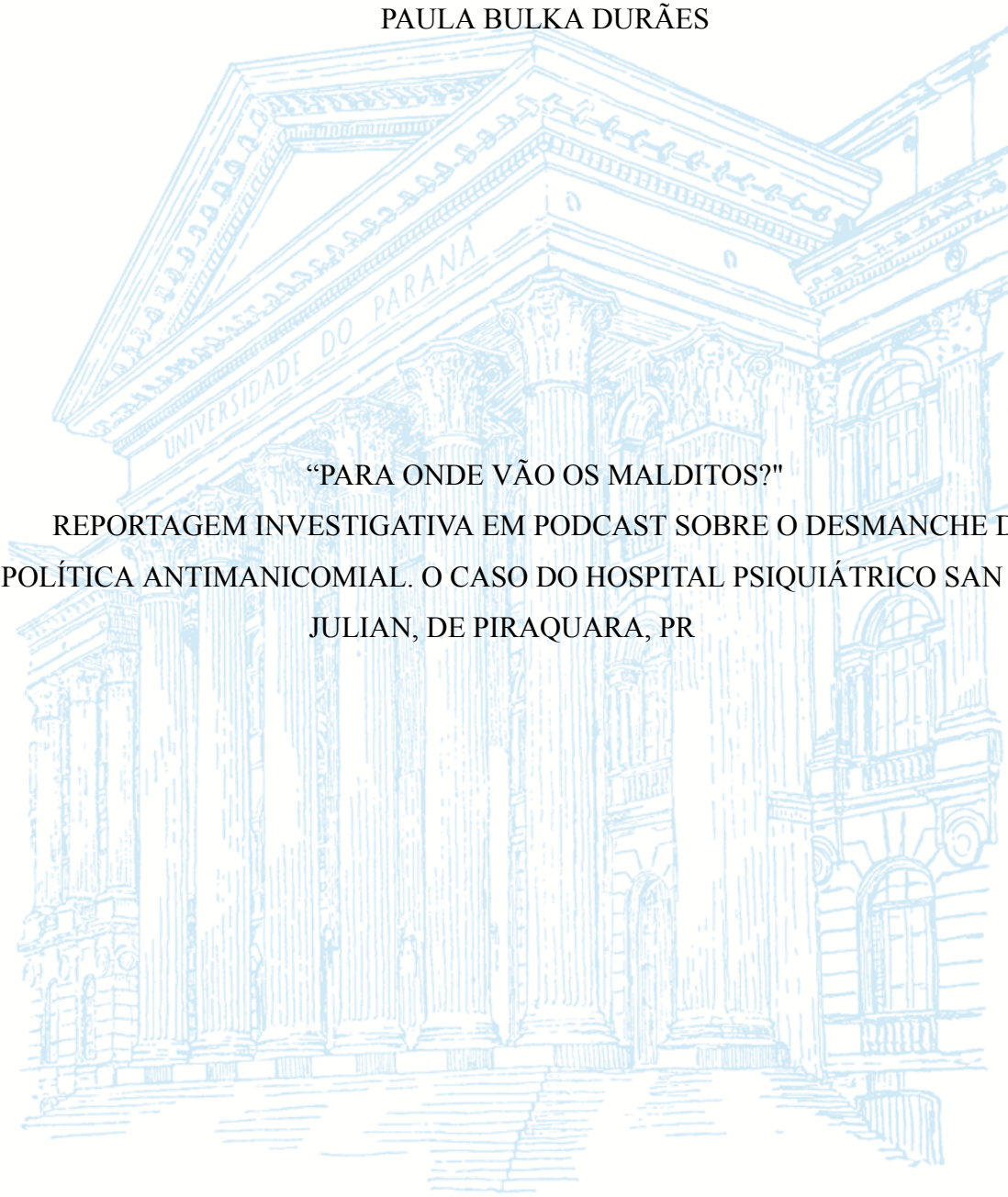


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PAULA BULKA DURÃES

“PARA ONDE VÃO OS MALDITOS?”

REPORTAGEM INVESTIGATIVA EM PODCAST SOBRE O DESMANCHE DA
POLÍTICA ANTIMANICOMIAL. O CASO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN
JULIAN, DE PIRAQUARA, PR



CURITIBA

2024

PAULA BULKA DURÃES

“PARA ONDE VÃO OS MALDITOS?”

REPORTAGEM INVESTIGATIVA EM PODCAST SOBRE O DESMANCHE DA
POLÍTICA ANTIMANICOMIAL. O CASO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN
JULIAN, DE PIRAQUARA, PR

TCC apresentado ao curso de Graduação em
Jornalismo, Setor de Artes, Comunicação e Design,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Jornalismo.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Fernandes

CURITIBA

2024

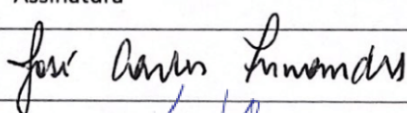
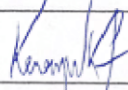
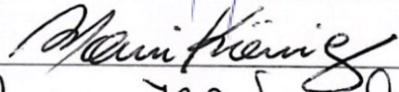
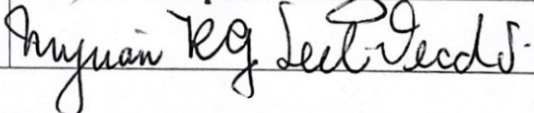


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL
Rua Bom Jesus, 650, - - Bairro Juvevê, Curitiba/PR, CEP 80035-010
Telefone: 3360-5000 - <http://www.ufpr.br/>

ATA DE REUNIÃO

**ATA DA BANCA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE JORNALISMO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

No dia 20/12/2024, às 11 horas, os membros da banca de avaliação reuniram-se no Departamento de Comunicação Social da UFPR, com a finalidade de avaliar a aluna **PAULA BULKA DURÃES** que apresentou o trabalho de conclusão de curso em jornalismo intitulado: **Para onde vão os malditos?" Reportagem investigativa em podcast sobre o desmanche da política antimanicomial. O caso do Hospital Psiquiátrico San Julian, de Piraquara, PR.** Após informar as normas do exame de avaliação, o orientador passou a palavra para que a aluna realizasse a apresentação. Finalizada a exposição, a aluna foi arguida pelos membros da banca que atribuíram as seguintes notas:

Professora	Nota	Assinatura
JOSÉ CARLOS FERNANDES	100	
KEVIN WILLIAN KOSSAR FURTADO	100	
MAURI KÖNIG	100	
MYRIAN REGINA DEL VECCHIO DE LIMA	100	

Sendo assim, a média aritmética atribuída à aluna na defesa de seu Trabalho de Conclusão de Curso, foi 100, nota que será lançada no SIGA pelo Professor Orientador somente após realizadas as considerações sugeridas pela banca. A aluna foi considerada aprovada na disciplina e deverá entregar o trabalho com alterações sugeridas pela banca em até 10 dias.



JOSÉ CARLOS FERNANDES

Professor Orientador

AGRADECIMENTOS

Este projeto moldou a minha vida enquanto jornalista. Deixo a Universidade Federal do Paraná realizada com uma extensa apuração movida sempre pela indignação. Agradeço a minha mãe, Célia Bulka, por financiar meus estudos para que eu pudesse estar aqui concluindo minha formação em uma universidade pública. O seu apoio incondicional me empurra para frente, cada dia mais perto de alcançar meus objetivos, em um caminho em que você me apontou a entrada.

Também destaco a contribuição do meu pai e amigo, Marcos Durães Júnior, que me desafiou em 2019, quando comuniquei a escolha pelo jornalismo, a nadar como “peixe grande”, numa profissão cheia de tubarões.

Não posso deixar de agradecer ao meu avô, Marcos Durães, que muito antes de eu dar os primeiros passos, cumpriu uma carreira brilhante na “Era de Ouro” da rádio e televisão. Se hoje escolhi fazer dessa investigação jornalística um *podcast*, é porque aprendi com você que a voz é a nossa maior arma.

Ao professor José Carlos Fernandes, meu mentor nos quase cinco anos que passei na graduação, talvez você não saiba disso, mas em 2017, quando assisti sua palestra na Feira de Profissões da UFPR, com tanta paixão e veemência pelo contar histórias, tive certeza que este era o grande objetivo da minha vida. Não poderia ser diferente agora, em 2024, ter você ao meu lado neste desfecho.

Aos outros mentores que me guiaram nesta jornada, agradeço pelas trocas em ensinamentos, em especial Myrian Del Vecchio, por ter me introduzido ao jornalismo investigativo, ao Kevin Kossar Furtado e a Maíra Gioia, pela auxílio teórico-prático desta reportagem, e ao Mauri König, por lá atrás ter contribuído nesta investigação.

Aos meus colegas Eric Rodrigues, Luisa Mattos, Marina Anater, Joana Tápea e Murilo Bernardon, obrigada por me emprestarem a voz. Também deixo um agradecimento especial para a professora Melissa Rodrigues e a Giovana, por me apresentarem à luta antimanicomial.

Olhos na abertura da porta rodam a fechadura.

Já não sei quem e o que sou.

Acuado, tento fuga alucinante.

Agarrado, imobilizado... escuto parte do meu gemido.

Quem disse que só se morre uma vez?

(Canto dos Malditos, Austregésilo Carrano Bueno, 2004, p. 5).

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) investiga o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileira através de uma reportagem investigativa e narrativa em formato de *podcast*, com foco no Hospital Psiquiátrico San Julian, localizado em Piraquara (PR). O objetivo principal é analisar, sob uma perspectiva jornalística, a conduta da instituição, a fim de averiguar possíveis violações aos direitos humanos. Para tanto, foram desenvolvidas, neste relatório, análises contextuais, históricas e jurídicas sobre a loucura, as reformas psiquiátricas, a luta antimanicomial brasileira e os desmontes da Política Nacional de Saúde Mental – baseadas no argumento de autores-chave, como Michel Foucault, Erving Goffman, Daniela Arbex, Paulo Amarante, Nise da Silveira e Austregésilo Carrano Bueno. A metodologia envolveu pesquisa documental, entrevistas e pré-entrevistas com ex-pacientes, familiares e ex-funcionários do hospital, além da conversa com especialistas e fontes oficiais e institucionais. Também foi levantado, via Lei de Acesso à Informação, um documento com a *causa mortis* dos pacientes do hospital, de 2008 a fevereiro de 2024, cruzadas com a faixa-etária e identificação racial dos óbitos. Também obteve-se acesso aos procedimentos administrativos levantados contra o San Julian pelo Ministério Público do Paraná, de 2009 a 2024. A investigação também examina os impactos das decisões políticas recentes, como o aumento de verbas públicas para hospitais psiquiátricos, em contraste com os cortes de recursos destinados aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Os resultados indicam que a instituição, mesmo com denúncias e constatação de recentes irregularidades apontadas por órgãos de fiscalização, continua a operar com significativo financiamento público e leitos reservados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conclui-se que o fortalecimento do jornalismo investigativo é essencial para a promoção do debate público sobre saúde mental, especialmente diante do contexto de retrocessos políticos e sociais na área. O *podcast* emerge como um formato acessível para disseminar essas discussões e estimular a mobilização social.

Palavras-chave: luta antimanicomial; Hospital Psiquiátrico San Julian; direitos humanos, Política Nacional de Saúde Mental; *podcast* investigativo.

ABSTRACT

This Final Project investigates the rollback of the Brazilian National Mental Health Policy through an investigative and narrative report in podcast format, focusing on the San Julian Psychiatric Hospital, located in Piraquara (PR). The main objective is to analyze, from a journalistic perspective, the conduct of the institution, in order to investigate possible violations of human rights. To this end, this report develops contextual, historical, and legal analyses on mental illness, psychiatric reforms, the Brazilian antimanicomial struggle, and the dismantling of the National Mental Health Policy – based on the argument of key authors, such as Michel Foucault, Erving Goffman, Daniela Arbex, Paulo Amarante, Nise da Silveira, and Austregésilo Carrano Bueno. The methodology involved documentary research, interviews, and pre-interviews with former patients, family members, and former hospital employees, as well as discussions with experts and official and institutional sources. Also, through the Brazilian Access to Information Law, a document was obtained with the cause of death of hospital patients, from 2008 to February 2024, cross-referenced with the age group and racial identification of the deceased. Access was also gained to the administrative procedures filed against San Julian by the Public Prosecutor's Office of Paraná, from 2009 to 2024. The investigation also examines the impacts of recent political decisions, such as the increase in public funding for psychiatric hospitals, in contrast with the cuts in resources allocated to Psychosocial Care Centers, Caps. The results indicate that the institution, despite allegations and the finding of recent irregularities pointed out by regulatory bodies, continues to operate with significant public funding and beds reserved for the Brazilian Unified Health System (SUS). It is concluded that the strengthening of investigative journalism is essential for promoting public debate on mental health, especially in the context of political and social setbacks in the area. The podcast emerges as an accessible format to disseminate these discussions and stimulate social mobilization.

Keywords: antimanicomial struggle; San Julian Psychiatric Hospital; human rights, National Mental Health Policy; investigative podcast.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – LISTA DE FONTES

46

LISTA DE SIGLAS

AAs – Alcoólicos Anônimos

Abraji – Associação Brasileira de Jornalistas Investigativos

Asja – Associação San Julian Amigos e Colaboradores

Caps – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial/Álcool e Drogas

Cepai – Centro Psíquico da Adolescência e Infância

Cnes – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNP – Conselho Nacional de Psicologia

CRP-PR – Conselho Regional de Psicologia

CTs – comunidades terapêuticas

Depad – Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas

Dinsam – Divisão Nacional de Saúde Mental

FNS – Fundo Nacional de Saúde

Funad – Fundo Nacional Antidrogas

LAI – Lei de Acesso à Informação

MDS – Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

MNPCT – Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MON – Museu Oscar Niemeyer

MPPR – Ministério Público do Paraná

MPT – Ministério Público do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

Pnad – Nova Política Nacional sobre Drogas

PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Raps – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

RMC – Região Metropolitana de Curitiba

Sesa-PR – Secretaria do Estado de Saúde do Paraná

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sisnad – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UFPR – Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	RECORTES HISTÓRICOS SOBRE A LOUCURA	19
2.1	NAUS, LEPROSÁRIOS E COLÔNIAS	19
2.2	HOLOCAUSTO OU NAVIO NEGREIRO?	24
3	A LUTA ANTIMANICOMIAL BRASILEIRA	29
3.1	O QUE É LUTA ANTIMANICOMIAL E SUA ORIGEM	29
3.2	CASO DE BARBACENA E DE CURITIBA: O EFEITO AUSTREGÉSILO CARRANO	31
3.3	DESMONTE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	35
4	CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO	39
4.1	HOSPITAL SAN JULIAN: UM ESPAÇO A SER INVESTIGADO	39
4.2	MODUS OPERANDI	45
4.3	PONTOS A SEREM INVESTIGADOS	52
5	O PODCAST INVESTIGATIVO	54
5.1	A INVESTIGAÇÃO NO JORNALISMO	54
5.2	PODCAST	57
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61

1 INTRODUÇÃO

A luta antimanicomial no Brasil resiste frente ao desmonte da Política Nacional de Saúde Mental, um retrocesso protagonizado pelo governo Bolsonaro. A palavra resistência é a que mais se encaixa àqueles que defendem as resoluções previstas pela reforma psiquiátrica no país, em vigência há mais duas décadas com a Lei nº 10.216/2001. Entre outros avanços, a legislação introduz os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, através de decretos que visam, a longo prazo, desospitalização dos tratamentos, com a redução gradativa de leitos psiquiátricos hospitalares e a substituição pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), e outros espaços terapêuticos que promovam o acolhimento dos pacientes em liberdade.

Em Piraquara (PR), uma instituição psiquiátrica privada, de natureza filantrópica, vai na contramão da Constituição Brasileira. No município, que integra a Região Metropolitana de Curitiba, está localizado o San Julian, Centro Hospitalar e de Saúde Mental, inaugurado em 1968 – anterior à reforma psiquiátrica brasileira e co-protagonista das torturas e maus-tratos narrados por Austregésilo Carrano, na autobiografia *Canto dos Malditos* (1990). Na época das denúncias, o local tinha outro nome: Hospital de Neuropsiquiatria do Paraná.

Quase 30 anos depois, em 2018, o centro foi uma das 40 instituições psiquiátricas no Brasil a passar por uma rigorosa vistoria do Ministério Público do Trabalho (MPT), em colaboração com o Conselho Nacional de Psicologia (CNP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e outros órgãos fiscalizadores. O relatório com os resultados da visita, publicado no ano seguinte (Abrams et al. 2019), deixou evidente inúmeras irregularidades sanitárias, de infraestrutura e na promoção dos direitos humanos.

Apesar de a resolução do Conselho Regional de Psicologia (CRP-PR) recomendar à Secretaria Estadual de Saúde a imediata suspensão das atividades ambulatoriais e hospitalares do San Julian, em 2022 a instituição foi uma das beneficiadas pelo aumento de 40% dos repasses estaduais para leitos de psiquiatria ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em contrapartida, os Caps sofreram, nos últimos quatro anos, reduções expressivas de verbas públicas e tiveram sua existência em risco, com a ameaça do ex-presidente Jair Bolsonaro (PL) em fechar a portaria responsável pelos centros, com a nota técnica 11/2019.

O Hospital San Julian, gerido pela Associação San Julian Amigos e Colaboradores (Asja) beneficia-se desses repasses de maneira inapropriada. Segundo informações dispostas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), a instituição está habilitada a manter de 241 a 400 leitos hospitalares. Entretanto, sabe-se que a unidade chegou aos 420 leitos em 2018 (Abrams et al., 2019, p. 2). O número exato em 2023 é impreciso, mas a

própria assessoria do hospital divulga frequentemente a informação de que o San Julian possui mais de 400 leitos, 100% destinados ao SUS, divididos em três alas – Bion, Jellinek e Rached – que atendem exclusivamente pacientes do sexo masculino. A maior parte dos leitos é destinada a adultos com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. As outras vagas dividem-se entre adolescentes, também usuários de drogas, e adultos com transtornos mentais.

Que o sofrimento psíquico é, inevitavelmente em diversos pontos da história humana, mal interpretado e utilizado como pretexto para a exclusão social, não é novidade. O caso brasileiro possivelmente mais extremo é o do Hospital Colônia de Barbacena (MG), responsável por 60 mil mortes em cerca de 50 anos (Arbex, 2013). Dando seguimento à autora, a Política Nacional de Saúde Mental segue em risco, com o fortalecimento dos novos hospícios, as comunidades terapêuticas (CTs) e expansão dos leitos psiquiátricos.

O Hospital San Julian não é o primeiro, muito menos o único em funcionamento a promover inúmeras condutas violentas e inapropriadas, por meio da exclusão (Casagrande, 2015). A luta pela desinstitucionalização da loucura é um compromisso de cada cidadão brasileiro e, sobretudo do jornalismo, que possui as ferramentas necessárias para colocar estes estabelecimentos novamente no debate popular.

Assim, foi desenvolvido um produto jornalístico sonoro e seriado, o *podcast*, de fácil disseminação virtual, para que os resultados desta investigação cheguem ao público com maior facilidade. Dos cerca de 31,9 milhões de ouvintes no Brasil, 43,23% consomem *podcasts* diariamente (ABPod, 2024, p. 1-3). Apesar de ser associado a programas de entrevistas, o jornalismo tem se utilizado no formato para alcançar novos públicos, com uma linguagem que se diferencia do jornalismo diário radiofônico.

O jornalismo e o recurso *storytelling*, semelhante ao jornalismo narrativo, literário, possuem as ferramentas para divulgar os resultados da investigação do Hospital San Julian, de maneira atrativa, acessível e que exponha os bastidores da reportagem.

Além do contexto social, a pauta também provoca um estímulo de exercitar o jornalismo investigativo, área pouco explorada durante a graduação, e aperfeiçoar as habilidades com a edição de áudio. O experimentalismo permite sincronizar duas linguagens de interesse: o investigativo e o literário, para contar uma história que não está restrita ao município de Piraquara.

O objetivo deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é investigar, do ponto de vista jornalístico, a Associação San Julian, Amigos e Colaboradores (Asja), sobretudo no âmbito dos direitos humanos dos pacientes em sofrimento psíquico. Para tanto, foram

definidos como objetivos específicos: a) compreender, a partir de um respaldo teórico, a história da loucura, psiquiatria, luta antimanicomial brasileira e do desmonte da Política Nacional de Saúde Mental; b) Documentar relatos de ex-pacientes, familiares e ex-funcionários do hospital; c) Identificar a configuração da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) na Região Metropolitana de Curitiba.

No **capítulo que abre este relatório**, foi construído um caminho que percorre o lugar destinado ao sofredor psíquico na sociedade, a partir da Idade Média até o “holocausto” brasileiro – sob a perspectiva dos autores Michel Foucault, Erving Goffman, Daniela Arbex. Adiante, foi traçado uma leitura interseccional da loucura, sob o ponto predominante da questão racial associada a retenção, exclusão e apagamento dos indivíduos nos manicômios. Destacam-se Franz Fanon, Ynaê Lopes Santos e Lilia Moritz Schwarcz.

Na sequência, o **segundo capítulo** permeia uma passagem pelas principais reformas psiquiátricas estabelecidas no mundo, sob a condução de Paulo Amarante, seguida da construção sequencial histórico-jurídica da reforma brasileira, promulgada em 2001, com a lei Paulo Delgado e protagonizada pela psiquiatra Nise da Silveira, Austregésilo Carrano Bueno e outros ativistas pelos direitos humanos de pacientes de saúde mental, além do retrospecto, pós 2001, do desmonte da Política Nacional de Saúde Mental.

No **terceiro capítulo**, é apresentado o *modus operandi* da investigação, que se inicia na leitura do relatório de inspeção ao San Julian, de 2019, e na estruturação da apuração, com pré-entrevistas, recolhimento de dados, pedido de documentos via Lei de Acesso à Informação (LAI), classificação das fontes, participação do ato da luta antimanicomial e estruturação do *podcast*.

O **quarto capítulo** introduz jornalismo investigativo e narrativo associado à produção de *podcast*, através da experiência e bastidores da reportagem de autores como Nellie Bly, Solano Nascimento, Elvira Lobato, Leandro Fortes e Edvaldo Pereira Lima. No Brasil, o grande pesquisador do recente formato sonoro é Marcelo Kischinhevsky e os dados de consumo do *PodPesquisa 2024/2025*, da Associação Brasileira de Podcasters (ABPod).

Nas **considerações finais**, é realizada uma autorreflexão sobre a reportagem, considerando as limitações de apuração que este produto não conseguiu alcançar e os próximos passos a serem concluídos através da jornada profissional enquanto jornalista e repórter formada pela UFPR.

2 RECORTE HISTÓRICOS SOBRE A LOUCURA

Neste capítulo, a história de como a loucura foi interpretada com o passar dos anos será rememorada com base em autores que trazem uma perspectiva histórico-sociológica sobre a insanidade e locais de internação, como Michel Foucault, Erving Goffman e, mais recentemente na linha cronológica da história brasileira, Daniela Arbex. Mais adiante, uma discussão sobre a questão racial, sobretudo inserida na realidade manicomial brasileira.

2.1 NAUS, LEPROSÁRIOS E COLÔNIAS

Sem passado nem futuro, a “nau dos loucos” carregou corpos desprovidos de identidade. Eram indivíduos sem família, nacionalidade, nome e sobrenome. Este fenômeno, presente na literatura europeia, caracterizou embarcações errantes, que surgiram predominantemente na Alemanha no século XV, e levaram os insanos de uma cidade para outra, escoraçados das ruas em busca de um destino incerto, prisioneiros de suas próprias partidas. E, num eventual desembarque, aqueles que entraram sem saber para onde ir, chegaram sem nem lembrar de onde vieram. Essa história, introduzida por Foucault (1972, p. 13), nos dá um panorama inicial da percepção da insanidade em descompasso com o desenvolvimento da humanidade.

Todo embarque é, potencialmente, o último. [...] Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada (Foucault, 1972, p. 16-17).

A estrutura asilar que entendemos hoje como os manicômios surgiu na Europa medieval e, posteriormente, na Idade Moderna, com os leprosários – casas que abrigavam os infectados por hanseníase e que, ao final do século XV, passaram a concentrar pessoas com doenças venéreas, numa nova epidemia que assolava o “Velho Mundo”. O tratamento nestes centros era ora inexistente, ora ineficaz. Uma característica dessas instituições que permanecem e prevalecem nos hospícios são os mecanismos de divisão, exclusão e tentativas de purificação (Foucault, 1972, p. 12) daqueles que geram incertezas em um mundo cheio de novidades.

A improdutividade e inutilidade social dos indivíduos aprimoraram esses espaços de reclusão. Primeiro, na ausência da razão, os tidos como “loucos”, nunca aceitos, mas ao

menos livres, passam a ser aprisionados e estudados a partir do século XVII (Foucault, 1972, p. 43). Na literatura surgem representações cômicas e pitorescas dos “insanos”, como nas aventuras de *Dom Quixote de la Mancha* (1605). Eram “loucos” os marginalizados, os excluídos socialmente, que sofriam psiquicamente ou não, e que passaram a ter um diagnóstico, um rótulo, que os categorizava e diferenciava uns dos outros e causava a morte social (Amarante, 1995, *apud* Lüchmann; Rodrigues, 2005, p. 402):

Talvez sem definição precisa, mas que se opõe à doença mental, conceito construído pela psiquiatria que reduz a complexidade daquela concepção mais geral, inespecífica, inexplicável em sua totalidade, que é a de loucura, e que a reduz a apenas um distúrbio biológico ou psicossocial (ou ambos). Então a loucura se refere a esta experiência humana de estar no mundo de uma forma diversa daquela que o homem, ideológica e idealisticamente, considera como normal. E louco é o sujeito destas vivências (“erlebenis”) e destas experiências.

Na era clássica, a internação veio para conter, castigar e corrigir aqueles que destoavam da normalidade, distribuídos “entre as prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas” (Foucault, 2013, p. 90). Diversas das casas de internamento pela França foram preenchidas, em 1690, por “pessoas ordinárias”, “mulheres caducas”, “velhas senis ou enfermas”, “velhas infantis”, epiléticos”, “mulheres senis”, “inocentes malformados e disformes” e “moças incorrigíveis” (Foucault, 2013, p. 93). Outros registros de 1650, categorizam os internos como “debochados”, “imbecis”, “pródigos”, “enfermos”, “libertinos”, “filhos ingratos”, “prostitutas” e “insanos” (Foucault, 2013, p. 94).

Somaram-se à orla dos excluídos os miseráveis, preguiçosos, sem-teto e desempregados. Antes condenados à morte no classicismo, a sociedade também posicionou aqueles que praticam “magia, alquimia, práticas de profanação ou ainda certas formas de sexualidade” junto ao campo dos doentes mentais (Foucault, 2013, p. 95). Para complementar a lista, a homossexualidade e a prática da sodomia passaram a ser atestados a loucura (Foucault, 2013, p. 100) e, numa leitura recente, a dependência química também, que consome as “vítimas” ou “marginais” do ópio, da heroína e do crack (Bueno, 2004).

A progressão dos eventos culminou no século XIX, tempo em que se instaurou uma nova (ou velha) percepção da loucura: a de doença mental. É em um período anterior àquele em que a psiquiatria deu os primeiros passos com o alienismo de Phillipe Pinel. No final do século XVIII, em meados do ano de 1783, o médico conceituou a alienação mental como “um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso” (Ministério da Saúde, 1996, *apud* Marcolino, 2005, p. 46). A partir deste marco histórico-científico, os espaços de reclusão,

antes ocupados por pessoas com lepra ou doenças venéreas, passaram a ser preenchidos pelos insanos. Pinel foi o responsável pelos primeiros indícios de patologização da mente – a partir das discussões, os agora doentes eram categorizados como maníacos, melancólicos, dementes ou idiotas. Nesse modelo, a psiquiatria tomou um caráter sobretudo biologista (Machado, 2001, p. 100), pautada pelos processos bioquímicos do cérebro. Essas classificações também seguem padrões de observação de cunho físico e/ou moral (Ministério da Saúde, 1996, apud Marcolino, 2005, p. 46).

É nesta emergência da loucura como doença que o mundo deu as boas-vindas aos manicômios, definidos por Erving Goffman (2010, p. 15) como instituições totais – espaços de controle e repressão social. Fundados através da “estratégia da ordem”, em que impera o “paradigma da internação” (Castel, 1978, p. 100):

A partir desse princípio, o paradigma da internação irá dominar, por um século e meio, toda a medicina mental. Ficam cortadas as vias para a desinstitucionalização, para a assistência a domicílio, para a confiança no valor terapêutico dos vínculos familiares e das relações não profissionais, etc. A hospitalização torna-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura.

Os hospícios se uniram aos asilos de idosos, prisões e escolas militares como locais simbolizados “pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pânico”. Sair não é tão simples como entrar. E uma vez dentro, os sujeitos estão à mercê de um processo complexo que assemelha-se ao acultramento, ao esvaziamento do “eu” (Goffman, 2005, p. 23).

A degradação, humilhação e profanação dos internos da Colônia Juliano Moreira, localizada em Jacarepaguá, no Rio de Janeiro (RJ), e hoje ocupada pelo impressionante Museu Bispo do Rosário, guarda um registro também bastante comum nas instituições psiquiátricas brasileiras do século XX: o sobrenome “De Tal” no registro de admissão dos novos pacientes (Arbex, 2013, p. 27). Este retrato é representado pela obra “Comunhão” (2022), exposta no Museu Oscar Niemeyer (MON) em 2023, do artista visual Eduardo Hargreaves. A instalação reúne um arquivo de fotografias de admissão de pacientes, silenciados pelo apagamento do próprio nome.

É no campo do “tratamento” que o uso da força passa a ser sinônimo de cuidado nos manicômios. É um processo óbvio da medicina positivista: depois de diagnosticado, é designado ao interno uma terapia de cura, pautada na medicalização dos corpos (Amarante, 1996, p. 62). Aqui entende-se a medicalização não como fármacos, ministrados hoje nos

tratamentos psiquiátricos convencionais, mas nas próprias experiências que beiravam a tortura. Essas práticas foram aplicadas, no século XVIII, pela primeira vez, em pessoas que tentaram o suicídio. “A jaula de vime, com um buraco feito na parte superior para a cabeça, e à qual as mãos estão amarradas, ou o ‘armário’ que fecha o indivíduo em pé, até o pescoço, deixando apenas a cabeça de fora” (Foucault 2013, p. 108).

Outro instrumento de contenção foi o “tranquilizer”, de Benjamin Rush (1811). O paciente era imobilizado em uma cadeira pelos pés, cintura, peito, braços e cabeça. Uma caixa de madeira complementava a geringonça, vedando os sentidos do maníaco em crise. Esses foram um dos primeiros mecanismos médicos de contenção da loucura. Mais adiante, passou a ser comum outras práticas como os choques da eletroconvulsoterapia ou as intervenções encefálicas da lobotomia – ambas importadas para o mundo como um tratamento à incontrolável insanidade.

A medicalização também toma ares de punição dentro dos muros da instituição total dos loucos (Amarante, 1996, p. 93). Os indivíduos recebem choques e depois são observados pela equipe responsável (Goffmann, 2005, p. 38) como ratos de laboratório. A partir dessas torturas, os pacientes podem se ver em um cenário de “angústia crônica quanto à desobediência às regras e suas consequências” (Goffmann, 2005, p. 45). As punições podem ser aplicadas também de forma psicológica, como pela ridicularização, castigo físico leve ou severo, a ameaça de tal castigo, prisão do paciente em um lugar isolado, ameaça de eletrochoque ou a “transferência para enfermarias indesejáveis” (Goffmann, 2005, p. 53).

Sob o ponto de vista ideológico, o pai da reforma psiquiátrica italiana, Franco Basaglia (1979, p. 271), definiu as origens da psiquiatria como:

Sobre essa ambígua e gradativa fabricação de uma norma que responde às necessidades da racionalidade burguesa, a psiquiatria começa a erigir o labirinto de suas classificações [...], já sem preocupar-se, ou preocupando-se cada vez menos, com o que é loucura, com o que ela exprime e o que ela representa. Assim como começa a erigir suas instituições – com as respectivas práticas de punição, de controle, de tortura, agora avalizadas pela ciência – sem considerar o profundo nexo entre a ideologia da norma que a constitui, e que ela tutela com sua prática e teoria, e uma organização social estruturada sobre a divisão do trabalho e das diversas disciplinas, a fim de apropriar-se do indivíduo que deve aderir àquela norma.

Disfarçado de ciência, o moralismo cristão passou a preencher as terapias alienistas a partir do século XIX. Para Foucault (2013, p. 111), os sintomas da doença ficaram durante quase dois séculos divididos "entre a impiedade e a extravagância", um “meio caminho entre o profanatório e o patológico — ali onde o desatino assume suas dimensões próprias”.

O castigo era um caminho para a purificação das almas, libertação dos pecados. Nessas práticas, entravam as chicotadas, os medicamentos tradicionais e o sacramento da penitência (Foucault, 2013, p. 97). A lógica do capital, unida com a ética religiosa, deu margem para a exclusão dos improdutivos, daqueles que não cooperavam no mesmo ritmo da produção industrial. Mas, dentro das quatro paredes do hospício, encontravam uma funcionalidade para os dissidentes, comumente pautada na laborterapia.

Ao passo em que o capitalismo produz a alienação e a loucura, ele a esconde através da institucionalização (Marx, 2006; 2010; 1858; Basaglia, 2010). Se o louco não é lucrativo como força de trabalho, ele o é como consumidor dos serviços do manicômio e seus insumos. Se o louco é uma denúncia viva das contradições do capitalismo, ele precisa ser segregado, invisibilizado, silenciado, e, no seu extremo, aniquilado social e objetivamente. Se ele não encontra trabalho – e sequer pode compor o exército industrial de reserva –, pode ser mão de obra barata (ou não paga) no circuito manicomial (Lima, 2021).

No campo jurídico, cresceu no século XIX e XX a percepção do “louco” como aquele que não responde, nem por si mesmo, quanto pelos seus atos, sejam eles de natureza criminosa ou não. São “vítimas psiquiátricas, sem direitos” (Carrano, 2004, p. 173). O código penal francês de 1810 prevê “que não há crime nem delito, se o infrator estava em estado de demência no instante do ato” (Foucault, 1987, p. 22). Os espaços de correção seguem justamente uma configuração carcerária e passaram a ser conhecidos como manicômios.

Em nossas sociedades, os sistemas punitivos devem ser recolocados em uma certa “economia política” do corpo: ainda que não recorram a castigos violentos ou sangrentos, mesmo quando utilizam métodos “suaves” de trancar ou corrigir, é sempre do corpo que se trata — do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade delas, de sua repartição e de sua submissão (Foucault, 1987, p. 28).

Um dos líderes do movimento da luta antimanicomial brasileira, Amarante (1996, p. 91) resume que neste processo de tomar os loucos como doentes e criar estruturas de isolamento social chamadas hospitais, a psiquiatria atribuiu ao insano uma identidade marginal e doente e inviabilizando e visibilizando ao mesmo tempo a loucura. A doença tornou-se uma construção social e histórica, não apenas um mau funcionamento do corpo (Capra, 1982, *apud* Machado, 1982, p.17).

Voltando-se à lógica das “naus dos loucos”, primeiros indícios de tentativas de marginalização dos “insanos”, os manicômios se estabeleceram não necessariamente em instituições físicas, mas sob o movimento das águas ou dos trilhos também. Foi em Barbacena (MG) que o caminho para o “holocausto” brasileiro passou a ser trilhado por embarcações que

carregavam indivíduos de todos os cantos do estado para a reclusão eterna dentro dos muros do Hospital Colônia (Arbex, 2013, p. 28). Os “trens de doidos”, versão moderna das naus, também apagavam o passado e o futuro, o nome e sobrenome de quem subia os primeiros degraus.

Os “loucos” eram prostitutas, crianças de rua, ou que nasceram no “hospital”, adolescentes grávidas rejeitadas pela família, pessoas com deficiência física ou em sofrimento psíquico de fato. Fundado em 12 de outubro de 1903, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena foi o cenário de um genocídio sem precedentes no Brasil – 1.853 corpos vendidos sem autorização ou identificação para 17 universidades de medicina e 60 mil mortos até a última cela ser desativada em 1994, às vésperas da reforma psiquiátrica no país.

Os relatos documentados por Arbex (2013) de ex-prisoneiros e familiares estão reunidos enquanto uma coletânea de histórias de tortura, abuso físico e psicológico, insalubridade, apagamento e silenciamento de incontáveis indivíduos. No Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil de Oliveira, também em Minas Gerais, crianças tomavam leite até vomitar sob o risco de ficarem sem alimento caso os tambores devolvidos estivessem cheios de líquido (Arbex, 2013, p. 96). De novo em Barbacena, mães e filhos se desencontram, e morreram sem retomar aos braços uns dos outros (Arbex, 2013, p. 121).

Lar dos corpos cadavéricos, que se alimentavam de ratos e urina, o complexo recebeu em 1979 a visita de Franco Basaglia, que equiparou o hospital a um campo de concentração nazista (Arbex, 2013). A fala foi muito importante para o entendimento de um movimento social que começou a ser moldado na década de 1970 no Brasil: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Antes de tratar do movimento, é preciso traçar as próprias contradições do genocídio de internos psiquiátricos no Brasil: são vítimas de um holocausto ou de um navio negreiro?

2.2 HOLOCAUSTO OU NAVIO NEGREIRO?

Por trás do aspecto revolucionário da reforma psiquiátrica brasileira existe um silenciamento significativo de uma particularidade dos manicômios no país – a cor dos internos. As bases da luta antimanicomial no Brasil seguiram as diretrizes reformistas europeias, sobretudo italiana, aos moldes da proposta de Basaglia. Neste contexto, quando o psiquiatra visitou o Hospital Colônia de Barbacena (MG), às vésperas da articulação política do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), e comparou o hospício com o holocausto nazista, a analogia pode estar equivocada. Barbacena, assim como Juqueri,

Engenho de Dentro e outros tantos palcos de tortura, foram navios negreiros (Passos, 2018) ancorados em terra firme.

No Brasil, predomina historicamente a internação de negros e pardos, numa lógica de resquícios do racismo científico do século XIX e começo do século XX. Barbacena foi também um cenário para o encarceramento da população preta, sob a justificativa de uma inferioridade biológica e predisposição às então chamadas doenças mentais. “Até os últimos anos do império, a busca de embranquecer o Brasil se fez política” (David; Vicentin, 2020, p. 267). A degenerescência racial foi defendida e fundamentada por psiquiatras de renome da época, como Raimundo Nina Rodrigues, que justificava a escravidão como resultado sofrido por um povo inferior e submisso.

O processo de miscigenação, ou embranquecimento populacional, trouxe debates sobre o adoecimento psíquico no país, qualificado pela noção positivista e organicista de uma carga genética carregada pelas raízes africanas, nunca associada à origem europeia (Santos, 2021, p. 36). Os mecanismos de implementação de um controle social foram legitimados pela suposta “inferioridade intelectual, loucura e degeneração” dos negros (Engel, 1999, *apud* David; Vicentin, 2020, p. 268). A verdade é que existem relatos de um tipo de melancolia que atingiria somente a população escravizada – o “banzo”. Nas palavras de Mendes (2007, *apud* Duarte, 2021, p. 27), “uma ‘paixão da alma’ a que se entregavam e só se extinguia com a morte, um entranhado ressentimento causado por tudo o que os poderia melancolizar: a saudade dos seus, e da sua pátria; [...] a cogitação profunda sobre a perda de liberdade”.

Em *Holocausto Brasileiro*, Brum (*apud* Arbex, 2013, p. 14), reforçou que 70% da população isolada no hospital colônia mineiro não tinha diagnóstico algum de doença mental no momento do internamento. Logicamente, o racismo é estruturante e está internacionalizado com a classe social e o gênero (Passos, 2018, p. 12). Isso justificaria, por exemplo, porque existem inúmeros relatos de mulheres negras enquadradas em Barbacena como prostitutas, adolescentes grávidas ou com qualquer comportamento considerado subversivo.

Ainda na lógica do gênero, é preciso reiterar que os espaços de violência são múltiplos, para além das colônias. Das 142 pessoas trans mortas no Brasil em 2023, 72% eram negras (Antra, 2024). No contexto da drogadição, quase 80% das mulheres que fazem uso prejudicial de crack tem a pele preta (Bastos; Bertoni *apud* Passos, 2018, p. 11). A violência institucional pode se manifestar de diversas maneiras, quanto relacionada à raça e/ou etnia. Um dos exemplos cotidianos é a política brasileira que permite que mulheres consumidoras de drogas tenham os filhos arrancados dos braços (Almeida, 2014, *apud* Passos, 2018, p. 12).

Tomar a atenção e o cuidado em saúde mental, centrado no sujeito, sem, contudo, levar em consideração que a sua biografia singular tem outros marcadores sociais de diferença, como raça gênero, sexualidade e classe é reduzir a intervenção no campo da saúde mental, centrada em procedimentos clínicos, na patologização e medicalização do sujeito, como foi realizado pelo racismo científico no século XIX (Duarte, 2021, p. 22).

Pioneiro na luta antimanicomial brasileira, o psiquiatra Juliano Moreira, um médico negro, interveio a favor dos internos do Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro (RJ), durante a gestão de 1903. Apesar de compactuar com alguns ideais higienistas, comum na medicina da época, o cientista foi na contramão do racismo científico, tema que particularmente o incomodava, tendo debates assíduos com Nina Rodrigues nos corredores da Universidade Federal da Bahia (Santos, 2021, p. 35-39).

Autor da primeira reforma psiquiátrica do país, Moreira aboliu o uso das camisas de força e inaugurou uma escola de enfermagem na instituição, a fim de formar profissionais mais aptos na assistência aos pacientes. Ele também abdicou de uma ampla sala no primeiro andar, para ocupar um cômodo menor no térreo, mais próximo daqueles pacientes que necessitavam de ajuda (Santos, 2021, p. 41). As mudanças não impediram que o hospital prosseguisse como um centro de maus-tratos com caráter prisional, mas foi um primeiro passo na história de um Brasil reformista.

Poucos anos mais tarde, em 1914, seria internado nas dependências desta mesma colônia um dos grandes nomes da literatura brasileira, Lima Barreto. O pedido veio do próprio irmão, insatisfeito com os delírios do autor, classificados como decorrentes da bebida. O alcoolismo levou-o a ser enclausurado pela primeira vez de agosto a outubro daquele ano. Na ficha uma surpresa: a instituição escolheu caracterizá-lo como um homem branco na admissão (Schwarcz, 2017, p. 273). Os motivos são pouco esclarecidos. Entre as observações do hospital reunidas em seu diário, Barreto sinalizou a convivência da instituição com o racismo científico e a ciência como uma ideologia.

Divididos por cor – “brancos, pardos ou negros” –, também tinham a profissão anotada. As mulheres foram em sua totalidade definidas como “domésticas”, enquanto os homens, em sua maior parte, genericamente como “trabalhadores”, ou, quando não é esse o caso, como comerciantes e ainda estivadores, mecânicos, tipógrafos, pedreiros, alfaiates, serralheiros, carregadores, um chofer e dois empregados públicos; entre eles Lima Barreto (Schwarcz, 2017, p. 277).

O pioneirismo brasileiro na luta antimanicomial teve outros nomes expressivos como a Rainha do Samba, Dona Ivone Lara, que dedicou a carreira de assistente social e enfermeira

ao lado da médica e revolucionária Nise da Silveira, pelas práticas de arteterapia com os internos do Colônia de Alienados do Engenho de Dentro (Moraes; Passos, 2021, p. 74), um novo nome para o hospital gerido anos antes por Juliano Moreira.

Internacionalmente reconhecido pelos estudos coloniais, mas um nome pouco familiar quando falamos em luta antimanicomial, foi o psiquiatra Frantz Fanon. O filósofo protagonizou na Argélia, em 1953, uma reforma psiquiátrica expressiva em um hospital de Argel. Na época, o país vivia conflitos internos pela emancipação da então colônia de povoamento francesa (Faustino, 2018, p. 73). Os manicômios ali se tornaram a prisão dos argelinos, segregados em um regime semelhante ao apartamento social.

As pessoas vítimas de doenças psíquicas eram, segundo sugeriam os manuais da *École psychiatrique d'Alger*, isoladas e abandonadas em hospitais psiquiátricos, presas em camisas de força. Além disso, a Escola psiquiátrica de Argel sugeria que os pacientes "franceses" ficassem em alas diferentes dos argelinos, uma vez que o indígena – trata-se do árabe ou o berbere – seria neurologicamente primitivo, dado que a sua composição cortical o condicionava a uma "agressividade em estado puro" (Faustino, 2018, p. 68).

Quando se referiam aos povos de territórios ocupados, os colonialistas usavam termos como “disciplinados”, “domesticados”, “domados” e “pacificados”. (Fanon, 2010, *apud* Faustino, 2018, p. 69). A partir desta experiência, o médico acabou com a divisão dos pacientes por critérios raciais e substituiu por alas que abrigavam internos com as mesmas condições psíquicas. O psiquiatra também reduziu significativamente o uso da camisa de força, que passaram a ser utilizadas como último recurso. Os pacientes também puderam circular livremente pelas salas do hospital (Faustino, 2018, p. 69).

O próprio Basaglia reconhece Fanon como agente social que inspirou seu projeto para a Itália (Passos, 2018, p. 16). Ele relembra o psiquiatra como um homem que jamais poderia se contentar com uma reforma apenas. Sua ação poderia chegar, no máximo, até o reformismo, “e Fanon não tinha outra escolha senão a revolução, como único lugar, fora das instituições, onde podia agir” (Basaglia, 1985, *apud* Passos, 2018, p. 15). Com uma personalidade tão expressiva quando falamos em saúde mental, é impressionante pensar que as experiências de Fanon foram minimizadas na construção da reforma psiquiátrica brasileira, o que pode demonstrar, segundo Passos (2018, p. 14), “um afastamento do debate étnico-racial, em especial, sobre o colonialismo e seus efeitos sobre a constituição da subjetividade”.

No imaginário popular brasileiro estão expressões consolidadas como “nêga maluca” ou a marcha satírica “Samba do Crioulo Doido” (1966), prováveis resquícios de um

manicômio repleto de corpos pretos. Cabe lembrar que o período da ditadura militar trouxe poucas contribuições às estatísticas de raça e etnia nos manicômios. “As informações referentes ao quantitativo de negros(as) em manicômios nesses anos são praticamente inexistentes ou pouco confiáveis” (David; Vicentin, 2020, p. 270).

3 A LUTA ANTIMANICOMIAL BRASILEIRA

A luta antimanicomial no Brasil é marcada pela união da classe de trabalhadores da saúde mental, pessoas em sofrimento psíquico e familiares, que constituem os primeiros movimentos no país a partir da redemocratização. A base para as reivindicações vem de experiências iniciadas na Europa pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia. Neste capítulo, será traçada a cronologia até a formalização da Política Nacional de Saúde Mental em 2001, com a lei Paulo Delgado. Posteriormente, uma linha do tempo sobre o desmonte da reforma, com jogadas políticas que colocam em risco a antipsiquiatria no país.

3.1 O QUE É LUTA ANTIMANICOMIAL E SUA ORIGEM

A luta antimanicomial remonta a uma série de reformas psiquiátricas iniciadas no período do pós-II Guerra Mundial. Ainda com outra conotação, surgiram as primeiras comunidades terapêuticas, idealizadas pelo inglês Maxwell Jones, e que buscavam integrar “toda a comunidade constituída de equipe, pacientes e seus parentes [...] em diferentes graus no tratamento e na administração” (Amarante, 1996, p. 68). Pioneira no mundo, a reforma psiquiátrica inglesa mostrou, pela primeira vez, a possibilidade dos “doentes mentais” serem tratados fora das paredes do manicômio. O problema é que esse modelo se tornou limitante, uma vez que ele não conseguiu ir além do hospital psiquiátrico, o que perpetuou o processo de exclusão (Rotelli, 1994 *apud* Amarante, 1996, p. 70).

Em paralelo, foi fundada na França, a partir dos anos 1960, a psiquiatria de setor, para contestar o modelo de saúde mental baseado na estrutura asilar incorporada como política oficial. Foi um modelo criado e incentivado por psiquiatras progressistas baseado nas ideias de Lucien Bonnafé. Na prática, o setor consistia na divisão dos territórios em setores geográficos com uma parcela populacional que não ultrapassasse os 70 mil habitantes. Nestes setores, atuavam uma equipe de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e instituições de saúde mental (Amarante, 1996, p. 75). Este modelo se aproxima do que conhecemos hoje no Brasil como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), e posteriormente pelas redes (Raps).

Outra experiência à época foi a psiquiatria preventiva dos Estados Unidos com a estratégia de intervir nas causas das “doenças mentais”, como forma de prevenção. “A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental” (Amarante,

1996, p. 76). Mas é na Itália que se fomentou o modelo de cuidado psicossocial que fundamentou toda a estrutura da reforma psiquiátrica brasileira: a reforma basagliana. Denise Dias Barros (1994 *apud* Amarante, 1996, p. 76) definiu a revolução protagonizada pelo psiquiatra Franco Basaglia como “um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de territorialidade”. A reforma começou em 1961, quando o italiano assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia e desencadeou um processo de humanização do tratamento.

A luta contra as atuais estruturas psiquiátricas enquanto repressivo-custodiais; a luta contra as estruturas psiquiátricas, ainda que reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; a luta contra a institucionalização do sofrimento através da doença; a luta contra o sofrimento como necessidade no mundo do capital e da sociedade de troca, isto é, como universo de não escolha, onde o sofrimento vem transformado em algo mercantilizável. (Barros, 1994 *apud* Amarante, 1996, p. 95).

A institucionalização também foi adotada em 1971 em Trieste. Basaglia iniciou no local uma desmontagem do aparato manicomial e a substituição progressiva por sete centros de saúde mental, um para cada setor da cidade de até 40 mil habitantes, que funcionavam 24 horas por dia e sete dias por semana (Amarante, 1996, p. 96). Todas essas iniciativas culminaram na Lei Basaglia, aprovada em 1978, que formalizou a reforma italiana.

Concomitante aos processos reformistas, que alteraram a estrutura político-institucional, a antipsiquiatria, movimento iniciado na Inglaterra na década de 1960, resultou em toda uma mudança de paradigma acerca da saúde mental. Quem protagonizou essa contracultura foram nomes importantes da psiquiatria e psicanálise à época, como Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. O *underground*, psicodelismo e o movimento *hippie* figuraram como pano de fundo a uma crítica ao saber médico-científico, principalmente no que dizia respeito à esquizofrenia (Amarante, 1996, p. 85).

É deste processo que surgiram os primeiros grupos de ouvintes de vozes, que pregavam a não medicalização, ou seja, contenção das vozes internas, e permitiram que os indivíduos deixassem fluir livremente o que elas diziam, em grupos organizados e geridos por eles mesmos. Meyer (1975 *apud* Amarante, 1996, p. 86) conceitua a antipsiquiatria como um:

Movimento denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente, [...] veiculando um ideário ricamente polêmico. [...] A loucura é apresentada como uma reação à violência externa, como atividade libertária cuja medicalização envolve

uma manobra institucional. Esta visa justamente a ocultar a face denunciadora que o comportamento alterado contém e veicula.

Foi sobre este contexto que a reforma psiquiátrica brasileira ganhou forma, conduzida por um intenso processo de organização política iniciada na década de 1970, e finalizada a princípio em 2001, com a promulgação da lei Paulo Delgado (nº 10.216). Idas e vindas marcaram o processo de desinstitucionalização no país, confrontado pelas atuais políticas de desmonte à saúde mental. No próximo capítulo, vai ser traçada uma linha do tempo dos principais marcos da luta antimanicomial do Brasil, seguido pelos acontecimentos recentes que colocam em risco o projeto iniciado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978.

3.2 CASO DE BARBACENA E DE CURITIBA: O EFEITO AUSTREGÉSILO CARRANO

Quando Austregésilo Carrano foi internado em Curitiba (PR), em 1974, a luta antimanicomial brasileira estava prestes a ganhar os primeiros vislumbres. Pego pelo pai com uma quantidade de maconha dentro quarto, foi depositado involuntariamente no Hospital do Bom Retiro para tratar “o vício”. Medicalização forçada, aplicações constantes de eletrochoque e convívio diário com pessoas em uma condição não mais humana, sem individualidade, expressividade, reação ao mundo externo. Foram anos de juventude perdidos para a institucionalização psiquiátrica. Após a alta, veio a dificuldade de se colocar no mercado de trabalho, de compreender que a vida continua, depois de ficar frente a frente ao “canto dos malditos”.

Aquilo era satânico: pessoas urinadas, defecadas, revirando os olhos, cabeças, querendo entrar dentro do concreto. Todo aquele tormento só podia ser comparado ao inferno. Se ele realmente existe, sem dúvida eu estava vendo um pedacinho dele, ali naquele canto, o canto dos malditos... (BUENO, 2004, p. 55).

Os relatos de tortura, violência e descaso que viveu dentro de pelo menos quatro manicômios, resultaram na obra autobiográfica *Canto dos Malditos* (1990), também adaptada para os cinemas no filme *Bicho de Sete-Cabeças* (2000).

Na mesma década, Nise da Silveira se despediu do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro (RJ), onde ocupou desde 1944 a cadeira de diretora da seção de terapia ocupacional. A psiquiatra desenvolveu no local um trabalho pioneiro no Brasil de arteterapia. Os internos eram convidados a esboçar as vozes interiores, o inconsciente, as alegrias e

próprias frustrações na tela em branco ou ao modelar pedaço de argila. A liberdade de cores, materiais, formas e formatos colocou os “transtornados” não só enquanto artistas disruptores, como auxiliou a psiquiatra a compreender a psique humana para além da linguagem verbal e corporal (Gullar, 1996).

Não demorou muito para que Nise transformasse o ateliê experimental no Museu de Imagens do Inconsciente em maio de 1952, um centro de pesquisa e desenvolvimento artístico, com a participação ativa de pessoas em sofrimento psíquico (Silveira, 1981, p. 19). Nise também foi reformista, ao fundar a Casa das Palmeiras, em 1956, em que os pacientes podiam tratar-se em liberdade, com o direito de ir e vir preservado.

Muitos dos frequentadores do atelier, todos os esquizofrênicos, manifestaram intensa exaltação da criatividade imaginária, que resultava na produção de pinturas em número incrivelmente abundante, num contraste com a atividade reduzida de seus autores fora do atelier, quando não tinham mais nas mãos os pincéis. Que acontecia? Nas palavras de Fernando estaria possivelmente a resposta: ‘Mudei para o mundo das imagens. Mudou a alma para outra coisa. As imagens destoam a alma da pessoa’ (Silveira, 1981, p. 15).

Impulsionada pela crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), a luta antimanicomial organizada no Brasil começou quatro anos depois da primeira internação de Carrano e da saída de Nise da Silveira do Engenho de Dentro. Em 1978, naquele mesmo hospital, três médicos residentes denunciaram a situação de maus tratos a que eram submetidos os internos, situação que nem Juliano Moreira nem Nise foram capazes de apaziguar. O resultado foi a demissão de 260 trabalhadores e uma greve da classe sem precedentes (Fiocruz, 2024). Como modo de formalizar as reivindicações, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), durante o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Balneário Camboriú (SC). Em 13 de maio também ocorreu a promulgação da Lei Basaglia na Itália, evento já relatado neste documento.

No ano seguinte, entre junho e julho de 1979, foi o momento em que Franco Basaglia pôs os pés no Hospital de Barbacena e fez a analogia com o holocausto nazista. Na colônia, os efeitos a longo prazo de um navio negreiro resultaram em um cemitério a céu aberto, onde os 60 mil corpos foram enterrados sem identificação, vendidos ou perdidos pelo tempo.

Os corpos nus e adoentados, marcados pela fome, cobriam os pátios superlotados dos pavilhões. O menino Silvio Savat foi fotografado neste ano, confundido com um cadáver. Ele tinha o corpo repleto de moscas, mal conseguia se sentar e rastejava pelo chão para se locomover (Arbex, 2013, p. 108). Felizmente, Silvio foi um dos sobreviventes do genocídio, e

em 2013 residia no Centro Psíquico da Adolescência e Infância (Cepai), onde já adulto, teve que aprender como comer e se vestir sozinho e o lugar correto de fazer as necessidades (Arbex, 2013, p. 111).

A “sucursal do inferno”, como a colônia ficou conhecida na época, foi captada pelo diretor Helvécio Ratton no documentário *Em nome da razão* (1980), o primeiro a promover um grande debate sobre o tratamento oferecido aos manicômios no país, sobretudo por Barbacena. O curta se tornou um marco não só do cinema brasileiro, como uma bandeira para o movimento antimanicomial que eclodiu dois anos antes.

Dezembro de 1987 foi o mês do memorável II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP). Aqui, os primeiros contornos da reforma psiquiátrica brasileira começaram a se desenhar. O MTSM se tornou Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, agora com a união não só dos trabalhadores de saúde mental, mas também dos familiares e das pessoas em sofrimento psíquico (Fiocruz, 2024). O congresso de Bauru formalizou as reivindicações do movimento em um manifesto histórico, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

A principal das reivindicações pedia o fim da institucionalização psiquiátrica, ou seja, o fim de aparatos de internamento, principalmente daqueles que obtinham alguma forma de lucro em cima da saúde mental (CFP, 1987). Os pontos levantados foram: 1) contra a mercantilização da doença; 2) contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; 3) por uma reforma sanitária democrática e popular; 4) pela reforma agrária e urbana; 5) pela organização livre e independente dos trabalhadores; e 6) pelo direito à sindicalização dos serviços públicos. O movimento também priorizou a criação do Dia Nacional da Saúde Mental em 18 de maio, data marcada pelo congresso.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (CFP, 1987).

O processo de redemocratização do Brasil, iniciado em 1985, ganhou mais contornos com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que serviu como impulso para que o projeto de reforma psiquiátrica pudesse enfim sair do papel. No ano seguinte, foi apresentado na recém-democrática Câmara dos Deputados o projeto de lei de Paulo Delgado (PT), que dispunha sobre a extinção gradativa dos manicômios no país e a substituição por recursos

assistenciais ainda não bem definidos. Nesta época, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, já estava em funcionamento em São Paulo capital. Em paralelo, a Clínica Anchieta em Santos (SP) sofreu intervenção da prefeitura após sucessivas denúncias de maus tratos.

A lei formulada em 1989 entrou em vigor mais de uma década depois, no dia 6 de abril de 2001, conhecida como a Lei Paulo Delgado, de número 10.216. Ela formalizou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas não exigiu o imediato fim da estrutura hospitalar. A base da legislação é o tratamento territorializado, que visa o tratamento psíquico associado a inserção na comunidade, no trabalho e na família (BRASIL, 2001). A internação involuntária ou compulsória passou a ser proibida sem antes a análise do Ministério Público e do médico responsável, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

A assistência se tornou integral, a fim de facilitar o acesso do paciente a psicólogos, terapeutas ocupacionais e atividades de lazer. A internação a longo prazo em modelos asilares passou a ser vedada e aqueles que viviam nestes locais no momento da promulgação, sem condições de viver em liberdade pelo tempo de enclausuramento, passariam por uma estrutura transitória, como é o caso das residências terapêuticas. Segundo o disposto do artigo terceiro (BRASIL, 2001), passa a ser:

Responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Contradições, avanços e retrocessos são palavras que podem soar paradoxais juntas, mas são as mais adequadas para descrever os próximos passos após a promulgação da reforma psiquiátrica no país. Isso porque o novo capítulo se abre em paralelo à história da loucura brasileira, o capítulo da drogadição. As comunidades terapêuticas (CTs), os novos manicômios, vão abrigar uma categoria emergente de paciente psiquiátrico: o adicto, e ganharão força com a destinação de verba pública. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) vai se estabelecer no meio destas contradições políticas, de forma a formalizar a assistência multidirecional prometida pela lei Paulo Delgado.

3.3 O DESMONTE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Em paralelo ao projeto de Lei nº 3657/89, de Paulo Delgado, a Redução de Danos (RD) é incorporada pelo Programa Nacional de DST/Aids pelo Ministério da Saúde em 1994. A iniciativa pautava-se na troca de seringas velhas, utilizadas por usuários de heroína, por seringas novas, patrocinada pelas próprias autoridades sanitárias da época (Braga; Melo Junior; Melo, 2024, p. 4).

Já em agosto de 2006, é promulgada a Lei de Drogas no Brasil, nº 11.343. Ela institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), focada não só em iniciativas de criminalização do tráfico, mas em medidas para a “prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes” (BRASIL, 2006).

No Brasil, fomentava-se uma disputa entre modelos de cuidado, protagonizada pela abstinência e a RD. As duas iniciativas não anulam uma à outra. A predileção por uma linha de tratamento ou outra deve ser única e exclusivamente do adicto (Santos, 2018, p. 22). O movimento das seringas, por exemplo, adotado pelo MS, foi uma articulação que ganhou força a partir da década de 1980 como uma prática de prevenção da AIDS e da hepatite, na Europa, Austrália e Estados Unidos (Casagrande, 2015, p. 64).

Ela inaugurou o modelo antiproibicionista que visa “minimizar os riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer redução de consumo de tais substâncias” (Andrade, 2004 *apud* Casagrande, 2015 p. 64).

Também compõem o tratamento a lógica da substituição de uma substância danosa por outra, de efeito avaliado como menor, como a troca da heroína pelo uso de benzodiazepínicos, o que engloba “diferentes ações destinadas principalmente a mitigar prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras drogas”. (Marlatt, 1999, *apud* Santos, 2018, p. 23).

Ainda dentro da reforma psiquiátrica, em 2003, a RD foi de vez incorporada à Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003). Essa iniciativa pode ser pensada também como um caminho para a abstinência, não de forma anulatória (Braga; Melo Junior; Melo, 2024, p. 5). Mais adiante, com a reforma psiquiátrica, a RD se tornou símbolo do tratamento territorializado, oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Se, por um lado, a Lei de Drogas formalizou a reinserção social como objetivo primário dos aparelhos de saúde, ela também tornou passível de receber subsídios públicos

instituições paralelas de assistência social sem fins lucrativos (BRASIL, 2006), pautadas no proibicionismo: as comunidades terapêuticas (CTs). A abstinência é resultado da “política de combate às drogas, pautada na confluência entre justiça, psiquiatria e moral religiosa” (Braga; Melo Junior; Melo, 2024, p.4). A problemática deste modelo, portanto, vem em encontro com um discurso religioso semelhante ao colocado aos insanos pela Igreja, e reafirmada pelos alienistas do século XIX.

Além das CTs, fazem parte do aparato deste tratamento grupos como os Alcoólicos Anônimos (AAs), por exemplo (Santos, 2018, p. 27). Mas no Brasil, são estas instituições privadas, sem fins lucrativos, geridas majoritariamente por grupos religiosos cristãos, que começaram a internar de forma voluntária, ou não, usuários de álcool e drogas.

Ao perceberem usuários de drogas como pessoas doentes, imorais e delinquentes, as CTs consideram imperativo não só colocá-los em abstinência, mas educá-los, ou reeducá-los, para uma nova inserção na vida social. Sua pedagogia se faz [...] por esforços de convencimento dos sujeitos de que o uso drogas é reprovável, porque são substâncias nocivas à saúde, que distorcem o discernimento dos usuários e os transformam em desviantes morais e jurídicos (Santos, 2018, p. 27).

Em 2011, com a instituição do “Programa Crack, É Possível Vencer” o governo federal não só autorizou, como regulamentou a destinação de recursos públicos para comunidades terapêuticas cadastradas no Sisnad. Essa verba é retirada e distribuída através do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), criado em 2006 junto com a legislação.

Na teoria, é um repasse distinto ao daquele enviado aos Caps, que recebem verba do Fundo Nacional de Saúde (FNS), assim como os hospitais psiquiátricos. Mas é evidente que, através dos anos, o envio de recursos federais para os centros foi reduzido se comparado ao destinado às CTs.

Segundo o levantamento feito pelo *Fantástico*, os repasses às comunidades chegaram aos R\$ 134 milhões em 2021, um aumento de 65% se comparado com 2019. Na mesma lógica, os Centros de Atenção Psicossocial focados no tratamento de usuários de drogas lícitas ou ilícitas, os CAPSad, sofreram uma crescente singela de 11%. Na Região Metropolitana de Curitiba (RMC), foco da reportagem, 21 CTs estão cadastradas no Sisnad, totalizando uma oferta de 522 vagas. Só no Paraná, o número de CTs regularizadas é ainda maior: 41. No total, em 2017, haviam 156 CTs espalhadas pelo estado. A nível nacional, 40% da população das CTs estão nas zonas rurais das capitais e metrópoles (Ipea, 2017, p. 13).

A problemática dessas instituições parte da privação de liberdade promovida por elas. Uma das conclusões das vistorias nacionais realizadas em 2017 em 28 CTs espalhadas

pelas cinco regiões do país, é de que os internos eram submetidos ao isolamento do convívio social como principal eixo terapêutico (CFP et al., 2018, p. 11).

Em 57% delas foram constatadas práticas de punição e castigo aos adictos, que variavam entre laborterapia, perda de refeições, violência física, isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação, isso irregular da contenção mecânica ou química, através dos medicamentos (CFP et al., 2018, p. 14).

Também é de se questionar o perfil dessas comunidades no Brasil: 82% estão vinculadas a organizações religiosas, sobretudo cristãs. 95,7%, inclusive, mencionaram que a espiritualidade é um dos pilares do modelo de tratamento oferecido (Ipea, 2017, p. 21). A nível regional, apenas 3,7% das CTs do Sul não estão associadas a nenhuma doutrina religiosa (Ipea, 2017, p. 20). Quanto à sexualidade dos internos, em geral as comunidades consideraram os internos homossexuais um perigo para os outros usuários, “no sentido de que podem oferecer bens, favores, e até dinheiro em troca de sexo” (Ipea, 2017, p. 19).

Voltando-se às comunidades vistoriadas em 2017, 85,7% privavam ou restringiam a liberdade religiosa dos acolhidos (CFP et al., 2018, p. 15). Outro comparativo pode ser feito através do tamanho destas instituições. O Hospital Colônia de Barbacena, antes do fechamento, tinha cerca de 8 mil metros quadrados de extensão. Hoje, 56% das CTs têm em média uma quantidade de área similar, que varia de 1.001 a 50 mil metros quadrados (Ipea, 2017, p. 14) e atendem predominantemente o público masculino (80%).

No mesmo ano em que a destinação de fundos estatais e federais para CTs foi regulamentada, também foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Brasil, por meio de uma portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). A medida deu continuidade aos princípios da reforma psiquiátrica, sobretudo a promoção de um atendimento territorializado protagonizado pelos Caps.

A finalidade da Raps ficou definida como a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011). É um objetivo específico das Raps a redução de danos causados pelo consumo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011). Com diretrizes tão destoantes ao tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos e comunidades, pautado majoritariamente na abstinência, ambos não compuseram, a princípio, a rede.

Em 2017, na transição do governo Dilma Rousseff (PT) para Michel Temer (MDB) começaram os principais retrocessos da luta antimanicomial brasileira. Naquele ano, o psiquiatra Quirino Cordeiro assumiu a coordenação geral de Saúde Mental, Álcool e Outras

Drogas do Ministério da Saúde, nome indicado pelas forças da psiquiatria tradicional. Pela primeira vez em 23 anos, “a política de saúde mental deixa de ser gerida por alguém que não fosse em prol da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial” (Passos, 2017, p. 18). O médico permaneceu no comando da pasta até 2019 e protagonizou evidentes retrocessos, resumidos pela portaria de nº 3588/2017, que colocou os hospitais psiquiátricos como parte do Raps, aumentou para 20% o número de leitos nessas unidades e criou o Caps IV, especializado no atendimento aos casos graves de dependência química (BRASIL, 2017).

Sabe-se que desde 2017 os recursos destinados aos hospitais psiquiátricos crescem no Brasil, uma contradição direta à lei Paulo Delgado (CFP et al., 2020, p. 30). Já no governo Bolsonaro, foi autorizado um reajuste em 60% do valor das diárias pagas aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2018). No ano seguinte, foi aprovado o decreto de nº 9761/2019 que alterou a Política Nacional de Drogas de 2006 e estabeleceu a abstinência como política de cuidado aos usuários de drogas (BRASIL, 2019).

A Nova Política Nacional sobre Drogas (Pnad) reforça a regulamentação e destinação de recursos públicos às comunidades terapêuticas. A nota técnica nº 11/2019 tentou revogar 98 portarias ligadas à saúde mental, medida anulada posteriormente por pressão do movimento antimanicomial.

Em 2021, as CTs ganharam imunidade tributária, benefício comum às igrejas. Sob a atual gestão do presidente Lula, a portaria 3588/2017 foi revogada (BRASIL, 2023). Entretanto, neste ano, o governo habilitou 587 CTs a serem financiadas pelo Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (Depad), do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS).

4 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo, é apontado caminhos para a investigação jornalística do Hospital San Julian. Iniciada através da leitura de um documento de inspeção, os próximos passos constituem o recolhimento de dados sobre a mortalidade do hospital, além de conversas com ex-pacientes, familiares, funcionários, ex-funcionários e especialistas que fundamentam a realidade manicomial na instituição e, sobretudo, na Região Metropolitana de Curitiba.

No abre da discussão, uma passagem pelos dados preliminares e registros coletados sobre o Asja, uma instituição que surgiu na ditadura militar, em 1968, e se estabelece pelos próximos 56 anos como um espaço de institucionalização dos indivíduos e de captação de recursos públicos.

4.1 HOSPITAL SAN JULIAN: UM LUGAR A SER INVESTIGADO

A última passagem de Austregésilo Carrano por um hospital psiquiátrico começou com agressões antes mesmo da internação. O jovem já apático, agressivo e com outras sequelas físicas e psicológicas das “prisões” anteriores, se envolveu em uma briga de bar com um policial sem farda. Passou a noite na delegacia sendo espancado com chutes e socos intermináveis. Quando a sessão de tortura foi temporariamente paralisada, em um ato de desespero, cobriu o corpo com as próprias fezes (Bueno, 2004, p. 138). O plano levou-o direto para um manicômio em Piraquara, cidade vizinha de Curitiba e pertencente à malha urbana da capital.

A edição mais recente publicada do relato de Carrano corrigiu o nome de Hospital San Julian para Hospital São Gerônimo. A medida foi tomada pela editora Rocco, que detinha os direitos da autobiografia, como uma proteção legal à obra, que em 2004 tinha sido liberada novamente para circulação depois de dois anos de restrição judicial (Bueno, 2004, p. 175).

Vítima das torturas dos hospitais dirigidos pelos psiquiatras Alô Ticoulat Guimarães e Alexandre Sech, em 1998, Carrano decidiu processar a família dos médicos com um pedido de ação indenizatória pelas violências sofridas em ambas as instituições em que permaneceu mais tempo – Bom Retiro e San Julian. O ativista perdeu em primeira instância, pois a Justiça considerou o crime prescrito. Em uma reviravolta, Carrano acabou condenado ao pagamento das custas processuais à família de Guimarães, no valor de R\$ 60 mil. O silenciamento seguiu na adaptação para os cinemas: no longa-metragem de 2001 estrelado por Rodrigo Santoro e

dirigido por Laís Bodanzky, Austregésilo tem outro nome e a história se passa em Santos (SP), a 397 quilômetros de distância de Curitiba.

Na época em que recebeu alta no Hospital de Neuro-Psiquiatria do Paraná, em setembro de 1977, Carrano já estava prestes a completar 21 anos. O manicômio tinha sido fundado menos de uma década antes, em 1968, na ditadura militar, mas só começou a funcionar em 1975, nas vésperas da chegada do ativista.

A partir de 1964, os leitos de psiquiatria sofreram uma expressiva expansão no Brasil, devido a uma política de convênio público e privado na área da saúde, protagonizada pelos militares (Wadi; Olinto; Casagrande, 2015, p. 1354). No Paraná, o crescimento expressivo na quantidade de instituições psiquiátricas ocorreu entre 1970 e 1980. O primeiro inaugurado no estado foi o Hospital Nossa Senhora da Luz, em 1903, seguido pelo atual Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, em 1945, como já citado, local onde foi internado inicialmente Carrano, aos 17 anos de idade.

Os primeiros hospícios paranaenses tinham um caráter religioso e filantrópico bem definido (Wadi; Olinto; Casagrande, 2015, p. 1356), com uma gestão afastada do controle estatal. Esta realidade foi alterada em 1954, com a instituição do Hospital Colônia Aduato Botelho, primeiro hospital psiquiátrico público do Paraná e o único neste tipo de configuração que permanece aberto no estado. A privatização da assistência começou pelos esforços de desconcentrar o atendimento das capitais, e mover gradativamente para o interior (Paulin; Turato, 2004 *apud* Wadi; Olinto; Casagrande, 2015, p. 1360).

É neste embalo que surgiram o San Julian e o Hospital Psiquiátrico de Maringá, que concentraram até 2018 o maior número de leitos psiquiátricos do Paraná. Estes dois hospitais representaram o estado dentre os 40 hospitais do Brasil selecionados para a Inspeção Nacional daquele ano. O resultado das vistorias foi um relatório em conjunto do Ministério Público do Trabalho (MPT), Conselho Nacional de Psicologia (CNP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e outros órgãos fiscalizadores, que denunciou irregularidades sanitárias, de infraestrutura e maus-tratos a que os pacientes estavam sujeitos.

A escolha das instituições foi feita através de alguns critérios, sendo o mais evidente o número de leitos. Foram selecionados todos os hospitais psiquiátricos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) de grande porte, com indicação de descredenciamento do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), com existência de óbitos nos seis anos anteriores à vistoria, com taxa de ocupação superior aos 100%, com notícias de denúncias de violações dos direitos humanos ou irregularidades

veiculados pela mídia, e com existência de alguma denúncia acompanhada pelo Ministério Público (CFP et al., 2020, p. 43).

Segundo informações dispostas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), o Hospital San Julian está habilitado a atuar com 241 a 400 leitos hospitalares, todos exclusivamente reservados ao Sistema Único de Saúde, apesar da natureza privada-filantrópica da instituição. Entretanto, sabe-se que a unidade opera com 420 leitos (Abrasme et al., 2019, p. 2).

Os mais de 400 leitos já são suficientes para colocar o Asja como o maior hospital psiquiátrico do Paraná em número de leitos e o segundo maior do Brasil, ficando atrás somente do Instituto Bairral de Psiquiatria, em Itapira (SP), local também alvo da inspeção nacional. A estrutura do San Julian é dividida em três alas – Bion, Jellinek e Rached – que atendem exclusivamente pacientes do sexo masculino. A maior parte dos leitos é destinada ao Jellinek, que abriga adultos com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. As outras vagas dividem-se entre os adolescentes do Rached, também usuários de drogas, e adultos com transtornos mentais da ala Bion.

Durante a vistoria de 2018, foi relatada a falta de privacidade e espaço para a manifestação do “eu” na instituição. Os adolescentes, por exemplo, eram impedidos de usar as próprias vestes. No lugar, recebiam uniformes, e não podiam portar itens pessoais, assim como os adultos do Bion. Todos os usuários só podiam calçar chinelos (Abrasme et al., 2019, p. 27).

Em todas as alas e enfermarias, os banheiros eram recorrentemente filmados e as cabines não possuíam portas, além do acesso ser restrito por cadeados. Também não ficavam à disposição itens de higiene pessoal na unidade Bion (Abrasme et al., 2019, p. 13). Quando o perfil das internações da época, 90% das intervenções eram compulsórias, por ordem judicial.

A proposta institucional previa um tratamento de 30 a 45 dias para os jovens e 60 dias para os adultos. Apesar disso, foram encontrados na época da visita ao menos dez pacientes morando no hospital há aproximadamente 30 anos (Abrasme et al., 2019, p. 21-45) – novamente violando a desinstitucionalização prevista pela lei de 2001. O acesso ao bebedouro também era restrito na ala Bion.

Quanto à alimentação, a dieta programada tinha um valor fixo de calorias, não sendo permitido aos pacientes repetir a refeição. O intervalo entre a janta e o café da manhã superava as 10 horas de jejum. No dia da vistoria, a proteína servida no almoço foi salsicha, alimento com baixo valor nutricional. Os pacientes também relataram sofrer diarreias sempre que é servido o alimento (Abrasme et al., 2019, p. 25).

Na página de avaliações do Google, até julho de 2024, existem cinco comentários que reclamam da comida servida no hospital, quatro deles a qualificaram como “azedada”, estragada. O mais recente, postado em maio de 2024, denuncia a desnutrição que o parente internado teria sofrido devido a baixa qualidade nutricional. A comida é um fator de críticas constantemente associadas aos manicômios através dos séculos. Em 1887, Bly (2021, p. 87) já denunciava a comida do hospital em que ficou internada como intragável. “A alimentação era uma das piores coisas. [...] As mulheres famintas, e em alguns casos desnutridas, até tentavam ingerir os grudes que lhes serviam”.

Existem casos de sarna pelo compartilhamento das roupas e muitos dos adolescentes tinham fungos nos pés no momento da vistoria. Após as visitas, permitidas somente duas vezes por semana, os usuários eram submetidos a uma revista vexatória, obrigados a ficar nus muitas vezes na frente de inspetoras mulheres, o que se assemelha ao procedimento utilizado nas prisões (Abrasme et al., 2019, p. 27-29).

A primeira fase do internamento consistia no recolhimento do novo paciente por três a cinco dias nas enfermarias clínicas. Durante este período, os internos reclamaram serem super medicados, com acesso restrito ao hospital (Abrasme et al., 2019, p. 35). Na chegada ao San Julian de 1977, Bueno (2004, p. 52-140) relatou ter sido sedado e dormido por um dia inteiro. O mesmo procedimento de isolar os novos pacientes na enfermaria já era utilizado na década de 1970 no Hospital Bom Retiro, segundo os escritos do ex-paciente.

Em 2018, as enfermarias clínicas também eram utilizadas para o isolamento dos usuários. A direção previa, inclusive, o encaminhamento para a enfermaria da ala Bion em momentos de “regressão de comportamento”. Em pré-depoimento realizado em 2023 para esta reportagem, um ex-estagiário relatou que até recentemente os pacientes da unidade Jellinek eram ameaçados de serem internados nas enfermarias caso não se comportassem. Segundo a fonte, as enfermarias seriam um local temido, onde o corpo técnico teria a liberdade de aplicar sedativos à vontade.

A contenção química também era uma realidade presente nas alas Bion e Rached: durante a visita, os pacientes relataram serem medicalizados como punição em casos de indisciplina. Os adolescentes também questionaram não saber quais medicamentos tomavam e o porquê.

Durante a visita observamos outro adolescente visivelmente dopado, que necessitou de ajuda de um colega para se levantar na quadra poliesportiva, pois estava bastante sonolento, com a fala desconexa, e pouco tempo depois estava dormindo. O tratamento medicamentoso foi, em geral, visto como excessivo (Abrasme et al., 2019, p. 49).

Também foi relatado o uso excessivo da contenção mecânica, representada por um tecido com alças para amarração no leito, que deixa somente exposta a cabeça. O mecanismo era confeccionado inclusive com tamanhos diferentes, para ser utilizado tanto em adultos, como em adolescentes. Vale reiterar que o uso camisa-de-força pode limitar a ventilação mecânica do paciente, pois pressiona o tórax e o pescoço, além de poder trazer outras sequelas psíquicas (Abrasme et al., 2019, p. 50). Uma das punições mais relatadas na ala Jellinek foi o chamado “o duplo”, em que o paciente era obrigado a ficar sentado em um banco no pátio durante quatro horas.

Em pré-entrevista para esta reportagem, um ex-estagiário confirmou a existência dessas práticas punitivas e vexatórias na instituição ao menos até o primeiro semestre de 2023. Ele também relatou que a contenção física era feita majoritariamente por outros pacientes, de forma violenta, que não têm a formação necessária para fazer o procedimento de maneira a preservar a segurança e saúde do interno.

Em uma determinada situação, um destes “policiais internos” teria contido um paciente em surto batendo com a cabeça dele repetidamente no chão. A punição era frequente também em 1977. Em um dos últimos episódios do livro, Bueno (2004, p. 155) diz ter ficado inúmeras vezes amarrado pelos tornozelos e pulsos no leito por um lençol e com uma tira no tórax por dezenas de horas seguidas no San Julian. No Asja de 2018, em apenas seis meses de internação, um paciente havia sido contido mecanicamente 125 vezes (Abrasme et al., 2019, p. 51).

Sidrak Magalhães, um cara grosseiro, criado na roça, cavalo em forma humana, era um desses chamados enfermeiros. Numa aplicação das injeções perdeu a paciência depois de me ter furado uma porção de vezes e aplicou a injeção toda, de uma vez, no meu braço esquerdo. Meu braço inchou de tal maneira que ficou o dobro do que era. [...] Quase perdi o meu braço esquerdo (Bueno, 2004, p. 146).

A laborterapia, ligada hoje às CTs, também foi um ponto de investigação do relatório. A realidade do San Julian naquele ano era de um hospital com funcionários sobrecarregados. Havia, por exemplo, somente um enfermeiro por período (manhã, tarde ou noite) para cada 210 pessoas internadas – considerando o número de leitos, o cenário ideal seria no mínimo 15 enfermeiros diurnos, além de um profissional para cada enfermaria clínica, e cinco noturnos. Como consequência, foram criadas comissões de trabalho, como “pão/chá”, de pacientes que servem e dão auxílio na hora da alimentação, o GDA, a “polícia interna” que atua nas

contenções físicas, grupos de limpeza, entre outras divisões justificadas como parte do projeto terapêutico da instituição (Abrams et al., 2019, p. 18).

Quanto às mortes registradas, o relatório aponta para pelo menos cinco óbitos entre janeiro e dezembro de 2018, data da vistoria. Dentre estes casos, um paciente faleceu em decorrência de engasgo com alimentos durante uma refeição. Também foram contabilizados, de 2013 a 2018, um total de 27 óbitos, 59% de pacientes com menos de 50 anos de idade. Os dados apontam para registros de suicídio, uma morte por broncopneumonia e o caso extremo de um paciente que, admitido em 2018 na instituição, faleceu 20 dias depois devido a uma superdosagem de levomepromazina, medicamento utilizado para sedação do usuário que apresentava um suposto quadro de agitação. O interno tinha 49 anos de idade.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), obtidos via Lei de Acesso à Informação (LAI), de 2008 a fevereiro de 2024 morreram 65 pessoas no San Julian, 90,6% em regime de urgência. A maioria das vítimas tinha entre 40 a 44 anos de idade. Entretanto, as questões de cor e raça não são claras: ao menos 18,4% dos mortos não tiveram a racialidade informada. Entretanto, os depoimentos coletados, apontam que a maioria dos internos que passam pelo hospital são negros (pretos ou pardos).

As causas básicas de morte variam – a maioria, 35,4%, foi decorrente de transtornos mentais ou comportamentais devido ao uso indevido de álcool. Entretanto, foram registradas 16% de mortes ligadas ao coração, como insuficiência cardíaca e infarto do miocárdio. Também há a menção de mortes por diarreia, acidente vascular cerebral, suicídio, desnutrição, entre outras causas.

Espera-se que a superação do Hospital San Julian vá muito além da superação da estrutura física, que envolve uma série de procedimentos e convicções que ainda encontram, na segregação, uma possibilidade de “higiene social”. Não se trata apenas de desospitalizar, mas de direcionar um novo olhar à loucura, à diferença e, sobretudo, ao sofrimento humano, o que só é possível por meio da premissa do cuidado em liberdade. (CRP-PR et al. 2019, p. 67).

Na pré-entrevista de 2023, a fonte diz ter sido avisada durante o período em que trabalhou no hospital sobre a morte de um interno que, sedado, teria tropeçado no chão da enfermaria, enquanto se alimentava, morrendo engasgado. Em uma das avaliações no Google (2024), uma mulher comenta sobre o tio ter tido uma parada cardíaca nas dependências do hospital.

4.2 MODUS OPERANDI

- A) **Documento e pesquisa inicial.** Após a primeira denúncia de um ex-estagiário do San Julian, foi feita uma pesquisa preliminar sobre o hospital. Três pontos chamaram a atenção: 1) a existência de um relatório de vistoria nacional, publicado em 2019, e citado anteriormente na fundamentação teórica; 2) as avaliações negativas no Google, que em julho de 2024 acumulam denúncias e reduzem a nota da instituição para 3,8 de 5 – das 79 avaliações existentes, mais de 21% são comentários negativos; 3) a aparente inexistência de denúncias na imprensa local, visto os dois pontos anteriores. Em agosto de 2023, foi finalizada a primeira leitura completa do documento de inspeção. Surgem aqui as primeiras questões sobre o Asja, baseada na temporalidade dos fatos: se a vistoria foi realizada em 2018, seis anos depois foram feitas as adequações necessárias para o pleno funcionamento do hospital? Ou prevalecem as situações irregulares e de maus-tratos?
- B) **Diário de campo.** Sugestão do jornalista investigativo Mauri König, está sendo produzido um diário com os acontecimentos associados à reportagem, a fim de resguardar informações que podem ser tanto relevantes para a produção do roteiro final, quanto para uma eventual proteção da integridade jurídica deste produto. Todas as orientações, trocas de mensagens, incursões, entrevistas e pré-entrevistas estão sinalizadas no documento. Esse método é inspirado nos conceitos do jornalismo antropológico, em que se utiliza o diário para anotar todas as impressões do pesquisador sobre o cotidiano dos entrevistados (Lago, 2007, p. 52).
- C) **Classificação e sigilo de fontes.** Foi iniciado em 2023 um levantamento de fontes. A planilha classifica as fontes por nome, ocupação, contato (telefone, endereço ou e-mail) e quem fez a indicação. Para a classificação, foi utilizada a padronização estabelecida por Schmitz (2011, p. 22-33): Categoria; Grupo; Crédito; Qualificação. Para fundamentar a denúncia, foi oferecido às fontes primárias, quando necessário, o recurso do anonimato (*off the record*). O sigilo está assegurado pelo artigo 5º, inciso XIV da Constituição Federal: “a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional” (BRASIL, 1988), que também explicita o acesso à informação como um direito de todo cidadão brasileiro. O sigilo

da fonte foi oferecido de três modos: ocultação do nome; do nome e ocupação; do nome, ocupação e período de internamento ou vínculo trabalhista – todos com o recurso de modulação de voz. Ao todo, foram entrevistadas 21 pessoas, oito classificadas como secundárias e 13 como primárias, o que representa cerca de 70% das fontes ouvidas pela reportagem. Dos 13 relatos primários e testemunhais, sete eram estagiários do hospital, cinco foram pacientes ou familiares de pacientes e um foi psicólogo da instituição. Notou-se durante a apuração, a maior disposição de estagiários em compartilhar as experiências, do que funcionários ou ex-funcionários do hospital. Para os personagens, optou-se por não divulgar os sobrenomes.

QUADRO 1 – LISTA DE FONTES

Nome	Ligação com o tema	Grupo	Crédito
Alfredo Andreazza Dal Lago	Promotor da 4ª Promotoria de Justiça de Piraquara	Oficial	Identificada (<i>on</i>)
Ana	Ex-estagiária do San Julian	Testemunhal	Anônima (<i>off</i>)
Araci Asinelli	Naturalista, pedagoga e defensora da prevenção de drogas por meio da educação	Especializada	Identificada (<i>on</i>)
Bruna ¹	Ex-estagiária do San Julian	Testemunhal	Anônima (<i>off</i>)
Caio	Ex-interno do San Julian, na ala Bion	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)
Diogo Busse	Advogado e ex-diretor do Departamento de Política de Drogas da Prefeitura de Curitiba	Especializada	Identificada (<i>on</i>)
Eduardo	Ex-interno do San Julian, na ala Jellinek	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)

¹ Nome alterado a pedido da fonte.

QUADRO 1 – LISTA DE FONTES

Nome	Ligação com o tema	Grupo	Crédito
Flavio	Ex-psicólogo do San Julian	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)
Giovana	Ex-estagiária do San Julian	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)
Gladston	Ex-interno do San Julian	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)
Gustavo ²	Ex-estagiário do San Julian	Testemunhal	Anônima (<i>off</i>)
João	Filho de ex-interno do San Julian	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)
Júlia ³	Ex-estagiária do San Julian	Testemunhal	Anônima (<i>off</i>)
Sula	Ex-esposa de ex-interno do San Julian	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)
Leilah Santiago Bufrem	Ex-professora da UFPR e editora do livro “Canto dos Malditos”	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)
Leonardo	Ex-estagiário do San Julian	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)
Loraine Oltmann de Oliveira	Psicóloga, co-fundadora do Grupo Nossas Vozes e ativista na luta antimanicomial em Curitiba	Especializada	Identificada (<i>on</i>)

² Nome alterado a pedido da fonte.

³ Nome modificado para preservar a identidade da testemunha.

QUADRO 1 – LISTA DE FONTES

Nome	Ligação com o tema	Grupo	Crédito
Marcelo Kimati	Psiquiatra e ex-diretor do Centro de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba	Especializada	Identificada (<i>on</i>)
Nayanne Costa Freire	Psicóloga do Núcleo de Execução Penal da Defensoria Pública do Paraná	Oficial	Identificada (<i>on</i>)
Rafaela ⁴	Ex-estagiária do San Julian	Testemunhal	Anônima (<i>off</i>)
Rogério Palmeira	Diretor médico do San Julian	Institucional	Identificada (<i>on</i>)
Zé Beto	Filho de ex-interno do San Julian	Testemunhal	Identificada (<i>on</i>)

FONTE: Autor (2024).

D) **Pré-entrevistas.** Entre agosto e novembro de 2023, foram realizadas três pré-entrevistas, além da conversa esporádica com outras fontes para uma inicial aproximação e apresentação da pauta. Dois psicólogos ligados ao movimento antimanicomial trouxeram um aspecto generalista da luta no Brasil e no Paraná, mais especificamente Curitiba e Região Metropolitana. Estes diálogos forneceram informações que auxiliaram na produção do referencial teórico e bibliográfico deste projeto, bem como da compreensão do cenário do uso abusivo de álcool e drogas, política de redução de danos, sofrimento psíquico, patologização e medicalização da vida, advento das comunidades terapêuticas como os novos manicômios. Victoria Klepa, mestranda pela Universidade Federal do Paraná, introduziu a situação atual de precarização dos Caps – baseado na hibridização dos serviços e na redução de investimento público. Também apresentou o conceito de grupos de Ouvidores de

⁴ Nome fictício para proteger a identidade da fonte.

Vozes, reuniões esporádicas que surgem dentro do guarda-chuva dos Caps e que hoje se estendem para fora do SUS. A última pré-entrevista, realizada em 21 de novembro de 2023, foi a peça-chave para a investigação que iniciou-se oficialmente a partir de janeiro de 2024. Por fins de preservação da identidade, apenas será salientado que trata-se de um ex-estagiário do Hospital San Julian, que teve contato no primeiro semestre de 2023 com pacientes das alas Jellinek e Bion.

E) **Formação.** Em 2023, a pauta foi selecionada para um programa de mentorias da Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo (Abraji), de duas horas de duração, com jornalistas investigativos de grande relevância no país. Durante o agendamento, optou-se pelo mentor Mauri König, não só por sua grande experiência na área investigativa, mas também pela proximidade geográfica, já que também mora em Curitiba (PR) e está familiarizado com a RMC. Nos dois encontros, que ocorreram de maneira remota em 3 e 16 de novembro, o jornalista apontou caminhos relevantes para essa investigação. A primeira sugestão foi formular questões, com o amparo da Lei de Acesso à Informação (LAI), para rastrear informações sobre a mortalidade dentro da instituição e causas, no período de 2019 a 2024. A base inicial da pesquisa começou com a pré-entrevista da estudante. König sinalizou também a grande relevância da página de avaliações no Google, local em que o público pode deixar comentários espontâneos, positivos ou negativos. O último passo da investigação, instruído por König, será contatar representantes do San Julian para ouvir a sua versão dos fatos. Todas as tentativas de contato serão documentadas e exibidas no produto final, mesmo em caso de negativa ou se a instituição não retornar as mensagens. Em 31 de outubro de 2023, foi finalizado o curso virtual “Jornalismo investigativo: da hipótese à construção da narrativa”, de 38 horas, fornecido pela Abraji, com introdução às narrativas investigativas. Já em 6 de junho de 2024, foi concluída a oficina presencial de jornalismo de dados da Livre.jor, de 8 horas-aula, ministrada pelo jornalista José Lázaro, que auxiliou na formatação do pedido de LAI.

F) **Dados.** O portal da transparência do hospital disponibiliza prestações de conta dos repasses do Fundo Nacional de Saúde, com os balanços sociais desde 2016, e os editais de Cotação Prévia de Preços – Divulgação Eletrônica, de aquisição de equipamentos e materiais permanentes. Apesar da relevância dos documentos orçamentários, a busca por dados será concentrada nos direitos humanos, sobretudo no

mapeamento de denúncias contra o hospital e dados de mortalidade. O objetivo é ter ciência se as mortes dentro da instituição podem estar ligadas a negligência ou, em última instância, violência. Essa hipótese surgiu através da leitura do relatório de inspeção nacional ao hospital psiquiátrico, que levanta mortes suspeitas ocorridas em 2018, dentre elas uma causada por engasgo de alimentos e outra por superdosagem medicamentosa (Abrasme, 2019), conforme mencionado anteriormente. Inicialmente, foi encontrada a morbidade hospitalar da instituição, que chegou aos 62 mortos de 2008 a fevereiro de 2024, segundo o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Apesar do banco conter dados públicos que fortalecem o entendimento destas mortes, só é possível acessar o CID-10, a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, do internamento, não da *causa mortis*.

G) **Documentos.** Em 17 de junho de 2024, foram encaminhados dois pedidos, via LAI, solicitando esta mesma informação, uma para o Ministério da Saúde (MS) e outra para a Secretaria do Estado de Saúde do Paraná (Sesa-PR). Atualmente, 5 de agosto de 2024, o pedido na esfera federal foi respondido depois de recurso em 1ª instância. O número de óbitos diverge do fornecido publicamente SIH/SUS: 65, três a mais do encontrado anteriormente. Em 17 de junho de 2024, também foi feito um pedido via assessoria do Ministério Público do Paraná (MPPR) quanto aos procedimentos administrativos existentes contra o Asja. A resposta veio no mesmo dia: um total de nove denúncias, seis em aberto. Entretanto, quando solicitado o código de localização destes processos, não houve retorno. Depois de mediar novos contatos, em 1º de outubro de 2024, foram enfim compartilhados os números de 38 denúncias contra o hospital, do período de 2009 a 2024. Somente um procedimento administrativo, instaurado em janeiro deste ano, segue em andamento, com o sigilo decretado. Também foi tabelado a quantidade de leitos no Brasil, Paraná e Região Metropolitana por instituição, onde concluiu-se que o Hospital San Julian é o segundo maior hospital psiquiátrico do país, em número de leitos, além do mapeamento das comunidades terapêuticas cadastradas no Sisnad, no Paraná e na RMC.

H) **Integração na luta antimanicomial.** Em abril de 2024 ocorreu a plenária para a formalização de um ato público para 18 de maio, Dia da Luta Antimanicomial, em Curitiba (PR), a primeira manifestação dos últimos dez anos frente à expansão das

comunidades terapêuticas na região e sucateamento dos Caps. O encontro foi na Casa Olga Benário, localizada no centro histórico da cidade, e contou com a participação de psicólogos, pessoas em sofrimento psíquico, movimentos sociais e outros interessados. Na reunião, foi apresentada a proposta deste Trabalho de Conclusão de Curso, reiterando a importância da criação de uma rede de contatos para a execução da reportagem. Curiosamente, o encontro sofreu retaliações após a publicação de um vídeo do vereador Eder Borges (PL) que proferiu xingamentos contra os membros do movimento de luta antimanicomial paranaense e convocou seguidores a comparecer no local da plenária para impedir a reunião. Felizmente, as ameaças se limitaram ao ambiente virtual. Em 10 de maio, foi convocada uma formação do coletivo “Outros Outubros Virão”, no campus Santos de Andrade, conduzido por Melissa Almeida, professora e doutora do departamento de psicologia da UFPR, e a psicóloga do Caps Araucária, Mariana Xavier. O objetivo foi apresentar aos estudantes de psicologia o histórico da luta antimanicomial no Brasil. Já no dia 16, aconteceu um ciclo de palestras na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) do V Ato de Luta Antimanicomial. A autora deste trabalho foi convidada a palestrar junto à professora Melissa Almeida na mesa “O projeto de sucateamento da Raps e ascensão da iniciativa privada”, quando foi apresentado brevemente o projeto para jovens estudantes da área de saúde da instituição. A manifestação pública foi enfim executada em 17 de maio, uma marcha que partiu da Praça do Redentor (Pista do Gaúcho), no centro, ao Largo da Ordem. Estas participações auxiliaram na imersão no movimento e no contato de possíveis fontes para a produção da reportagem.

- I) Roteirização, edição e montagem.** A partir da fundamentação teórica que compõem este documento, da imersão em *podcasts* jornalísticos no estilo *storytelling* e da escuta atenta dos 21 episódios do *Audiocurso Globo: como fazer um podcast*, ministrado pelas jornalistas e produtoras da Rádio Novelo Sarah Azoubel e Bia Guimarães, foi possível estruturar três episódios do *podcast* “Para onde vão os malditos?”, de aproximadamente 30 minutos de duração cada. O primeiro capítulo, *Os funcionários*, abre com a apresentação do tema a partir da conversa com Leilah Bufrem, ex-professora da UFPR e primeira editora do livro *Canto dos Malditos*, de Austregésilo Carrano, e contém as denúncias coletadas de ex-estagiários e de um ex-psicólogo do hospital. Na sequência, o episódio *O hospital* é mais imersivo, com gravações captadas no interior do San Julian e um resumo da apuração sobre a

instituição. O último capítulo, *Os internos*, traz relatos de ex-pacientes e seus familiares, com uma introdução sobre as comunidades terapêuticas e trechos do ato da luta antimanicomial de Curitiba, realizado em maio de 2024. Optou-se por não trazer um encerramento no último episódio, a fim de continuar a apuração da reportagem no ano seguinte à entrega deste Trabalho de Conclusão de Curso. A música-tema é uma composição do artista e ativista antimanicomial Jake Bright.

J) Produção visual. Para finalizar a reportagem, foi encomendado para a publicitária e colega de curso Ana Vitória Dureck uma ilustração para a capa do *podcast*. A arte traz, em aquarela, um menino deitado na grama, com o braço apontando para o céu azul, coberto pela sombra de um muro cercado por arame farpado. Essa imagem foi inspirada em um menino de 12 anos que esteve internado na ala Rached, no dia da visita, o Jonas. Em conversa com a enfermeira, ela disse que o adolescente que tinha autismo, não verbaliza e que bem cedo teve contato com drogas ilícitas. Na cena, ele estava deitado na grama, enquanto os outros meninos tinham aula de musicoterapia, rindo enquanto olhava para o céu. Vale lembrar que Piraquara fica ao lado da Serra do Mar, em um dia ensolarado e limpo. Enquanto o menino parecia livre em seus pensamentos, um muro alto ao redor o cercava.

4.3 PONTOS A SEREM INVESTIGADOS

Ao longo das pré-entrevistas, leituras, conversas e provocações, foi recebida uma gama de pistas iniciais sobre o Hospital San Julian, a serem confirmadas ou não. Algumas delas apontam que:

- Os repasses governamentais ao Hospital San Julian foram acentuados desde 2018, período em que se nota mais expressivamente o desmonte da Política Nacional de Saúde;
- Mortes dentro da instituição são predominantemente consequência da negligência da instituição em prover um ambiente seguro;
- Existe uma tensão entre o CAPSad de Piraquara (PR), município a que pertence também o hospital, e o Asja;

- As irregularidades sanitárias, de maus-tratos e infraestrutura apresentadas no Relatório de Inspeção Nacional ao Hospital Psiquiátrico San Julian não foram solucionadas ou foram solucionadas parcialmente;
- O Asja é a instituição psiquiátrica que recebe mais repasses do FNS no Paraná;
- Algumas crianças e adolescentes sob tutela do estado são encaminhadas para a ala Rached;
- Presidiários são transferidos para o San Julian devido a superlotação dos presídios e complexos médicos penais;
- A contenção química e mecânica é utilizada frequentemente dentro das três alas do hospital;
- Os pacientes da instituição, sobretudo das alas Bion e Rached, sofrem com a hipermedicalização e não são informados sobre o tratamento medicamentoso que recebem;
- São feitas ameaças constantes aos internos frente ao comportamento julgado como inadequado, protagonizado pelos psicólogos do hospital;
- A instituição possui uma certa proteção de políticos aliados, ainda não esclarecida;
- Os internos participam de testes clínicos fornecidos pelo Hospital Universitário Cajuru, ainda não esclarecidos.

5 O PODCAST INVESTIGATIVO

Com respeito aos limites éticos que cabem a esta reportagem de conclusão de curso, a investigação do Hospital San Julian vai partir do relatório de inspeção de 2018, emitido por ,Ministério Público do Trabalho (MPT), Conselho Nacional de Psicologia (CNP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e outros órgãos fiscalizadores, e de denúncias, para expor situações de maus-tratos que estão submetidos os internos da instituição, no período de 2019 a julho de 2024, posterior a vistoria, como forma de comprovar que apesar dos apontamentos feitos pelos órgãos fiscalizadores, a instituição segue com irregularidades expressivas, sobretudo dentro do escopo dos direitos humanos.

Em formato de *podcast* seriado, com linguagem documental e narrativa, especialistas, ex-funcionários, ex-internos e atores da saúde mental no Paraná vão fundamentar o produto, também embasado em dados de mortalidade da instituição, disponíveis no DATASUS, e denúncias existentes no Ministério Público do Paraná (MPPR). O hospital foi escolhido pela longevidade, pela história que carrega, pelo tamanho – vale ressaltar novamente, o maior do Paraná e segundo maior do Brasil em número de leitos psiquiátricos – mas sobretudo pelo reflexo de um Brasil, mais de 23 anos pós-reforma psiquiátrica, que caminha para o desmonte dessa política, com a expansão de leitos e de comunidades terapêuticas que restringem a liberdade, a individualidade e punem os indivíduos. Neste capítulo, serão discutidos os métodos de apuração jornalística que foram e serão aplicados nos próximos meses.

5.1 A INVESTIGAÇÃO NO JORNALISMO

Aos 23 anos, a jornalista Nellie Bly se infiltrou no manicômio feminino da ilha de Blackwell, em Nova Iorque, sob o pseudônimo de Nellie Moreno. Para conseguir este feito, treinou um olhar vazio com o próprio reflexo e simulou comportamentos anômalos em uma pensão feminina. Não tardou muito para um juiz determinar a internação imediata no hospício.

Durante dez dias, conviveu com outras internas, muitas delas sem sinais de transtorno mental algum, e observou as condições insalubres que eram expostas, além da explícita violência física e psicológica – em uma determinada passagem, Bly (2021, p. 93) descreveu o momento em que uma mulher é esganada pelas enfermeiras. A medicalização forçada também era rotineira, sem informar ao paciente sobre as opções de tratamento (Bly, 2021, p. 91). Uma das colegas mais próximas de Nellie, que entrou sã no manicômio,

sucumbiu à loucura em menos de dez dias à medida que foi exposta a espancamentos, xingamentos, fome, banhos gélidos e frio cortante nas madrugadas.

Louca? Sim, louca; e, à medida que observava a loucura dominar pouco a pouco aquela mente que antes parecia normal, eu amaldiçoava em silêncio os médicos, as enfermeiras e todas as instituições públicas. Alguns dirão que ela já era louca antes de ser internada. Se de fato era, será que aquele era o lugar para qual uma mulher convalescente deveria ser mandada, para tomar banho gelado, ser impedida de se agasalhar e receber comida horrível? (Bly, 2021, p. 90).

Os abusos neste período foram o suficientes para a publicação de uma série de reportagens a partir de 9 de novembro de 1887 no *New York World*, periódico de Joseph Pulitzer, que resultou posteriormente no livro *Dez Dias em um Hospício* (1887). O material fomentou um escândalo nacional, que resultou na destinação de uma verba extraordinária para manter o hospital funcionando com recursos um pouco mais apropriados para o acolhimento dessas mulheres.

Apesar de questionável o método utilizado por Bly – o *stunt journalism*, técnica de apuração que consiste no uso de identidade falsa para obter informações (Queiroz, 2013 *apud* König, 2019, p. 12) – é inegável sua força e expressividade para contar histórias até então ocultas. Pioneira, a jovem jornalista seguiu carreira no *World* com outras matérias de cunho investigativo, como na tentativa de passar-se por uma mulher com o desejo de comprar um bebê oriundo do tráfico humano.

Hoje, a discussão sobre a ética jornalística já seria um impeditivo para que matérias como a de Nellie fossem publicadas sem, antes, muita cautela e respaldo legal por parte do veículo. Para Fortes (2010, p. 50), o uso de recursos considerados antiéticos no jornalismo investigativo “deve se valer do princípio da honestidade de quem faz, das circunstâncias da reportagem, da intenção da pauta e dos limites que o bom senso e a ética impõem”.

A verdade é que os próprios jornalistas que se utilizam de recursos controversos, como microcâmeras, escuta, infiltração, justificam os atos pela prevalência do interesse público. Entretanto, König (2019, p. 172) argumenta que este interesse deve estar pautado não naquilo que o público quer ler, ver, ouvir ou acessar, e sim naquilo que ele precisa. Na informação que, antes oculta, agora está à disposição da sociedade, a quem ela pertence.

Se a presunção maquiavélica convém ou não, ela é apenas uma camada da investigação jornalística, que pode inclusive colocar em risco a integridade física dos jornalistas. O caso mais emblemático é do repórter da Globo Tim Lopes, assassinado em 2002

pelo traficante Elias Maluco, integrante do Comando Vermelho. O jornalista teve as pernas cortadas e foi queimado ainda vivo dentro de um pneu (Lobato, 2005, p. 222).

A partir dessa experiência, inúmeras iniciativas foram tomadas pelos jornais brasileiros para preservar a vida dos colaboradores, como o envio do repórter sempre acompanhado por equipe nos morros (Lobato, 2005, p. 222). Também foi criada a Associação Brasileira de Jornalistas Investigativos (Abraji), com um dos objetivos de acompanhar casos de censura judicial e violência contra jornalistas.

Outra vítima da reportagem foi o Mauri König, espancado em dezembro de 2000 por policiais paraguaios, próximo a San Alberto, região da fronteira do país com o Brasil, após uma denúncia sobre a atuação da instituição no recrutamento de brasileiros e paraguaios menores de idade para os quartéis. König (2017, p. 48) relatou ter uma corrente amarrada ao pescoço e jogado na estrada, deixado para morrer pela corporação corrupta.

Tim Lopes também enfrentava os dilemas éticos do jornalismo para fazer denúncias de interesse público. A última série publicada na televisão, antes de ser brutalmente assassinado, trazia a realidade de clínicas de reabilitação de drogas, em que os adictos estavam expostos aos maus-tratos. Os meses de apuração levaram o jornalista a se internar em vários destes centros (Fortes, 2010, p. 73), o mesmo recurso de infiltração utilizado por Nellie Bly.

Se a investigação custa a vida, segurança, dinheiro e tempo dos jornalistas, não é à toa que com o facilitador da internet, e mais adiante das ferramentas de busca, abriu-se margem para um novo tipo de reportagem, que facilitaria a apuração: o jornalismo das investigações (Nascimento, 2010).

Com este novo recurso, os jornalistas passam a chamar de investigação a simples tradução de uma investigação já conduzida por policiais, promotores, advogados ou outras autoridades. Para Nascimento (2010, p. 21), “o jornalismo investigativo implica um trabalho ativo de apuração de um repórter”. Portanto, o vazamento de informações por autoridades e a publicação de uma investigação conduzida por terceiros não podem ser considerados exemplos de jornalismo investigativo.

O jornalismo investigativo é também conhecido como o jornalismo da indignação (Nascimento, 2010, p. 15), que exige a divulgação de informações novas, latentes, que partem de uma pesquisa minuciosa, insistência, atenção especial a documentos e às vítimas daquela história (Fortes, 2010, p. 35-43).

No Brasil, a prática teve ascensão a partir da redemocratização, mais especificamente na década de 1990, durante a gestão de Fernando Collor de Mello. Autores como Fortes (2010, p. 10) consideram o *impeachment* do presidente como o marco zero do jornalismo

investigativo no país. Assim como o jornalismo diário, ele carrega características intrínsecas ao jornalismo americano, apesar de miscigenado com o brasileiro – uma das marcas que comprovam esse hibridismo é o *watchdog role*, o papel da imprensa enquanto cão de guarda da sociedade (Silva, 1991, p. 34). O país também vai importar o *new journalism*, movimento estadunidense das décadas de 1960 e 1970 precursor do jornalismo literário, protagonizado por nomes como Truman Capote, Gay Talese e Joan Didion (Silva, 1991, p. 112).

5.2 PODCAST

Em 2024, aproximadamente 31,9 milhões de brasileiros consomem *podcasts* – 43,23% diariamente e 23,56% mais de uma vez por dia (ABPod, 2024, p. 1-3). Apesar de ser associado a programas de entrevistas, o jornalismo tem se utilizado no formato para alcançar novos públicos, com uma linguagem que se diferencia do jornalismo diário radiofônico.

Enquanto os veículos sonoros tradicionais ficam restritos a características do jornalismo americano – objetividade, *lead* (quem, o quê, quando, como, porquê e onde), pirâmide invertida – o *podcast* é uma ferramenta narrativa e experimental, que se aproxima das técnicas do jornalismo literário (Viana, 2020, p. 294). A urgência da informação cotidiana é outra razão para o narrativo ter se afastado dos estúdios das rádios a partir da década de 1930 (Silva, 2021, p. 190).

Para Kischinhevsky, 2018, p. 79, o radiojornalismo narrativo, representado pelos *podcasts*, permite uma apuração exaustiva de informações e reconstituição de cenas através da reportagem investigativa, que conecta o público com os personagens, em uma tática de sensibilização da audiência. Para tanto, apropria-se da contação de histórias e da trilha sonora para despertar emoções nos ouvintes, além de puxar ganchos narrativos.

Quais os fios condutores deste novo radiojornalismo narrativo que caracteriza uma ampla produção de podcasts em nível internacional? Em linhas gerais, investem na apuração em profundidade, ouvindo extensamente as fontes escolhidas e recorrendo à ilustração destes personagens em diversos momentos dos episódios, sem a restrição de tempo das sonoras usadas no radiojornalismo convencional – raramente, superiores a 30 segundos de duração (KISCHINHEVSKY, 2018, p. 79).

Esse é o chamado *storytelling*, em livre tradução, “narração de histórias”, é um recurso utilizado nos roteiros dos *podcasts* jornalísticos para aproximar o ouvinte da trama que está sendo contada. A técnica foi adotada pelo *Serial* em 2014, programa estadunidense de grande audiência que trouxe a uma nova geração de ouvintes a história do desaparecimento em 1999 de Hae Min Lee, uma jovem de 18 anos.

No caso do Brasil, a quarta temporada do programa investigativo *Projeto Humanos*, com o primeiro episódio ao ar em 2018, reviveu o desaparecimento e assassinato do menino Evandro Caetano em 1992, em Guaratuba (PR), no litoral. Na década de 1990, a cobertura jornalística foi atrapalhada por pistas falsas e um trabalho de investigação policial desastroso, que resultou na prisão, tortura e julgamento de sete inocentes, quatro deles condenados à prisão. A morte foi associada a rituais satânicos e o caso ficou conhecido como “As Bruxas de Guaratuba”, já que as supostas mandantes do crime teriam sido mãe e filha, Celina e Beatriz Abagge, esposa e filha do prefeito do município na época.

O narrador Ivan Mizanzuk conduziu as investigações para a temporada com bons trabalhos de reportagens da época, outras coberturas manchadas pelo sensacionalismo, além de conversar com testemunhas, familiares da criança desaparecida, autoridades, jornalistas e teve acesso a documentos exclusivos. Um dos desdobramentos da temporada foi o acesso a fitas entregues anonimamente que comprovaram as sessões de tortura a que os suspeitos foram submetidos para confessar o crime, alegação que mantinham desde à época do julgamento, mas ainda associados ao estigma de assassinos. Cabe ressaltar que Mizanzuk não é jornalista de formação, mas no país o diploma não é exigido para exercer a profissão.

Além do trabalho de intensa apuração jornalística, essencial no jornalismo investigativo, o *storytelling* também carrega uma linguagem sonora descritiva e humanizada, que muito assemelha-se a cenas de cinema de não-ficção. Estruturalmente, os roteiristas utilizam recursos como *plot twists*, reviravoltas, e *cliffhangers*, situação limite (Vieira, 2020, p. 297). Justamente por este formato, o jornalista acaba se aproximando dos ouvintes, o que torna o jornalismo mais subjetivo, uma vez que expõe hesitações e perplexidade (Silva, 2021, 202). “O jornalista-interlocutor assume o papel do narrador onipresente e onisciente, alcançado por meio de uma apuração detalhada que beira a observação participante” (Vieira, 2020, p. 298).

No caso do Projeto Humanos, o primeiro episódio abre com Ivan Mizanzuk contando a relação pessoal com o desaparecimento de Evandro, uma vez que também foi criança nos anos 1990, época de inúmeros registros de desaparecimentos de crianças no Paraná. Como parte essencial da contação, o jornalismo literário opta por mostrar ao leitor, ou neste caso, ouvinte, como aquele fato aconteceu, como uma cena de um filme (Lima, 2010, 16):

O jornalismo literário prefere esse modo de narrar porque seu compromisso implícito com o leitor é dar-lhe não apenas a informação sobre alguma coisa. É fazer com que o leitor passe pela experiência sensorial, simbólica, de entrar naquele mundo específico que a matéria retrata. Enquanto o sumário apela mais para o raciocínio lógico, a cena procura também despertar a visão, a audição, o olfato, o tato, o paladar do leitor.

O alcance dos *podcasts* é inevitavelmente um fator decisivo para a opção deste formato para reportagem sobre o Hospital San Julian. Do público ouvinte no Brasil, 49,71% consomem programas pelo Spotify. O tipo de conteúdo mais popular entre o público é a notícia, com 23,79% de predileção. Mais da metade dos ouvintes no país preferem escutar episódios de trinta a sessenta minutos e a faixa-etária predominante é 25 a 44 anos (ABPod, 2024, p. 3-4).

Dentro do universo sonoro, inspiram esta reportagem o *podcast* investigativo de sete episódios *O Pastor*, assinado pelo jornalista Tomás Chiaverini. A série marca o centésimo episódio da *Rádio Escafandro*, programa que se limitava até então a um formato quinzenal, de uma hora ou mais, com especialistas e personagens que dialogam sobre assuntos em pauta, como o fenômeno do bolsonarismo no Brasil, ou ao menos curiosos, como o efeito das drogas psicotrópicas no corpo e a não-monogamia.

A partir de *O Pastor*, o *podcast* ganhou um escopo de investigação, pela empreitada de Tomás Chiaverini no pequeno município de Itacoatiara (AM), sede do projeto *Resgatando Cativos*, que recolhia pessoas em situação de rua e drogadição. O líder da organização, o pastor evangélico Arison Farias, expunha os “resgatados” em *lives* do Facebook, aos moldes de um *reality show* e os submetia a trabalhos forçados.

A série possui paralelos temáticos com o San Julian, principalmente pela convergência da dependência química e maus-tratos, mas também possui uma estrutura que não só expõe os resultados da reportagem como o caminho da investigação. No penúltimo episódio, por exemplo, Tomás grava uma conversa informal com o pastor, com receio que este se negue a dar entrevista ou que, de alguma forma, manipule as informações uma vez ciente da gravação. O resultado são minutos de tensão para o ouvinte, que acompanha o som do trajeto do carro na estrada de chão, a porta se abrindo já dentro do terreno da chácara do pastor e os primeiros contatos entre o repórter e o líder religioso.

No campo da humanização dos personagens, o episódio 86 da *Rádio Novelo Apresenta* trouxe o relato de Walter Farias, um ex-funcionário do Hospital Psiquiátrico Juqueri, em São Paulo (SP), na década de 1990. O servidor público acabou sofrendo psiquicamente frente às violências a que os pacientes e funcionários estavam submetidos e

acabou internado na própria instituição que o empregou. Em um dos episódios, já como paciente do manicômio, Farias teve todos os dentes arrancados da boca, sem anestesia, após reclamar de uma pequena dor. Anos depois, se juntou ao “escritor fantasma” Daniel Navarro para contar a passagem de vida em um livro. O programa é sensível, tem uma narração e texto que retém a atenção do ouvinte, mas se prende sobretudo ao relato humano, a voz de Walter Farias como protagonista da própria história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os três episódios que compõem o *podcast Para onde vão os malditos?* são uma introdução, para esta autora, à investigação jornalística. Ao longo da apuração, surgiram obstáculos que limitaram os resultados deste trabalho – o principal deles, relacionado à dificuldade de contatar fontes oficiais, que participam ativamente desse canal de denúncias contra instituições psiquiátricas na Grande Curitiba, e interpretar documentos oficiais, como laudos de *causa mortis* e orçamentários. Entretanto, entende-se, pela densidade da pesquisa, que este projeto é uma porta de entrada para uma investigação mais extensa que se inicia com o primeiro *play*.

O *Canto dos Malditos* é uma obra não só de inspiração para este projeto, como impulsionador de uma formação jornalística que começou dentro das paredes da universidade e chega, a partir da aprovação deste trabalho, em uma vida profissional enquanto jornalista. A reportagem investigativa é o resultado da indignação, que move o repórter em busca de respostas para as novas perguntas que surgem a cada etapa da apuração.

Além de traçar uma homenagem a Austregésilo Carrano, o título deste trabalho traz uma dualidade entre os “malditos”, condenados ao sistema opressor que os isola da sociedade e retira, automaticamente, direitos humanos e jurídicos básicos, e, a partir do termo cunhado pela literatura – o “maldito” enquanto autor transgressor e disruptivo, que rompe com as normas estabelecidas e provoca o leitor em cada verso ou capítulo.

Ficam em aberto as seguintes indagações: a) como o fim dos hospitais de custódia, adiado indefinitivamente desde agosto de 2024, vai afetar o San Julian; b) compreender melhor a tramitação dos pacientes encaminhados via judicial; c) entender se as irregularidades apresentadas na reportagem se estendem para outros hospitais da cidade, como o Hospital Colônia Adauto Botelho; d) obter o posicionamento do Conselho Regional de Medicina e Psicologia, frente às denúncias contra o Asja; f) compreender o aumento de 1266% no saldo líquido do hospital entre 2020 e 2021 e outras leituras possíveis a partir dos balanços comerciais; g) mapear, a partir dos códigos dos procedimentos administrativos instaurados pelo Ministério Público do Paraná, potenciais pontos de atenção; h) entender se o hospital oferece uma grade escolar completa para os adolescentes ali internados; i) acompanhar o andamento do novo complexo Complexo Multiterapêutico de Transtornos do Neurodesenvolvimento Infanto-Juvenil, que fornecerá atendimento ambulatorial para crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ABPOD, Associação Brasileira De Podcasters. **PodPesquisa 2024/2025**: panorama do podcast no Brasil: desafios e oportunidades. São Paulo: ABPod, 2024. Disponível em: <http://abpod.org.br/>. Acesso em: 11 dez. 2024.

ABRASME, Associação Brasileira de Saúde Mental; CFP, Conselho Federal de Psicologia; CNMP, Conselho Nacional do Ministério Público; DPPR, Defensoria Pública do Estado do Paraná; MNPC, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; PRT9, Procuradoria Regional do Trabalho da 9ª Região; UFPR, Universidade Federal do Paraná. **Relatório da Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos ao Hospital Psiquiátrico San Julian**. Curitiba, 2019. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pfdc/midiateca/outras-publicacoes-de-direitos-humanos/pdfs/relatorio-da-inspecao-no-hospital-psiquiatrico-san-julian-piraquara-pr-2018/view>. Acesso em: 21 jul. 2024.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANTRA, Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil. **DOSSIÊ – assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2023**. 2024. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2024.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BLY, Nellie. **Dez dias num hospício**. São Paulo: Fósforo 2021. 106 p.

BRAGA, Matheus Campos; MELO JUNIOR, Walter; MELO, Sanny Rhemann Baeta. **Correlações entre as dimensões jurídico-política e teórico-conceitual da noção de abstinência**. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), São Paulo, Brasil, v. 20, p. e-214322, 2024. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2024.214322. Disponível em: <https://journals.usp.br/smad/article/view/214322..> Acesso em: 22 jul. 2024.

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: 21 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 21 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 21 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 21 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 22 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 21 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.434, de 20 de agosto de 2018**. Define o Serviço de Referência para Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 21 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023**. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view>. Acesso em: 21 jul. 2024.

BUENO, Austregésilo Carrano. **Canto dos Malditos**. Curitiba: Rocco, 2004. 192 p.

CASAGRANDE, Attiliana De Bona. **“Dependência química”, biopolítica e a reconfiguração dos mecanismos disciplinares: a experiência do Hospital Colônia Adauto Botelho, PR (1983-2012)**. 2015. 264 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/169630/341097.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 jul. 2024.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 222 p.

CFP, Conselho Federal de Psicologia; CNMP, Conselho Nacional do Ministério Público; MNPC, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; MPT, Ministério Público do Trabalho. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

CFP, Conselho Federal de Psicologia; CNMP, Conselho Nacional do Ministério Público; MNPC, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; MPT, Ministério Público do Trabalho; MPF, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. **Manifesto de Bauru**. 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2024.

DAVID, Emiliano de Camargo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. **Nem crioulo doido nem negra maluca**: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 44, n. especial 3 out, p. 264–277, 2020. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/3850>. Acesso em: 5 jun. 2024.

DUARTE, Marco José de Oliveira. **Racismo, subjetivação e saúde mental**: contribuições para a reforma psiquiátrica antimanicomial. In: DAVID, Emiliano de Camargo (Org.). *Racismo, subjetividade e saúde mental*. 1. ed. São Paulo-Porto Alegre: Hucitec; Grupo de Pesquisa Egbé; Projeto Canela Preta, 2021. p. 21-34.

FAUSTINO, D. M. **Frantz Fanon**: um revolucionário, particularmente negro. São Paulo: Ciclo Contínuo, 2018.

FIOCRUZ. **Linha do Tempo**. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>. Acesso em: 21 jul. 2024.

FORTES, Leandro. **Jornalismo investigativo**. São Paulo: Contexto, 2010.

FOUCAULT Michel. **História da loucura**: na Idade clássica. Trad. José Teixeira Coelho. 9ª Edição. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GOOGLE. **Avaliações do Hospital San Julian**. Disponível em: <https://www.google.com/maps/place/Hospital+San+Julian>. Acesso em: 21 jul. 2024.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GULLAR, Ferreira. **Nise da Silveira**: uma psiquiatra rebelde. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1996.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota Técnica**: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: DIEST - Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. 2017. Acesso em: 22 jul. 2024.

JORNALISMO INVESTIGATIVO. **O concurso Tim Lopes:** um estudo de caso sobre a atuação da imprensa no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília: Andi e Childhood Brasil, 2006.

KÖNIG, Mauri. **Nos bastidores do mundo invisível.** Curitiba: Cursiva, 2017.

KONIG, Mauri. **Limites éticos e legais no jornalismo de infiltração em reportagens do GDI do Grupo RBS.** 2019. Dissertação (Mestrado em Jornalismo) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2019.

KISCHINHEVSKY, Marcelo. **Rádio em episódios, via internet:** aproximações entre o podcasting e o conceito de jornalismo narrativo. Revista de la Asociación Española de Investigación de la Comunicación, v. 5, n. 10, p. 73-80, 1 nov. 2018.

LAGO, Cláudia. **Antropologia e jornalismo:** uma questão de método. In: LAGO, Cláudia; BENETTI, Márcia (Orgs.). Metodologia de pesquisa em jornalismo. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 48–66.

LIMA, Edvaldo Pereira. **Jornalismo literário para iniciantes.** São Paulo: Clube de Autores, 2010.

LOBATO, Elvira. **Instinto de repórter.** São Paulo: Publifolha, 2005.

MACHADO, Ana Lúcia. **Espaços de representação da loucura:** religião e psiquiatria. Campinas: Papirus, 2001.

MARCOLINO Eliana. **Comunicação e loucura:** a representatividade da lei antimanicomial nos jornais O Estado de S. Paulo e A tribuna. São Paulo: Editora Metodista, 2005.

NASCIMENTO, Solano. **Os novos escribas:** o fenômeno do jornalismo sobre investigação no Brasil. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2010.

PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Luta antimanicomial e feminismos:** discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PASSOS, Rachel Gouveia. **“Holocausto ou Navio Negreiro?”:** inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira / Holocaust or “The Ship Negreiro?”: concerns for the Brazilian Psychiatric Reform. Argumentum, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i3.21483. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em: 5 jun. 2024.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos (Org.). **Comunidades Terapêuticas:** temas para reflexão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em: 22 jul. 2024.

SANTOS, Sílvia. **Os podcasts:** um lugar novo para o regresso das histórias ao jornalismo. In: CORREIA, João Carlos; AMARAL, Inês (Orgs.). De que falamos quando dizemos jornalismo? Temas emergentes de pesquisa. Covilhã: LabCom, 2021. p. 195-214. ISBN 978-989-654-781-3. Disponível em:

<https://labcomca.ubi.pt/livros-de-que-falamos-quando-dizemos-jornalismo-temas-emergentes-de-pesquisa>. Acesso em: 21 jul. 2024.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Crítica à degenerescência racial e reforma psiquiátrica de Juliano Moreira**. In: DAVID, Emiliano de Camargo (Org.). Racismo, subjetividade e saúde mental. 1. ed. São Paulo-Porto Alegre: Hucitec; Grupo de Pesquisa Egbé; Projeto Canela Preta, 2021. p. 35-45.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Lima Barreto: triste visionário**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

SCHMITZ, Aldo. **Fontes de notícias: ações e estratégias das fontes no jornalismo**. Florianópolis: Insular, 2011.

SILVA, Carlos Eduardo Lins da. **O adiantado da hora**. A influência Americana sobre o jornalismo brasileiro. São Paulo: Summus, 1991.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do inconsciente**. Rio de Janeiro, Alhambra, 1981.

VASCONCELOS, Frederico. **Anatomia da reportagem: como investigar empresas, governos e tribunais**. São Paulo: Publifolha, 2008.

VIANA, Luana. **O uso do storytelling no radiojornalismo narrativo: um debate inicial sobre podcasting**. RuMoRes, São Paulo, v. 14, n. 27, p. 286-305, jul. 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/Rumores/article/view/167321>. Acesso em: 21 jul. 2024.

WADI, Yonissa Marmitt; OLINTO, Beatriz Anselmo; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. **Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1353-1371.

PRODUTO FINAL

<https://open.spotify.com/show/1TAswiYWNsQPhvyr36QGTM?si=VTWCr6dYTZ-X-w0dvOLP0g&nd=1&dlsi=ed7def4872ca499c>

