro modelo assistencial no país, onde procuravam alterar a lógica do funcionamento manicomial, tornando-se um espaço de recuperação dos pacientes e integração dos familiares, destituído da hierarquia repressiva das instituições. No Rio de Janeiro, o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira¹⁶³, a partir da década de 1940, com o desenvolvimento da Seção de Terapêutica Ocupacional, com os pacientes realizando atividades expressivas, as quais originaram o Museu de Imagens do Inconsciente. Em São Paulo, em 1972, houve uma parceria da Secretaria de Educação de Saúde com as faculdades de medicina, com o objetivo de desenvolver modelos de assistência e pesquisas, e a implementação dos centros comunitários

¹⁶³ Sobre Nise da Silveira ver nota de rodapé nº 109.

de saúde mental. As experiências apresentadas por Turato e Paulin (2004), apesar de não contemplarem todas as regiões do país, denotam os antecedentes do que se constitui como o movimento da Reforma Psiquiátrica. O que permite perceber como a assistência psiquiátrica anterior à Reforma não foi somente um período sombrio e homogêneo, mas houve tímidos e distintos movimentos do que predominou na realidade dos hospitais psiquiátricos, cujos ares eram de calamidade pública.

De acordo com Amarante (1995), o estopim da Reforma Psiquiátrica foi um episódio conhecido como a “Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde mental. Os profissionais das unidades da DINSAM: Centro Psiquiátrico Pedro II; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, deflagraram uma greve, em abril de 1978, devido às condições precárias de trabalho, denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas. O MTSM surge como um espaço de luta não institucional, na realização de debate e propostas para a transformação da assistência psiquiátrica, organização de encontros, reunião de trabalhadores em saúde, associações de base e setores mais amplos da sociedade.

O I Congresso Nacional de Saúde Mental, em 1987, foi um marco para a Reforma, pois novos atores apresentam-se como protagonistas no cenário de reivindicação e mudança das políticas de saúde mental: “os loucos, os loucos pela vida”, são os usuários e familiares. “A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos” (AMARANTE, 1995, p. 95). O lema “por uma sociedade sem manicômios”¹⁶⁴ foi estratégico e de forma propositada utilizou a expressão manicômio, a qual é usada para tradicionalmente referenciar o manicômio judiciário, mas o uso da expressão denunciava a indiferença entre esse último e um hospital psiquiátrico qualquer.

A Reforma Psiquiátrica “é um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural, e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (TENÓRIO, 2002, p. 28). Como citado anteriormente, um ator significativo foi o MTSM, mas não o único; a iniciativa privada teve influência e atuação no direcionamento do tratamento fornecido aos doentes mentais. Portanto, enquanto um “movimento de reforma”,

¹⁶⁴ A partir do evento e do lema “Por uma sociedade sem manicômios” comemora-se o Dia da Luta Antimanicomial, originalmente previsto para o dia 13 de maio, data da aprovação da Lei 180, na Itália, e também da Abolição da Escravatura. O dia terminou sendo comemorado em 18 de maio. Por ironia ou coincidência, 13 de maio é também a data de nascimento de Lima Barreto (1881-1922), autor de “O Cemitério dos Vivos”, “Diário do Hospício” e “Triste Fim de Policarpo Quaresma” (AMARANTE, 1995).

foi um campo de disputas políticas e sociais, um campo de luta, de tensões e contradições. Um movimento amplo, desenvolvido em diferentes cenários e constituído por distintos atores, em um campo de resistências e também, de manutenção de formas hegemônicas de lidar com a loucura.

O MTSM¹⁶⁵ foi um ator e sujeito político na divulgação, mobilização e implantação de propostas teóricas e práticas de uma nova política de saúde mental. Contudo, o próprio movimento não é homogêneo, reuniu na sua origem médicos recém formados, acadêmicos oriundos do movimento estudantil, e em sua maioria, pertencentes às classes médias. O que se define sob a sigla MTSM é apenas uma face de um amplo movimento, cuja organização não está restrita a um sindicato ou associação profissional, mas está relacionada a uma mobilização política em torno de uma temática social, a saúde mental. Os militantes atuavam para além da sigla MTSM, na constituição de núcleos, comissões e departamentos de saúde mental, nos sindicatos da área da saúde e em organizações da sociedade civil, como as associações de moradores e as pastorais da saúde (AMARANTE, 1995).

Entretanto, outros atores políticos atuaram na formulação de políticas de saúde e fizeram contraponto com as propostas oriundas no âmbito do MTSM. Entre os opositores, está a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), constituída a partir dos anos 1970, seus profissionais atuavam na clínica particular, na universidade e na rede privada. O objetivo da criação da ABP estava relacionado a objetivos científicos e corporativos, com profissionais de outras especialidades. A Associação não pretendia contrapor os segmentos conservadores da universidade, da tecnoburocracia de Estado, do empresariado de saúde, setores esses, que eram membros da própria associação. Sendo assim, no final dos anos 1980, nos congressos realizados pela ABP houve o crescimento das abordagens psicofarmacológicas e biológicas, afinal, era a indústria farmacêutica que patrocinava esses eventos (AMARANTE, 1995). A indústria farmacêutica também foi um ator da Reforma, a mesma fez aparentar que não estava presente nas discussões sobre as formas da assistência psiquiátrica, procurando colocar em ênfase a contribuição científica em detrimento da política. Porém, organizou uma

¹⁶⁵ Já nos primeiros momentos do movimento, surge a discussão quanto ao uso dos termos “trabalhadores” ou “profissionais”, que reflete uma luta de tendências internas. Há aqueles de tendência “obreirista”, mais identificada com as camadas populares, que preferem utilizar a expressão “trabalhadores”, e aqueles de tendência “corporativista”, mais identificada com os valores das camadas “burguesas”, que procuram marcar sua origem socioprofissional universitária, especializada, que defendem a expressão “profissionais”. Outro debate se dá quanto ao sentido dado pela proposição a ser adotada, quando se opta por movimento de saúde mental – que restringe o campo de participação aos técnicos ou profissionais -, ou em saúde mental, que possibilita incluir a participação de não técnicos, isto é, de simpatizantes e militantes da sociedade em geral (AMARANTE, 1995, p. 106).

verdadeira guerra de trincheiras através do assédio aos médicos e ao estímulo à automedicação da população. O aumento dos psicotrópicos não somente nos asilos, para os pacientes considerados crônicos, estava relacionada ao aumento das demandas por tratamento psiquiátrico, em consonância à criação de novas doenças (AMARANTE, 1995).

O debate, o enfrentamento do movimento da Reforma no Brasil, recebeu influências das idéias do exterior, de teóricos como Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel, Franco Basaglia, os quais estiveram em São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte e Barbacena, trazendo suas idéias, instigando a contestação em congressos e universidades, visitando os hospícios (PITTA, 2011), cujas influências se fizeram sentir nas discussões do MTSM e nas propostas decorrentes.

Segundo Paulo Amarante (1996), as reflexões de Franco Basaglia estavam presentes no MTSM, devido à repercussão internacional quanto à desativação do hospital de Trieste, na Itália. Basaglia propunha inventar novas estratégias de mediação, além das médicas, as estratégias culturais, sociais e políticas no relacionamento com a loucura, através da desinstitucionalização. A experiência italiana, empreendida por Basaglia, com a “abertura” do manicômio, os internos recebiam alta, e aqueles que não tinham apoio familiar para retornar, permaneciam como hóspedes do hospital, não mais como internos, ou passaram a residir em apartamentos e casas na cidade. Portanto, a proposta visava permitir ao considerado louco, o acesso à cidade. Com a desativação do hospital, foram construídas outras estruturas de assistência, como os centros de saúde mental territoriais, as cooperativas de trabalho para os pacientes rompendo a concepção de trabalho terapêutico. A desinstitucionalização de Basaglia não visava a desassistência, ou o abandono dos internos. Conforme infere Amarante (1996, p. 114-115), esse processo estava relacionado à ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos, a todo tecido social, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos, num mesmo patamar de sociabilidade¹⁶⁶.

A experiência de Trieste possui reminiscência no contexto brasileiro, seja através da influência das ações advindas do MTSM, seja no campo legal, pelo requerimento dos direitos do louco. Nos anos 1980, surgiram experiências bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado com a saúde mental: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em Santos. A

¹⁶⁶ Para ver o processo de desinstitucionalização proposto por Basaglia ver AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

intervenção devido às denúncias de superlotação e maus-tratos resultou na implementação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (TENÓRIO, 2002)¹⁶⁷.

A promulgação da Constituição de 1988, em um contexto que anunciou a esperança de uma sociedade democrática, após os tempos sombrios da ditadura, declarou a saúde como direito fundamental, importante marco legislativo para a preconização da cidadania. Em 1989, o deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores/ Minas Gerais) apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, sobre a assistência psiquiátrica, que mais tarde ficou conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto tinha apenas três artigos:

o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não manicomial de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p. 36)

O projeto foi considerado progressista, um avanço no campo legislativo para a assistência psiquiátrica e é considerado o marco político de maior importância na trajetória da reforma psiquiátrica, pois estimulou o debate público sobre a loucura, a doença mental, as instituições e a psiquiatria, resultando em projetos de lei em alguns Estados (AMARANTE, 1996). Aprovada mais de dez anos depois, a Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). A referida lei estabelece uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país (TENÓRIO, 2002). Contudo, no que se refere aos manicômios judiciais, Correia et al. (2007) consideram que a Reforma Psiquiátrica não tem contemplado a reorientação da assistência para os considerados loucos infratores, cujo modelo hegemônico é a custódia, impossibilitando que a assistência psiquiátrica seja realizada na comunidade.

No bojo das discussões da Reforma, e das mudanças operadas no atendimento psiquiátrico no final dos anos 1990, Teresa teve a possibilidade de sair do manicômio judiciário, e retornar ao HCS/ IPq-SC em 1997. Todavia, a resposta resoluta do então diretor da instituição foi objetiva: “como a paciente está cumprindo sentença e no momento encontra-se em instituição preparada para este fim, o Manicômio Feminino, sugerimos a

¹⁶⁷ Os Caps e Naps serão abordados no Capítulo 3.

continuidade do cumprimento da pena naquela instituição”¹⁶⁸. O psiquiatra da instituição elaborou um relatório justificando ao juiz:

Atualmente muitas mudanças ocorreram e o antigo HCS transformou-se em IPQ (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina). Houve a necessidade de **diminuição significativa de leitos**, para que o ambiente hospitalar pudesse estar mais arejado, **democrático, e em sintonia com a comunidade**, formando o que denominamos ambiente terapêutico, indispensável a recuperação de **psicóticos**. O IPQ é um **hospital aberto**, em que os pacientes entram em contato direto com a comunidade da região¹⁶⁹. (grifo meu)

O ambiente “democrático” para o atendimento dos “psicóticos”, caracterizado pelo hospital aberto e próximo à comunidade, impediu o convívio de Teresa. As mudanças oriundas de um novo modelo de assistência psiquiátrica, expressas no documento não podiam atender Teresa, devido sua condição passada, ou seja, o perigo que ainda representava, mesmo após dez anos longe da instituição. A afirmativa do psiquiatra é reveladora sobre o distanciamento existente entre as normativas e a aplicação das mudanças preconizadas para a assistência psiquiátrica, sobretudo, no que tange aos manicômios judiciários. E mais uma vez, o hospital não era adequado ao seu caso. Sendo assim, ela permaneceu no manicômio judiciário do Estado do Paraná, o lugar entendido como adequado. Em concordância com a afirmação de Edna Santos (2003, p. 18):

“os internos de manicômios judiciais sofrem uma sobrecarga de estigmas, de abandono e de descaso, seja do corpo funcional, da família, do Estado e da sociedade como um todo. Afinal, além de doente mental, perturbado, louco, ele é também “perigoso”, quando não, tido como ‘monstro’”.

No início de 1999, o diretor do CMP, Carlos Alberto Baptista, emitiu uma série de relatórios ao juiz da Comarca de São José sobre Teresa, os quais atestam a necessidade de a mesma permanecer internada na instituição, uma vez que o parecer psiquiátrico avaliou como não cessada sua periculosidade¹⁷⁰. Os discursos produzidos nos relatórios, os quais determinaram que a periculosidade dela não estava cessada, são discursos com estatuto de verdade que possuíram o poder de determinar a sua detenção. “Isto ocorre porque aquele que tem a possibilidade de formular verdades, também tem o poder de dizê-las e de expressá-las como quiser” (IBRAHIM, 2014, p. 97).

Por volta da metade do outono de 2002, o juiz da Vara de Execuções Penais da Comarca de Curitiba declarou cessada sua medida de segurança detentiva, e determinou uma medida de segurança não detentiva, prevista no Art. 88 do Código Penal (BRASIL, 1940):

¹⁶⁸ Ofício nº 93/97. Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. São José, 04 de novembro de 1997. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁶⁹ Ibidem.

¹⁷⁰ Relatório. Complexo Médico Penal, s/d. Processo Penal nº 141/88. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

“Todavia fica esse sentenciado, durante o prazo de um ano, sujeito ao regime de LIBERDADE VIGIADA com a obrigação de observar fielmente as seguintes **normas de conduta: tomar ocupação honesta dentro de trinta dias; fixar residência e só se mudar com autorização deste juízo; abster-se do uso de bebidas alcoólicas, jogos e outros vícios; recolher-se à habitação até às 22 horas; não trazer consigo arma ou instrumento capaz de ofender; não freqüentar casas de bebida ou tavolagem, nem certas reuniões públicas, senão espetáculos cinematográficos ou esportivos, sempre na companhia de pessoa de sua família; apresentar-se mensalmente até o término desta medida ao Juízo de Direito da Comarca onde reside.**”

Durante a liberdade vigiada, pagar a multa a que foi condenado.

Expeça-se o alvará de soltura em favor do supracitado sentenciado, que deverá ser encaminhado, com a caderneta de vigilando ao Complexo Médico Penal.

Curitiba, 30 de abril de 2002.

Paulo Cezar Bellio, Juiz de Direito¹⁷¹. (grifo meu)

Quando Teresa saiu do manicômio judiciário estava com 51 anos, segundo o registro de interno da instituição, após permanecer em instituições de confinamento por aproximadamente trinta anos de sua vida. O poder disciplinar perdurou com a “liberdade vigiada”, cuja noção por si só apresenta-se como um paradoxo, pois “somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 2005, p. 180). Portanto, se constata e se concretiza a afirmação de Foucault sobre o caráter da disciplina como uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos.

As verdades ditas sobre Teresa, fabricadas nos interstícios dos jogos de poder, no interior das “instituições totais” pelas quais ela passou, corroboram a afirmação de Ibrahim (2014, p. 96) sobre a fabricação dessas verdades, “não somente geram crenças e regras dentro do campo do instituído, como também produzem sujeitos, impelindo-os a modos de subjetivação normatizadores”.

O último vestígio de Teresa do seu percurso por instituições psiquiátrica e penal foi um ofício¹⁷² expedido pelo juiz, afirmando que ela passou a residir no Estado de Santa Catarina juntamente com o cunhado Francisco, seu responsável, o qual devia ser casado com uma irmã de Teresa. Provavelmente, o cuidado dela ficaria a cargo da irmã ou de alguma outra mulher da família.

¹⁷¹ Juiz de Direito da Vara de Execuções Penais da Comarca de Curitiba. Processo Penal nº 141/88. ACTJSC.

¹⁷² Ofício nº 4500/2002, Juízo de Direito da Segunda Vara de Execuções Penais, Comarca de Curitiba, 24 de maio de 2002. Processo penal nº 141/88. ACTJSC.

Uma mulher que teve experiência manicomial com algumas semelhanças a de Teresa foi Josefa da Silva, localizada pela antropóloga Débora Diniz, a qual coordenou o censo nacional dos manicômios judiciários do Brasil, publicado em 2013. Nessa pesquisa foram localizados os habitantes mais antigos dessas instituições de cada Estado brasileiro, entre essas pessoas, encontra-se a única mulher, Josefa da Silva, conhecida como Zefinha. Tinha mais de 60 anos, a mulher mais antiga sobrevivente do regime penal-psiquiátrico no Brasil: vive confinada há 38 anos, 2 em presídio e 36 no manicômio judiciário do Estado de Alagoas, denominado como Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho. O diagnóstico, esquizofrenia; o crime, tentativa de homicídio. Não recebeu uma pena, mas uma medida de segurança, em 1978 (DINIZ, 2015).

Diniz (2015) não usa pseudônimo, mas refere-se à Zefinha como o registro da verdade da existência e do arquivo, uma testemunha do abandono. A autora infere que nomear é proteger, pois acobertar a identificação possibilita aumentar a vida precária que viveu essa mulher. Diniz (2015, p. 2672) defende a tese que, “o anonimato sobre a mulher abandonada há mais tempo em um manicômio judiciário no Brasil não protegeria aquela que vive esquecida, mas os poderes que permitiram sua existência”. Zefinha ficou internada em um manicômio judiciário por mais de trinta anos, a longa permanência se justifica pelo perigo social que representava, sem receber uma única visita. Conforme Diniz e Brito (2016, p. 126) “trinta anos é o limite da arbitragem, segundo as regras do sistema, por isso perito e juiz concordam que, na ausência da família, hospital psiquiátrico comum ou asilo, deve ser o destino de Zefinha”. De acordo com as autoras, “a autoridade psiquiátrica sobre a clausura movimentou-se da disciplina para a segurança, e da segurança disciplinar para a asilar-assistencial” (DINIZ, BRITO, 2016, p. 114). Zefinha teve uma vida em instituição totalitária (DINIZ, 2015), cujos traços aproximam-se de Teresa, pelo caráter do abandono do Estado aos habitantes de um manicômio judiciário, e também, pelo abandono afetivo da família quando a presa é a mulher. No caso de Teresa, os documentos sinalizaram visitas esporádicas do irmão e do cunhado.

A trajetória institucional de Teresa entre o crime e a loucura, marcada pela autoridade psiquiátrica sobre a clausura movimentou-se da disciplina para a segurança, e da segurança para a vigilância. As pistas da trajetória de Teresa entre a loucura e o crime se encerram, deixando a narrativa inacabada. No entanto, Teresa não mais está nas sombras da História, cuja trajetória possui nuances com as histórias de Pierina, de Zefinha e talvez com muitas outras que ainda permanecem na obscuridade e à espera da luz sobre suas histórias.

3 LOURDES: UMA TRAJETÓRIA ENTRE O CRIME E A LOUCURA

A calma de uma pequena cidade¹⁷³ do Estado de Santa Catarina, em finais de outubro de 1990, foi quebrada por um incidente na residência da família de Lourdes, com Antônio agredido “a machado”¹⁷⁴. Esse fato levou ao tribunal a esposa Lourdes, acusada por tentativa de homicídio, incurso no Art. 121 § 2, incisos II (por motivo fútil) e IV (à traição, de emboscada, ou mediante dissimulação ou outro recurso que dificulte ou torne impossível a defesa do ofendido), combinando com o Art. 14, inciso II (tentado, quando iniciada a execução não se consuma por circunstâncias alheias à vontade do agente), ambos do Código Penal (BRASIL, 1940).

Conforme consta nos autos, após o almoço, enquanto Antônio descansava no quarto do casal, Lourdes acercou-se dele com um machado e desferiu-lhe um golpe na cabeça. Na denúncia, elaborada pelo promotor de justiça, consta a acusação:

No dia 29 de outubro de 1990, por volta das 13:15 horas, no interior da casa, **sem qualquer motivo**, a denunciada acercou-se do seu marido e vítima *Antônio*, quando este estava na cama do casal, provavelmente dormindo, **utilizando um machado**, desferiu-lhe **um golpe na cabeça**, ocasionando-lhe as **lesões corporais de natureza grave**, incapacitando-o para as ocupações habituais por mais de trinta dias, expondo-o a perigo de vida e causando-lhe **debilidade no sistema neurológico, de caráter permanente**, devido à perda de massa encefálica. Atingida a cabeça, parte vital do ofendido, *Lourdes* não continuou com as investidas. Julgando o marido morto, tratou de sair gritando por socorro, pela rua, aos passantes e vizinhos, imputando a autoria do fato a um pretense “negro”, que teria entrado na casa para assaltá-los¹⁷⁵. (grifo meu)

Na ocasião da denúncia, o promotor de justiça requereu “em face das declarações constantes do caderno informativo, dando conta que a denunciada é portadora de distúrbios mentais, a instauração de incidente de insanidade mental, a fim de que seja submetida a exame no Manicômio Judiciário do Estado”¹⁷⁶. O crime “sem qualquer motivo”, “a machado”, e as informações coletadas junto às testemunhas e familiares pela instância policial, relataram indicativos de Lourdes ser “meio louca”. Diante disso, a dúvida quanto à sanidade mental dessa mulher foi formalizada com a solicitação dos operadores do Direito para a verificação junto aos peritos do manicômio.

¹⁷³ A cidade não será identificada devido à temporalidade recente do processo judicial, e em decorrência da possibilidade de identificação da família envolvida. Conforme colocado no início do texto os nomes das pessoas foram substituídos por pseudônimos, salvo os que se referem às autoridades públicas.

¹⁷⁴ Auto de Exame de Corpo Delito. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

¹⁷⁵ Denúncia em 14 de março de 1991. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

¹⁷⁶ *Ibidem*.

O crime que levou Lourdes ao tribunal precisou da avaliação dos *experts* da psiquiatria forense do estado de Santa Catarina, por tratar-se de um “crime sem razão”, de difícil compreensão no âmbito jurídico. Afinal, Lourdes era louca ou criminosa? Conforme Foucault (2006), no início do século XIX, a intervenção da medicina mental na instituição penal visou a tentativa de compreender os crimes que não eram, reconhecíveis, visíveis de loucura. Não eram delitos leves, quase todos assassinatos às vezes acompanhados de estranhas crueldades, e tinham como cenário o ambiente doméstico. O autor elenca uma série de casos que aconteceram entre os anos 1800 e 1835, dentre os quais se encontram os de três mulheres.

O caso de Sélestat, na Alsácia, durante o inverno rigoroso de 1817, no qual a miséria rondava: uma camponesa se aproveita da ausência de seu marido, que havia saído para trabalhar, e mata sua filhinha, corta-lhe a perna e a cozinha na sopa. Em Paris, em 1825, uma criada, Henriette Cornier, procura a vizinha de seus patrões e lhe pede insistentemente para que ela lhe confie sua filha durante algum tempo. A vizinha hesita, mas consente; mais tarde, quando ela foi buscar a criança, Henriette acabara de matá-la, cortou-lhe a cabeça, e jogou pela janela. Em Viena, Catherine Ziegler matou seu filho bastardo. No tribunal, explica que foi impelida a isso. Considerada louca, é absolvida e libertada da prisão. Após dez meses engravidou e também matou a criança. Foi condenada à morte e executada (FOUCAULT, 2006, p. 3-4).

Um caso célebre desta tipologia de crime na época refere-se ao camponês francês Pierre Rivière, que degolou a mãe, a irmã e o irmão, em 1835. O dossiê do caso foi localizado por Foucault, quando o autor pesquisava as relações da história da psiquiatria e da justiça penal. O conjunto de documentos era composto por três relatórios médicos, os quais tinham conclusões distintas; peças judiciais, entre elas as declarações de testemunhas, todas de habitantes da comunidade, e um memorial, redigido pelo próprio acusado, de cerca de 20 anos que dizia mal saber ler e escrever, no entanto tinha escrito durante sua prisão, a fim de explicar as motivações para o crime. Foucault (2003) não realiza uma análise dos documentos, apresenta-os afirmando que, todos falam ou parecem falar da mesma coisa.

Mas todos eles, e em sua heterogeneidade, não formam nem uma obra nem um texto, mas uma luta singular, um confronto, uma relação de poder, uma batalha de discursos e através de discursos. E ainda dizer uma batalha não é dizer o bastante; vários combates desenrolam-se ao mesmo tempo e entrecruzando-se... Esse texto em cuja beleza uns verão prova da razão, daí a razão de condená-lo à morte, outros

um sinal de loucura, daí a razão de encerrá-lo por toda a vida (FOUCAULT, 2003, p. XII¹⁷⁷).

O autor explica que a “batalha discursiva”, presente no dossiê de Rivière, permite analisar a formação e os jogos dos saberes, da medicina, da psiquiatria, da psicopatologia, e suas relações com instituições, e os papéis aí prescritos, como a instituição judiciária com o perito, o acusado, o louco criminoso, etc.

Crimes como o de Rivière, Sélestat, Henriette Cornier, Catherine Ziegler, com características consideradas monstruosas e sem motivo remetem a “demonstração médica de que a loucura é, no limite, sempre perigosa, e a impotência judiciária em determinar a punição de um crime sem ter determinado seus motivos” (FOUCAULT, 2006, p. 14). De acordo com o autor, a imbricação da psiquiatria e da justiça para a compreensão e determinação desses crimes, incidiu na teoria penal do século XIX, e mais tarde no XX, a colocar o indivíduo perigoso como o principal alvo da intervenção punitiva¹⁷⁸.

A identificação do perigo dos crimes sem razão, reconhecido pela psiquiatria, endossou a tese de defesa social, a qual visa identificar o risco iminente do indivíduo perigoso e separá-lo da comunidade, para a segurança da população (FOUCAULT, 2006, 2010). O crime de Lourdes ocorrido no final do século XX, no estado de Santa Catarina propendeu à lógica periculosista, e demandou a intervenção psiquiátrica para a explicação de um “crime sem razão”. A narrativa histórica empreendida a partir dos autos de Lourdes pretende mostrar a trajetória dessa mulher, de acordo com as diferentes vozes que constituíram seu processo, e as verdades produzidas sobre ela pela instância jurídica e pela instância psiquiátrica, as quais determinaram sua internação em manicômio judiciário. O processo judicial comporta diferentes discursos, compreendidos nesta narrativa como discursos de verdade, conforme a proposição de Foucault. O autor afirma que a verdade é produzida graças a múltiplas coerções e produz efeitos regulamentados de poder. Nas palavras do autor:

¹⁷⁷ A paginação está em algarismos romanos.

¹⁷⁸ O processo histórico do surgimento da criminologia na França do fim do século XIX consta na obra “Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no *fin de siècle*” da historiadora Ruth Harris. A autora analisa fontes médicas, psiquiátricas e sociológicas relacionadas ao crime e a loucura no fim do século, demonstrando como as discussões das diferentes esferas estavam calcadas com as questões de classe, gênero e política. Harris demonstra como os discursos sobre as mulheres funcionaram como uma forma de controle dos seus corpos, pois as análises médicas também reforçavam as conclusões acerca dos elos existentes entre as funções físicas e o papel social necessário, fortalecendo, entre outras coisas, a idéia de que a menstruação, a amamentação e o parto destinavam a mulher inevitavelmente à esfera doméstica. Os registros judiciais indicam como os debates sobre crime e loucura se cruzavam com as percepções culturais de gênero e papel social (HARRIS, 1993, p. 351).

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2005, p. 12).

Conforme a asserção de Foucault, as verdades presentes nos autos de Lourdes estão centradas na produção dos discursos científicos, psiquiátrico e jurídico, e pelas instituições que os produziram, os diferentes manicômios judiciários, a instância policial, e o poder judiciário.

3.1 LOURDES: DE ESPOSA E MÃE À DELEGACIA

A acusação de Lourdes como autora do crime, sendo o marido a vítima, desencadeou o início de uma investigação policial, desde o cenário do ocorrido, a casa, com a verificação do local e registro de fotos. Procedimentos esses que produziram informações sobre o fato e foram confrontadas posteriormente no tribunal. Além das inquirições das filhas do casal, levando a incursão da família na delegacia, e posteriormente ao tribunal.

A trama que envolve a tríade, família, crime e loucura, é complexa uma vez que, quando o crime ocorre no interior do núcleo familiar, desloca, para diferentes posições de sujeito, as personagens envolvidas. Elisa e Marta são filhas da acusada-mãe e da vítima-pai. As filhas de Lourdes tiveram atuação importante nos encaminhamentos judiciais deliberados para a mãe, e também se tornaram responsáveis pelo cuidado com o pai, que ficou enfermo.

Primeiramente, será apresentada a protagonista desta narrativa, Lourdes, a partir dos indícios das fontes, a fim de adensar a análise sobre o contexto em que ela estava inserida. Os autos de Lourdes remetem à compreensão da composição da família envolvida e do seu “papel social” enquanto mulher da época. Lourdes tinha 43 anos em 1990, instrução primária, branca, casada, duas filhas, do lar, católica¹⁷⁹. Como as filhas tinham entre 18 e 22 anos, presume-se que ela casou nos anos 1970, com aproximadamente 20 anos, idade condizente com as expectativas sociais para o matrimônio das mulheres na época em uma cidade de pequeno porte do Sul do Brasil. A demógrafa Elza Berquó apresenta dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os quais corroboram essa suposição: a média de

¹⁷⁹ Processo penal nº405/91. ACTJSC.

idade das mulheres ao casar no Brasil no início dos anos 1970, era de 23,8 anos (BERQUÓ, 1998, p. 417)¹⁸⁰.

Nos anos 1960 e 1970, as mulheres tinham em média cinco e seis filhos, sendo a procriação o destino reservado para elas (SCOTT, 2013). Conforme abordado no capítulo anterior, em finais dos anos 1960 e início dos anos 1970, a pílula anticoncepcional significou maior controle do número da prole e permitiu, de forma gradativa, a dissociação entre relação sexual e procriação, proporcionando às mulheres a vivência mais livre de sua sexualidade. As mulheres de classe média, na década de 1970, “aos poucos começaram a galgar postos antes ocupados somente por homens, no mercado de trabalho e ensino” (AREND, 2013, p. 156). Isso permitiu a elas maior autonomia financeira e no interior da família.

A historiadora Silvia Maria Favero Arend (2013) realizou uma análise sobre as mudanças das famílias brasileiras das classes médias urbanas, nas décadas de 1980 a 2000, transformações essas expressas em um conjunto de leis que vigoraram no país no período. Conforme demonstra a autora, o Código Civil de 1916 demarcou as funções para a mulher como dona de casa, e para o homem como provedor do lar. O caráter normativo do Código Civil, enquanto um conjunto de leis que intervém nas relações sociais foi significativo para a demarcação das relações de gênero. No bojo da legislação havia o ideal de família burguesa, difuso no decorrer do século XX para toda a população^{181 182}. A família de Lourdes configurava o modelo burguês, constituída pelo casal heterossexual, com duas filhas, ambas cursando ensino superior, ela do lar, e o marido, o provedor. De acordo com Berquó (1998, p. 425), no ano de 1991 53,3%, ou seja, mais da metade dos arranjos domésticos do Brasil era formado pelo casal heterossexual com filhos. O modelo burguês permaneceu, apesar dos

¹⁸⁰ A autora mostra a partir dos dados do IBGE as mudanças dos arranjos familiares no Brasil entre as décadas de 1970 e 1990, como o decréscimo das taxas de nupcialidade e o aumento dos divórcios; a diminuição do número de filhos; os diferentes arranjos familiares por unidade doméstica, etc. Para ver a amostragem completa ver BERQUÓ, Elza. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In. SCHWARCZ, Lilia Moritz. **História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p. 411-437.

¹⁸¹ A historiadora Silvia Maria Favero Arend (2013) apresenta a legislação como o Estatuto da Mulher Casada, a Lei do Divórcio, o Estatuto da Criança e do Adolescente, relacionando com as mudanças nas famílias de classe média urbana. Sobre este tema ver também SCOTT, Ana Silvia. O caleidoscópio dos arranjos familiares. In. PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria. **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2013, p. 15-42. CORTÊS, Iáris Ramalho. A trilha legislativa da mulher. In. PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria. **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2013, p. 260-285.

¹⁸² A historiadora Isabella Cosse (2010), analisou as transformações e permanências nas relações sociais que se estabeleceram no âmbito da família na sociedade argentina, entre os anos de 1950 e 1975, a partir dos discursos proferidos pelas revistas a cerca da maternidade e paternidade, a fim de problematizar as reconfigurações de gênero na dinâmica familiar. A autora analisou os diferentes enfoques, religioso, psicológico e médico. De maneira geral esses, atribuíram às mulheres a maternidade como um “destino” a ser cumprido na família e na sociedade.

novos arranjos familiares aceitos ou previstos na legislação, nas últimas décadas do século XX. Segundo Arend (2013, p. 164),

as mudanças operadas nas famílias brasileiras de classe média urbana, desde meados da década de 1970, estão associadas a um conjunto de fatores: práticas advindas dos movimentos sociais, avanços da medicina, instituição de legislação com valores mais igualitários, e difusão do ideário individualista.

Entre as novas configurações familiares reconhecidas socialmente, Scott (2013) destaca as possibilidades de novos relacionamentos, heterossexuais ou homossexuais ou “casamentos sucessivos”, gerando novos e múltiplos arranjos; “famílias monoparentais” são constituídas por um adulto, pai ou mãe e filhos/as; “famílias recompostas”, comportam cônjuges oriundos de outros relacionamentos com filhos (as), os quais se unem com membros também com filhos/as. Para Scott (2013, p. 32), “tais cenários reconfiguram as noções de pai/mãe, padrasto/madrasta, meio-irmã, sendo que as crianças de pais separados não são discriminadas, como acontecia há algumas décadas”.

Muito embora as novas configurações familiares estivessem presentes na sociedade brasileira em finais do século XX, também havia a manutenção da denominada família tradicional, conforme anunciado acima. Lourdes era uma mulher de classe média, - esse marcador foi compreendido aqui pelo poder aquisitivo identificado no seu processo judicial, o qual será detalhado mais adiante -, com instrução primária, cujos traços mantinham a permanência do ideário de mãe, esposa e do lar. Essa constatação evidencia a importância de matizar as relações sociais em um dado período, a partir de outros marcadores da diferença, como, regionais, de geração, religião, etc.

Lourdes era uma mulher de classe média urbana, mas que habitava em uma cidade pequena, do interior do Estado de Santa Catarina. Os espaços de sociabilidade que faziam parte do cotidiano da população, possivelmente eram os que estavam relacionados à Igreja Católica, cujos valores religiosos predominavam, atuando também como controle social. É possível identificar o elemento “religião” na trajetória de Lourdes, pois consta nas fontes que ela era católica, e “um dia na missa ameaçou bater no padre”¹⁸³. A partir desses indícios, a presença da religião é um marcador da diferença social que precisa ser considerado para a construção da trajetória de Lourdes.

Enquanto uma mulher de 43 anos, tinha como rotina o labor da casa, como identificado nos autos, “na cozinha lavando a louça”¹⁸⁴, acrescido de momentos de lazer em

¹⁸³ Prontuário 2.984. SAME/ HCTP.

¹⁸⁴ Processo penal nº405/91. ACTJSC.

família, como um “fim de semana” no balneário de Itapema (localizado no litoral do Estado de Santa Catarina) com a família, anterior a data do crime. A acusação do crime transformou o cotidiano de Lourdes, e ela precisou percorrer caminhos, os quais, de acordo com a percepção das fontes, eram desconhecidos até então. A rotina dela foi ampliada das lidas da casa para as idas à delegacia, devido sua incursão na instância policial, e posteriormente, ao tribunal, ingressando nestes espaços não como testemunha ou vítima, mas como acusada de tentativa de homicídio.

3.1.1 O inquérito e a polifonia de vozes

Lourdes negou prontamente seu envolvimento com o crime, quando foi inquirida pela autoridade policial, no mesmo dia da ocorrência, acompanhada pelo pai para interrogatório na delegacia. Consta no registro policial: “aos costumes disse ser esposa da vítima, passou a responder e presta seu depoimento na presença do pai, o Sr. *Raimundo*, casado, sessenta e oito anos, agricultor, residente [na zona rural], neste município, o qual foi nomeado curador”¹⁸⁵. Interrogada pelo delegado a versão de Lourdes foi registrada pelo escrivão da seguinte forma:

Que por volta das 13:00 horas a depoente estava na cozinha de sua residência lavando a louça, quando apareceu alguém por trás da mesma dizendo-lhe “não se mexe, não se mexe”, quando a declarante olhou para trás e notou um negro alto, bem mais alto que a declarante, sendo magro, cabelo baixo, e sem barba, sendo que notou que o mesmo estava de camisa branca, e vestido de calça. Que a declarante alega que também viu ao lado do “negro”, ou mais precisamente, de sua perna, um machado. Que o dito “negro” ainda a agarrou pelos braços e assim que conseguiu desvencilhar-se, correu para a rua em busca de socorro, retornando ao interior da casa, percebeu que jorrava sangue de *Antônio* e o mesmo não se mexia. O “negro” havia desaparecido¹⁸⁶.

Como se percebe no fragmento acima, Lourdes apresentou a sua versão do ocorrido e relatou às autoridades jurídicas várias vezes de forma semelhante. Ela teve sua voz registrada no processo, diferente de Teresa, a outra personagem dessa narrativa, a qual passou inaudível pela instância psiquiátrica e jurídica. Sobre a convivência com seu cônjuge, Lourdes disse que, “tudo se mantinha normalmente, sem problemas, algumas vezes ele chegava em casa meio nervoso, dizia alguma coisa, mas logo tudo voltava ao normal. Que no último final de

¹⁸⁵ Inquérito Policial nº 60/90. 29 de outubro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

¹⁸⁶ Ibidem.

semana viajaram para Itapema e tudo foi ‘a mil maravilhas’¹⁸⁷. Quando interrogada sobre o sangue que estava na sua roupa, Lourdes respondeu que eram manchas, pois mexeu algumas vezes com Antônio enquanto o mesmo estava na cama¹⁸⁸. A referência de Lourdes a “um negro” como autor do crime, e posteriormente, as testemunhas afirmam que não viram “pessoa de cor”, revela o racismo latente na sociedade brasileira. Muito provável que se alguém tivesse enxergado uma pessoa negra nas proximidades, essa, logo seria suspeita e investigada pelo crime ocorrido na casa de Lourdes e Antônio.

Joaquim¹⁸⁹, o primeiro a chegar na cena do crime, em seu depoimento¹⁹⁰ na delegacia, disse que estava indo para seu trabalho de chapeador, passando uns metros da casa de Antônio, quando ouviu os gritos de Lourdes pedindo por socorro. Chegando lá percebeu que a mesma estava respingada de sangue e chamou-o para ver Antônio que estava no quarto e parecia morto. Lourdes teria referido que “um negro” havia entrado na casa e que o machado que se encontrava ao lado, no quarto, que era deles. Joaquim buscou ajuda com pessoas que passavam pela rua. Nisso, várias pessoas se aglomeraram na casa. Logo chegou Luis¹⁹¹, que estava em um bar próximo à casa de Antônio, jogando sinuca em sua hora de descanso, antes de seguir para seu trabalho de mecânico. Luis foi quem juntamente com Joaquim fez o transporte da vítima para o hospital local, utilizando o carro da mesma. Como Luis esteve na cena do fato e participou do socorro à vítima, foi intimado como testemunha. Em seu depoimento consta:

Que o declarante conhece a residência da vítima, pois é empregado da mesma. Que trabalha há muito tempo com a vítima, sendo que a mesma não possuía qualquer inimigo, e nem mesmo teria recebido alguma ameaça de morte. Que o declarante **não tem conhecimento sobre a vida conjugal do casal**, porém **sabe que a esposa da vítima era “meio louca”**. Que o declarante para vir trabalhar passa pela frente da residência da vítima, e naquele dia, uns dez minutos antes do ocorrido, não percebeu nenhuma **pessoa de cor negra** pelas imediações, nem mesmo quando estava dentro da casa de *Antônio*¹⁹². (grifo meu)

¹⁸⁷ Ibidem.

¹⁸⁸ Ibidem.

¹⁸⁹ Inquérito Policial nº 60/90. Termo de Declaração de Testemunha (*Joaquim*). 31 de outubro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

¹⁹⁰ Ibidem.

¹⁹¹ Inquérito Policial nº 60/90. Termo de Declaração de Testemunha (*Luis*). 31 de outubro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

¹⁹² Ibidem.

Augusto¹⁹³ passava de carro pela frente da casa de Antônio entre 13:15 horas, em direção ao banco da cidade onde exercia a função de bancário, quando alguém o interpelou na rua para que parasse e entrasse na residência.

Que chegando bem em frente da casa do Sr. *Antônio*, a esposa dele se dirigiu ao declarante e disse as seguintes palavras: “Mataram o *Antônio* com o nosso machado”. Que o declarante diz que perguntou à esposa do Sr. *Antônio* quem poderia ter dado a machadada, e ela disse que teria sido um “**preto grande**”. Que imediatamente o declarante disse à esposa da vítima que se acalmasse, pois viria chamar a polícia. Que o declarante mora uns cem metros da casa do Sr. *Antônio* e **não viu nenhuma pessoa de cor escura passar por ele**. O declarante saiu da casa da vítima e se dirigiu a esta Delegacia de Polícia onde comunicou o acontecido, que após isso feito, se dirigiu ao Banco onde trabalha. Que **nunca ouviu falar nada sobre a vida conjugal da vítima**. Que o declarante já ouviu falar que Dona *Lourdes* **tem problemas mentais**¹⁹⁴. (grifo meu)

Paulo¹⁹⁵, inquirido pela autoridade policial, afirmou que na data de 29 de outubro passado estava em sua residência, era aproximadamente 13:15 horas, momento de descanso antes de retomar suas atividades de comerciante. Um vizinho foi-lhe dizer que haviam matado o Sr. Antônio. Consta no seu depoimento o seguinte:

Que imediatamente correu até a casa da vítima. Que diz o declarante perguntou à esposa de *Antônio*, *Dona Lourdes*, o que tinha acontecido e a mesma disse que “um negro tinha matado o *Antônio*”. Que em dado momento o declarante perguntou à esposa da vítima onde estava o machado, que respondeu que “estava no porão”¹⁹⁶.

Helena¹⁹⁷ acabou sendo intimada para depor, pois havia tido contato com o casal recentemente. A moça era auxiliar de escritório e tinha viajado de carona com Lourdes e Antônio no fim de semana para Balneário Camboriú (cidade localizada no litoral do Estado de Santa Catarina, próxima à Itapema), a fim de encontrar com seu namorado, na ocasião, o casal seguiu à Itapema onde tinham comprado um apartamento para veranejar. No domingo, quando retornaram, Helena disse ter adormecido durante a viagem por um tempo e, ao acordar, o senhor Antônio e a senhora Lourdes conversavam normalmente, inclusive começaram a cantar no idioma italiano, de forma bem animada.

Que conhecia o casal desde pequena, **nunca viu nada de anormal entre o relacionamento do casal**. Que diz a declarante que há muitos comentários na

¹⁹³ Inquérito Policial nº 60/90. Termo de Declaração (*Augusto*). 14 de novembro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

¹⁹⁴ Ibidem.

¹⁹⁵ Inquérito Policial nº 60/90. Termo de Declaração (*Paulo*). 14 de novembro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

¹⁹⁶ Ibidem.

¹⁹⁷ Inquérito Policial nº 60/90. Termo de Declaração (*Helena*). 14 de novembro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

cidade **que Dona Lourdes tem problemas mentais**. Que desconhece se *Dona Lourdes* já tentou criar algum tipo de confusão com alguém¹⁹⁸. (grifo meu)

As filhas do casal também foram inquiridas pelo delegado. Elisa¹⁹⁹ estudava na capital do Estado do Paraná, na cidade de Curitiba na época, tinha dezoito anos, em seu depoimento afirmou:

Aos costumes disse ser filha da vítima Sr. *Antônio*. Que a declarante saiu de casa há um ano e meio atrás para estudar. Que durante o tempo que conviveu com os pais, o relacionamento era normal e nunca a declarante viu ou ouviu qualquer discussão entre eles. **Que a mãe tem problemas mentais há dezessete anos e as crises de loucura que dá em sua mãe não é em forma de agressão física, mas Dona Lourdes fala coisas ininteligíveis**. Que no final de semana passado, dia vinte e oito, um dia antes do fato, o casal esteve em Itapema para conhecer o apartamento que *Antônio* tinha comprado, inclusive a declarante e sua irmã *Marta*, também estiveram lá. Que não houve qualquer desentendimento entre o casal e não deu nenhuma crise em *Dona Lourdes* naquela oportunidade. Que juntamente com alguns parentes em data de sete de novembro, **internaram a mãe da declarante no Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro**, em Curitiba²⁰⁰. (grifo meu)

Marta²⁰¹, com vinte e dois anos, também estudava em Curitiba e corroborou, no seu depoimento, as informações já prestadas pela irmã sobre o casal e os problemas mentais da mãe.

Aos costumes disse ser filha da vítima Sr. *Antônio*. Que faz cinco anos que a declarante está fora de casa estudando, mas nunca deixou de ter contato com seus pais e esteve sempre bem interada dos fatos relacionados com a vida conjugal dos pais. Esclarece a declarante que **sua mãe tem problemas mentais há dezoito anos**, mas diz que **quando a loucura se manifestava, o seu pai Antônio sempre se saía muito bem dessas situações sem constranger Dona Lourdes**. Diz que **quando o surto de loucura aparecia em sua mãe, nunca foi em forma de agressividade, mas com palavras ininteligíveis**. Que na semana seguinte à tentativa de homicídio do Sr. *Antônio*, a declarante esclarece que **sua mãe estava muito preocupada com o futuro da família, e com a situação do Sr. Antônio no hospital**. Que nunca houve qualquer tipo de agressão física por parte da mãe. Diz que **não havia qualquer motivo para a mãe agredir seu pai**²⁰². (grifo meu)

Com o auxílio de parentes, Elisa e Marta, após o acontecimento, internaram a mãe no Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, em Curitiba²⁰³, “a tempo indeterminado”,

¹⁹⁸ Ibidem.

¹⁹⁹ Inquérito Policial nº 60/90. Termo de Declaração (*Elisa*). 22 de novembro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

²⁰⁰ Idem.

²⁰¹ Inquérito Policial nº 60/90. Termo de Declaração (*Marta*). 22 de novembro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

²⁰² Ibidem.

²⁰³ Esse hospital foi inaugurado em 31 de março de 1945 com a denominação de Sanatório Bom Retiro, atual Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, localizado em Curitiba. O referido hospital foi a segunda instituição de assistência psiquiátrica criada no Estado do Paraná, e possuía cunho filantrópico. As tratativas da Federação Espírita do Paraná, visando à construção de um hospital, em que junto aos preceitos da ciência psiquiátrica desenvolver-se-iam as práticas espíritas de cuidado, iniciaram-se em 1920. Porém, dificuldades de caráter econômico paralisaram as obras em 1938, o que retardou a inauguração do hospital até o ano de 1945 (WADI, 2009, p. 80). Conforme a mencionada autora, existem poucas informações sobre esta instituição. A autora

conforme a declaração emitida pelo diretor da instituição²⁰⁴, possivelmente para ficar próxima delas, visto que ambas estudavam nessa cidade.

O relatório do delegado atestou que “estava provada a materialidade do delito, determinadas as circunstâncias em que ocorreu, bem como, individualizada a autoria, pelos fortes indícios e provas coletadas na investigação”²⁰⁵. De acordo com Foucault (2013), o processo do inquérito espelha-se nos antigos exames da Inquisição:

O inquérito é precisamente uma forma política, uma forma de gestão, de exercício do poder que, por meio da instituição judiciária, veio a ser uma maneira, na cultura ocidental, de autenticar a verdade, de adquirir coisas que vão ser consideradas verdadeiras e de as transmitir. O inquérito é uma forma de saber-poder (FOUCAULT, 2013, p. 79).

O saber-poder²⁰⁶ do inquérito finalizou a primeira etapa do processo penal, caracterizada pela investigação da instância policial. Para o delegado de polícia estava provado que Lourdes era uma criminosa.

3.2 LOURDES NO TRIBUNAL

Lourdes pela primeira vez era acusada de cometer um crime. Consta nos autos que Lourdes dispunha de condições financeiras para constituir uma advogada, pois era proprietária de uma casa na cidade onde ocorrera o crime, dois automóveis, uma oficina mecânica e um apartamento localizado no balneário de Itapema²⁰⁷. Portanto, sua condição econômica a eximiu de algumas etapas entre o trânsito policial e jurídico identificadas no decorrer da ação penal. A família providenciou sua defesa, a qual atuou de maneira fundamental, a fim de diminuir as implicações sociais e pessoais em estar envolvida na justiça, e o envio para uma instituição penal.

Lourdes adentrou na Sala de Audiências do Fórum para responder ao interrogatório do juiz em 27 de março de 1991, iniciando assim a fase judicial, correspondendo à segunda

citando Maderli Sech informa que “até o ano de 1984, funcionou de forma clássica com as técnicas e normas da psiquiatria tradicional, aliadas ao serviço de assistencial espiritual” (Ibidem, p. 80).

²⁰⁴ Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro. Declaração, 07 de novembro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

²⁰⁵ Relatório do Delegado de Polícia. 28 de novembro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

²⁰⁶ Ao analisar as ciências humanas formadas nos séculos XIX e XX, como a Psicologia e a Sociologia, Foucault comenta que, a partir das observações feitas por elas, foram criadas novas formas de controle dos indivíduos que resultaram em ganhos para o sistema capitalista. A expressão “saber-poder” foi cunhada pelo filósofo para sublinhar esta imbricação das práticas discursivas com os dispositivos de poder (FOUCAULT, 2013, p. 10).

²⁰⁷ Termo de Interrogatório, 27 de março de 1991. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

etapa do processo penal. Nessa etapa, Lourdes manteve a declaração prestada ao delegado sobre a autoria do crime: “um negro, não conhecia tal pessoa e nunca mais o viu. A referida pessoa segurou a interroganda com as duas mãos, uma em cada braço e dizia-lhe: não se mexe, não se mexe”²⁰⁸. Conforme o registro do seu interrogatório:

Estava presente na data, hora e local descritos na denúncia. Não tem conhecimento das provas existentes nos autos e deixa para sua defesa a interpretação das mesmas. Conhece todas as testemunhas e as informantes arroladas e nada tem a dizer contra as mesmas. **Não é verdadeira a acusação que lhe é feita**. Reconhece o machado apreendido e que ora lhe é apresentado como sendo o armamento que estava em sua residência [...] Foi para a rua gritar por socorro “tem gente, tem bandido”. Escutou batidas de machado quando estava na frente da casa. “**Alma má e a alma que tem paz**”. Quando chegou na vítima chegou a juntar seu corpo no dela. Estava todo ensangüentado, “**mexi com ele, virei**” com o objetivo que “desce sinal de vida”. Os jatos de sangue eram fortes e contínuos²⁰⁹. (grifo meu)

Para o interrogatório, o juiz também utilizou as fotografias do quarto onde ocorreu o crime, tiradas pelos investigadores, como também o croqui da casa desenhado pelos policiais. As imagens conduziram o relato de Lourdes, a fim de o magistrado identificar as impossibilidades quanto às explicações da acusada sobre a cena do acontecimento.

Após o interrogatório, o juiz requisitou: “a respeito da higidez mental da acusada, determino que seja submetida a exame médico-legal, no Manicômio Judiciário da Capital, para que seja apurada sua integridade mental”²¹⁰. Os depoimentos do inquérito policial forneceram indicativos que Lourdes tinha “problemas mentais”, “era meio louca”. No interrogatório, a versão de Lourdes manteve-se semelhante a que prestou na delegacia, no entanto, o relato reforçou aos operadores do Direito, dúvidas quanto a sua sanidade mental. A frase “alma má e a alma que tem paz”, conforme se encontra no interrogatório, sugere que foi dita por Lourdes de forma desconectada das perguntas do magistrado, e registrada pelo escrivão, possivelmente como mais uma prova da perturbação e do crime de Lourdes.

3.2.1 O exame psiquiátrico

Desde a etapa em que o promotor acolheu a denúncia, a mesma definiu: “face às declarações do caderno informativo, dando conta que a denunciada é portadora de distúrbios mentais, opinamos que a implicada seja submetida a um exame de sanidade mental, junto ao

²⁰⁸ Ibidem.

²⁰⁹ Ibidem.

²¹⁰ Poder Judiciário. 05 de abril de 1991. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

Manicômio Judiciário do Estado”²¹¹. A relação entre a psiquiatria e a justiça é explicada por Foucault (2010, p. 240): “a engrenagem psiquiátrico-judiciária se constituiu a partir do problema do criminoso sem razão”. O autor esclarece que o resultado dessa engrenagem foi o surgimento de um campo complexo, confuso, pois por trás de todo crime, poderia haver algo de loucura e, inversamente, em toda loucura, poderia haver risco de crime. Em decorrência disso, surgiu a instância médico-judiciária, representada pelo psiquiatra, o detentor da possibilidade de distinguir o crime da loucura e, ao mesmo tempo, de julgar o que pode haver de perigoso no interior de toda loucura (FOUCAULT, 2010).

Para a realização da perícia, o diretor de Administração Penal, Ewaldo Villela, expediu um ofício²¹² ao juiz, Henry Goy Petri Junior, solicitando que Lourdes fosse transferida para o Presídio Feminino de Biguaçu²¹³, cuja vaga já estava aberta, de onde seria encaminhada para o Manicômio Judiciário do Estado, para a realização do exame de sanidade até a conclusão do laudo. Porém, o MJSC não possuía um espaço específico para internação das mulheres, singularidade essa desenvolvida nos capítulos anteriores da dissertação. Tal situação provavelmente retardou e dificultou os procedimentos judiciais e psiquiátricos, cujas diligências são de responsabilidade dessa instituição.

Lourdes foi enquadrada pela justiça como ré primária, sem antecedentes criminais, portanto, já que nunca havia tido envolvimento em processo penal. A advogada apresentou alegação junto ao juiz quanto à Lourdes ficar presa no Presídio Feminino de Biguaçu, pois poderia lhe causar sérias consequências, argumentando que “a ré tem condições de ficar no seu apartamento em Itapema e se deslocar ao MJSC quando necessário. Que a ré não está presa e, até prova em contrário, ela é inocente.”²¹⁴

A atuação da defesa foi fundamental para impedir que Lourdes adentrasse em uma instituição penal, um lugar desconhecido para ela, “que poderia lhe causar sérias consequências”. O juiz acatou o pedido e, em meados de junho de 1991, Lourdes apresentou-se no MJSC acompanhada pela filha Elisa, para a realização do exame psiquiátrico, “da qual foram obtidos os dados objetivos da anamnese tendo em vista o estado mental da paciente, evidenciando **ideação delirante, de conteúdo persecutório, com incoerência e**

²¹¹ Ministério Público. 30 de novembro de 1990. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

²¹² Ofício nº 512/91, 19 de abril de 1991. Diretoria de Administração Penal. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

²¹³ O Presídio Feminino de Biguaçu era uma unidade prisional do Estado de Santa Catarina, localizado na cidade de Biguaçu, que faz parte da região metropolitana de Florianópolis. De acordo com os estudos realizados, os quais foram indicados no Capítulo 1, a instituição funcionou de maneira provisória uma vez que, em Florianópolis ainda não havia uma unidade prisional específica para as mulheres.

²¹⁴ Requerimento, 01 de maio de 1991. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

afrouxamento das associações e afetividade inadequada”²¹⁵ ²¹⁶ (grifo meu). As informações presentes no laudo pericial anunciam elementos da vida de Lourdes que estão ausentes nos demais documentos que compõem seu processo penal, conforme identificado nas informações de Elisa ao psiquiatra:

[...] sua mãe **começou a apresentar problemas psiquiátricos desde os vinte e três anos de idade**. Na época, seu pai era presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais e foi acusado de desvio de dinheiro. Coincidindo com este episódio, a paciente **começou a apresentar-se delirante**, falando muito em traição. Certo dia estava na igreja e **ameaçou agredir o padre**²¹⁷. (grifo meu)

A partir de então, conforme as referências da filha, Lourdes fazia tratamento psiquiátrico, inclusive com internações em hospitais psiquiátricos de Curitiba e São Paulo, “nos últimos 10 anos vive se mantendo em casa juntamente com o marido. O casal teve três filhos, tendo o mais moço falecido ainda criança”²¹⁸. Antônio, a vítima e pai de Elisa, era considerado pela mesma, como uma pessoa tranquila, e que aceitava bem Lourdes.

Conforme infere Foucault (2014, p. 246) sobre a investigação da história de vida, no âmbito penal:

por trás do infrator, a quem o inquirido dos fatos pode atribuir a responsabilidade de um delito, revela-se o caráter delinquente cuja lenta formação transparece na investigação biográfica...À medida que a biografia do criminoso acompanha na prática penal a análise das circunstâncias, quando se trata de medir o crime, vemos os discursos penal e psiquiátrico confundirem suas fronteiras; e aí, em seu ponto de junção, forma-se aquela noção de indivíduo perigoso que permite estabelecer uma rede de causalidade na escala de uma biografia inteira e estabelecer um veredicto de punição-correção.

Seguindo a direção proposta por Foucault, a filósofa Sandra Caponi apreende que, a primeira função do interrogatório psiquiátrico é disciplinar, o qual pretende responder a seguinte questão:

Como provar que tais atitudes indicam uma doença mental? Será necessário que a psiquiatria possa estabelecer mecanismos de prova capazes de substituir essa constatação que a medicina clínica realiza com base na observação das lesões. Será necessário poder tornar explícito o que se oculta, não no interior do corpo, nos tecidos ou órgãos, mas nas condutas, nos hábitos, ações, antecedentes familiares, história de vida (CAPONI, 2012, p. 38).

A informação de Elisa sobre Lourdes, quando refere que “sua mãe começou a apresentar problemas psiquiátricos desde os vinte e três anos de idade”, “começou a apresentar-se delirante”, “certo dia estava na Igreja e ameaçou agredir o padre”, “teve

²¹⁵ Incidente de Insanidade Mental. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

²¹⁶ O laudo de sanidade mental que se encontra nos “Autos de insanidade mental” do processo penal nº 405/91, está também arquivado no SAME/ HCTP, onde o prontuário de Lourdes foi localizado e o documento revelou os primeiros vestígios sobre a vida dessa mulher, conforme apresentado no Capítulo 1.

²¹⁷ Ibidem.

²¹⁸ Ibidem.

internações em hospitais psiquiátricos”, compreende um dos objetivos do exame psiquiátrico que, segundo Caponi (2012, p. 40), “trata-se de procurar e encontrar signos anunciadores da doença na história de vida, de encontrar as marcas que falam de uma disposição à loucura”. Com o intuito de achar, a partir de condutas passadas, dados que mostrem reações anormais que possam indicar a existência da doença (CAPONI, 2012). As ações, o comportamento de Lourdes, representaram indícios da loucura. Vejamos a seguir de que maneira o interrogatório psiquiátrico possibilitou, conforme infere Caponi (2012, p. 41), “o reconhecimento do doente como louco, mas também o reconhecimento do próprio saber psiquiátrico”.

Na avaliação psiquiátrica feita pelos peritos do MJSC, a partir das observações realizadas e das informações prestadas pela filha, foi determinado pelos *experts* no laudo pericial:

constatamos que a periciada desenvolveu um **quadro esquizofrênico paranoide**²¹⁹ desde longa data, com exacerbação dos sintomas psicóticos produtivos, culminando com **vivência delirante, alucinatória e alheamento em seu juízo crítico da realidade** à época dos fatos. Nestas condições, a mesma é **considerada do ponto de vista psiquiátrico forense inimputável pelos atos praticados**. Concluímos tendo em vista os distúrbios psico-patológicos atuais, **recomendamos seu internamento em Hospital Psiquiátrico**²²⁰. (grifo meu)

Os quesitos formulados pelo juiz ao final do laudo determinam uma resposta objetiva dos peritos.

RESPOSTAS AOS QUESITOS (DO MM. JUÍZ)

- a) O periciado **sofre de algum distúrbio psiquiátrico**? R. Sim.
- b) Caso afirmativo, de que espécie? R. **Esquizofrenia Paranoide**.
- c) **Desde que época**? R. Anterior ao delito.
- d) Causa **incapacidade para todos os atos**? R. Sim. [...]
- l) O periciado, por perturbação da saúde mental, **não possuía, ao tempo da infração, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato**? R. Não, não possuía.
- m) O periciado, por perturbação da saúde mental, não possuía ao tempo da infração, **a plena capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento**? R. Não, não possuía.

²¹⁹ Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID 9 Rev. 75) a esquizofrenia paranoide (295.3), é uma forma de esquizofrenia na qual idéias delirantes relativamente persistentes, acompanhadas às vezes de alucinações, dominam o quadro clínico. As idéias delirantes são frequentemente de perseguição, mas podem tomar outras formas (de ciúmes, origem ilustre, missão messiânica ou mudanças somáticas). As alucinações e o comportamento excêntrico podem ocorrer; em alguns casos a conduta está seriamente afetada desde o início da doença, os distúrbios de pensamento são vultuosos e podem se desenvolver afetividade rasa com delírio e alucinações fragmentárias. In. **Classificação internacional de doenças: manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito: baseada nas recomendações da Nona Conferência de Revisão**, 1975, São Paulo: [s.n.], 1978, v.1, p. 186.

²²⁰ Incidente de Insanidade Mental. Processo penal nº405/91. ACTJSC.

- n) Há **necessidade de tratamento**? R. Sim.
 o) **Qual espécie de tratamento**? R. No momento em regime de **internação**.
 p) **Qual o prognóstico**? R. Reservado. No entanto, podem ocorrer períodos de compensação da enfermidade.
 q) **Pode ser considerado perigoso o periciado, porque a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir**? R. Sim²²¹. (grifo meu)

O laudo possui a função de avaliar a responsabilidade penal da pessoa, realizado pelos *experts* da psiquiatria forense, redigido de forma sucinta, disposto no total de cinco páginas, atendendo às questões de maneira pragmática, não possui detalhamento do diagnóstico “esquizofrenia paranoide”, mas uma descrição de acordo com a CID 9 (Revisão de 1975): “idéias delirantes e alucinações”, conforme referenciado anteriormente de acordo com a literatura médica²²². Contudo, a existência de “distúrbio psiquiátrico”, bem como o prognóstico de Lourdes ser considerada perigosa, embasou posteriormente a sentença determinada pelo juiz.

As perguntas presentes no laudo: “causa incapacidade para todos os atos?”, “há necessidade de tratamento?”, “qual espécie de tratamento?”, “qual o prognóstico?”, “pode ser considerado perigoso o periciado?”, questionamentos esses feitos aos psiquiatras, de acordo com Foucault (2010, p. 278):

tem um sentido muito preciso a partir do momento que funcionam essencialmente como defesa social ou, para retomar os termos do século XIX, que funciona como “caça aos degenerados”. O degenerado é aquele que, o que quer que se faça, é inacessível à pena. O degenerado é aquele que, como quer que seja, será incurável.

Conforme o autor, no exame médico-legal, a justiça e a psiquiatria são ambas adulteradas, pois elas não põem em prática sua regularidade própria. “Não é a delinquentes ou a inocentes que o exame médico-legal se dirige, mas à categoria dos ‘anormais’, ou, no campo da gradação, do normal ao anormal” (FOUCAULT, 2010, p. 36). Na compreensão do filósofo, o exame possui técnicas ocultas pelas noções jurídicas de “delinquência”, de “reincidência”, etc, e conceitos médicos de “doença”. “O exame propõe o funcionamento de um poder que não é nem o poder judiciário nem o poder médico, um poder de outro tipo, que chamarei por enquanto, de poder de normalização” (FOUCAULT, 2010, p. 36). A junção de ambos os poderes no exame, constitui-se como uma instância de controle do anormal. No caso de Lourdes, o poder de normalização ocorreu pelo mecanismo da medida de segurança, a qual representa a junção do saber-poder psiquiátrico e do saber-poder jurídico.

²²¹ Ibidem.

²²² O histórico da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM) encontra-se em: PICCININI, Walmor J. História das Classificações Psiquiátricas no Brasil. **Psychiatry on line Brasil**. 2006, v. 11, n. 11. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo.php>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

A imbricação da psiquiatria e do Direito no laudo pericial, conforme a assertiva de Weigert (2017, p. 90-91) significa,

de um lado, o direito fazendo suas perguntas à medicina, que irá respondê-las com base em sua epistemologia, para que sejam decodificadas pelo juiz, que tomará decisões, é uma grande falácia. O que existe é a psiquiatria a serviço do direito, e tal submissão é justamente o que descaracteriza a técnica psiquiátrica.

Para a autora, o conceito normativo, responsabilidade penal, é o que orienta a análise do perito psiquiatra, “não são as características do portador de sofrimento mental e os efeitos advindos desse sofrimento que estão em causa, mas responder a pergunta que a ciência *jus* faz para a ciência *psi*” (WEIGERT, 2017, p. 90). O laudo pericial constituiu-se como a produção da verdade psiquiátrica, a qual fundamentou a produção da verdade jurídica, no ordenamento judicial.

Seguindo o ritual do júri, a intimação e interrogatório das testemunhas ocorreram um ano após o crime, em novembro de 1991. As testemunhas que foram interrogadas anteriormente no inquérito policial, confirmaram suas versões do ocorrido, não acrescentando informação nova, exceto Elisa, a filha da vítima e da acusada. Em sua declaração consta:

ELISA brasileira, solteira, estudante, filha de *Antônio* e *Lourdes*, com 19 anos de idade, residente e domiciliada nesta cidade e comarca, sabendo ler e escrever. Inquirida respondeu: com alguma frequência furtavam calçados, roupas, etc, dos seus pais. **Sua mãe tem problemas de ordem mental há 18 anos.** Estava fazendo tratamento, quando dos fatos, estava sendo medicada, mas fazia algum tempo que não consultava. Sua mãe é **calma, inclusive nas crises, quando costumava chorar, mas não cometia atos de violência.** Quando estava para entrar em crise *Lourdes* ficava muito quieta. **Proferir palavras ininteligíveis ocorre no dia a dia da denunciada** mesmo sem as crises. [...] Pelo que ouviu de sua mãe o autor das lesões foi uma pessoa de cor. **Acreditava no que lhe foi dito por *Lourdes***²²³. (grifo meu)

Elisa foi a filha que acompanhou a mãe ao MJSC para a realização do exame de sanidade mental e referiu em juízo que “acreditava em *Lourdes*”, que não foi a mãe que desferiu o golpe no pai, quase ceifando sua vida, mas foi a dita “pessoa de cor”. Elisa também falou sobre a situação em que se encontrava o pai: “ele não consegue se expressar, a não ser com pequenos gestos, não consegue se locomover e não consegue escrever, o mesmo se altera entre uma cadeira de balanço e a cama. A única forma de comunicação com este é através do olhar ou de gestos”²²⁴. As informações sobre a situação de Antônio após o ocorrido, prestadas em juízo por Elisa, são as únicas nos autos. Não é possível saber o que aconteceu com ele. Mais adiante, no boletim carcerário de *Lourdes*, quando a mesma foi enviada para o Manicômio Judiciário do Paraná, consta que seu estado civil era “viúva”.

²²³ Termo de assentada. 07 de novembro de 1991. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²²⁴ Ibidem.

A filha Marta e a vítima Antônio foram dispensadas do interrogatório a pedido da advogada, presume-se que em virtude do estado em que a vítima se encontrava. As testemunhas arroladas pela defesa eram três vizinhas da família. Aurélia foi a primeira interrogada, viúva, 55 anos, do lar, no registro de sua indagação consta:

É vizinha dos (...), somente esteve na casa da acusada quando a vítima já havia sido levada para o hospital. A acusada que estava desesperada, não contou detalhes a respeito do ocorrido, somente dizia: “viu vizinha o que fizeram com o *Antônio*”. Nada mais disse. Percebeu que em certas ocasiões, **a denunciada não falava com normalidade, mas nada que demonstrasse algum problema mental**. Acha que *Lourdes e Antônio* se davam bem²²⁵. (grifo meu)

Aurélia disse que pouco visitava Lourdes, por isso não sabia de intrigas ou inimigos que Antônio poderia ter. Rosa foi a segunda testemunha de defesa, casada, do lar, 26 anos, respondeu as perguntas do juiz:

Não estive na casa da vítima nas horas posteriores aos fatos. Somente conversei com Lourdes alguns dias depois, mas não trataram do ocorrido. É vizinha dos (...). Pelo que parecia ré e vítima se davam bem. Às vezes **a acusada dizia coisas que não se entendia, mas não sabia se tinha problemas mentais**²²⁶. (grifo meu)

Angelita foi a terceira testemunha de defesa, 43 anos de idade, do lar, casada.

Aos costumes disse nada, compromissada respondeu: não presenciou os fatos. Esteve na casa da vítima algum tempo depois. **Devido os problemas mentais da acusada não pode aquilatar como estava naquela data**. *Lourdes* somente dizia: “viu vizinha o que me aconteceu?” *Lourdes* não contou em detalhes o que aconteceu. Pelo que sabe vítima e acusada se davam bem²²⁷. (grifo meu)

De forma semelhante, as testemunhas disseram que nada sabiam sobre o relacionamento do casal, que achavam “que se davam bem”. Ambas reiteraram que Lourdes falava coisas que não era possível entender.

Para a elaboração de sua arguição, o promotor público Hamilton Gonçalves Brigido valeu-se das provas documentais apresentadas na investigação policial. A autoridade afirmou o seguinte:

Culto julgador, narra os autos uma tentativa de homicídio duplamente qualificada, por motivo fútil e por recurso que tornou impossível a defesa do ofendido, qual seja, surpresa. A acusada inventou **uma história fantástica, delirante**, fato que levou a ser **submetida a exame de sanidade mental**. Os peritos concluíram que a acusada sofre de distúrbio psiquiátrico sob a forma de **esquizofrenia paranoide**, cuja doença mental incapacitou-a entender o caráter ilícito do fato, havendo necessidade de internação devido a mesma ser **considerada perigosa**, porque sua **personalidade e antecedentes**, bem como os motivos e circunstâncias do crime, **autorizam a suposição de que venha a delinquir**²²⁸. (grifo meu)

²²⁵ Ibidem.

²²⁶ Ibidem.

²²⁷ Ibidem.

²²⁸ Alegações Finais (Promotor de Justiça). 12 de novembro de 1991. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

A argumentação do defensor público focou na indicação de doença mental de Lourdes, referida pelas testemunhas, averiguada e atestada pelos peritos, apresentada no laudo do exame de sanidade mental. Portanto, a estratégia do promotor foi buscar embasamento sobre o diagnóstico de “esquizofrenia paranoide” na obra “Curso Básico de Medicina Legal”, do médico e professor Odon Ramos Maranhão, destacando o capítulo “Noções de Psicopatologia Forense”, no qual consta a definição da esquizofrenia paranoide: caracterizada por idéias delirantes e alucinações, sintomas esses, segundo o promotor, enunciados no laudo psiquiátrico. A partir da compreensão do defensor público apresentada na sua arguição: “a acusada inventou uma história que só os portadores de esquizofrenia paranoide são capazes”²²⁹. Foucault (2010, p. 102) afirma que, a esquizofrenia, no século XX, é utilizada para codificar um perigo social como doença, tal como a noção de degeneração desempenhou no século XIX. Sendo assim, o representante do Ministério Público requereu a absolvição de Lourdes, com a aplicação de medida de segurança, na modalidade de internação, levando em consideração que a acusada foi considerada perigosa.

A defesa de Lourdes, elaborada pela advogada, enfatizou que “a ré não cometeu o delito de que está sendo acusada, que a versão da ré é coerente, sendo a mesma declarada na Delegacia de Polícia, que é primária e de bons antecedentes, nada tendo em desabono de sua conduta”²³⁰. A estratégia da defesa embasou sua exposição na mesma obra investigada pelo promotor. No entanto, a advogada salientou que, de acordo com Odon Ramos Maranhão, “a esquizofrenia apresenta momentos de completa lucidez e outros momentos de crise”. A advogada mostrou, a partir dos depoimentos das testemunhas, que Lourdes tinha momentos de lucidez e outros de crise, mas a mesma nunca tinha sido violenta. Para a advogada, “se a ré não estivesse em estado “normal” e realmente tivesse praticado o fato, ela jamais chamaria por socorro, além do que, o estado dela não era de uma pessoa desesperada”²³¹. A defesa apresentou um caso extraído da obra “Curso Básico de Medicina Legal”, referenciada anteriormente, onde a acusação por crime de homicídio recaiu sobre um homem, de Campinas, no Estado de São Paulo. O mesmo desferiu um golpe na cabeça de uma moça, usando de uma barra de ferro. Diagnosticado, no exame de sanidade, como esquizofrênico paranoide, esse homem foi considerado inimputável pelo delito praticado, “com olhar fixo no horizonte, imóvel, com contínuo inexpressivo sorriso nos lábios, mostra-se alheio ao ambiente externo”. A advogada pontuou como esse caso foi discrepante ao caso de Lourdes,

²²⁹ Ibidem.

²³⁰ Alegações Finais (Advogada). 20 de novembro de 1991. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²³¹ Ibidem.

apresentado no processo, enfatizando que a mesma estava “normal” no ato. “Pelo fato da ré apresentar problemas mentais torna-se cômodo direcionar a autoria dos fatos a sua pessoa. Não se pode imputar um fato a alguém sem ter certeza”²³². Apesar da eloquência da defesa solicitando a improcedência da denúncia com a absolvição da ré, a sentença de Lourdes anunciou um percurso institucional para ela e para as filhas, as quais eram suas responsáveis.

Em finais de novembro de 1991, o juiz pronunciou sua sentença:

JULGO IMPROCEDENTE a pretensão punitiva do Estado consistente na denúncia de *LOURDES*, nos autos qualificada, para o fim de absolvê-la das imputações que lhe foram dirigidas, aplicando-lhe entretanto **medida de segurança** pelo prazo mínimo de um ano, **diante da presença do binômio fato punível e periculosidade, de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.**

Designo-lhe o mesmo Estabelecimento em que foi realizada a perícia médico-judicial.²³³ (grifo meu)

A justificativa do magistrado para a imposição da medida de segurança recorreu “não só em virtude da seriedade do delito, mas em virtude da sugestão médica, sem esquecer a periculosidade reconhecida”²³⁴. Tal discurso do juiz evidencia a autoridade científica conferida à psiquiatria forense, “discursos de verdade” de que trata Foucault (2010), que definiram o destino de Lourdes. Embora a atuação da defesa recorreu na decisão do magistrado, justificando que, “por indícios ninguém pode receber uma medida de segurança”²³⁵, a mesma estava se exaurindo na tentativa de suprimir a imposição da medida de segurança. O promotor apresentou as “contra-razões de recurso”, a partir da exposição já realizada no tribunal, e finalizou com nuance de decisão: “além do que já foi dito, **só para colocar a última pá de cal no assunto, é de se levar em conta o afirmado pelos doutores peritos de que a recorrente é considerada perigosa e pode voltar a delinquir**”²³⁶ (grifo meu). De acordo com a compreensão de Fernanda Otoni Barros-Brisset (2011, p. 47),

O nó entre defesa social e periculosidade criminal normatiza a parceria direito-psiquiatria, criando uma nova tecnologia de controle desses casos: a medida de segurança como uma precaução ao estado perigoso do indivíduo portador do déficit moral. Sua internação é por tempo indeterminado e é assim até os dias de hoje.

Corroborando a decisão do promotor, o procurador de justiça afirmou em seu parecer: “da análise das provas não resta a menor dúvida ter evidenciado a ré ter sido autora do crime

²³² Ibidem.

²³³ Vistos, 25 de novembro de 1991. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²³⁴ Ibidem.

²³⁵ Apelação, 04 de fevereiro de 1992. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²³⁶ Contra-Razões de Recurso, 10 de fevereiro de 1992. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

narrado na peça inaugural acusatória”²³⁷. Para o poder judiciário estava provada a autoria do crime e a “última pá de cal”, o perigo social de Lourdes.

Decorreu um ano até o julgamento do “Recurso criminal” que por unanimidade foi negado, com base na doença mental constatada no laudo pericial de Lourdes: “o diagnóstico de **esquizofrenia** a indicar gravíssimo déficit da capacidade de julgamento e o controle precário dos impulsivos nervosos **justificam a medida de segurança** com a internação da ré em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou estabelecimento adequado”²³⁸ (grifo meu). De maneira que explica Foucault (2010, p. 30), a junção do médico com o judiciário ocorre em torno do perigo social, o qual será também o discurso do medo, um discurso que terá como função detectar o perigo e opor-se a ele. Sendo assim, a aplicação da medida de segurança à Lourdes, devido a sua pretensa periculosidade e risco social, pelo poder judiciário, fundamentado pelos “doutores peritos”, representou o mecanismo de controle, a fim de defesa social, e oposição ao perigo de Lourdes.

Conforme Barros-Brisset (2012, p. 121), “os conceitos defesa social, incapacidade, periculosidade, foram intrinsecamente associados à idéia de doença mental, no âmbito das práticas jurídicas e sanitárias”. A autora demonstra, a partir de uma genealogia do conceito de periculosidade, que, de Pinel a Lombroso, passaram-se cem anos e a exceção dos dementes foi se tornando a regra de todos os delinquentes, e o que não mudará nesse discurso, seja nos monomaníacos, seja nos degenerados ou no homem delinquente, é a ideia pineliana de um déficit moral intrínseco na loucura, o que faz dos loucos indivíduos intrinsecamente perigosos (BARROS-BRISSET, 2011, p. 46). O lugar adequado para pessoas como Lourdes, que representavam um perigo iminente era o manicômio judiciário. Instituição essa que combina hospital psiquiátrico e prisão. Em concordância com Foucault (2013, p. 113), o hospital psiquiátrico e a prisão não possuem o papel de excluir os indivíduos, mas ligá-los a um aparelho de correção, a um aparelho de normalização.

²³⁷ Parecer, Procuradoria-Geral de Justiça, 04 de abril de 1992. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²³⁸ Parecer, Recurso criminal nº 9229, 26 de março de 1993. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

3.3 O DESLOCAMENTO DA LOUCURA CRIMINOSA AO SUL DO BRASIL: UMA TRAJETÓRIA MANICOMIAL

Lourdes ainda não havia sido internada em uma instituição penal e, apesar do empenho da advogada, seu internamento em um manicômio judiciário foi solicitado pelo juiz, por meio de ofício²³⁹ expedido ao diretor do MJSC, para o cumprimento de sua medida de segurança, com prazo mínimo de um ano. Lourdes foi mais uma mulher que esbarrou na entrada do MJSC devido à inexistência de um lugar específico para o internamento das mulheres. Como de praxe, o diretor da instituição no período, Guido May, respondeu ao juiz orientando para qual lugar ela deveria ser enviada: “quando trata-se de ré do sexo feminino as medidas impostas tem sido cumpridas no Hospital Colônia Sant’Ana (HCS), em São José”²⁴⁰. Conforme a pesquisa evidenciou no capítulo 1, e o processo judicial ora analisado corrobora, o HCS era a instituição onde as mulheres cumpriam a medida de segurança detentiva. Encaminhamento destinado também à Lourdes. Essa informação foi significativa para a pesquisa, pois conforme a trajetória de Teresa, apresentada no capítulo 2, a qual estava internada no HCS e teve a imposição de uma medida de segurança, para ser cumprida em um manicômio judiciário, porque o hospital não era adequado para o caso dela. Portanto, infere-se que existiu uma relativização quanto aos encaminhamentos feitos às mulheres com a determinação judicial para execução de medida de segurança.

O direcionamento de Lourdes para o HCS acabou não ocorrendo, a pedido da família, devido à distância considerável da cidade onde residia até o mesmo. Sendo assim, a advogada solicitou ao juiz que Lourdes fosse enviada ao Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul (MJRS), uma vez que sua filha Elisa residia em Porto Alegre, onde agora estudava. Sendo assim, poderia estar próxima da mãe para lhe fornecer os subsídios necessários e acompanhamento contínuo. No início da ação penal, consta que as duas filhas residiam em Curitiba, conforme as fontes, não é possível saber as mudanças realizadas por elas. Consta no requerimento da advogada:

A família da sentenciada deseja com essa internação a recuperação da mesma, esperando que ao término de um ano ela retorne para casa apta para todos os atos de sua vida. Por outro lado, para a completa recuperação, reconhecem os familiares,

²³⁹ Ofício nº 96/93, 02 de julho de 1993. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁴⁰ Ofício nº 453/93, 16 de julho de 1993. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

faz-se necessário, acompanhamento, atenção e dedicação junto à sentenciada, pois a presença da família pode contribuir significativamente no sucesso do tratamento²⁴¹.

A presente solicitação revela a preocupação das filhas com a mãe e a compreensão que as mesmas tinham sobre a necessidade da manutenção do vínculo afetivo com Lourdes. Outra requisição foi feita pela família, por meio da advogada, no que se refere ao traslado de Lourdes, para que o mesmo não fosse realizado pela polícia, mas pelos próprios familiares, a fim de não causar traumas à mãe, como feito anteriormente para o exame de sanidade mental no MJSC. O requerimento foi consentido pelo promotor, pois expressava uma “situação peculiar”²⁴², e o juiz iniciou a busca por uma vaga para Lourdes no MJRS. Entretanto, a ambiguidade da medida de segurança, pelo seu estatuto médico-jurídico, pode ser percebida também nos procedimentos burocráticos empreendidos pelo judiciário. O pedido foi enviado inicialmente para a Penitenciária Feminina Madre Pelletier²⁴³, a qual não possuía a responsabilidade institucional de internação de mulheres inimputáveis, o que demonstra novamente a ambivalência da medida de segurança. Pois a mesma preconizava o tratamento da doença mental e não a punição, apesar de o manicômio judiciário estar subordinado à Secretaria de Justiça e não à Secretaria da Saúde, e sua estrutura física corresponder a uma instituição penal, não a um hospital. O retorno da diretora da dita penitenciária encaminhou a solicitação para a instituição competente: o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC), outrora Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul^{244 245}. Esse trânsito entre manicômio, prisão e manicômio judiciário remete a demanda e a dúvida quanto o lugar destinado aos tidos como loucos criminosos, desde a criação de um espaço específico para essas pessoas, ao longo do século XX na sociedade brasileira²⁴⁶. A triangulação entre prisão, hospício e manicômio judiciário, conforme mostrado nos capítulos anteriores encontra-se no cerne dessas instituições.

²⁴¹ Requerimento. 29 de julho de 1993. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁴² Visto. Promotor de Justiça. 06 de agosto de 1993. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁴³ A Penitenciária Feminina Madre Pelletier foi a primeira instituição prisional de mulheres do Brasil, criada em 1937, na cidade de Porto Alegre. A instituição foi administrada pelas Irmãs da Congregação Bom Pastor D’Angers até 1981 (ANDRADE, 2011), conforme apontado no capítulo 1.

²⁴⁴ Ofício 39/93, Penitenciária Feminina Madre Pelletier, 01 de dezembro de 1993. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁴⁵ Inicialmente, em 1925 a instituição foi denominada Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul. Em 1938 passou a denominar-se Manicômio Judiciário Maurício Cardoso, passando a ser designado Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso após 1965, nomenclatura que perdura atualmente (ALMEIDA, 2009).

²⁴⁶ A título de elucidação de mais uma dessas instituições, - além do manicômio judiciário do Estado do Rio de Janeiro, primeira instituição do gênero do Brasil, e os manicômios judiciários da região Sul abordados nessa pesquisa devido à trajetória de Teresa e Lourdes, - o historiador Luis Ferla (2009), demonstra que o processo de emergência do manicômio judiciário do Estado de São Paulo ocorreu em 1927, e foi inaugurado em 1933, constituindo-se como a terceira instituição dessa tipologia do país, com a transferência dos alienados criminosos que estavam no Hospício do Juqueri.

O envio das comunicações expedidas e recebidas entre os operadores do Direito, tratando-se de estados diferentes, possivelmente dificultou a resolução para a imediata transferência de Lourdes na instituição localizada em Porto Alegre. Fato esse que levou à filha Elisa buscar informações junto à justiça em abril de 1994, pois “passaram-se meses e Lourdes ainda estava sem o tratamento determinado pela justiça, que pode ser um risco para a sentenciada e para terceiros”²⁴⁷. A procura de Elisa para o “tratamento” de Lourdes demonstra indícios para além do cuidado, mas também certa preocupação, “risco para terceiros”. A morosidade da justiça para a internação de Lourdes ocorreu devido ao desencontro nas solicitações de vaga quanto às instâncias responsáveis. Mas, após a procura de um retorno pela própria filha, prontamente em finais de abril de 1994, a outra filha Marta recebeu a intimação para conduzir Lourdes ao MJRS. Os indícios do processo penal permitem presumir que a filha acompanhou Lourdes na sua entrada a essa instituição penal e de tratamento psiquiátrico, pois houve a autorização do promotor público e do magistrado.

Conforme a pesquisa desenvolvida pela historiadora Lizete Oliveira Kummer, o MJRS foi a segunda instituição do gênero do Brasil, tendo começado a funcionar em 05 de outubro de 1925, denominado em seu primeiro regimento interno como um “asilo de segurança”, subordinado à Secretaria do Interior e Exterior. O primeiro diretor foi o médico Jacinto Godoy (1883-1959)²⁴⁸, considerado uma figura central para a psiquiatria e psiquiatria forense desse Estado. O funcionamento inicial do MJRS ocorreu em um pavilhão do Hospital São Pedro (HSP), após mais de dez anos, em 1939, o MJRS recebeu prédio próprio separado do HSP, com capacidade para 160 leitos para ambos os sexos (KUMMER, 2010, p. 53).

A passagem de Lourdes pelo MJRS não deixou vestígios nos autos, além das comunicações mencionadas entre os operadores do Direito, para os encaminhamentos concernentes. Decorridos alguns meses, Elisa, a filha que estudava em Porto Alegre e estava mais próxima de Lourdes, solicitou transferência para uma universidade situada em Curitiba, no Paraná, onde prosseguiria seus estudos. Por conseguinte, a advogada solicitou ao juiz a

²⁴⁷ Promotor de Justiça. 19 de abril de 1994. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁴⁸ A trajetória de Jacinto Godoy na psiquiatria iniciou com seu ingresso no serviço público estadual em 1913, como médico da Chefatura de Polícia, onde se dedicou aos estudos da medicina legal. Entre 1919 e 1921 Godoy realizou uma viagem de estudos à França, onde conviveu com psiquiatras e neurologistas do hospital Salpêtrière. Essa instituição, localizada em Paris, se tornou um asilo e manicômio para mulheres, desde a Revolução Francesa. O Hospital de Bicêtre para homens, e da Salpêtrière foram dirigidos por Pinel. Na segunda metade do século XIX com Jean-Marie Charcot, La Salpêtrière se firmou como um importante centro de estudos de psiquiatria (KUMMER, 2010, p. 39). A autora referida apresenta as duas obras “Psicopatologia forense (1932)” e “Psiquiatria no Rio Grande do Sul (1955)”, nas quais constam textos do psiquiatra Jacinto Godoy, laudos emitidos quando era diretor do MJRS, relatórios, discursos e artigos publicados na imprensa sobre sua atuação como diretor de hospitais de alienados. A autora utiliza essas obras como fonte para sua análise, cotejando com os prontuários do MJRS, do período entre 1925 e 1941, temporalidade da vigência do Código Criminal de 1890.

transferência de Lourdes para o Complexo Médico Penal do Paraná (CMP), outrora Manicômio Judiciário do Estado do Paraná²⁴⁹: “a sentenciada, que nesta situação precisa do apoio da família para se recuperar, ficará sozinha, recebendo visitas esporádicas em face à distância e o custo financeiro”²⁵⁰. A defesa solicitou novamente que o traslado ficasse sob responsabilidade da família, evitando que fosse feito pela polícia. Os indícios da fonte permitem saber que o delegado da cidade onde ocorreu o crime acionou a Polinter, polícia interestadual, para realizar a transferência de Lourdes do IPFMC para o CMP, mas não consta nos documentos efetivamente como decorreu esse traslado.

O trâmite legal e burocrático para a transferência de Lourdes para o CMP envolveu os três juizados e instâncias policiais do sul do Brasil. Um processo que desencadeou dissensos no envio e recebimento das comunicações, pois o caso de Lourdes pertencia ao Estado de Santa Catarina, cumpria a sentença no Estado do Rio Grande do Sul e sua remoção ao Estado do Paraná inseria mais um juizado na mediação do cumprimento de sua medida de segurança. Para além do judiciário, seu traslado também acionou as instâncias policiais dos diferentes estados do Sul do Brasil. Isso acarretou a demora do envio de Lourdes de Porto Alegre a Curitiba, desde a autorização proferida pelo juiz em fevereiro de 1995 até a entrada efetiva dela no CMP em maio do mesmo ano.

A medida de segurança imposta pelo juiz, que iniciou no MJRS/ IPFMC, tinha duração de um ano. A família, amparada pela defesa, estava atenta aos prazos e direitos possíveis de Lourdes. Assim, a advogada solicitou ao juiz que fosse realizado o exame psiquiátrico porque “o prazo de um ano já se esgotou, e para saber da possibilidade da mesma ser liberada”²⁵¹. Caso Lourdes não tivesse uma advogada, possivelmente teria ficado na instituição à mercê da justiça, como ocorreu e ocorre com tantas pessoas que habitam essas instituições. Isso pode ser evidenciado também a partir do ofício expedido ao juiz da comarca de origem, pelo assessor jurídico do CMP, Erasto Stocker, solicitando “que se acaso houver alguma condenação o obséquio de enviar Carta de Guia e cópia de sentença condenatória, a fim de que possamos regularizar seu prontuário criminal, bem como requerer o benefício que lhe é de direito”²⁵². A instituição onde Lourdes estava internada não tinha conhecimento da situação processual da mesma, o que torna impossível acompanhar os prazos judiciais estabelecidos à sentenciada.

²⁴⁹ Para informações sobre essa instituição ver Capítulo 2.

²⁵⁰ Requerimento. 18 de outubro de 1994. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁵¹ Requerimento. 27 de julho de 1995. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁵² Ofício 2882/95, 14 de agosto de 1995. Complexo Médico Penal. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

3.4 MANICÔMIO JUDICIÁRIO E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM DIÁLOGO DISSONANTE

Nos primeiros dias do mês de dezembro de 1995, foram realizadas as avaliações pelos diferentes profissionais do CMP para averiguar se a periculosidade de Lourdes estava cessada. O “relatório carcerário” permite saber que ela exercia o trabalho de “faxineira” na unidade. Sua conduta carcerária foi avaliada como “boa” e não frequentava a escola na instituição²⁵³. As informações sobre Lourdes no CMP são sucintas, as poucas palavras denunciam o silêncio do viver nessas instituições. O relatório revela traços da disciplina institucional, como a divisão dos espaços, a organização do tempo, a atribuição de tarefas e da vigilância da conduta. Para Foucault (2013, p. 89), a vigilância permanente sobre os indivíduos por alguém que exerce sobre eles um poder – médico, psiquiatra, diretor da prisão – e tem a possibilidade tanto de vigiar quanto de construir, a respeito deles, um saber. Um saber percebido através da documentação analisada, como os relatórios, boletins, laudos, pareceres sobre Lourdes.

A assistente social emitiu um parecer favorável para a concessão do benefício à Lourdes, ressaltando que a mesma possuía vínculo familiar bom e que as filhas a visitavam com frequência. Por isso, poderia continuar com o tratamento em sua cidade, em uma clínica especializada. A saída de Lourdes do manicômio era aguardada pelas filhas, talvez pela expectativa de ter a mãe fora de um manicômio judiciário, uma vez que as relações afetivas foram mantidas entre elas, situação essa que nem sempre ocorre com as pessoas internadas nessas instituições.

O psiquiatra, em sua avaliação, destacou que Lourdes permanecia com idéias delirantes de grandeza e místicas, condição que não permitia sua desinstitucionalização. Conforme o registro do relatório:

Quando fala do delito sempre inclui a palavra “DEUS”, mas com significado delirante, isto é, **fora da realidade**. Em certos momentos toda a estruturação de seu pensamento de desagrega, **cria palavras com um sentido que só a examinanda conhece**, suas frases não tem início, meio e fim, são palavras soltas. Apresenta alucinações auditivas e visuais, diz enxergar “DEUS” e o “CÃO”, e com estes dois ela fala. **Apresenta idéias de perseguição**, onde refere que pessoas de sua cidade, desde sua mocidade, lhe perseguem, o que o “juiz” também faz parte²⁵⁴. (grifo meu)

²⁵³ Relatório Carcerário, 05/12/1995. Complexo Médico Penal. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁵⁴ Laudo do Exame Psiquiátrico, 07 de dezembro de 1995. Complexo Médico Penal. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

Diante da gravidade de sua doença mental, “onde ainda se faz presente sintomatologia bastante florida que se relaciona de forma direta ao delito por ela cometido”²⁵⁵, o psiquiatra concluiu que sua periculosidade não se apresentava cessada e indicou que Lourdes deveria passar por outra avaliação, no prazo de um ano. Corroborando a afirmativa de Foucault (2010), o psiquiatra é quem responde sobre o eventual perigo que a pessoa representa. Nas palavras do autor:

ele precisa responder, ao mesmo tempo, em termos de psiquiatria e em termos de desordem e de perigo...A análise, a investigação, o controle psiquiátrico vão tender e se deslocar do que pensa o doente para o que ele faz, do que ele é capaz de compreender para o que ele é capaz de cometer, do que ele pode conscientemente querer para o que poderia acontecer de involuntário em seu comportamento (FOUCAULT, 2010, p. 121).

O parecer do psicólogo seguiu na direção do psiquiatra, concluindo que Lourdes deveria permanecer internada no CMP. De acordo com o documento:

As testagens psicológicas a que foi submetida indicam: Perturbação por falta de coordenação de seus impulsos. **Dificuldade de relacionamento** interpessoal e heterossexual. Instabilidade afetiva interna e externa. Dificuldade para enfrentar situações frustrantes do meio ambiente. Enfraquecimento estrutural. Ego estruturalmente enfraquecido e sem forças ou capacidade defensiva para manter-se organizado. Aspecto regressivo na maturidade afetiva.

Não encontra-se no momento em condições de receber seu desinternamento. Considera-se **não cessada a sua periculosidade**, na presente data²⁵⁶. (grifo meu)

Os pareceres dos especialistas *psi* apresentados acima evocam a afirmação de Foucault (2010, p. 13), sobre “os efeitos de poder que são produzidos por um discurso que é estatutário”. Esses discursos possuíam a autoridade científica de definir a vida de Lourdes. Os relatórios produzidos pelo diretor, assistente social, psiquiatra e psicólogo, constituem-se como compreende Foucault (2013, p. 89):

um saber que tem agora por característica não mais determinar se alguma coisa se passou ou não, mas determinar se um indivíduo se conduz ou não como deve, conforme ou não à regra, se progride ou não, etc. Ele se ordena em torno da norma, em termos do que é normal ou não, correto ou não, do que se deve fazer ou não fazer.

De acordo com os profissionais do CMP, Lourdes não havia “progridido”, não estava “como deve em termos do que é normal”, por isso sua saída do manicômio foi negada. Assim que manifestada a impossibilidade de desinternamento de Lourdes, a advogada solicitou ao

²⁵⁵ Ibidem.

²⁵⁶ Avaliação Psicológica, 11 de dezembro de 1995. Complexo Médico Penal. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

juiz que a medida de segurança fosse cumprida na modalidade de Hospital Dia, conforme a justificativa:

Que a sentenciada está internada há mais de dois anos. [...] O pedido tem em vista o quadro lastimável dos hospitais públicos, os quais possuem um grande número de internos, tendo isso motivado inclusive vários parlamentares a proporem legislações (ainda não aprovadas e polêmicas) de redimensionamento de atendimento de psiquiatria – internação²⁵⁷.

A solicitação da advogada evidencia a situação em que se encontravam os hospitais psiquiátricos no país e, associado a isso, o avanço de movimentos de transformação na assistência psiquiátrica no campo legislativo, conforme exposto no capítulo 2. Ressalta-se que, no ano de 1995, no Estado de Santa Catarina, do qual eram procedentes a advogada e Lourdes, o HCS foi descredenciado pelo Ministério da Saúde devido às condições precárias que a instituição se encontrava (COSTA, 2010). Portanto, a época era caracterizada por prenúncios de transformações para a saúde mental e também de incertezas quanto à operacionalização do atendimento. Para o psicanalista Fernando Tenório (2002, p. 43), “o processo em curso no país não consiste num desmantelamento da rede hospitalar, mas na sua transformação para alternativas não hospitalares”. O hospital dia era uma dessas possibilidades presente no Estado do Paraná, conforme mostrado adiante.

O requerimento da defensora ainda pontuou a dificuldade da família em fazer as visitas, devido aos horários e dias fixos determinados pela instituição. O promotor público contestou o pedido da advogada, a partir de uma justificativa fundamentada no exame psiquiátrico: “Lourdes possui uma grave doença mental, se fazendo ainda presente a necessidade de manutenção da paciente no manicômio judiciário, haja vista a permanência de sua periculosidade”²⁵⁸. Para o promotor público, a liberação de Lourdes implicava risco à segurança pública da sociedade.

A estratégia da advogada foi providenciar o envio ao juiz de pareceres elaborados por um psiquiatra e um psicólogo, explicando a modalidade Hospital Dia, a fim de evidenciar ao magistrado a possibilidade desse recurso no atendimento psiquiátrico à Lourdes. O psiquiatra Paulo Machado, perito da Secretaria de Justiça de Santa Catarina, formulou:

O atendimento em hospital dia vem de acordo com a política atual preconizada pela Organização Mundial de Saúde, pois é um passo decisivo no trabalho de ressocialização do paciente mental. No que tange a pacientes esquizofrênicos, além de ser uma das melhores indicações, evita um mal terrível, que é a perda de vínculos com a sociedade e com a família. Soma-se a isso que estamos na década de grandes avanços no tratamento químico de distúrbios mentais, sendo que com os recursos atuais, se tornou possível a atual política de acabar com os nosocômios

²⁵⁷ Requerimento, 15 de dezembro de 1995. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁵⁸ Poder Judiciário de Santa Catarina, 27 de dezembro de 1995. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

psiquiátricos. O hospital dia se transformou não mais em tratamento alternativo, mas em indicação segura, em primeiro plano²⁵⁹.

Machado enfatizou que os moldes antigos de internação psiquiátrica não podem mais serem admitidos e a internação, quando necessária, não deveria ultrapassar alguns dias ou meses. O médico finaliza afirmando que esse direcionamento devia ser preconizado também para pacientes psicóticos que estavam cumprindo uma medida de segurança.

O psicólogo Luiz Renato Braga, também a pedido da advogada, elaborou um parecer favorável ao desinternamento de Lourdes, recorrendo aos preceitos legislativos para articular seu argumento, referenciando a Portaria n° 224, do Ministério da Saúde, de 29 de janeiro de 1992, publicada no Diário Oficial da União, a qual regulamentou os serviços de saúde para atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais. Tal regulamentação estava associada ao movimento de reforma da assistência psiquiátrica do país. De acordo com a portaria:

tendo em vista a necessidade da assistência, bem como a preservação dos direitos da cidadania aos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria devem estar em conformidade com as seguintes orientações: está proibida a existência de espaços restritivos, celas fortes; deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes (BRASIL, 1992).

O teor da normativa expressa uma nova concepção de atendimento psiquiátrico pautado nos direitos dos usuários/as. No que tange aos hospitais, o direcionamento do documento remetia a uma diferente orientação para a estrutura física e organizacional existente até então, por exemplo, a partir da proibição de espaços restritivos, como as celas fortes. Os manicômios judiciais eram espaços por excelência constituídos pelas “celas fortes”, mas também eram e continuam sendo denominados hospitais psiquiátricos. Apesar da normativa nacional no início dos anos 1990 anunciar transformações no atendimento aos internados/as em hospitais psiquiátricos, veremos a seguir que os serviços substitutivos às longas internações encontrou resistência, quando invocado para Lourdes, uma mulher egressa de um manicômio judiciário.

O psicólogo valeu-se dos preceitos legais para fomentar seu parecer destacando as possibilidades de atendimento para Lourdes, como foi possível apreender no seguinte fragmento:

A instituição do hospital dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional visando substituir a

²⁵⁹ Parecer Psiquiátrico, 24 de janeiro de 1996. Processo penal n° 405/91. ACTJSC.

internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em cinco dias da semana (de segunda-feira à sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente²⁶⁰.

Braga argumentou que a compreensão para o tratamento da doença mental havia mudado e os longos períodos de internação, além de não serem mais indicados, eram compreendidos como prejudiciais aos pacientes. A normatização apresentada pelo profissional explicava a finalidade dos Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAPS) ou Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), os quais eram unidades de saúde locais ou regionais que ofereciam atendimento intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos, por uma equipe multiprofissional. Conforme depreende Abílio da Costa-Rosa (2000, p. 142),

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais e científicos e vários campos teóricos. A compreensão mais ampla de sua complexidade exige incursões pela teoria da análise política de instituições, teoria da análise institucional, teoria da constituição subjetiva e elementos de análise da história dos principais movimentos institucionais internacionais no campo da saúde mental e suas repercussões no contexto brasileiro: psiquiatria de setor e psicoterapia institucional (França), antipsiquiatria e comunidades terapêuticas (Inglaterra), saúde mental comunitária (Estados Unidos) e movimento da desinstitucionalização (Itália).

Entre as repercussões no contexto brasileiro, a portaria nacional 224/92 foi um importante avanço no âmbito legislativo. A normativa preconizava que os NAPS/ CAPS “atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica, ou egressos de internação hospitalar” (BRASIL, 1992). De acordo com as prerrogativas legais, as quais embasaram o argumento do psicólogo para a concessão da liberdade à Lourdes, a mesma enquadrava-se como egressa de hospital psiquiátrico, uma vez que os manicômios judiciários eram/são instituições de tratamento psiquiátrico e não para cumprimento de uma pena.

Além do embasamento no âmbito legal, Braga fundamentou sua exposição na literatura da área, por meio da obra “Psiquiatria Clínica Moderna”, do médico e psiquiatra Lawrence Kolb, cuja compreensão sobre o isolamento social em uma instituição, seja hospital ou prisão, era considerada como regressiva para o tratamento. Essas noções estavam alicerçadas ao novo modelo de assistência à saúde mental. O psicólogo finaliza evidenciando sua concepção sobre a loucura: “Talvez o maior perigo da loucura seja que a encontremos em nós mesmos e certamente esta seja a razão mais justificável para que a isolemos”²⁶¹. A frase

²⁶⁰ Parecer Psicólogo, 23 de janeiro de 1996. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁶¹ Ibidem.

do psicólogo enunciou que a perspectiva epistemológica do profissional contrapunha-se ao modo asilar, revelando uma ética do modo psicossocial, demonstrando distanciamento da concepção afeita ao confinamento da loucura. Abílio da Costa-Rosa (2000) explica que o modo psicossocial substitutivo do paradigma asilar, através dos NAPS, CAPS e hospital dia, tinham como princípio a desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural. Paulo Amarante (1996, p. 115) acentua que:

A desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É manifestação ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa novas possibilidades de reprodução social desses indivíduos.

Seguindo na esteira dos preceitos acima, mais um documento foi adicionado ao requerimento da advogada, com o objetivo de incrementar a solicitação, para além das justificativas embasadas por profissionais que atuavam no atendimento à saúde mental. Foram elaborados dois relatórios de clínicas associadas ao NAPS de Curitiba, os quais evidenciavam a transformação de um atendimento do modelo asilar para o modelo ambulatorial, operacionalizado no estado do Paraná. A Clínica Afetiva inaugurada em 1993, com o objetivo de ser uma Casa de Convivência para atendimento de pacientes com distúrbios mentais, enfocando a doença através de uma abordagem multidisciplinar. Já a Clínica Omega foi inaugurada nos mesmos moldes da anterior, em 1994. Ambas as Casas de Convivência eram conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atendiam pacientes portadores de doenças mentais, com diagnósticos de psicoses e neuroses graves.

A equipe dessas clínicas era formada por psicólogo, médico, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, farmacêutica, cozinheira e servente. O atendimento e atividades desenvolvidas enfocavam a inserção dos pacientes com a comunidade e também o atendimento destinava-se aos seus familiares. Conforme consta no documento:

um trabalho multidisciplinar de nossos NAPS, pois entendemos que as portarias e decretos iniciais são o farol que nos orienta nos primeiros passos neste trabalho mas que tende a amadurecer através das diversas práticas que se operacionalizam em todos os Estados deste Brasil. Para que não sejamos várias casas com suas próprias leis – repetindo simbolicamente o que ocorre na doença mental – devemos através de publicações ou de encontros levar nossas experiências ao conhecimento de quem se faz necessário: aos órgãos responsáveis, aos outros técnicos que como nós partilham as mesmas vivências e, enfim, a comunidade a qual servimos²⁶².

²⁶² Relatórios NAPS. Curitiba, dezembro de 1995. Clínica Afetiva e Clínica Omega. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

O relatório finaliza sinalizando uma reivindicação da Reforma que estava pautada nos direitos dos usuários: “Nossa prática nos traz questionamentos e reflexões e confirma algumas básicas, principalmente a que motiva toda essa mudança: a de que os portadores de doenças mentais sejam tratados com mais dignidade e mais ética para que possam exercer seus direitos de cidadãos”²⁶³. As transformações decorrentes da Reforma visavam incidir sobre setores estruturais, para o almejado “direito cidadão” dos usuários: “campo teórico-assistencial, campo técnico-assistencial, campo jurídico-político e campo sociocultural” (COSTA-ROSA, 2000, p. 151). Os relatórios elaborados pelos profissionais do NAPS de Curitiba elucidam os preceitos, as concepções, a estrutura física e o atendimento multiprofissional presentes na portaria nacional 224/92, mas também eram sinais concretos da Reforma Psiquiátrica que começavam a ser percebidos nos primeiros anos da década de 1990, no Estado do Paraná. De acordo com a historiadora Yonissa Marmitt Wadi (2009b), em 1993 foi criado na cidade de Curitiba o primeiro NAPS. Segundo a autora, a partir da década de 1990 ocorreram avanços mais sensíveis no que tange à assistência psiquiátrica, que culminaram com a promulgação da Lei Estadual nº 11. 189/1995 – a Lei da Reforma Psiquiátrica no Paraná. O modelo de atendimento à saúde mental preconizada na referida legislação citada por Wadi (2009b, p. 89) refere:

O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidado às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como, ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centro de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

A lei estabelecia ainda que a operacionalização desse novo modelo de assistência psiquiátrica seria estadual e municipal, e devia atender as particularidades regionais e locais, alicerçadas no SUS (WADI, 2009b, p. 90). O Estado do Paraná teve uma lei da Reforma, anterior à lei federal 10.216/01²⁶⁴.

A documentação apresentada pela advogada, elaborada pelos profissionais *psi* indicando no âmbito jurídico o atendimento alternativo à Lourdes, foi convincente para o judiciário. O promotor público encaminhou a solicitação ao magistrado, manifestando-se favorável “acerca da possibilidade de internamento da paciente em um dos estabelecimentos

²⁶³ Ibidem.

²⁶⁴ A trajetória da assistência psiquiátrica no Estado do Paraná encontra-se em: WADI, Yonissa Marmitt. Uma História da Loucura no Tempo Presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e Argumento**. v.1, n.1, p. 68-98, jan-jun. 2009b.

sem que haja risco a segurança pública". O juiz expediu um ofício²⁶⁵ ao diretor da Clínica Omega com a demanda de atendimento para Lourdes. O retorno dado pela instituição foi feito pelo psicólogo e a assistente social. O documento evidenciou a dificuldade encontrada para a desinternação de pacientes oriundos de manicômio judiciário, pois os mesmos representavam um risco para a sociedade devido sua pretensa periculosidade. Consta no ofício:

Primeiramente, cumpre-nos informar que somos uma instituição de hospital-dia que atendemos somente pacientes de quadro clínico estável. **Devido ao grau de periculosidade da requerida constatado nos inúmeros pareceres psicológicos**, informamos a Vossa Excelência que **não há qualquer possibilidade de internamento desta, tendo em vista o risco aos demais pacientes** que encontram-se em tratamento²⁶⁶. (grifo meu)

A Clínica Omega vinculada ao NAPS de Curitiba, que anteriormente havia apresentado sua proposta de atendimento psiquiátrico nos moldes da Reforma, posteriormente, conforme o fragmento acima, quando o juiz solicitou a assistência para Lourdes, ou seja, para uma egressa de um manicômio judiciário, a clínica negou prontamente, "devido ao grau de periculosidade da requerida", "tendo em vista o risco aos demais pacientes". Lourdes tinha a marca de louca e criminosa, habitante de manicômio judiciário. Uma vez considerada perigosa, sempre perigosa (IBRAHIM, 2014). Diante da impossibilidade de um tratamento alternativo à clausura, Lourdes permaneceu internada por mais um ano no CMP. A complexidade para a desinstitucionalização de Lourdes, que recebeu suporte familiar e amparo legal pela sua defensora, demonstra a inviabilidade do direito de receber tratamento psiquiátrico em serviços alternativos, que estavam disponíveis na comunidade, não apenas previstos no horizonte jurídico²⁶⁷.

²⁶⁵ Ofício nº 211/96. 06 de março de 1996. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁶⁶ Ofício 071/96. Curitiba, 06 de maio de 1996. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁶⁷ A resistência encontrada para a saída de Lourdes e de Teresa do CMP, em finais dos anos 1990, subsiste como um entrave da Reforma na atualidade. A advogada Mariana de Assis Brasil e Weigert endossa a tese de que os preceitos da Reforma não contemplaram os manicômios judiciários, e os considerados loucos criminosos permanecem sendo tratados pela lógica periculosista em instituição total. Todavia, a autora apresenta dois programas inéditos, criados no Brasil após os anos 2001, para pessoas em cumprimento de medida de segurança, que possuem iniciativas concretas dos preceitos da Lei da Reforma de 2001: o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), desenvolvido no estado de Minas Gerais, possui como função principal o acompanhamento integral ao chamado paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo penal. A realização desse programa foi possível através da parceria intersetorial entre os Poderes Judiciário e Executivo e a comunidade em geral. Assim, os manicômios judiciários foram dispensados e as pessoas passaram a ser encaminhadas à rede pública de saúde mental. Belo Horizonte é a primeira cidade brasileira a propor que os considerados loucos infratores sejam tratados na rede aberta da cidade, conjugando responsabilidade e inserção social. O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), desenvolvido no estado de Goiás, inspirado no programa mineiro, está ligado à Secretaria do Estado da Saúde. Os loucos infratores são atendidos pelo SUS, e se houver necessidade de internação, serão encaminhadas às clínicas conveniadas ao SUS. Ambos os programas são compostos por equipes multidisciplinares, cujo atendimento se estende às famílias. Conforme a autora, o êxito do PAI-PJ e do PAILI parece estar justamente no laço desfeito

Em conformidade com a advogada Mariana de Assis Brasil e Weigert (2017), as pessoas que carregam o duplo estigma de louca e infratora são as mais frágeis dentre todas as figuras que habitam o sistema penal e as maiores vítimas do sistema carcerário do país. De acordo com a autora:

Se no universo do sistema punitivo, homens e mulheres são violentados diariamente, a situação dos loucos pode ser mais grave na medida que: a) podem não ter condições de avaliar a situação que se encontram; b) ainda que possuem consciência crítica, ao investir em qualquer reivindicação, provavelmente não serão ouvidos, já que são considerados irracionais; c) a medicação que consomem diariamente nos manicômios judiciais potencializa a perda de consciência e diminui ou anula as possibilidades de resistência, frente à lógica periculosista (WEIGERT, 2017, p. 122).

Apesar da dificuldade para a autorização legal de sair do manicômio frente à lógica periculosista, Lourdes teve como porta-voz na instância jurídica, as filhas, na figura da advogada, cuja atuação constante perpassou as malhas da psiquiatria e do judiciário. Em fevereiro de 1997, o juiz da cidade do Estado de Santa Catarina, onde ocorreu o crime, solicitou ao diretor do CMP, por meio de ofício²⁶⁸, informações sobre qual o estado clínico de Lourdes e a possibilidade do encaminhamento da mesma para atendimento ambulatorial. O retorno foi realizado pelo juiz da Vara de Execução Criminal de Curitiba, comunicando ao juiz da cidade de Lourdes e enviando a cópia da sentença proferida pelo juizado paranaense, com a concessão do benefício de “liberdade vigiada” por um ano para a sentenciada, com a obrigação de observar as seguintes regras de conduta:

tomar ocupação honesta dentro de trinta dias; fixar residência e só se mudar com autorização deste juízo; abster-se do uso de bebidas alcoólicas, jogos e outros vícios; recolher-se à habitação até às 22 horas; não trazer consigo arma ou instrumento capaz de ofender; não frequentar casas de bebida ou tavolagem, nem certas reuniões públicas, senão espetáculos cinematográficos ou esportivos, sempre na companhia de pessoa de sua família; apresentar-se mensalmente até o término desta medida ao Juízo de Direito da Comarca onde reside.

Expeça-se o alvará de soltura em favor do supracitado sentenciado, que deverá ser encaminhado, com a **caderneta de vigilando** ao Complexo Médico Penal.

Curitiba, 18 de abril de 1997.

Francisco Eduardo de Oliveira, Juiz de Direito²⁶⁹ (grifo meu)

As normas impostas à Lourdes foram equivalentes às de Teresa quando essa recebeu o mesmo benefício, pois o procedimento da “liberdade vigiada” consta no Art. 767, do

entre loucura e periculosidade e na responsabilização do autor do delito em relação ao seu ato, sem o isolamento manicomial (WEIGERT, 2017, p. 159-177).

²⁶⁸ Ofício nº 089/97. 13 de fevereiro de 1997. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁶⁹ Juiz de Direito da Vara de Execuções Penais da Comarca de Curitiba. 18 de abril de 1997. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

Código de Processo Penal (BRASIL, 1941). As duas mulheres saíram do manicômio com a “caderneta de vigilando”, cujos preceitos parecem cômicos, tendo em vista que ambas tinham mais de 50 anos, saindo de um manicômio judiciário, parece improvável que viriam a frequentar casa de jogos, consumir bebidas alcoólicas, etc. A “caderneta” revela que a preocupação do judiciário residia na reincidência ao crime, ou seja, proteger a sociedade dessas pessoas e não no tratamento psiquiátrico, o qual desencadeou o “tratamento” com a medida de segurança. A “caderneta”, que significa a permanência do controle e da vigilância da vida de Teresa e Lourdes, e a segurança da sociedade, concerne à sobreposição do modelo jurídico-penal ao modelo psiquiátrico-terapêutico, cujos preceitos normativos parecem distantes das relações sociais dessas mulheres. Todavia, a liberdade vigiada conjuga o poder disciplinar e o poder de normalização para essas mulheres.

Lourdes tinha 54 anos de idade quando saiu do manicômio judiciário e passou a residir com sua filha em Curitiba, ficando o juizado dessa comarca com a incumbência de fiscalização da “liberdade vigiada”. As fontes não fornecem indícios de como decorreu o controle do benefício aludido. A vinculação de Lourdes com a justiça penal extinguiu-se efetivamente em maio de 1998, quando o juiz de Curitiba determinou extinta sua medida de segurança. Essa decisão desencadeou novamente um desentendimento entre o judiciário dos dois estados. O promotor público de Santa Catarina manifestou sua insatisfação diante da atuação do judiciário do estado paranaense afirmando o seguinte:

Este Juízo de Execução claramente determinou que a liberdade vigiada concedida a condenada *Lourdes* seria cumprida na cidade de Curitiba, competindo-lhe apenas o caráter de “fiscalização” da medida.

Acontece que para surpresa deste Juízo, houve a informação daquele juízo meramente fiscalizatório, sem competência para deliberar sobre a execução, que havia sido determinada a extinção da medida. O juízo competente para análise e decretação de eventual extinção da medida de segurança é o de SC e não o de Curitiba/PR²⁷⁰.

O representante do Ministério Público e posteriormente o juiz solicitaram o envio do exame de cessação de periculosidade de Lourdes ao juizado de Curitiba. Sobre esse exame, cumpre destacar o direcionamento do psiquiatra quanto à importância da participação da família de Lourdes em sua “reduzida melhora” e o permanente acompanhamento necessário após sua liberação, porque sem esse não haveria qualquer possibilidade de alta.

O promotor público solicitou anulação da extinção da medida, alegando que “esta carece de validade, pois foi prolatada por juiz sem a devida competência para tanto, que

²⁷⁰ Manifestação do Ministério Público de Santa Catarina, 09 de dezembro de 1998. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

exercia tão somente, repito, o caráter fiscalizatório. Não se questiona aqui o mérito da decisão, mas a competência para proferi-la”²⁷¹. A manifestação do promotor público não foi acolhida pelo juiz, o qual declarou e finalizou assim o processo de Lourdes: “o fato de ser o juízo de Curitiba especializado da execução penal, passou a ser dele a competência para cumprimento da medida, bem como sua extinção”²⁷². Evidenciam-se as disputas, os jogos de poder, dentro do poder judiciário, os quais constroem os jogos de verdades sobre os sujeitos. Resolvidas as dissidências, foram concluídos os vínculos de Lourdes com a justiça em 1999. Após dez anos, consta um ofício de 2009, registrado pela escrivã de justiça informando à advogada o destino do machado, arma do crime:

fica decretado o perdimento, em favor da União, das armas de fogo, munição, arma branca e demais objetos apreendidos nestes autos. Determino a seguinte destinação: as armas brancas (facas, facões, canivetes, etc.) além dos demais instrumentos cortantes ou perfurantes, deverão ser destruídos em ferraria ou assemelhado, nesta comarca...arquivem-se definitivamente os autos, ou se já arquivados, a eles retornem em definitivo²⁷³.

Os vestígios da trajetória de Lourdes “arquivados em definitivo” no silêncio de um arquivo criminal permitiram a construção dessa narrativa, colocando-a sob a luz da História, especialmente sob a história das mulheres, em definitivo.

3.5 ENTRELAÇANDO A TRAMA: COADUNANDO TRAJETÓRIAS

As trajetórias das duas mulheres, Teresa e Lourdes, permitem perceber os aspectos semelhantes de seus percursos entre o crime e a loucura, e os deslocamentos implicados de acordo com as especificidades de cada uma delas. Teresa, acusada de lesão corporal (Art. 129 do CP), e Lourdes, acusada de tentativa de homicídio (Art. 121 do CP). As duas mulheres, consideradas perigosas, por isso, um risco social, receberam como sentença a imposição de uma medida de segurança detentiva. De acordo com Diniz e Brito (2016, p. 124), “loucura e crime são acontecimentos que atualizam a moral do perigo e justificam o regime de vigilância pela clausura”.

Ambas as mulheres tiveram o diagnóstico de esquizofrenia no exame psiquiátrico realizado no MJSC. Teresa ficou internada em hospitais psiquiátricos e manicômio judiciário

²⁷¹ Manifestação do Ministério Público de Santa Catarina, 19 de fevereiro de 1999. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁷² Vistos. 24 de fevereiro de 1999. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

²⁷³ Poder Judiciário, 30 de setembro de 2009. Processo penal nº 405/91. ACTJSC.

por aproximadamente trinta anos. No caso de Lourdes, apesar das fontes não indicarem longas internações em instituições psiquiátricas, sinalizam o tratamento constante, por longos anos de sua vida. A classificação de doença mental e a infração penal levaram essas mulheres a um percurso institucional, por diferentes instituições psiquiátricas, até suas incursões em manicômio judiciário. Na acepção de Fernanda Otoni Barros-Bresset (2012, p. 122),

os diagnósticos, os exames, a presunção de verdade que todo atestado de doença comporta produziram práticas violadoras de direitos, justificando-as na presumível garantia de ordem pública, sem riscos, quando a loucura é asilada, em nome da defesa social. O dispositivo classificatório que ousou poder saber diferenciar os normais dos anormais, os fora da norma, imiscuiu o saber psiquiátrico nas instituições jurídicas, sanitárias e asilares, para fazer girar a manivela do controle social.

Para a autora, a engrenagem científica contribuiu para a transmissão de um sentido para a experiência da loucura, como um comportamento deficitário, menor e perigoso. Esse sentido sustenta práticas enrijecidas e segregativas dos dispositivos em funcionamento (BARROS-BRESSET, 2012, p. 120). O manicômio judiciário foi e permanece sendo a instituição por excelência, que encarcerou pessoas por tempo indeterminado.

A possibilidade de subsidiar a defesa no decorrer do processo judicial permitiu que Lourdes não permanecesse por anos em um manicômio judiciário, sendo a atuação da advogada um fator fundamental no desenvolvimento de sua ação penal. Ao contrário do que ocorreu com Teresa, que permaneceu a maior parte de sua vida internada em hospitais psiquiátricos. Esse aspecto está relacionado à política de saúde mental, à prática psiquiátrica da época e a compreensão da loucura pela sociedade, que visava o isolamento dos tidos como loucos. A longa permanência de Teresa em um manicômio judiciário também está relacionada às condições financeiras de sua família em subsidiar sua defesa, enquanto que o seu retorno requisitava cuidados em um lugar onde a exigência do trabalho da lavoura e da casa era premente. Portanto, a classe social foi basilar para seu enclausuramento constante em hospitais psiquiátricos e especialmente em manicômio judiciário, uma vez que a infração rompeu as regras sociais presentes no ordenamento jurídico e o procedimento subsequente demandou a atuação de distintos atores, entre eles, a advogada. A análise dos dois processos judiciais que deram origem a essa narrativa histórica permitem inferir que a categoria classe social foi um componente determinante no percurso dessas mulheres, pois o trâmite judicial demanda um trabalho agenciador e é oneroso em termos financeiros.

Há outro aspecto que diferencia Teresa e Lourdes: as possibilidades de falar. Teresa efetivamente não consegue falar, pois está comprometida pela sua perturbação, pelos longos anos de internação, pela medicação, etc. Ela possui somente duas frases registradas no

processo penal. Os psiquiatras e os operadores do Direito assinalaram sua incapacidade de falar devido “às condições que se encontrava”. Lourdes foi inquirida pela instância policial e judiciária, e respondeu, sua fala consta nos autos, se percebe a elaboração dos fatos por parte de Lourdes. Quando foi submetida ao exame de sanidade mental no MJSC, a filha estava presente e diante do seu comprometimento identificado pelo psiquiatra, a filha forneceu as respostas. Teresa não teve qualquer familiar junto de si, na delegacia e na inquirição do exame.

Teresa adentrou no CMP do Paraná em 1989, e, segundo os autos, saiu em 2002. Lourdes foi internada na mesma instituição em 1995 e saiu em 1997. Portanto, essas mulheres estiveram institucionalizadas no CMP em um mesmo período. Desse modo, é presumível que em algum momento tenham estado próximas nas dependências do manicômio judiciário, apesar da rotina silenciosa de Teresa percebida nos autos, e a indicação de que Lourdes tenha desenvolvido alguma atividade, como a faxina da instituição.

Os anos de 1990 são emblemáticos para a política de saúde mental no Brasil, quando uma nova proposta para a assistência psiquiátrica estava sendo incrementada. Os princípios preconizados pela Reforma foram usados como justificativa para a desinternação de Lourdes, no entanto, de forma paradoxal, o novo modelo de assistência à saúde mental também foi concebido como um argumento para a inviabilidade da sua desinternação do manicômio judiciário. Teresa encontrou a mesma resistência; as transformações no atendimento psiquiátrico aos considerados doentes mentais foram justificativas para não recebê-la no IPq-SC. Isso evidenciou a dificuldade de aceitação institucional e social para o retorno à comunidade de pessoas que viveram atrás dos muros e das grades de um manicômio judiciário. Associado a esse fato, a questão do gênero pode tornar ainda mais complexo o processo de desinstitucionalização quando foram elas as internas.

A quem coube o cuidado das pessoas de modo geral, e especialmente aos procedentes de hospitais psiquiátricos ou manicômios judiciários? Às mulheres. Isso ocorreu e ocorre devido às construções culturais e históricas que determinaram espaços e funções sociais de gênero. Conforme inferem Alda Martins Gonçalves e Roseni de Sena (2001, p. 49), “o cuidado não institucionalizado é uma prática milenarmente assumida pelas mulheres”. As autoras salientam que as mudanças proporcionadas pela reforma psiquiátrica, como a proibição das longas internações, que poderiam ser perpétuas, preconizam o direito das pessoas consideradas doentes mentais em viverem na comunidade e com a família. Por outro lado, as autoras afirmam que “na dinâmica das relações sociais, os reflexos da reforma

psiquiátrica sobre o cuidado do doente mental na família revelam dificuldades no âmbito emocional, social, econômico” (MARTINS, SENA, 2001, p. 52). Logo, o cuidado demanda dedicação constante que incide sobre as mulheres da família.

Teresa e Lourdes, quando puderam sair do manicômio, demandaram uma pessoa como responsável pelo cuidado advindo pós-internação, inclusive foi um critério do poder judiciário para a liberação delas. Teresa foi para a casa do cunhado, possivelmente ficando sob a responsabilidade da irmã, ou de outra mulher da família. Lourdes ficou sob o cuidado das filhas, as quais aguardavam pela saída da mãe e, conforme as fontes indicaram, houve a permanência das relações afetivas durante a institucionalização.

A experiência de Teresa e de Lourdes entre o crime e a loucura apreende os distintos mecanismos de poder propostos por Foucault, centrados no “poder sobre a vida”, do corpo individual e da população, através do poder disciplinar e da biopolítica. Essas mulheres viveram em instituições de isolamento e constituíam uma população específica, a dos considerados anormais. Teresa e Lourdes tiveram a regulação da vida a partir da medida de segurança.

Conforme Foucault, a disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos.

é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los...Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (FOUCAULT, 2005, p. 107).

Na direção do autor, o filósofo Roberto Machado (2005, p. XX²⁷⁴) compreende que o poder disciplinar não destrói o indivíduo, ao contrário, ele o fabrica através da ação sobre o corpo, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça o homem como produção do poder.

O outro mecanismo de poder mobilizado para a análise foi a biopolítica, a qual ocorre pela regulação das populações, que age sobre a espécie humana com o objetivo de assegurar sua existência. O que não significa que as estratégias de poder substituam o indivíduo pela população, mas é um tipo de poder que faz a gestão da vida do corpo social, como processos de intervenção e de regulação da população (MACHADO, 2005). Teresa e Lourdes tiveram

²⁷⁴ A paginação está em números romanos.

suas experiências resultantes do poder disciplinar e do controle pela regulação dos dispositivos de segurança.

Para a filósofa Sandra Caponi (2014, p. 751), a estratégia biopolítica é “uma estratégia de gestão e governo das populações, próprias das sociedades liberais e neoliberais, que se articulam em torno à obsessão por antecipar e prevenir todos os riscos possíveis”. Para a autora, a biopolítica está situada no diálogo onde é possível identificar alguns mecanismos, entre eles:

a centralidade da norma e a oposição normalidade-patologia; os estudos estatísticos referidos aos fenômenos vitais que caracterizam as populações; a problemática do risco-segurança, isto é, a idéia de que é possível se antecipar os riscos e evitar a emergência de futuros danos (CAPONI, 2014, p. 750).

Os mecanismos apontados pela autora foram percebidos na análise dos processos judiciais. A identificação psiquiátrica da normalidade-patologia de Teresa e Lourdes e o risco que ambas representavam para a sociedade, logo o dispositivo de segurança que preveniu “danos futuros” foi a internação em manicômio judiciário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da escrita da narrativa histórica sobre a experiência de mulheres entre a loucura e o crime em Santa Catarina, algumas considerações pretendem fazer o fechamento do percurso da pesquisa, o qual resultou de uma investigação insistente na busca pelos rastros das mulheres, e que escandiu as informações encontradas nos documentos, a fim de delinear partes de suas trajetórias.

O MJSC foi a instituição desencadeadora da trama, o lugar comum, de passagem para as mulheres. Por isso, foi preciso a compreensão da emergência da instituição no Estado de Santa Catarina, e a problematização de gênero, de um estabelecimento de confinamento, construído a partir do modelo penal e do modelo psiquiátrico, cuja demanda ocorreu historicamente na sociedade brasileira e em diferentes temporalidades. O processo histórico aqui estudado foi conduzido pelo marcos das normativas nacionais, assim como, considerou as transformações das prerrogativas legais aos tidos como loucos criminosos.

Um manicômio judiciário se distingue dos demais hospitais psiquiátricos, uma vez que, o ingresso nesses últimos, dos tidos como loucos, ao longo da História ocorreu de forma demasiada como um depósito de pessoas indesejáveis para a sociedade, por motivos distintos. Muito embora, cumpre afirmar que as pessoas que habitaram e habitam os manicômios judiciários ampliam o rol dos indesejáveis, cujo ingresso pela esfera penal pode se perpetuar pela esfera psiquiátrica.

A singularidade do MJSC em não possuir desde sua emergência um espaço para a internação das mulheres, fato esse que instigou a pesquisa, caracterizou também a dificuldade em localizar os documentos sobre elas. O entusiasmo com a descoberta das fontes, inicialmente, teve o sentido de respostas a um processo histórico, mas também significou um árduo itinerário de investigação. O exercício de interrogar as fontes parece simples, entretanto, revelou a necessidade de constantemente “desconfiar” do que se apresenta como similar. As minhas hipóteses iniciais incidiam no se que refere as construções discursivas feitas pelos psiquiatras sobre as mulheres, na construção dos seus diagnósticos, nos quais seria possível identificar os “papeis sociais” de gênero. No entanto, essa estimativa não se confirmou. Tal pressuposto enunciou uma tentativa de estabelecer comparativos com a literatura existente, de estudos realizados em temporalidades do início do século XX, conforme indicado na introdução. Embora amplamente conhecidas as orientações da

epistemologia feminista em advertir para os perigos de generalizações igualando as mulheres como se pertencessem a uma categoria única. Preceito esse, identificado conforme a metodologia se delineava a partir do estudo minucioso dos documentos.

O marcador social de gênero no MJSC suscitou, em um primeiro momento, conhecer os direcionamentos dos psiquiatras indicado às mulheres. Os prontuários mostraram que o hospital psiquiátrico, o HCS, era o local destinado a elas. No entanto, essas fontes revelavam traços da vida dessas mulheres, do cotidiano, das relações sociais, que preponderaram para a condução da pesquisa aos processos penais. Esses documentos permitiram problematizar o processo histórico que até então enunciava o HCS como o único encaminhamento feito às mulheres. A análise do caso de Teresa e de Lourdes evidenciou a complexidade de historicizar o tempo presente, uma história do inacabado.

O confinamento de mulheres em hospícios/ hospitais psiquiátricos estiveram associados às relações de gênero, classe social, etnia, e outros marcadores sociais da diferença ao longo da História. Entretanto, a entrada de mulheres em um manicômio judiciário ocorreu pelo âmbito penal, portanto, distinto do ingresso em outros hospitais psiquiátricos, nos quais a decisão de internação podia ser feita por um familiar, pelo pai, pelo marido, pelo irmão. O envio de mulheres para manicômios judiciários ocorreu pela imbricação da justiça e da psiquiatria, mas é preciso considerar que as relações de poder e as relações de gênero também fazem parte desses casos. Quando se trata da saída de um manicômio judiciário, a autorização ou aceite pelos familiares possui implicação no “destino” dessas pessoas. Os dois casos estudados nessa dissertação evidenciam isso. A permanência dos manicômios judiciários na sociedade brasileira desafia a observância da lei da reforma psiquiátrica, a qual demanda a assistência extramuros, colocando em cena mais uma vez a família. Até as últimas décadas do século XX, a família tinha a autoridade para a internação de homens e mulheres em hospícios. No século XXI, a existência dos manicômios judiciários posiciona a atuação da família como central, não mais pela entrada, mas principalmente, pela saída da instituição.

O envio de Teresa e de Lourdes para manicômios judiciários do sul do Brasil corroboram a importância de desmistificar ou adensar a análise da categoria “mulheres”, pois, assim como privilegia o enfoque sobre um grupo, as mulheres, também é uma categoria multifacetada, não constitui parte de um todo homogêneo e universal. Tal evidência que a pesquisa buscou demonstrar a partir das trajetórias das mulheres apresentadas no capítulo 1, e posteriormente, com as trajetórias de Teresa e de Lourdes.

Dois conjuntos principais de análise permearam esta dissertação e estão articulados ao longo do texto: as famílias e os marcadores sociais que diferenciaram as trajetórias de Teresa e de Lourdes. O agenciamento ou o não agenciamento das famílias foi decisivo para essas mulheres, seja pelas décadas de internação de Teresa, seja pela brevidade que decorreu a internação de Lourdes. Teresa era uma mulher solteira, camponesa, e a família, composta por sete irmãos. Lourdes tinha duas filhas. A maternidade também é um marcador social da diferença, pois as filhas possuíam a responsabilidade legal sobre Lourdes.

A categoria classe foi definidora para os encaminhamentos feitos pela justiça. A família de Teresa era pobre, não tinha subsídios para sua defesa. A possibilidade de pagar uma advogada amplia sobremaneira a contingência para a subtração do tempo de internação. Mas não somente a classe. A categoria geração possui relevância quando se trata do dever do cuidado, e aqui, soma-se a capacidade de resolução dos procedimentos jurídicos, também associado ao nível de instrução. As filhas de Lourdes eram jovens, e cursavam ensino superior. Teresa era uma senhora solteira de mais de 50 anos, sem filhos/as, analfabeta, quando saiu do manicômio. Sua irmã e cunhado, responsáveis pelo seu cuidado, provavelmente tinham idade próxima a ela.

A categoria raça não se mostrou como central para a análise da diferença entre as duas mulheres, não somente restrita a essas, mas sobre as demais analisadas no restante do corpus documental da pesquisa. Teresa e Lourdes eram mulheres brancas. As trajetórias das mulheres narradas no primeiro capítulo, predominantemente, eram brancas, somente Bernadete era negra. A indicação de um dado ínfimo pode apontar para a necessidade de uma investigação mais adensada. Os manicômios judiciais estão inseridos na lógica do sistema penitenciário, da segurança pública, portanto, das prisões, e essas, demandam uma análise que tenha as categorias de classe e de raça como articuladores para se compreender a diferença. Mulheres brancas e negras acusadas ou denunciadas pela justiça e que tenham a imposição de um exame de sanidade, podem ter diferentes destinos no sistema penal. Tendo em vista o encarceramento em massa no país, o qual possui a marcação de classe e de raça, a invisibilidade das mulheres negras nessa pesquisa provoca novas questões, e enfatiza a necessidade de mapear outros espaços de isolamento, para compreender como são produzidas as diferenças e as desigualdades sociais.

Essa dissertação resultou do estranhamento suscitado pelos documentos, e provocou o deslocamento das perguntas, a fim de apreender um processo histórico que possui experiências coletivas, com suas similaridades, mas também se diferencia na desmesura do

singular. O estranhamento também marcado por informações distintas às oficiais, revelando o inesperado. Os fragmentos do percurso entre a loucura e o crime de Teresa e de Lourdes possíveis de alcançar nessa pesquisa, demonstraram os diferentes contornos incididos sobre suas trajetórias. Teresa foi enviada para um manicômio judiciário devido a sua loucura considerada perigosa, longe dos familiares, os quais também não solicitaram sua remoção para o Estado de origem. Lourdes adentrou dois manicômios, tendo como justificativa as solicitações das filhas, para que pudessem manter os laços de afeto com a mãe.

A abertura dos arquivos judiciais para a construção das trajetórias das mulheres, também significou compreender esse processo histórico a partir da abertura das portas do manicômio, pois a clausura legitimada pelo saber psiquiátrico e pelo saber jurídico configura o âmbito do social.

Os interstícios dos jogos de poder como identificado no inquérito, no exame psiquiátrico, na arguição dos operadores do Direito, assim como, no agenciamento da família, e das outras categorias da diferença, incidiram na determinação do destino dessas mulheres. A saída de um manicômio judiciário é árdua, e pode ser ainda mais, para as pessoas pobres, conforme demonstrou o estudo a partir do caso de Teresa.

Essa narrativa remete à dimensão múltipla do tempo, onde é possível perceber o cruzamento da diacronia e da sincronia, ou seja, um conjunto de práticas institucionais coexistem, ocorrem de forma simultânea, e outras se transformaram. O movimento da reforma psiquiátrica evidencia mudanças na concepção do atendimento às pessoas consideradas doentes mentais, no entanto, os manicômios judiciários denunciam a permanência do confinamento das pessoas ditas loucas criminosas. Esses apontamentos possibilitam a ampliação do escopo de pesquisa sobre a temática no âmbito da história do tempo presente, e também demonstra os desafios para uma investigação nesse campo historiográfico, no que se refere ao tratamento de cunho metodológico, sobre a ética na escrita da História.

As histórias de Teresa e de Lourdes permitem esclarecer alguns aspectos que continuam autorizando a entrada de homens e mulheres em manicômios judiciários sem prazo determinado para sair. O perigo social chancelado pela psiquiatria separa os anormais dos normais, os que devem estar atrás dos muros do manicômio, e os que estão fora. No entanto, consegui acompanhar Teresa e Lourdes da entrada ao manicômio até o momento da saída, e compreender os mecanismos de poder que ordenaram sutilmente suas trajetórias. Em um exercício de imaginação histórica busquei em cada fresta aberta pelas fontes, - ainda que

muitas ficassem sem respostas – espreitar a vida de Teresa e de Lourdes. Não sei como foi o retorno delas à família, ou seja, um possível epílogo para os casos estudados. A convivência de Lourdes com as filhas e o restante da parentela após o trágico acontecimento. Teresa após mais de trinta anos vivendo em instituições psiquiátricas, não tenho como saber sobre a receptividade dela na família da irmã, também não posso inferir sobre os efeitos da pretensa “normalização” da medida de segurança. Será que Teresa conseguiu se “adaptar”, ou continuou sendo diferente aos seus? A dificuldade de fala de Teresa registrada repetidas vezes pelos operadores do Direito e do campo *psi*, denota o sofrimento vivido por ela, e a clausura como resposta.

As histórias de mulheres presentes nessa narrativa se referem a uma parte de suas trajetórias de vida, que de forma paradoxal, foram possíveis chegar até a pesquisadora, devido a incidência de um crime, especificamente contra a vida: a morte. Assim, as trajetórias demonstram sofrimentos, tristeza, perturbação, a dureza do “real”, do trágico, e também do trivial.

O estudo sobre a experiência de mulheres entre o crime e a loucura de um passado que desliza no tempo presente lançou algumas luzes. O silêncio sobre as mulheres em parte foi irrompido, elas não estão mais ao lado, ou nas sombras da história, mas devidamente em cena. As indagações incitadas nessa narrativa devem espreitar outros umbrais a fim de deslindar outras histórias, outras mulheres.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Bruna Soares. **Entre as leis da ciência, do Estado e de Deus: O surgimento dos presídios femininos no Brasil**. 316 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ANDRADE, Camila Damasceno de. **Do trabalho ao cárcere: criminalização e encarceramento feminino em Santa Catarina (1950-1979)**. 286 p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

ALMEIDA, Francis Moraes de. **Fronteiras da sanidade: ‘Periculosidade’ e ‘risco’ na articulação dos discursos psiquiátrico forense e jurídico no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de 1925 a 2003**. 331 p. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ALMEIDA, Rosemary de Oliveira. **Mulheres que matam: Universo Imaginário do Crime no Feminino**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UFRJ, 2001.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas. In: _____ **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 73-84.

_____, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para loucura e psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AREND, Silvia Maria Fávero. **Histórias de Abandono: Infância e Justiça no Brasil (década de 1930)**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2011.

_____, Silvia Maria Fávero. Ainda vivemos como nossos pais? Notas sobre mudanças nas famílias brasileiras das classes médias urbanas (1980-2000). **Fronteiras: Revista Catarinense de História**, Florianópolis, n.21, p. 144-164, 2013.

ASSUNÇÃO, Cória Helena Vieira de. **A saúde da mulher: a situação das encarceradas do Presídio Feminino de Florianópolis**. 64 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BARROS, Daniel Martins de. **O que é psiquiatria forense?** São Paulo: Brasiliense, 2008.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p. 37-52, mar-ago. 2011.

_____, Fernanda Otoni. Loucura, Direito e Sociedade: um laço de presunções ideologicamente justificadas. **RDisan**, São Paulo, v.12, n.3, p. 119-124, 2012.

BERQUÓ, Elza. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In. SCHWARCZ, Lília Moritz. **História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea**.

São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p. 411-437.

BORENSTEIN, Miriam Susskind et al. Terapias usadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.6, p. 665-669, 2007.

BORGES, Viviane Trindade. **Loucos nem sempre mansos**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2012.

_____, Viviane Trindade. Nem loucos, nem são, “tipos à parte”: arquivos, crime e loucura em Santa Catarina (1930-1970). **Revista Latino-Americana de História**, São Leopoldo, v.3, n.12, p. 6-20, dez. 2014.

_____, Viviane Trindade. Um “depósito de gente”: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant'Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1531-1549, out-dez. 2013.

BRASIL. **Código Civil Quadro Comparativo 1916/2002**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

BRITO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01**: Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 212 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAMPOS, Cynthia Machado. **Santa Catarina, 1930**: da degenerescência à regeneração. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2008.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, 2014.

CARRARA, Sérgio Luis. **Crime e Loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, São Paulo: EDUSP, 1998.

_____, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 16-29, 2010.

CORRÊA, Mariza. **Morte em família**: representações jurídicas de papéis sexuais. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

CORREIA, Ludimila Cerqueira et al. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delito. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.9, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/02.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

CARVALHO, Sandra Maciel de; PERUCCHI, Juliana. “Não converso com demente”: Intersecções entre Direito e Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.36, n.3, p. 584-596, jul-set. 2016.

CASTRO, Edgardo. Discurso. In: _____ **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores.** Belo Horizonte: Autêntica, 2009, p. 117-123.

CORTÊS, Iáris Ramalho. A trilha legislativa da mulher. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Orgs). **Nova História das Mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2013, p. 260-285.

COSSE, Isabella. **Pareja, sexualidade y familia en los años sesenta: una revolución discreta en Buenos Aires.** Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2010. Cap. 4.

COSTA, Eliani. **Hospital Colônia Sant'Ana: e o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981).** 299 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

CUNHA, Maria Clementina. Loucura, Gênero Feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. **Revista Brasileira de História.** São Paulo, v.9, n.18, p.121-144, ago-set. 1989.

CRUZ JUNIOR, Eurípedes Gomes da. **Do asilo ao museu: ciência e arte nas coleções da loucura.** 367 p. Tese (Doutorado em Museologia e Patrimônio) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

DARMON, Pierre. **Médicos e assassinos na “Belle Époque”:** a medicalização do crime. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_n_o_brasil_censo2011.pdf>. Acesso em: 02 jul.2018.

_____, Debora. Ética em pesquisa em ciências humanas: novos desafios. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.13, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n2/a17v13n2.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

_____, Debora. Ela, Zefinha – O nome do abandono. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.20, n.9, set. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2667.pdf> > Acesso em: 27 jun. 2018.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana. “Eu não sou presa de juízo não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 113-129, jan-mar. 2016.

DOSSE, François. História do Tempo Presente e Historiografia. **Tempo e Argumento:** Florianópolis, v. 4 n. 1, jan-jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180304012012005>>. Acesso

em: 04 jul. 2018.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

ENGEL, Magali. *Psiquiatria e Feminilidade*. In: DEL PRIORE, Mary; BANANEZI, Carla. **História das mulheres no Brasil**. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2008, p. 322-361.

_____, Magali. **Os Delírios da Razão: Médicos, Loucos e Hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FARGE, Arlette. **O sabor do arquivo**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

FERLA, Luis. **Feios, sujos e malvados sob medida: A utopia médica do biodeterminismo**. São Paulo (1920-1945). São Paulo: Alameda, 2009.

FERNANDES, Regina Paulista. **Para além das grades e regras sociabilidade e loucura: uma análise no manicômio judiciário do Paraná**. 144 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2000.

FICO, Carlos. *História do Tempo Presente, eventos traumáticos e documentos sensíveis: o caso brasileiro*. **Varia História**. Belo Horizonte, v.28, n.47, p. 43-59, jan-jun. 2012.

FONTOURA, Arselle de Andrade da. **Por entre luzes e sombras. Hospital Colônia Santana: (Re)significando um Espaço da Loucura**. 160 p. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

FOUCAULT, Michel. *Direito de morte e poder sobre a vida*. In: _____ **História da Sexualidade 1: A vontade de saber**. 4ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2017. p. 145-175.

FOUCAULT, Michel. *A vida dos homens infames*. In: _____ **O que é um autor?** Lisboa: Passagens, 1992, p. 89-128.

_____, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

_____, Michel. **Microfísica do poder**. 21 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

_____, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 42 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

_____, Michel. *A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX*. In: _____ **Ética, sexualidade, política**. (Ditos e escritos V) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 1-25.

_____, Michel. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____, Michel. **A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____, Michel. *A Expertise Psiquiátrica*. In: _____ **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. (Ditos e escritos I) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999, p. 269-280.

_____, Michel. **Eu, Pierre Riviere, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**: um caso de parricídio do século XIX. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. 4 ed. Rio de Janeiro: Nau, 2013.

FRANCO, Marina; LÉVIN, Florencia. El pasado cercano em clave historiográfica. In: _____ **Historia reciente**. Perspectivas y desafios para um campo em construcción. Buenos Aires: Paidós, 2007, p. 31-66.

FRANCO, Stella Maris Scatena. Gênero em debate: problemas metodológicos e perspectivas historiográficas. In: VILLAÇA, Mariana. PRADO, Maria Ligia Coelho (Orgs). **História das Américas**: fontes e abordagens historiográficas. São Paulo: Humanitas: CAPES, 2015, p. 36-51.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.9, n.2, p. 48-55, mar. 2001.

GUILHEM, Dirce; DINIZ, Debora. **O que é ética em pesquisa**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

HARRIS, Ruth. **Assassinato e loucura**: medicina, leis e sociedade no fin de siècle. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

HENNING, Carlos Eduardo. Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações**, Londrina, v.20, n.2, p. 97-128, jul-dez. 2015.

HIRATA, Helena. Gênero, Classe e Raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, São Paulo, v.26, n.1, p. 61-73, jun. 2014.

IBRAHIM, Elza. **Manicômio Judiciário**: da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris, 2014.

KOERICH, Ana Maria Espíndola. **Hospital Colônia Sant'Ana**: Reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971). 107 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

KOSELLECK, Reinhart; GADAMER, Hans-Georg. **Estratos do tempo**: estudos sobre história. Rio de Janeiro: Contraponto: PUC-Rio, 2014.

KUMMER, Lizete Oliveira. **A psiquiatria forense e o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul: 1925-1941**. 157 p. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LIMA, Ana Cristina Costa. **Normalidade e controle**: discursos na Psiquiatria e na Psicanálise. Curitiba: Appris, 2015.

LOHN, Reinaldo Lindolfo. Relações políticas e ditadura: do consórcio autoritário à transição controlada. In: BRANCHER, Ana Lice; LOHN, Reinaldo Lindolfo. **Histórias na ditadura**. Santa Catarina (1964-1985). Florianópolis: Ed. da UFSC, 2014, p. 17-60.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____, Roberto. Introdução: Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 21 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005, p. VII-XXIII.

MAGALDI, Felipe Sales. **Frestas estreitas**: Uma etnografia no Museu de Imagens do Inconsciente. 158 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014.

MANUAL da classificação internacional de doenças: manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito: baseada nas recomendações da Nona Conferência de Revisão, 1975, São Paulo: [s.n.], v.1, 1978.

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 549-572, mai-ago, 2003.

MATOS, Maria Izilda Santos de. História das mulheres e das relações de gênero: campo historiográfico, trajetórias e perspectivas. **Mandrágora**, v.19, n.19, p. 5-15, 2013.

MELLO, Luiz Carlos. **Nise da Silveira**: caminhos de uma psiquiatra rebelde. Rio de Janeiro: Automática Hólos Consultores Associados, 2015.

MELO, Marcos Costa. **Ser ou não ser, “louco” é a questão**: Relações crime – loucura. 138 p. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MOLINA, Andrés Rios. Locos letrados frente a la psiquiatria mexicana a inicios de siglo XX. **Frenia**, v. 4, n.2, p. 17-35, 2004.

MOUTINHO, Laura. Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero nas produções acadêmicas recentes. **Cadernos Pagu**, n.42, p. 201-248, jan.-jun. 2014.

MUZZOPAPPA, Eva; VILLALTA, Carla. Los documentos como campo. Reflexiones teórico-metodológicas sobre un enfoque etnográfico de archivos y documentos estatales. **Revista Colombiana de Antropología**, v. 47, n.1, p. 12-42, 1. sem. 2011.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio-ago. 2004.

PEDRO, Joana Maria; VEIGA, Ana. Gênero. In: COLLING, Ana Maria; TEDESCHI, Losandro Antônio (Org). **Dicionário crítico de gênero**. Dourados: UFGD, 2015, p. 304-307.

PEDRO, Joana Maria. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, São Paulo, v.24, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/his/v24n1/a04v24n1.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

PELBERT, Peter Pal. **Manicômio mental**: a outra face da clausura. São Paulo: Hucitec, 1992,

p. 131-138.

PERES, Maria Fernanda Tourinho e NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 335-355, maio-ago. 2002.

PERROT, Michelle. Práticas da memória feminina. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 9-18, 1989.

_____, Michelle. Escrever a história das mulheres. In: _____. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2013, p. 13-39.

_____, Michelle. Figuras e Papeis. In: _____. **História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009, v.4, p. 107-168.

PICCININI, Walmor J. História das Classificações Psiquiátricas no Brasil. **Psychiatry on line Brasil**. 2006, v. 11, n. 11. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo.php>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, v.11, n.2, p. 263-274, jul.-dez. 2008.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.12, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

POYER, Viviani. **Penitenciária Estadual da Pedra Grande: um estudo sobre a política de combate à criminalidade em Florianópolis entre 1935-1945**. 138 p. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

PORTER, Roy. **Uma História Social da Loucura**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

RAGO, Margareth. Feminismos a la brasileña. In: MORANT, Isabel. **Historia de las mujeres en España y América Latina: Del siglo XX a los umbrales del XXI**. Madrid: Catedra, 2006, p. 863-880.

_____, Margareth. As mulheres na historiografia brasileira. In: SILVA, Zélia Lopes (Org). **Cultura Histórica em Debate**. São Paulo: UNESP, 1995, p. 81-91.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

REBELO, Fernanda; CAPONI, Sandra. O gabinete do doutor Edelvito Campelo D'Araújo: a Penitenciária Pedra Grande como espaço de construção de um saber (1933-1945). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1217-1238, out-dez. 2007.

ROSEMBERG, André; SOUZA, Luiz Antônio Francisco de. Notas sobre o uso de fontes judiciais e policiais como fonte de pesquisa histórica. **Patrimônio e Memória**, v.5, n.2, p. 159-173, dez. 2009.

ROUSSO, Henry. **A última catástrofe**: a história, o presente e o contemporâneo. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016.

SACRISTÁN, Teresa; WADI, Yonissa Marmitt. Loucura. In: COLLING, Ana Maria; TEDESCHI, Losandro Antônio (Org). **Dicionário crítico de gênero**. Dourados: UFGD, 2015, p. 411-417.

SANTOS, Ascleide Ferreira dos. **O Tribunal de Nuremberg e o Direito Internacional**. 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/o-tribunal-de-nuremberg-e-o-direito-internacional>> Acesso em: 20 nov. 2017.

SANTOS, Edna Teresinha dos. **O Fenômeno da Prisionização**: uma experiência no Complexo Médico-Penal do Paraná. 56 p. Monografia (Especialização em Modalidades de Tratamento Penal e Gestão Prisional) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do Hospício à Comunidade**: Políticas Públicas de Saúde Mental. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SARDÁ, Juliana. **Entre o Manicômio e a Prisão**: A fundação e os internos do Manicômio Judiciário do Estado. 57 p. Monografia (Graduação em História) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SALLA, Fernando; BORGES, Viviane Trindade. Prontuários de instituições de confinamento. In: RODRIGUES, Rogério Rosa (Org). **Possibilidades de pesquisa em História**. São Paulo: Contexto, 2017, p.115-136.

SCOTT, Ana Silvia. O caleidoscópio dos arranjos familiares. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Orgs). **Nova História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2013, p. 15-42.

SCOTT, Joan. A invisibilidade da experiência. **Projeto História**, São Paulo, n.16, p. 297-325, fev. 1998.

_____, Joan. História das Mulheres. In: BURKE, Peter (Org). **A escrita da história**: novas perspectivas. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1992, p. 63-95.

_____, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 5-22, jul-dez. 1990.

SILVA, Tânia M. Gomes da. Trajetória da Historiografia das Mulheres no Brasil. **Politeia: História e Sociedade**, Vitória da Conquista, v.8, n.1, p. 223-231, 2008.

SOIHET, Rachel. História das Mulheres. In: CARDOSO, Ciro Flamariom; VAINFAS, Ronaldo. **Domínios da história**: ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus, 1997, p. 275-296.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da História das Mulheres e das Relações de Gênero. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v.27, n. 54, 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbh/v27n54/a15v2754.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 25-59, jan-abr. 2002.

VALENTE, Rubens; LEITE, Pedro Dias. Cirurgia psiquiátrica é feita sem controle. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 de set. de 2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2809200301.htm>> Acesso em: 16 fev. 2018.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p. 35-52, dez. 2011.

VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely de (Org). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

VERMEREN, Patrice. O que é um louco? In: MUCHAIL, Salma (Org). **O mesmo e os outros: 50 anos de História da loucura**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 11-22.

VILLASANTE, Olga et al. Letras retenidas. Experiencias de internamiento en las cartas de los pacientes del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, Madrid (1900 – 1950). **Revista Culturas Psi/Psy Cultures**, Buenos Aires, n.6, p.118-137, mar. 2016.

WADI, Yonissa Marmitt; CASAGRANDE, Attiliana de Bona. Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção de Adauto Botelho no Paraná, anos 1950. **Trashumate: Revista Americana de História Social**, México, n.5, p. 174-198, ene-jun. 2015.

_____, Yonissa Marmitt. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923), **História Unisinos**, v.10, n.1, p. 65-79, jan-abr. 2006.

_____, Yonissa Marmitt. **A história de Pierina**: subjetividade, crime e loucura. Uberlândia: EDUFU, 2009a.

_____, Yonissa Marmitt. Um lugar (im)possível: narrativas sobre o viver em espaços de internamento. In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádia Maria Weber (Org). **História e loucura: saberes, práticas e narrativas**. Uberlândia: EDUFU, 2010, p. 331-360.

_____, Yonissa Marmitt. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v.1, n.1, jan-jun. 2009b. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/710>>. Acesso em 02 jul. 2018.

_____, Yonissa Marmitt. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. **Topoi**, Rio de Janeiro, v.12, n.22, p. 250-269, jan-jun. 2011.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Medidas de segurança e reforma psiquiátrica: silêncios e invisibilidades nos manicômios judiciais brasileiros**. Florianópolis: Empório do Direito, 2017.

FONTES

Legislação

BRAZIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Manda executar o Código Criminal do Império. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 07 Jun. 2018.

BRAZIL. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890**. Promulga o Código Penal. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRAZIL. **Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência aos Alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. **Decreto Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm> Acesso em: 28 maio 2018.

BRASIL. **Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/17210.htm>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. **Lei 7.209 de 11 de julho de 1984**. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e prevenção ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e da outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916**. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3071.htm>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece normas e diretrizes para a saúde mental. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SANTA CATARINA. **Projeto de Lei nº 131/1970**. Cria o Manicômio Judiciário. APESC.

SANTA CATARINA. **Decreto nº 4.812, de 13 de setembro de 1994**. Regimento interno do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Secretaria de Estado da Segurança Pública. APESC.

Mensagens do governador

SANTA CATARINA. **Mensagem Anual do Governador Ivo Silveira**. 1967. Centro de Memória da Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina.

SANTA CATARINA. **Mensagem Anual do Governador Ivo Silveira**. 1968. Centro de Memória da Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina.

Ofícios

SANTA CATARINA. **Ofícios Expedidos Manicômio Judiciário**. Ofício nº 732 de 21 de setembro de 1977. APESC.

SANTA CATARINA. **Ofícios Expedidos Juízes Penitenciária Florianópolis**. Ofício nº 136 de 18 de março de 1976. APESC.

SANTA CATARINA. **Ofícios Expedidos Juízes Manicômio Judiciário**. Ofício nº 1.172 de 28 de dezembro de 1978. APESC.

Prontuários

Lote 6 – 17 (17 cx) – SAME/ HCTP
 Lote 2 – 23 (4 cx) – SAME/ HCTP
 Lote 24 – 45 (33 cx) – SAME/ HCTP
 Lote 46 – 52B (23 cx) – SAME/ HCTP
 Lote 53 – 55 (12 cx) – SAME/ HCTP
 Lote 56 – 59 (23 cx) – SAME/ HCTP
 Lote 60 – 63A (16 cx) – SAME/ HCTP
 Lote 64 – 67A (22 cx) – SAME/ HCTP
 Lote 68 – 74B (25 cx) – SAME/ HCTP
 Lote 75 – 78 (16 cx) – SAME/ HCTP

Processos penais

Processo penal nº 141/88. ACTJSC
 Processo penal nº 405/91. ACTJSC

APÊNDICE A – Quadro geral dos crimes

Quadro 1- Crimes pelos quais as mulheres foram acusadas

Artigo	Crime	Quantidade
DOS CRIMES CONTRA A PESSOA		
121	Homicídio	30
123	Infanticídio	01
129	Lesão corporal	17
136	Maus-tratos	02
147	Ameaça	02
148	Seqüestro ou cárcere privado	01
150	Violação de domicílio	01
DOS CRIMES CONTRA O PATRIMÔNIO		
155	Furto	21
157	Roubo	02
158	Extorsão	01
163	Dano	02
171	Estelionato	07
DOS CRIMES CONTRA O SENTIMENTO RELIGIOSO E CONTRA O RESPEITO AOS MORTOS		
210	Violação de sepultura	01
211	Destruição ou ocultação de cadáver	01
DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL		
214	Atentando ao pudor (Revogado pela Lei 12.015/2009)	02
233	Ato obsceno	04
DOS CRIMES CONTRA A FAMÍLIA		
244	Abandono material	01
249	Subtração de incapazes	01
DOS CRIMES CONTRA A INCOLUMIDADE PÚBLICA		
281	Comércio, posse ou uso de entorpecente (Revogado pela Lei nº 6368/1976)	03
DOS CRIMES CONTRA A FÉ PÚBLICA		
289	Moeda falsa	01
DOS CRIMES CONTRA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA		
333	Corrupção ativa	01
344	Coação no curso do processo	01
LEI Nº 6368, DE 21 OUTUBRO DE 1976		
12	Importar ou exportar, trazer consigo substância entorpecente	74
13	Possuir ou guardar instrumento destinado a fabricação de substância entorpecente	01
14	Associação de duas pessoas ou mais a fim praticar os crimes dos artigos 12 ou 13	11
16	Adquirir, guardar ou trazer consigo para uso próprio substância entorpecente sem autorização, ou em desacordo com determinação legal	12
-	Não consta	02

Fonte: SAME/ HCTP. Elaborado pela autora, 2017.