



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE HUMANIDADES  
CURSO DE LICENCIATURA EM HISTÓRIA

JOANAS, MARIAS E SUAS “TANTAS” INTERNAÇÕES: A CONSTRUÇÃO DA  
LOUCURA FEMININA E OS DESLOCAMENTOS, A PARTIR, DA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA, EM CAMPINA GRANDE- PB (2005)

LORRANE RANGEL AGRA LOPES

CAMPINA GRANDE  
JULHO/2018.

JOANAS, MARIAS E SUAS “TANTAS” INTERNAÇÕES: A CONSTRUÇÃO DA  
LOUCURA FEMININA E OS DESLOCAMENTOS, A PARTIR, DA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA, EM CAMPINA GRANDE- PB (2005)

LORRANE RANGEL AGRA LOPES

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em  
História, do Centro de Humanidades da Universidade  
Federal de Campina Grande, como requisito parcial  
para obtenção do título de Licenciado em História.

Orientador (a): Prof. Dra. Marinalva Vilar de Lima

Campina Grande

2018

L864j

Lopes, Lorrane Rangel Agra.

Joanas, Marias e suas “tantas” interações : a construção da loucura feminina e os deslocamentos, a partir, da reforma psiquiátrica, em Campina Grande-PB (2005) / Lorrane Rangel Agra Lopes. - Campina Grande, 2018. 68 f. : il.

Monografia (Licenciatura em História) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2018.

"Orientação: Profa. Dra. Marinalva Vilar de Lima".

Referências.

1. História das Doenças - Loucura. 2. Loucura - Mulheres. 3. Reforma Psiquiátrica. I. Lima, Marinalva Vilar de. II. Título.

CDU 930:616.8(043)



Biblioteca Setorial do CDSA. Maio de 2025.

Sumé - PB

LORRANE RANGEL AGRA LOPES

JOANAS, MARIAS E SUAS “TANTAS” INTERNAÇÕES: A CONSTRUÇÃO DA  
LOUCURA FEMININA E OS DESLOCAMENTOS, A PARTIR, DA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA, EM CAMPINA GRANDE- PB (2005)

Monografia Avaliada em \_\_ / \_\_ / \_\_ com o conceito \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Marinalva Vilar de Lima

(Orientadora)

---

Prof. Dr. Alarcon Agra do Ó

(Examinador)

---

Prof. Dr. Giuseppe Roncalli Ponce Leon de Oliveira

Examinador (a)

À minha mãe, Mairan, e à minha avó, Eliane,  
longe de serem padrões ou modelos, mas  
sendo acima de tudo amor, lar e força. Sou só  
gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Uma das poucas certezas que tenho é que, nessa vida, a gente não faz nada sozinho. Somos a junção dos outros, que nos atravessam, nos acrescentam, nos tiram e nos modificam. Assim também, foi à construção deste trabalho, longe de ser mérito exclusivo meu, mas sim, a soma de todas as vivências e das pessoas que tenho ao meu lado.

Sou grata a minha família, pelas conversas, reuniões e risadas. Especialmente, aos que convivo diariamente. À minha mãe, pela contribuição fundamental para esta escrita, de ter estabelecido o contato possível para o acesso às fontes, além de ser colo, certeza de apoio e amor. À minha avó, por todas as caronas e por todo afeto, que apesar da ausência de palavras, de ambas, pelo olhar, se faz compreender. Ao meu irmão, longe de entender o que é um trabalho acadêmico, mas por toda a sua demonstração de afeto, sua forma de criança de perceber o mundo, e pelas suas conversas que diminuem o ritmo do dia a dia.

Aos amigos e colegas que fiz durante a graduação. Em especial, aos amigos do PET-História: Roberta, Adriano, Lucas e Jean, por todo apoio na vida acadêmica, por todos os trabalhos realizados juntos e por toda vivência para além da instituição.

Ao meu amigo, Heitor, presente da graduação em História. Por todo afeto construído, por todas as conversas, pelo apoio, fundamental, em todas as etapas. Que o tempo possa ser gentil com a nossa amizade.

À Igor, por ser calma, por se fazer presente na confusão que é o dia a dia. Por todo apoio, por dizer que tudo vai dar certo. Por entender as fases e ausências. Por escolher seguir construindo comigo. A vida é boa, mas é muito melhor com você.

Aos professores da Unidade Acadêmica de História, que tanto contribuíram para a minha mudança na forma de enxergar o mundo, através dos textos indicados e das tantas conversas. Em especial, a Luciano Queiroz, que me ensinou para além das leituras, a importância de ser um professor transformador, como também, por ser mais que professor, ser amigo. Sou grata também, a minha orientadora, Marinalva, por acreditar na minha pesquisa, por todas as conversas, por todas as correções e por admirá-la também enquanto pessoa. Seria injusto, não citar alguns outros nomes que tanto me foram gentis nessa trajetória, à Pávula, Clarindo, Regina, Cabral, Bejamim e Alarcon cada um à sua forma.

*“Eu não me vejo na palavra*

*Fêmea: Alvo de caça*

*Conformada vítima*

*Prefiro queimar o mapa*

*Traçar de novo a estrada*

*Ver cores nas cinzas*

*E a vida reinventar*

*E um homem não me define*

*Minha casa não me define*

*Minha carne não me define*

*Eu sou meu próprio lar*

*Ela desatinou*

*Desatou nós*

*Vai viver só”*

(Triste, louca ou má. Francisco El Hombre)

## RESUMO

Historicamente, algumas áreas científicas possuíram maior legitimidade para falar de alguns aspectos da vida. Este é o caso da relação estabelecida, entre médico e louco. Quando a medicina passa a ter seu poder questionado, outras disciplinas passam a ganhar o direito de fala. Este é o caso da história, que começa a lançar tímidos estudos sobre a história das doenças e da medicina, na década de 1980. Neste sentido, nos propomos tanto a discutir a loucura, como acrescentar o gênero a esta “história”. Analisamos a documentação da Residência Terapêutica, das ex-pacientes do Hospital “João Ribeiro”, localizado na cidade de Campina Grande-PB, conjunto de informações que incluem: prontuários médicos, estudos de casos, laudo médico e ficha de evolução do paciente. A história oral, também é utilizada ao decorrer da pesquisa. Através destas fontes, objetivamos problematizar a construção da loucura feminina através da psiquiatria. Buscamos compreender como a ciência usa o conceito de loucura para legitimar a submissão feminina; e também, as representações que são feitas dessas mulheres pelos profissionais de saúde, fator que ocorre devido aos deslocamentos possibilitados pela Reforma Psiquiátrica, na sociedade campinense no ano 2005. Neste trabalho, dialogamos com os escritos de Michel Foucault e Roger Chartier, e seus respectivos conceitos, poder/saber, discurso e representação.

**Palavras-chave:** Loucura, Mulher, Reforma Psiquiátrica.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Imagem 1</b> – Boletim de Internação e Alta da paciente Maria Joana.....	46
<b>Imagem 2</b> – Boletim de Internação e Alta da paciente Benise.....	47
<b>Imagem 3</b> – Estudo de Caso da paciente Benise.....	49

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>I CAPÍTULO - AS NAUS, OS MUROS, E A “ABERTURA DOS CORAÇÕES”: O LOUCO AO LONGO DA HISTÓRIA.....</b>	<b>17</b>
<b>II CAPÍTULO - “ POR TRAZ DAS GRADES DE FERRO O TÍTULO DE TERAPIA”: O JOÃO RIBEIRO E A LOUCURA EM CAMPINA GRANDE.....</b>	<b>31</b>
<b>III CAPÍTULO - “CONDUZIR PELA MÃO ESSAS MENTES SONHADORAS PARA O BALÉ DA RAZÃO”: A LOUCURA FEMININA ATRAVÉS DO OLHAR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>49</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>

## INTRODUÇÃO

Iniciar um texto, talvez, seja uma das tarefas mais difíceis, seja em um texto “comum”, em texto literário, ou produzido por um historiador. Afinal, melhor... é a partir daqui, que as histórias que construímos seguem suas curvas, suas pausas, trilham seus caminhos, até chegar ao eixo final. E há final? Deste modo, além do que acabará de ser posto, nos cabe outra tarefa, a de falar sobre a “loucura”. Tão comum, no nosso cotidiano, presente nos filmes e nos livros, ao menos em algum personagem, através das características que seriam “próprias dos loucos”. Para além da ficção, também há a expressão recorrente do dia a dia “fulano, tá é louco”, referindo-se a comportamentos que destoam do padrão, pois como afirma o ditado popular “de médico e louco, todo mundo tem um pouco”. Fazendo uso Paulo Leminski, há ainda o louco, “de fato”, mas que é inofensivo e por isso “Todo bairro tem um louco, que o bairro trata bem”. Percebe-se então que a loucura atravessa os vários campos da nossa vida.

Porém, mesmo sendo algo tão presente, percebemos que, em raros casos vemos “loucos” pelas ruas. Afinal, ao longo da história, foi instituído, um local específico para eles. Que maravilha? Viva a modernidade? De forma alguma. O sujeito, que será considerado louco, anteriormente vagava pelas ruas, seja na sua própria cidade, ou entre outros povoados, visto que os loucos eram expulsos do meio urbano. Muitos seguiam para a travessia sem fim, das “naus dos loucos”. Passam, com a modernidade, a terem o seu próprio lugar, o do isolamento. Ou seja, haverá uma linha tênue e visível, entre a normalidade e a anormalidade. Destacamos que entendemos a loucura enquanto uma construção social, assim como as diferenciações estabelecidas entre o normal e o patológico.

Foi neste contexto, que pensamos Campina Grande, cidade localizada na Paraíba, a partir, do espaço que estava sendo inaugurado no ano de 1963, o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (Hospital João Ribeiro).

O primeiro espaço destinado aos loucos (manicômio) na cidade era recebido pelos jornais locais como um símbolo de modernidade. Contraditoriamente, a reforma psiquiátrica já vinha sendo discutida na década de 60 em âmbito internacional, a exemplo da Itália, da França e dos Estados Unidos, vendo meios alternativos de tratamento, além das instituições de “enclausuramento”. Como também, na própria Paraíba, projetos de leis antimanicômiais eram propostos desde 1955, mas não atendiam aos interesses políticos do período.

Assim, o presente trabalho tem como tema o estudo dos discursos médicos na construção da loucura feminina, no Hospital João Ribeiro, em Campina Grande- PB. Neste estudo, através de diálogos com Michael Foucault, a loucura vai ser compreendida como uma construção discursiva, legitimada por várias esferas do poder, entre elas o saber científico da medicina, que constrói verdades sobre estes sujeitos, os “anormais”. Nesta perspectiva, as mulheres, através dos seus comportamentos desviantes, vão ser definidas enquanto loucas, possuindo suas identidades e subjetividades silenciadas através desse discurso e construindo sobre elas novas práticas sociais. Porém, essas mulheres não são compreendidas como alheias a sua própria história, mas como sujeito ativo nessa relação de “micropoderes”.

Neste contexto, pretendemos compreender como o discurso médico usa a ciência para legitimar a submissão feminina através do conceito de loucura, e como a loucura feminina vai ser representada pelos profissionais de saúde através da Reforma Psiquiátrica. Deste questionamento central, partiremos para compreender as práticas que são construídas por esse discurso e identificar como as subjetividades dessas mulheres são administradas nesse novo sistema de saúde, ou seja, analisaremos esse aspecto a partir da seguinte questão “com a Reforma Psiquiátrica e o novo lugar estabelecido pelo louco, teria findado a linha tênue entre a “loucura” e a “normalidade”?”. A delimitação temporal da pesquisa tem como eixo central o ano de 2005, pois é quando o Hospital João Ribeiro foi interditado pelo Ministério da Saúde e conseqüentemente fechou as suas portas. Através desse acontecimento, foi também o ano que marcou a implementação da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande, e assim as mulheres ex-pacientes do João Ribeiro, migraram para Residências Terapêuticas, e tiveram suas histórias (re)construídas.

O tema ligado a doenças psicológicas vêm sendo amplamente debatido em meio às redes sociais, onde a população tem uma diversidade de posicionamentos sobre este assunto, através de temas como depressão, ansiedade, bipolaridade, entre outros, sendo doenças cada vez mais comuns no nosso meio social. No meio acadêmico, a história vêm dando voz aos loucos a partir da 3º geração dos Annales, ganhando mais força com Michael Foucault. Porém, esta temática por muito tempo foi destinada ao saber médico, através da psiquiatria e a biologia que destacavam seus aspectos genéticos. Posteriormente, com os avanços das disciplinas, a sociologia e a antropologia tomaram a legitimidade no estudo da loucura, a história continuou lançando tímidos estudos. No entanto, da década 90 à atualidade este campo vem sendo mais explorado, porém comparado a outras temáticas, continua reduzido a

quantidade de pesquisas, monografias, dissertações e teses nesta área. A nível local, tivemos acesso a apenas dois trabalhos no campo da história que trabalham nesta perspectiva, mas alguns estudos da enfermagem e do serviço social também podem ser encontrados. Assim, a justificativa acadêmica é propor um trabalho a partir de contribuições anteriores, mas que possa dar voz aos sujeitos, e trazer a mulher, dita louca, do silenciamento. .

A obra que mais traz contribuições para o presente trabalho é “Andanças que cortam os caminhos da razão: As vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande – PB”, pois foi realizado na área de História como dissertação de Fátima Saionara Leandro Brito, concluída no ano de 2011, na Universidade Federal de Pernambuco. Neste trabalho, a autora se propõe analisar e discutir os enunciados da reforma psiquiátrica que tiram do silêncio as práticas assistências do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, mostrando a singularidade deste processo.

A autora busca responder algumas questões ao longo do seu texto, como por exemplo, “Como o Hospital João Ribeiro que tinha suas práticas assistenciais submersas no silêncio, emerge por meios de discursos produzidos, estimulados e legitimados pela reforma psiquiátrica?” e “Porque esta preocupação do governo em relação a estes sujeitos nomeados de loucos? Quais discursos possibilitaram emergir esse novo paradigma no qual não são mais aceitáveis os hospícios?”, a temporalidade trabalhada foi de 2001 a 2005, utilizando como fontes os jornais do Diário da Borborema, Jornal da Paraíba, Correio da Paraíba, discursos políticos da Câmara dos Vereadores, Relatos Oraís de pacientes, familiares e profissionais da instituição, leis elaboradas para a saúde mental. Ela faz um grande trabalho de coleta de fontes, e análise dessas, que nos possibilita pensar e conhecer várias esferas da instituição e do que ocorreu pós o seu fechamento. Possuindo como aporte teórico Michel Foucault e Michel de Certeau.

Assim este trabalho se assemelha ao nosso, em parte, na perspectiva teórica, devido ao apoio nas contribuições de Michel Foucault. O espaço a ser investigado é o João Ribeiro em ambos os trabalhos, como também a problematização do Reforma Psiquiátrica, em torno do ano de 2005. O enfoque das pesquisas difere tanto no objeto, pois ela visa trabalhar a emergência dos discursos produzidos pela reforma psiquiátrica e o nosso parte para a análise dos discursos médicos que constroem a loucura feminina e a consequente representação dela pelos profissionais de saúde com a Reforma Psiquiátrica. Como também buscando responder nossos objetivos, utilizamos outras fontes, como documentação das Residências Terapêuticas,

e realizamos uma entrevista, que nos traz diferença de perspectiva em relação a direção no qual o trabalho dela se encaminhou.

Nesta mesma perspectiva, se insere o trabalho intitulado “A intervenção no ICANERF e a emergência da “voz da loucura” na cidade de Campina Grande-PB”, trabalho de conclusão de curso de licenciatura em História, pela Universidade Federal de Campina Grande, de Dayanne Azevedo Silva, no ano de 2015. A autora se propõe a analisar os discursos da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande, também entre os anos de 2001 e 2005, investigando a representação da loucura como problema social e os discursos exercidos visando a exclusão do louco. Tanto por trazer a questão da Reforma Psiquiátrica, como pela temporalidade utilizada pela autora, ela caminha no viés próximo ao elaborado por Brito, e assim também nos auxilia a pensar a reforma em Campina Grande.

Duas outras dissertações também vêm a contribuir com este trabalho, porém fora do campo da história e abordam diferentes momentos da reforma psiquiátrica. A de Fernando Sfair Kinker intitulada de “O lugar do manicômio: relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste.”, apresentada na Unicamp, no Departamento de Ciências Sociais. O interessante do trabalho de Kinker é que ele foi nomeado interventor federal para a desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste, no ano de 2005. Por mais que não seja nomeado o hospital, a cidade ou o Estado, através da construção do texto e dos personagens apresentados, sabe-se que se trata do João Ribeiro.

Sendo assim, tal “diário de bordo da intervenção” (como o autor nomeia), serve para entender o interior, as relações e o espaço do hospital, compreender a sua vivência e o cotidiano. Ou seja, contribui para além da historiografia sobre a instituição, mas também como fonte, pois através do formato da escrita em diário, permanece a visão de Kinker sobre o recente acontecimento. Em relação a análise do ocorrido, em sua tese, nos diferimos dele, pois ele se propõe a ver a loucura, a partir da lógica do abandono, afirmando que não há o poder disciplinar que outrora ocorrera. O que discordamos, pois percebemos que há poder disciplinar nesta instituição, esta que estabelece que não haverá roupas para os loucos, colchões ou produtos de higiene pessoal. Entendemos que é o poder disciplinar, que estabelece a hora em “que a celas serão aberta” e os loucos poderão tomar sol, como também institui a medicação, além de uma série de práticas descrita pelo mesmo durante a escrita de sua dissertação. Pois, acreditamos que para além do abandono há uma série de poderes e saberes que o legitimam.

Já a dissertação em enfermagem de Elizangela Braga de Azevedo, “Rede de cuidados da saúde mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande- PB”, nos traz o “pós reforma psiquiátrica”, em que estão sendo construídas e aplicadas as novas políticas de assistência à saúde mental. Como a autora nos traz uma breve história da psiquiatria, inclusive no município de Campina Grande, nos ajuda a pensar como um profissional de saúde historiciza as práticas acerca da loucura. Além de que as entrevistas realizadas por Azevedo trazem a visão dos profissionais da saúde mental, discutindo o novo modelo posto em prática, há também referências e comparações com o antigo modelo, contribuindo assim, com a nossa pesquisa. Por fim, outro artigo e não menos significativo é o “Análise da trajetória das políticas de saúde mental na Paraíba” de Kátia Helena da Silva Sales, que nos traz uma visão macro acerca das mudanças das políticas de saúde mental no Estado.

Tendo em vista, que para a viabilidade de um projeto é necessário a existência e a disponibilidade de fontes, faremos uso neste trabalho de prontuários médicos e entrevistas. Essas fontes, no entanto, não falam por si só, é necessário investigá-las a partir do não dito, os responsáveis por construí-la, o contexto e a intencionalidade em que foram produzidas. A medicina, durante os períodos históricos, possuiu diferentes formas de armazenar informações sobre os seus pacientes. Na atualidade, porém, há uma mudança na preservação dessas fontes, á exemplo dos prontuários médicos, visto que é um direito do cidadão e é de interesse administrativo de órgãos públicos e privados.

A história passa a se interessar nesta documentação a partir, da década de 1960, quando o homem doente é considerado personagem social (Bertiolli, 1996). Assim o prontuário põem médico, doente e doença em processo explicativo. O uso dos prontuários médicos do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional, nesta pesquisa se justifica pela possibilidade de analisar o discurso médico e a teoria médica vigente na época, mostrando as especificações das doenças, seus sintomas, tratamentos, exames, e comentários realizados por médicos nos prontuários. Como também trazer as individualidades dos pacientes, através de seus quadros clínicos e possíveis descrições realizadas pelos mesmos de suas doenças, ou seja, há um esclarecimento e um relato (mesmo que parcial), da trajetória do paciente na instituição.

Para além da restrição do prontuário enquanto exclusividade do saber médico, temos o conjunto de documentos que compõe as informações das pacientes das residências

psiquiátricas, que podem ser caracterizados também como prontuários, visto que o termo não se restringe a uma documentação específica em que a medicina descreve a doença, diagnóstica e a medica. Temos os exemplos dos Estudos de Caso, utilizados na nossa pesquisa, e fundamental para a investigação da história dessas mulheres que pretendemos analisar. No entanto, a documentação é feita por um conjunto de profissionais multidisciplinares, que compõe a rede de cuidados dos usuários, não possuindo assim, um autor determinado. É nesta perspectiva, que propomos analisar essas fontes através da representação que os profissionais que as constroem, constroem também o que seria a loucura feminina, com base na psiquiatria que atribuiu a identidade dessas mulheres o prefixo “louca”.

Seguindo a perspectiva da Nova História Cultural, em que o objetivo não é encontrar a verdade sobre um fato, mas conhecer diferentes verdades e entender como estas foram construídas pelos sujeitos históricos. O uso das entrevistas na história, não consiste, nesta perspectiva, em um fato, em uma verdade em si, mas sim, de mais uma fonte. Tornando-se necessário questioná-la, fazê-la falar, na tentativa de responder os questionamentos da pesquisa. Os sujeitos possuem uma memória que é seletiva expressando não a verdade sobre o que aconteceu, mas memórias significativas para a suas individualidades, através do contexto no qual estão inseridos. Entendemos também há a seletividade e a intencionalidade da fala, como também dos seus silênciamentos. Nesta perspectiva, o uso da história oral neste projeto se justifica por tentar através da entrevista com dono do hospital psiquiátrico, o próprio, João Ribeiro, compreender quais as teorias da psiquiatria em que se baseava o hospital e a sua atuação, como também a visão que o mesmo possui da instituição e seus pacientes, além das suas concepções sobre a reforma psiquiátrica.

A perspectiva teórica utilizada no trabalho será a Nova História Cultural, em que Michel Foucault, pode ser enquadrado nesta categoria, apesar do mesmo não se auto enquadrar. As suas principais divergências de outras correntes teóricas, parte da sua concepção da verdade e de descontinuidade, influenciando assim em o que ele compreende por história. Podemos dizer assim que a periodização de Foucault é baseada em rupturas ao longo da história, descontinuidades. Essas mudanças ocorrem, quando são empregadas novas tecnologias de poder.

O poder é importante na sua obra, pois é através deste conceito que o autor estuda a sociedade. O poder para ele está em todas as esferas, não é apenas um mecanismo do Estado ou de instituições, é visto como série de estratégias, que podem ser exercida através de táticas,

manobras, ou seja, a partir dos micropoderes. Ele está em toda parte da vida social, nem sempre reprimindo, e não há como estar fora dele, sendo legitimado também pelos discursos científicos e suas relações de saber poder. É a partir dessas contribuições que pensamos a loucura e suas instituições, enquanto espaços, onde o poder é exercido sobre os sujeitos e legitimado pelos discursos psiquiátrico.

Neste sentido, o nosso primeiro capítulo nomeado de “A naus, os muros, e a “abertura dos corações”: o louco ao longo da história.”. Nele buscamos problematizar inicialmente, o conceito de loucura e como ele será construído historicamente, assim como os locais que serão destinados aos loucos. Neste sentido, também buscamos compreender como se deu o processo de Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, “libertando” assim a loucura, e construindo um novo modo de se relacionar com esta.

O segundo capítulo “Por traz das grades de ferro o título de terapia<sup>1</sup>: O João Ribeiro e a loucura em Campina Grande” buscamos a partir da entrevista com o seu antigo dono, não retomar o espaço da instituição, mas perceber como a psiquiatria estudada por ele estabelecia o lugar da loucura, e mais especificamente o lugar da mulher louca. Pensamos também a instituição enquanto produtora de riquezas e enquanto “receptora de clientes”.

No ultimo capítulo intitulado de “Conduzir pela mão essas mentes sonhadoras para o balé da razão: a loucura feminina através do olhar da Reforma Psiquiátrica”, problematizamos as histórias construídas das ex-pacientes do Hospital João Ribeiro, assim como as causas atribuídas as suas loucuras. Por fim, analisamos a inserção dessas mulheres no novo sistema de saúde mental, a partir dos seus avanços e continuidades do sistema anterior, pensando assim, “teria mesmo a reforma psiquiátrica estabelecido novas concepções e um novo lugar para o louco?”.

São estes caminhos que nos possibilitaram pensar as “mudanças” no sistema de saúde mental. Porém, percebendo que ocorreram mais deslocamentos, do que transformações na instituição e na vida dos sujeitos.

---

<sup>1</sup> Os títulos dos capítulos dois e três tem início com trechos adaptados por nós do cordel “Novos tempos para o doente mental: “cuidar sim, excluir não””, do cordelista Manoel Monteiro. Este cordel foi encomendado pela Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande, no ano de 2004, visando trazer a luta antimanicomial para o debate da sociedade campinense.

## **I CAPÍTULO - AS NAUS, OS MUROS, E A “ABERTURA DOS CORAÇÕES”: O LOUCO AO LONGO DA HISTÓRIA**

Ao pensar a sociedade atual e seus indivíduos, nos deparamos com uma série de normas e padrões comportamentais que são impostos e seguidos por diferentes sujeitos, com pequenas alterações, variando aspectos de acordo com a cultura em que o mesmo está inserido. Ao desviar do fino caminho estabelecido pela “normalidade”, o sujeito passa a ser “anormal”. Notícias destes, nós, os “normais”, podemos ter através de manchetes de jornais, histórias que nos são passadas como “lendas urbanas”, ou até mesmo contos de figuras ditas loucas, que acabaram por marcar a história, ou a inspirar filmes e livros de ficção. Pensar a loucura nos faz questionar, seus espaços, seus discursos e seus sujeitos. Será que sempre foram assim?

A loucura coexiste desde os primórdios da sociedade, no entanto, a mesma não era enclausurada, mesmo que marginalizada, vagava pelas ruas das cidades, ou entre estas. A loucura é cercada e passa a ter lugar apenas dentro dos muros das instituições de caridade ou clínicas privadas financiadas pelo Estado, quando há a compreensão do louco como improdutivo e há a necessidade de diferenciar a razão da (des) razão através dos muros das instituições. Assim, o “anormal” passa a ser contido, controlado e isolado.

Pois no século XVIII, a loucura não era internada, ela era considerada como uma falha ou uma ilusão. Na Idade Clássica, o local visto como espaço terapêutico para a loucura era a natureza, pois era uma forma de mostrar o real a quem vivia no mundo dos delírios, a cidade em contraponto era percebida como um lugar de coisas vãs. O teatro neste período também era usado neste processo de terapia por ser percebido como lugar de “terapêutica invertida”, pois podia-se, assim, enxergar da plateia a sua própria loucura.

Destaca-se que o conceito, de louco, ou seja, aspectos sociopsicológicos que definiam o sujeito, foi modificando-se com o avanço da medicina, do poder jurídico e de acordo com as conveniências sociais. No entanto, as minorias da história sempre foram mais susceptíveis a serem enquadradas nesses discursos, a exemplo dos homossexuais e das mulheres. Sobre a loucura quem tem autoridade e propriedade para ditar a “verdade” é a medicina, mas nem sempre foi assim. Destaca-se que a medicina e o médico são os primeiros objetos da ciência a serem normatizados no século XVIII, pois antes do médico aplicar a norma ao doente ela é

aplicada a ele<sup>2</sup>. Desta forma, a medicina, e neste caso especificamente a psiquiatria, vão ser manifestações, das normas do conhecimento e da produção da verdade, na forma de prova. O espaço do hospital será um espaço de ambiguidade, pois, ao mesmo tempo em que revelará uma verdade para o médico, este também vai produzir a sua verdade. É o que Foucault<sup>3</sup> poderia chamar de aparelhagem complexa, pois faz aparecer e produz realmente a doença.

No século XIX, vai haver uma mudança em como a loucura é percebida socialmente, pois ela deixa de ser compreendida enquanto erro e passa a ter relação com a conduta regular e normal, ou seja, o louco é o sujeito desviante. Assim o hospital, que antes tinha a função de converter as vontades perturbadas e paixões pervertidas em vontade retas e paixões ortodoxas<sup>4</sup>, agora será um dos espaços de diagnóstico e de classificação das doenças. Os dois principais e mais influentes psiquiatras desse período foram Pinel e Esquirol. A existência das instituições asilares nesse período eram justificadas pelas exigências das normas sociais, que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e a necessidade terapêutica que pedia o isolamento dos doentes.

No entanto, no século XX, a psiquiatria entrará no que chamaremos de crise, em que o poder do médico e o poder que ele produzirá sobre o doente será questionado. Nas palavras de Foucault:

A crise atual destas disciplinas não coloca em questão simplesmente seus limites e incertezas no campo do conhecimento. Coloca em questão o conhecimento, a forma de conhecimento, a norma "sujeito-objeto". Interroga as relações entre as estruturas econômicas e políticas de nossa sociedade e o conhecimento, não em seus conteúdos falsos ou verdadeiros, mas em suas funções de poder-saber. Crise por consequência histórico-política.<sup>5</sup>

Opondo-se a esse modelo asilar, existiu o processo que podemos chamar de “despsiquiatrização” e que, conseqüentemente, contribuiu para a constituição da psiquiatria moderna. Entre eles temos Babinski, que vai tentar reduzir a doença a sua realidade estrita, mas a relação médico-doente não perderá seu rigor. Outra forma foi a tentativa de transformar a loucura em sua verdade mais intensa, porém igualando a relação de médico e doente nesta construção. Por fim, a psicanálise também fez parte desse processo, no intuito de retirar o sujeito do espaço asilar, mas mantendo o médico como detentor do poder e construtor da verdade.

<sup>2</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. - 27 ° Ed.- São Paulo; Graal. 2013, p. 149.

<sup>3</sup> *Ibidem*. p.198.

<sup>4</sup> *Ibidem*. p. 202.

<sup>5</sup> *Ibidem*. p. 197.

Um dos principais críticos da relação de poder exercida no espaço hospitalar foi Franco Basaglia, que afirmou que estas instituições são divididas entre os que detêm o poder e aqueles que não o tem. Ele integrou o processo que ficou conhecido como “antipsiquiatria”, iniciado na Itália. Esse movimento questionava o poder de verdade do médico e como a verdade era produzida por ele. Deste modo, compreende-se que todas as grandes reformas, não só da prática psiquiatria, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno da relação de poder. São tentativas de deslocar a relação, mascará-la, eliminá-la e anulá-la<sup>6</sup>. Estas são as principais críticas da antipsiquiatria. No caminho oposto, eles buscaram transferir para o doente o poder de produzir sua própria loucura e a verdade sobre ela. Essa nova psiquiatria não estará em busca da verdade, mas em forma de diagnósticos e na eficácia da terapêutica. A antipsiquiatria ataca as instituições psiquiátricas, pois a percebe como um lugar de distribuição e mecanismo para consolidação das formas de poder.

Neste contexto, é importante destacar que o ocorreu a nível mundial teve reflexos no Brasil. Apesar de termos uma história, comparando-a com a dos países europeus, recente, também passamos por mudanças em torno da concepção do que é loucura. A loucura, como já afirmada anteriormente, fazendo uso de um ditado popular “existe desde que o mundo é mundo”, o que também, se aplica a este país. Neste contexto, a loucura sempre esteve nas ruas, seja vagando por ela, ou, vagando pelas memórias dos habitantes das cidades. No entanto, o louco também foi incluído nas Santas Casas de Misericórdia, nos Hospitais Gerais. Ou seja, buscava-se um espaço fechado, que os limitassem e os tirassem das ruas, estabelecendo assim limites entre este “outro” e a sociedade.

Com a chegada da Corte ao Brasil em 1808 e todo o desenvolvimento urbano que consequentemente ocorreu, surge no Rio de Janeiro o primeiro Hospital de alienados<sup>7</sup>, do Brasil em 1853, a partir da necessidade de tirar “o feio” e os “desocupados” das ruas, para assim, manter a ordem nas cidades<sup>8</sup>. A psiquiatria brasileira vai sofrer forte influência das teorias francesas de Esquirol e Pinel. Estes realizaram uma delimitação precisa de quadros nosográficos da psiquiatria contemporânea, para além das descrições próximas a teoria biológica.

---

<sup>6</sup> Ibidem. p. 206.

<sup>7</sup> Termo utilizado no período para designar a especialidade médica de psiquiatria

<sup>8</sup> DALGALARRONDO, P.; ODA, A. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. Revista Latinoam. Psicopat. Fund., n. 1, 2004, p.129.

Pinel introduziu a concepção da loucura como consequência das paixões exacerbadas, e o louco como vítima de uma desorganização das funções mentais superiores do sistema nervoso central. Esquirol, posterior a Pinel, continua com a classificação das doenças mentais, se diferenciando em partes do seu antecessor. Dá continuidade, a lógica do tratamento, enquanto tratamento moral, levando em conta, os aspectos psicológicos como fundamental na determinação da doença. O tratamento visava, neste sentido, possibilitar que o doente estabelecesse coerência com a realidade, para isto, utilizou-se de diversas formas de choques sobre os pacientes<sup>9</sup>, como também do isolamento do louco de todo o seu contexto social, pois considera como a causa de sua alienação mental. O contato do paciente com o médico, detentor da razão, já possibilitava sua melhora, de acordo com a teoria de Esquirol<sup>10</sup>.

Assim, no final do século XIX e início do século XX, vão sendo abertos vários hospitais psiquiátricos por toda extensão do território brasileiro. Para além dos teóricos europeus, os brasileiros vão buscar desenvolver suas próprias teorias e metodologias, um exemplo, é o de Juliano Moreira a partir de 1903, e o seu discípulo Ulisses Pernambucano, este que buscou implementar reformas, que foram postas em práticas e/ou modificadas<sup>11</sup>.

Na década de 1950 e 1960 a influência na psiquiatria brasileira será germânica através das concepções dos seguintes autores: Griesinger, Bonhoeffer, Birnbaum, Kraepelin, Lange, mas que já eram utilizados e reapropriados por Juliano Moreira. Em um caminho oposto ao modelo asilar temos as práticas médicas de Nise Teixeira, iniciada em meados de 1940, que propunha perspectivas alternativas de tratamento. Ela no Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro, recusou-se a apertar o botão da máquina de eletrochoque. Condenava métodos psiquiátricos violentos, especialmente choques e lobotomias, e acreditou na terapia através da pintura, desenho e outras formas de expressão, fundando a Terapêutica Ocupacional e Reabilitação<sup>12</sup>.

Diante do exposto, sobre a psiquiatria no Brasil e suas correntes teóricas, tonar-se necessário também pensar, a assistência a saúde pública no Brasil de forma geral. O lugar

---

<sup>9</sup> PACHECO, Maria Vera. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. Revista Latinoam. Psicopat. Fund., n. 2, 2003, p. 155.

<sup>10</sup> PORTOCARRERO., V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 43.

<sup>11</sup> MIRANDA-SÁ JR., Luiz. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. Rev. Psiquiatr, 2007.

<sup>12</sup> DIAZ, Fernando. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil. Tese de Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Saúde Oswaldo Cruz, 2008, pag 82

destinado aos loucos, das organizações filantrópicas, eram também o lugar de assistência a criança órfãs, de doentes, de presos e de pobres. Para o financiamento destes atendimentos não havia uma divisão clara de até onde iria o público e quando começaria o privado, ou como as assistências laicas ou confessionais estavam envolvidas nesse processo.

Quando o Brasil torna-se império, concede-se as políticas de saúde como atribuições dos municípios e dos estados, retomando o controle da saúde após as epidemias de febre amarela. Porém, com o advento da República, ocorrem mudanças na esfera social, e a saúde volta a para as mãos da municipalidade. Neste sentido, acontecem várias mudanças urbanas nas cidades buscando a melhorias sanitárias, mas em nível de República, pouco se modifica no início do século XX, em relação ao período anterior, devido ao caráter liberal do Estado. Com o governo Vargas, e o que Sangalard<sup>13</sup>, chamará de “Estado de bem estar social”, a assistência pública vai ser dividida em duas, uma assistência patrocinada pelo estado e uma mantida pela previdência social que buscava exclusivamente o lucro. Com a ditadura militar, ocorre o aumento do lucro e das instituições privadas na área da saúde.

Para pensar a reforma psiquiátrica é necessário compreender que ela não surge aleatoriamente, mas que acompanhou um processo mais amplo de mudança na saúde do Brasil, conhecido como Reforma Sanitária. Este tem início motivado por uma crise na saúde, pois estava esgotando a capacidade de financiamento do modelo de assistência até então existente, como exposto à cima, onde era composto por altos custos e baixa efetividade<sup>14</sup>, ou seja, era uma crítica ao seu caráter privativo.

Contraditoriamente, um aspecto importante deste enredo é que havia o financiamento governamental das instituições privadas de saúde, que devido a falta de fiscalização gerava uma crescente corrupção neste setor. A crítica ao sistema de saúde vigente não era unilateral, como por exemplo, não era feita só pelos usuários, mas também por prestadores de serviços e trabalhadores da área de saúde. Esse movimento surge juntamente com os movimentos pela redemocratização do país, após os vinte anos de ditadura militar, no final da década de 1980.

O modelo de saúde, adotado no Brasil anteriormente, era composto por uma dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. Havia as campanhas sanitárias, a

---

<sup>13</sup> SANGALARD, Gisele. Assistência entre o liberalismo e o bem-estar social. XIII Encontro de História ANPUH-RIO, 2008

<sup>14</sup> MENICUCCI, TMG. A reforma da política de saúde: inovação e continuidade – 1975/2000. In: Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. P. 163.

filantropia, como também a medicina liberal e a medicina previdenciária que se transformará em políticas médicas<sup>15</sup>. Destaca-se que a saúde não era reconhecida como um direito social, só a partir de 1930, com o período Vargas e a criação das leis trabalhistas, a assistência médica será garantida em parte aos trabalhadores, aos demais os serviços de saúde era compreendidos como “favor”. Através de lutas sociais por um “Sistema Único de Saúde” que garantisse a universalidade, a equidade e a integralidade, é que a saúde será incluída como um direito social na Constituição de 1988<sup>16</sup>.

Para Paim<sup>17</sup>, a Reforma Sanitária Brasileira, não pode ser confundida com as reformas setoriais difundidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo Banco Mundial, que vinham ocorrendo desde a década de 1980. Ele também enfatiza que o movimento da reforma não pode ser reduzido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e que a sua concepção e formulação vai além das políticas estatais.

Existem alguns marcos para se pensar a Reforma Sanitária, por exemplo, quando a proposta vai ser discutida institucionalmente e no campo das “ideias”. Através da tese “O Dilema Preventivista”<sup>18</sup>, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde<sup>19</sup>, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva<sup>20</sup>. As ideias vão ser propostas a partir do I *Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara*, ocorrido em 1980, em que será mencionado o *Sistema Único de Saúde*, pela primeira vez. O movimento da Reforma Sanitária para poder atingir a sociedade como um todo vai se associar com os segmentos que lutavam pela democracia e os direitos sociais, assim, estes deram força política e social para a pauta. Outro fator a destacar é que ela surge de movimentos sociais e não de articulações políticas ou do próprio Estado.

Deste modo, a reforma, como vai ser proposta, compreende a saúde como um bem público, buscando atender a necessidades da população, diferentemente do modelo já

---

<sup>15</sup> PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, GC., and LIMA, JCF. orgs. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, P. 94-95.

<sup>16</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).

<sup>17</sup>Ibidem. p. 91.

<sup>18</sup> PAIM, op. cit. p. 90.

<sup>19</sup> Cebes, 1976

<sup>20</sup> Abrasco, 1979

existente de saúde, visto enquanto mercadoria, atendendo às demandas<sup>21</sup>. Porém, durante a consolidação do projeto de reforma ocorreram descaminhos. O período da aplicação da lei após a Constituição de 1988 foi marcado pela ascensão ao poder dos neoliberais, as políticas de reajuste desse governo e a crescente privatização.

Na década de 1990 houve uma mudança no processo de “instauração” da reforma, os movimentos sociais recuaram e os gestores ganharam protagonismo nesse processo, com participação garantida pelos órgãos do *Conselho Nacional de Secretários de Saúde* e o *Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde*. Esse processo vai ocorrer devido ao avanço neoliberal e pela prática das políticas partidárias. Tanto é que a palavra “Reforma Sanitária” saiu da pauta das Conferências de Saúde realizadas nos anos de 1992, 1996 e 2000, só retornando, na CNS do ano de 2003, visto que o Governo do Brasil estava nas mãos de Luís Inácio Lula da Silva e, apesar das críticas, trouxe avanços às políticas de saúde, inclusive os membros do Ministério da Saúde no seu governo, até 2005, eram, em sua maioria, integrantes do movimento sanitário.

Após críticas ao rumo da reforma e sua relação com os governantes, o movimento da reforma decidiu-se “recuperar sua autonomia”, através do 8º *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, criando a partir daí o *Fórum da Reforma Sanitária Brasileira*. Porém, agora um movimento que mantinha a articulação com os três poderes. Deste modo, decidiu-se reencaminhar medidas e perspectivas para o SUS, com base em seus princípios básicos.

Apesar das críticas existentes ao governo petista, no primeiro governo de Lula, ocorreram uma série de práticas que ajudaram a consolidar o SUS, como: expandir o proposto pela reforma sanitária e para além dela, através do financiamento da força de trabalho do SUS; manutenção da expansão do *Programa de Saúde da Família*; foi criado o *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência* (Samu). Desenvolveu-se a Reforma Psiquiátrica e foram formuladas políticas nacionais de saúde bucal, atenção básica, promoção da saúde, entre outras, além de lançado o Pacto da Saúde<sup>22</sup>.

Na segunda campanha de Lula, através de medidas tomadas pelo ministro da saúde como a restrição à propaganda de cervejas na televisão e a venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais, o ministro da saúde e o SUS passam a ser questionados pela mídia; como também, o jornal *O Globo*, passa a criticar a Reforma Psiquiátrica Brasileira que havia sido

---

<sup>21</sup>PAIM, op. cit. p. 94.

<sup>22</sup> Ibidem. p. 98.

intensificada neste governo. A política de saúde começa a ganhar opositores. É uma disputa de poder, e uma forma de exercê-lo através do discurso. Por fim, compreendemos a reforma sanitária brasileira, como uma reforma social, centrada na democratização da saúde, através do acesso universal e igualitário. Princípios estes que foram legitimados pela constituição, que rejeita a saúde como mercadoria, ao entendê-la como direito social.

Para o Vasconcelos<sup>23</sup>, alguns processos e eventos vieram a desencadear a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entre eles estão os processos históricos que vêm a estimular e a intervir no movimento de desinstitucionalização, como por exemplo, temos a conjuntura política de democratização do país, os movimentos sociais e a luta por direito civis e políticos. Fazendo parte dessa luta os trabalhadores, usuários e familiares no campo da saúde mental. Há, também, o desenvolvimento dos sistemas de bem estar social, paradoxalmente, às políticas neoliberais de desinvestimento em políticas públicas, induzindo a desospitalização. Pois, havia o custo elevado para o Estado em manter um hospital psiquiátrico, como também, ocorreram mudanças filosóficas, teóricas e práticas das ciências humanas, que questionavam o modelo atual de assistência, vindo a debater o poder exercido pelos diversos profissionais de saúde.

Um marco para a Reforma Psiquiátrica no Brasil foi o ano de 1978, período de abertura política em que os movimentos sociais estão se reconstituindo e exigindo os seus direitos sociais e políticos. Assim, vê-se emergir, também, o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental, que surge a partir dos congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica. Irão questionar as políticas de assistência psiquiátrica, influenciados principalmente por Franco Basaglia e pela antipsiquiatria italiana. Entre os seus objetivos estavam a busca por humanização dos hospitais psiquiátricos, a denúncia da “indústria da loucura”, reivindicações por melhoria de trabalho e a expansão dos serviços de ambulatorios em saúde mental. Neste sentido, ocorre a primeira mudança global no sistema de saúde, o Programa Nacional de Ações Básicas de Saúde, PREV-SAÚDE, visando a redução de investimento em empresas privadas e o diálogo com as comunidades, tal projeto não ganha força.

Posteriormente, nos estados começam a ocorrer avanços na perspectiva de pôr em prática meios alternativos para o tratamento em saúde mental, como é o caso do Rio de Janeiro, que iniciou um processo de Co-Gestão em que o Ministério da Saúde e Ministério da

---

<sup>23</sup> VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

Previdência administravam os hospitais públicos, havendo espaço para, a “reforma” e humanização dos hospitais psiquiátricos. O que veio a possibilitar a implementação das Ações Integradas de Saúde, que iniciou com Plano CONASP, e originou o *Sistema Único de Saúde (SUS)*.

Os governos estaduais de esquerda também trouxeram avanços. Os objetivos do movimento, neste momento, eram a não criação de novo leitos em hospitais psiquiátricos, e sim o controle de internações na rede privada de saúde, como também, a expansão da rede ambulatorial com equipes de multiprofissionais em saúde mental. A experiência de Santos, através do cuidado a saúde mental pelo Núcleo de Atenção Psicossocial, inspirado na experiência italiana foi importante para a consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como também a construção do primeiro CAPS, criado no ano de 1986 na cidade de São Paulo, só garantido nacionalmente, posteriormente, pela lei 10.216/02.

O Brasil na década de 1990 se articulava com outros países latino-americanos através da Conferência de Caracas para discussões da reforma psiquiátrica. Interiormente há a *II Conferência Nacional de Saúde Mental*, considerada um marco da psiquiatria brasileira. Já entre o período que vai de 1992 e 1995 a reforma psiquiátrica vai sendo colocada em prática e o Brasil vai se igualando à conjuntura internacional. Os novos espaços de saúde mental vão ser normatizados e financiados, os antigos vão passar por um processo de controle e supervisão. Há também, a redução de leitos que não possuíam condições de funcionamento, processo também conhecido como desospitalização. Porém, segundo Vasconcelos<sup>24</sup>, não se pode garantir a qualidade dos hospitais que vão ser considerados aptos para continuar a funcionar, visto que muitos hospitais psiquiátricos “maquiaram” suas instituições no intuito de manterem-se abertos.

Na legislação, ocorreram avanços, pois foram criadas várias leis sobre a saúde mental em âmbitos estaduais e municipais. Outro aspecto importante foi a crescente participação e o aumento de organizações feitas por familiares e usuários, inclusive realizando encontros próprios e redigindo a carta de direitos e deveres para defenderem seus princípios básicos da saúde mental no *III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial*, no ano de 1993, em que estes sujeitos históricos passam a lutar pela sua “própria voz”.

---

<sup>24</sup> VASCONCELOS, loc. cit.

Com o governo de Fernando Henrique Cardoso e a política neoliberal, houve uma “pausa” na implementação da reforma psiquiátrica, houve também um esvaziamento das lideranças do Ministério da Saúde e da Coordenação de Saúde Mental que eram engajados nestas causas. Esse período, também, marca mudanças econômicas e sociais no Brasil como o crescente desemprego e, conseqüentemente, o aumento da taxa de pobreza, associado ao aumento da dependência química, também de problemas como a ansiedade, depressão e entre outros, que fazem parte da demanda de saúde mental.

No período em que a Constituição de 1988 é promulgada e a Lei Orgânica de Saúde é aprovada em 1990, havendo também as primeiras iniciativas oficiais através do lançamento, em 1989, do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propunha a extinção e a substituição gradativa dos manicômios, a política do governo, conseqüentemente refletia nas políticas públicas estagnando o processo da reforma.

As mudanças de poder no estado e nos municípios também trazem recuos significativos. No setor médico e farmacêutico, há uma ascensão do conservadorismo e do corporativismo profissional. Por outro lado, a luta antimanicomial vai ganhando “rosto”, pois familiares e usuários vão adentrando e participando cada vez mais.

.O CAPS se difere dos antigos hospitais psiquiátricos, pois não busca isolar e asilar o usuário, mas tratá-lo através do contato com a família e a comunidade, ou seja, é um serviço de saúde aberto e comunitário que integra o Sistema Único de Saúde (SUS). Seu funcionamento é multidisciplinar e os profissionais que o compõem devem trabalhar em sistema de rede. A reinserção do usuário não é apenas pela via familiar, mas busca-se a integração do sujeito na sociedade como um todo, através do trabalho, dos seus direitos civis, do lazer. A portaria do Ministério da Saúde nº 224/92, regulamentou e estabeleceu os sistemas de CAPS/NAPS. Hoje existem quatro tipos de CAPS que atendem à determinadas especificidades:

CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias

psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.<sup>25</sup>

As pessoas que são atendidas pelo CAPS, possuem sofrimento psíquico, devido à transtornos mentais severos ou contínuos, e também relacionados ao consumo de álcool e droga. A faixa etária de atendimento, como vemos a cima, vai desde a infância, até a terceira idade. Os profissionais que o integram são enfermeiros, médicos psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física e outros profissionais necessários ao desenvolvimento das atividades lá realizadas. É importante destacar que surge, assim, uma rede de cuidados pra saúde mental, composta pela a Unidade Básica de Saúde (UBS), o Programa de Saúde da Família (PSF), agentes comunitários, ambulatorios, emergências psiquiátricas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas (RT) que devem estar integrados.

As Residências Psiquiátricas são os locais para onde os antigos usuários dos hospitais psiquiátricos, que não têm contato com seus familiares ou moradia, são encaminhados, porém não se restringe à eles, podem atender também a usuários dos CAPS que possuem dificuldades de moradia e moradores de rua que façam uso dos centros de atenção psicossocial. Este programa é ligado ao CAPS para tratamento e a maioria dos seus integrantes fazem parte do *Programa de Volta Pra Casa* (PVC), recebendo auxílio financeiro. Por lei só em 2000, através da portaria nº 106/200 o Ministério da Saúde instaurou os Serviços de Residências Terapêuticas no SUS, atendendo a demanda e a pergunta de “pra onde iriam os moradores dos hospitais psiquiátricos?”.

Elas são casas localizadas no espaço urbano, atendendo de um a oito usuários. As residências não são espaços de serviços de saúde, têm a função de abrigar, de possibilitar o morar e o viver, assim, está articulado com a rede de cuidado ao doente mental do município. Como casas elas não são acompanhadas por profissionais de saúde diariamente ou 24 horas, elas possibilitam a integração necessária aos moldes de uma casa considerada “comum” ao espaço urbano. Porém, ainda há uma diferenciação entre os tipos existentes, sendo mais comum a I:

SRT I – O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, quando h o u v e r. Devem

---

<sup>25</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004. p. 22. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)

ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador (pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do CAPS, do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico ou até de SRTs que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada com recursos do De Volta Para Casa).

SRT II – Em geral, cuidamos de nossos velhos, doentes e/ou dependentes físicos, inclusive com ajuda de profissionais: o SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia<sup>26</sup>.

Campina Grande entra em consonância com a federação, a partir das leis federais de 2001, inicia um processo de conscientização da reforma psiquiátrica. Também, no ano de 2002 é criada uma lei municipal para a saúde mental pela vereadora Maria Lopes Barbosa, determinando a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outros serviços de saúde mental. Porém, concretamente a reforma psiquiátrica em campina vai ter início no ano de 2003 com a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS II “Novos Tempos”, na cidade, e das Residências Terapêuticas em 2004.

Para pensar a mudança no modelo de assistência psiquiátrica de Campina Grande é necessário compreender o que existia anteriormente. Não diferindo do contexto nacional, a cidade contava com o sistema de clínicas psiquiátricas, no modelo asilar do paciente. Existindo a Clínica Psiquiátrica Doutor Maia e o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Social, também conhecido como clínica “João Ribeiro”, devido ao nome do seu fundador. Neste estudo nos restringiremos a este último espaço, pois consideramos como um marco na mudança do sistema de assistência à saúde mental da cidade de Campina Grande a intervenção realizada pelo Ministério da Saúde na clínica, no ano de 2005, resultando no fechamento da instituição.

O cenário do Hospital João Ribeiro fez parte do cotidiano de Campina Grande, através de idas e vindas diárias dos moradores do bairro da liberdade e bairros circunvizinhos. Este espaço e o tipo de tratamento por ele realizado ficaram no imaginário popular da cidade através do ditado “Lugar de doido é no João Ribeiro”. Após a interdição ele se transforma no

---

<sup>26</sup> Brasil. Ministério da Saúde Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília, 2004. p. 10. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>

Parque da Liberdade, sem haver diálogo com a população e há o apagamento dos tantos loucos que por ali passaram.

Os antigos usuários do Hospital João Ribeiro, que foram considerados “moradores” do local, pois a permanência no hospital era de anos e grande parte não tinha contato com a família, ou a mesma não possuía vínculo ou intuito de abrigá-los. Após a redução dos leitos do hospital, os pacientes foram transferidos para o Centro de Referência em Saúde Mental, a atual Emergência Psiquiátrica. Assim posteriormente de acordo com a necessidade dos pacientes eles foram integrados as Residências Terapêuticas, que sendo o município vinculado ao *Programa de Volta Pra Casa (PVC)* teve incentivo financeiro para uma nova política de assistência a saúde mental.

A rede atual de cuidado à saúde mental da cidade conta com sete CAPS, o CAPSINHO (Centro Campinense de Prevenção Precoce), O CAPS I Viva Gente (infanto-juvenil), o CAPSII Novos Tempos, o CAPS III Reviver, que funciona 24 horas e o CAPS ad (Álcool e Outras Drogas), além dos CAPS I localizados nos distritos de Galante e São José da Mata. A rede de cuidado a saúde mental do município ainda inclui o Centro de Convivência e Cultura Artes e Ofícios, a Emergência Psiquiátrica e as seis Residências Terapêuticas (três masculinas, duas femininas e uma mista).

A primeira residência terapêutica de Campina Grande é inaugurada em setembro de 2005, inicialmente três residências são construídas, distintas a partir do sexo dos seus pacientes, duas residências femininas e uma masculina. No ano de 2006, devido ao aumento da demanda, são inauguradas mais três residências, uma feminina, uma masculina e uma mista. A residência terapêutica é articulada ao CAPS, os moradores das residências frequentam os centros mais próximos territorialmente. Durante duas vezes na semana no CAPS eles realizam atividades artísticas e físicas, no intuito de estimular o lazer e a atividade profissional. Este espaço ainda possibilita o contato com a comunidade. A tentativa de vínculo com a família é mediada pelas Unidades da Estratégia da Saúde das Famílias, que realizam trabalhos psicoterápicos com as famílias dos moradores.<sup>27</sup>

A outra instituição psiquiátrica da cidade, a Clínica Psiquiátrica Dr. Maia, passou a integrar o *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar* do

---

<sup>27</sup> SANTOS JR., J.; SILVEIRA, M. Práticas de cuidado produzidos no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. Ver. Esc. Enferm.. USP, 2009.

SUS, e assim a diminuir progressivamente os seus leitos<sup>28</sup>. Vemos deste modo que a reforma psiquiátrica em Campina Grande foi um processo e uma tentativa de desospitalização, para a formação de uma rede de cuidado ao paciente da saúde mental que se opusesse ao modelo asilar.

Pensar a mudança, trazida pela Reforma Psiquiátrica e o atendimento que ela propõe a da saúde mental, é pensar a sociedade como um todo, através das mudanças políticas, econômicas e sociais que ocorreram, mesmo que tenham ocorrido “descaminhos” na sua trajetória. Em comparação com modelo psiquiátrico anterior, podemos dizer que tanto há rupturas, quanto continuidades. Em 2018, podemos com um “olhar” distanciado perceber os encaminhamentos dados a reforma psiquiátrica, e nos questionar sobre suas mudanças efetivas.

---

<sup>28</sup> SANTOS, Jackeline. Considerações para a reforma psiquiátrica: o perfil do usuário da emergência psiquiátrica de Campina Grande/PB em destaque. Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Serviço Social. 2012. p. 16.

## II CAPÍTULO - “ POR TRAZ DAS GRADES DE FERRO O TÍTULO DE TERAPIA”: O JOÃO RIBEIRO E A LOUCURA EM CAMPINA GRANDE

Falar de loucura, não é falar de um padrão, homogeneidade ou de continuidades, além das mudanças que o conceito passou ao longo do tempo há, também, as influências que a loucura sofreu das questões de classe, de gênero, de etnia ou, até mesmo, de acordo com a origem geográfica da instituição e das influências teóricas da psiquiatria, ou seja, possui várias especificidades. Desse modo, escolhemos direcionar a nossa análise para a questão do gênero, e mais especificamente, para a mulher, através do que constitui “ser mulher e ser louca”. Não estabelecemos essa diferenciação para afirmar que só as mulheres foram historicamente normatizadas pela medicina e pela psiquiatria, mas, sim, para enfatizar as particularidades ao definir ao longo da história uma mulher como louca, em relação ao homem.

A medicina social, na busca por higienizar às cidades, assim, como as pessoas, buscou estabelecer normatizações e padrões. Porém, a higienização não se limitou apenas ao aspecto físico, mas, também, ao moral e ao mental, a exemplo dos cursos de higienização mental que eram oferecidos. Deste modo, também se insere a psiquiatria na tentativa de estabelecer o “normal” e o “anormal”.

Neste sentido, surgem, também, as diferenciações, do que será considerado normal para o sexo feminino e para o sexo masculino, principalmente baseado em aspectos biológicos, ou seja, como afirmava a ciência do período, o corpo feminino por ser menor, menos musculoso, e por seus aspectos “psíquicos” serem naturalmente sensíveis e ligados à emoção, tenderia a possuir mais problemas mentais. Já a doença quando ocorria no homem, se atribuía ao fator social, ou seja, problemas relacionados ao trabalho, a falta de disposição, como também a dificuldade em se encaixar no trabalho e no papel que a sociedade estabelecia para este.

Assim, as doenças psíquicas do feminino foram, em sua grande maioria, atribuídas ao que era considerado ciclo comum na vida de uma mulher, ou seja, a puberdade, a menarca, a gravidez e o período puerpério. Esses eram considerados os momentos mais propícios para o desenvolvimento de transtornos, segundo a psiquiatria do final do século XIX e do início do século XX. Com exceção do parto, que apesar de ameaçador pra a psique das mulheres, poderia vir a corrigir qualquer degeneração anterior. Percebe-se, assim, que o papel social da

mulher esteve/está pré-determinado pelo espaço privado e às funções de boa mãe e boa esposa.

A histeria, uma doença nervosa, será exemplo, pois era considerada a doença do útero por alguns, (apesar de não haver conhecimento específico sobre o aparelho reprodutivo da mulher ou do homem no período) e, por outros, majoritariamente uma doença das mulheres.

A ciência, deste modo, vai enquadrar as várias mulheres que destoam do papel social do que é considerado ser mulher como históricas, ou seja, caso houvesse a vontade de se dedicar aos estudos além do que era considerado básico, não houvesse a pretensão de casar, ou não tivesse o desejo de tornar-se mãe, a histeria era lhes atribuída. Isso em casos mais comuns, pois a questão da sexualidade, também era enquadrada como uma doença mental, qualquer tipo de prática para além da função reprodutiva. Ou seja, a medicina psiquiátrica era uma medicina da intervenção na sexualidade<sup>29</sup>. Destaca-se que não compreendemos a categoria de mulher como um bloco único e uniforme, mas que há várias possibilidades e vivências do ser mulher.

Nos inserimos, a partir desse diálogo, para falar de Campina Grande- Paraíba, e da primeira instituição da cidade que irá cercar, e de fato dar lugar aos loucos. Nomeada de Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), durante o período que se estendeu de 1963, sua inauguração, a 2005, data da intervenção e do consequente fechamento da instituição. Tendo como seu fundador e único diretor durante toda a sua existência, o próprio, João Ribeiro, a quem, a imagem e nome da clínica psiquiátrica será vinculada.

De tal modo, para compreender a instituição e o feminino inserido nela, é necessário, conhecer e compreender seu “organizador”. Ciente deste fato, nos utilizaremos da história oral com vista a oportunizar e trazer ao texto as versões do criador e diretor do Hospital. A partir disso, realizamos uma entrevista com ele e aqui faremos uso da mesma na tentativa de esclarecer sobre a sua trajetória de vida pessoal e acadêmica, como também as suas concepções sobre a psiquiatria e sua visão acerca da reforma psiquiátrica. O uso da história oral nos possibilita, neste caso em específico, pensar o lado normatizador da história, pensar a instituição e o lugar dela. Assim, tivemos a intenção de estabelecer esse diálogo por supor previamente os embates, os silêncios que ressoariam da narrativa, visto que tem sido muito

---

<sup>29</sup> ENGEL, Magali. *Psiquiatria e Feminilidade*. In: PRIORI, Mary Del (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2007.

comum se fazer história oral com setores nos quais os pesquisadores se comprazem ou afinam, é importante lembrar a necessidade de, também, se ouvir outras partes e integrá-las<sup>30</sup>.

A entrevista foi elaborada de forma livre, mas em alguns momentos foram colocadas algumas questões na direção da pesquisa. O clima de tensão permeou a entrevista, devido a gravidade dos fatos divulgados após a intervenção do Ministério da Saúde ao Hospital João Ribeiro. Ocorrem limitações, interrupções e pausas durante a fala do entrevistado, moldando e trocando o caminho do diálogo que antes estava sendo estabelecido. Deste modo, nossa entrevista, assim é cerceada, pela autocensura, pela censura e pela “dívida” que se tem com o passado. Apesar do exposto, ou devido a ele, a recepção, a simpatia e a vontade de ser ouvido e registrado sobre determinados aspectos estavam presentes.

Além destas questões abordadas sobre as entrelinhas da entrevista, é necessário entender que a narrativa da sua própria história, por mais que haja uma delimitação espacial e temporal, mais ou menos estabelecida pelo entrevistador, o diálogo segue sua própria seleção. Há uma diferenciação entre a “vida vivida” e a vida que quer que se registre. A memória individual se articula a memória coletiva, há a hierarquização dos acontecimentos de sua própria vida e o juízo de valor sobre ela<sup>31</sup>. Assim, compreendemos que a entrevista não pode ser lida como “um texto em si”, um texto que contém uma “verdade”, mas que devemos considerar todo o dito e o não dito pelo seu narrador. Analisamos esta através da intencionalidade do discurso e contrapondo-a a outras fontes que dão, em partes, a voz ao “de baixo”.

Da entrevista temos que: João Ribeiro nasceu no dia 21 de maio de 1930, na cidade de Massaranduba, filho de Pedro Vaz Ribeiro e Áurea Moura Ribeiro, irmão de Valdette, Paulo, Gracillette, Nivanda, Enivaldo Ribeiro. Este último, influente político paraibano, eleito deputado estadual, deputado federal e prefeito de Campina Grande, assim como o próprio João Ribeiro chegou a exercer os cargos de deputado estadual e prefeito de Massaranduba. Caminhando para a sua vida acadêmica, porém sem esquecer o prestígio político local, o grande poder econômico e a influência sua e da sua família.

João Ribeiro estuda nos anos iniciais de sua vida na cidade na qual será eleito prefeito, mas no ginásio vem para a cidade de Campina Grande, matriculando-se no Colégio Alfredo Dantas, para dar continuidade a sua formação. De migrações será composta a sua trajetória de

---

<sup>30</sup> MEIHY, J.; HOLANDA, F. História Oral: como fazer, como pensar. São Paulo. Ed. Contexto, 2007. p. 59.

<sup>31</sup> Ibidem. p. 162,

estudante, pois em Campina Grande, cidade mais próxima da sua cidade natal não havia o curso de medicina que ele pretendia cursar, este sendo fundado apenas no ano de 1964 e dando início as aulas com a primeira turma, no ano de 1969. Para tornar-se médico ele vai para o Recife e ingressa na Faculdade de Medicina do Recife<sup>32</sup>, caminho comum aos filhos dos oligarcas paraibanos. Quando questionado sobre o interesse pela medicina o mesmo afirma:

Me interessei pela medicina, pelo seguinte, é que aquilo vem intuitivamente... a convivência, você vê o comportamento do povo, o comportamento da sociedade, as dificuldades. Ai eu começo a ficar com piedade, né?<sup>33</sup>

No entanto, o interesse dele pela medicina não se encerra por aí, durante a sua fala relata que ao conseguir um estágio em um hospital do Rio de Janeiro, se muda novamente. Porém, não chegaremos ainda no João Ribeiro Psiquiatra, ou será que houve em algum momento está intenção intuitivamente? Ao chegar na cidade maravilhosa ele, através da ajuda do seu amigo Valdemir Lira a quem atribui grande influência dos seus estudos, consegue um vaga para estudar a especialidade médica de pediatria. No entanto, ficando por três meses apenas na parte teórica, e “não vendo doente” perde o interesse pelo curso. Em conversas com seu amigo, Guilherme Abar, estudante de João Pessoa, considerado por ele um estudante muito inteligente, visto que ele se considerava como estudante mediano, pede indicação do melhor hospital do Brasil sobre doenças nervosas e mentais, em que fica sabendo do Instituto de Neurologia do Rio de Janeiro, e da dificuldade de adentrá-lo.

João Ribeiro informa que desistiu do curso de pediatria que vinha fazendo, na intenção de tratar de doenças nervosas em crianças. Parte em busca do “melhor hospital do Brasil”, o Instituto de Neurologia, no Rio de Janeiro, Rua Venceslau Brás, bairro do Botafogo, como fez questão de enfatizar. Destaca-se a intenção do narrador, em construir seu lugar de intelectual, ao mesmo tempo em que afirma “ser um estudante mediano”, destaca a sua passagem pelo Instituto de Neurologia, enfatizando o status em que o local possuía no período, e enfatizado seu ingresso na instituição.

Ele relate que só conseguiu a vaga após passar cinco meses, indo duas ou três vezes por semana ao local. Além da insistência, ocorreu também a ampliação do hospital, em que estava localizado o instituto, e necessitava, agora, de novos funcionários. Mas, foi

<sup>32</sup> Faculdade de Medicina no Recife. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz . Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/pdf/facmedrec.pdf>

<sup>33</sup> Entrevista realizada com João Ribeiro

,principalmente, através de contatos políticos, que a relação entre Deolindo Couto (diretor do instituto) e João Ribeiro se estabeleceu e surge a conseqüente vaga. Deolindo era amigo de com João Agripino<sup>34</sup> e outros políticos da cidade de Campina Grande.

Deste modo, nos interessa a figura do professor Deolindo Couto, para que através dele possa-se pensar a neurologia e a psiquiatria no Brasil e as correntes teóricas desta área em que João Ribeiro teve contato. Deolindo formado em medicina é também o fundador do Instituto de Neurologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 1946, hoje nomeado de Instituto Deolindo Couto. Influenciado pela medicina francesa, vai trazê-la e difundi-la, assim, na formação de neurologistas por todo o país.

Através de pesquisas, Deolindo, trouxe modificações para ciência da época, desenvolveu a angiografia cerebral permitindo revelar pela radiografia a circulação do sangue no cérebro, introduziu a lobotomia pré-frontal, no tratamento de paranoia e esquizofrenia<sup>35</sup>. A lobotomia, também chamada de psicocirurgia, foi bastante utilizada nos hospitais psiquiátricos brasileiros durante os anos de 1936 a 1956, com esta cirurgia pretendia-se desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo encéfalo, visando modificar o comportamento ou curar doenças mentais. A técnica foi utilizada a primeira vez no Brasil, Hospital do Junquery, em São Paulo. O processo é extremamente invasivo e perigoso, causando mortes, além de gerar várias complicações e sequelas, era usado inclusive em crianças. É importante pensar, que eram cirurgias realizadas no cérebro, mas que visavam a mudança comportamental<sup>36</sup>.

A lobotomia possuía variações de acordo com os estudos desenvolvidos, desde o material utilizado, quanto a área do cérebro a ser atingida. Um aspecto a se destacar, é que a maioria dos estudos e experiências da lobotomia, realizados no Brasil, utilizaram apenas pacientes mulheres, o motivo não é explicado nas pesquisas. Inicialmente, as técnicas foram testadas em pacientes que não possuíam vínculo algum com a família, posteriormente é que foi sendo aplicada a pacientes com algum contato familiar, e após nove anos foi realizado em hospitais psiquiátricos particulares.

---

<sup>34</sup> João Agripino, político paraibano filiado ao partido da UDN (União Democrática Nacional), e posteriormente a ARENA. Apoiou o golpe militar de 1964. Ocupou cargos políticos desde a década de 1940, assumindo o governo do Estado da Paraíba, nos anos de 1966 a 1971.

<sup>35</sup> FILHO, Murilo. Deolindo Couto: A academia e a medicina. Conferência proferida na Academia Brasileira de Letras, durante o Ciclo Centenário de Deolindo Couto. Maio de 2002. Disponível em: <http://www.academia.org.br/abl/media/centenarios6b.pdf>.

<sup>36</sup> MASIERO, André. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2003, vol.10, n.2.

Os resultados, analisados nas pesquisas foram realizados com pouco tempo do procedimento<sup>37</sup>. Para além da cura e da reinserção social, percebe-se a intenção principal da lobotomia e o motivo pelo qual ela foi mantida, era tonar o paciente dócil e “controlável”, afinal, ele possuía uma parte do cérebro danificada. A prática da lobotomia passa a ser “proibida”, após o final da Segunda Guerra e a elaboração do Código de Nuremberg, em 1947, porém ela continua a ser praticada no Brasil.

Além deste tratamento, também era utilizado nos hospitais psiquiátricos do Brasil a eletroconvulsoterapia, popularmente conhecido como eletrochoque. Essa técnica consiste em descargas repetitivas eletricamente induzidas no sistema nervoso central para o tratamento de doenças mentais. Assim como a lobotomia, busca a mudança comportamental do paciente. A prática existe desde 1933, partiu da concepção de que era incomum haver crises convulsivas em pacientes esquizofrênicos, supondo-se assim que a epilepsia seria capaz de se opor a esquizofrenia. Instaurou-se como um método alternativo, caso houvesse a ineficiência dos outros tratamentos, como a lobotomia já citada e insulinoaterapia, que abordaremos a seguir. Sendo usada de fato, a partir de 1938, foi utilizada para além do tratamento, mas como uma forma de castigar pacientes rebeldes, várias vezes aos dias<sup>38</sup>. No entanto, está prática ainda é considerada pela medicina psiquiátrica como válida, sendo desde 2002, normatizada pelo Conselho Federal de Medicina<sup>39</sup>, há todo um debate, repleto de opiniões favoráveis e contrárias a esta prática.

A insulinoaterapia, também conhecida como choque insulínico. Foi utilizada como método de tratamento a partir da década de 1930, quando se descobriu que hipoglicemia causada pelo excesso de insulina no sangue provocaria convulsões e coma. Este método será utilizado, assim como os outros, principalmente em pacientes esquizofrênicos. Porém com passar dos anos, será utilizado na maioria das vezes, para induzir o coma. Menos falada e conseqüentemente menos criticada<sup>40</sup>. Motivo, provável, pelo qual foi o único tratamento nomeado por João Ribeiro dizendo que era realizado em seu hospital.

---

<sup>37</sup>Ibidem.

<sup>38</sup> SILVA, M.; CALDAS, M.. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 28, n. 2, jun. 2008.

<sup>39</sup>RESOLUÇÃO CFM Nº 1.640/2002. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1640\\_2002.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1640_2002.htm)

<sup>40</sup> GUIMARÃES, A.; BORBA, L.; LAROCCA, L.; MAFTUM, M. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial(1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013. P. 364

Sobre os métodos de tratamentos realizados no Hospital de João Ribeiro, ele diz “Os mais comuns eram... os mais adequados... era a insulino-terapia... tratamento de calmante, tratamento de medicamento para dormir, tratamento para a desintoxicação das pessoas que bebiam...”. Vê-se então que ele não faz referência as práticas citadas de lobotomia e eletroconvulsoterapia, mas nas entrevistas realizadas com ex-pacientes da instituição e seus familiares por Brito<sup>41</sup>, eles informam sobre o uso do eletrochoque, sobre a lobotomia não possuímos relatos.

Assim como, João Ribeiro faz referência a Deolindo Couto como personagem de grande influência na sua trajetória profissional, Deolindo também, como vemos através da sua breve biografia<sup>42</sup>, teve a influência de outro médico, o professor Antônio Austregésilo Rodrigues Lima considerado o pai de neurologia brasileira.

Apesar da existência nas faculdades de medicina do Brasil, de uma disciplina específica para neurologia e de outra para psiquiatria, foram especialidades que estabeleceram estreitos diálogos<sup>43</sup>. Como por exemplo, Austregésilo, apesar da ênfase na neurologia, dialogou com autores franceses e alemães que embasam a psiquiatria do período, também escreveu algumas obras literárias intituladas “perfil de loucos, estudos psicológico”, 1943, “Perfil da mulher brasileira” 1924, “O meu e o teu, força psicológicas” 1932 “Psico neuroses e sexualid I- a neurastenia sexual e seu tratamento” 1919, além da sua escrita científica que não tivemos acesso.

Austregésilo vai ser um dos precursores ao se dedicar a escrita da sexualidade a partir de ideias higienistas e eugenistas que eram estudadas nas faculdades de Medicina do país. Segundo Augusto<sup>44</sup>, o médico dividido entre a teoria higienista e a psicanálise, as confunde, as contradiz, e tende para a primeira teoria. Assim, em seu estudo sobre “Neurastenia Sexual”, ele relaciona os pacientes com males psicopatológicos a sexualidade, sempre como fator importante ou central da doença, atribuindo a sexualidade a causa principal das psiconeuroses.

<sup>41</sup> BRITO, Fátima Saionara Leandro. Andanças que cortam os caminhos da razão: As vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande – PB. 2011. 198f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>42</sup> GOMES, M.; COSTA, A. Homenagem: Centenário de Deolindo Couto. Arq Neuropsiquiatr, 2002.

<sup>43</sup> Em 1914, o Decreto nº 11.530, no seu artigo 42, desdobra oficialmente as cadeiras de Psiquiatria e Neurologia, no entanto, em 1943 foi lançado o primeiro número dos Arquivos de Neuro-Psiquiatria, nos mostrando que apesar da separação legal havia ainda um caminho que seguia sendo compartilhado pelas disciplinas. Para maiores informações: Gomes, Marleide. História da neurologia brasileira: cinquentenário da Academia Brasileira de Neurologia e centenário da neurologia brasileira. Omnifarma, São Paulo, 2012.

<sup>44</sup> AUGUSTO, Viviane. Uma contribuição à historiografia da educação sexual no Brasil: Análise de Três Obras de Antônio Austregésilo (1923, 1928 e 1939). 2005. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar) – Unesp, Araraquara.p.48.

A neurastenia título desse livro, inclusive, é definida enquanto uma psicose de origem comóvante, ao apresentar todos os seus sintomas a define como uma doença moral.

Além dessa obra mais geral, em que ele apresenta a visão médica da sexualidade, há um livro específico para tratar do “Perfil da Mulher Brasileira”. Durante esta obra, Austregésilo, define o lugar da mulher através do seu papel social de cuidar dos filhos, do marido e do lar, normalizando essas características e as atribuindo como natural e comum a todas, usa a história e destaca as mulheres que através dessas características receberam papel de “destaque”. O livro não adentra a questão da mulher que destoaria desse padrão. Assim, apesar da inferiorização da mulher em relação ao homem, não percebemos a atribuição dos seus desvios como características psíquicas naturais da mulher.

“Conduta Sexual”, do mesmo autor, publicado em 1939<sup>45</sup>, trabalha diversas temáticas destacando a importância da educação sexual como forma de prevenção de doenças físicas e específicas. Mas, também, dedicou um momento do livro para tratar da educação sexual das moças em formação, que como cita Augusto, Austregésilo considera um dos temas mais importantes e delicados do seu livro. O ensino da sexualidade a moça, caminha na via de que ela compreenda o corpo que a fará se tornar mãe, para que não enfrente problemas psíquicos ou pratique atos sexuais de forma “não sadia”, mais uma vez a ênfase é dado no psicológico, como também é acentuada a forma diferente do ensino sexual entre moça e rapazes. Posteriormente, ao falar da conduta sexual da mulher, utiliza do autor Nemilov, para fazer ligações entre as questões psicológicas da mulher e o seus hormônios, concordando e considerando indissociáveis.

Deste modo, percebemos que pensar a psiquiatria em Campina Grande, não é limitá-la a esta cidade, ou ao estado, mas envolve toda a articulação e os diálogos estabelecidos por esta especialidade, seus estudiosos, e médicos à nível nacional e à nível internacional. Assim, através das publicações destes “grandes nomes”, podemos compreender qual o lugar da mulher e a visão que a ciência constrói e aplica a ela.

Apesar do exposto à cima, é necessário esclarecer que compreendemos que a ciência, incluindo a medicina, está em constante mudança, trazendo novos estudos e esclarecendo questões que, anteriormente, não poderiam ser respondidas, a exemplo do sistema reprodutor feminino, antes desconhecido e que hoje já possuímos mais informações. Porém, no processo

---

<sup>45</sup> LIMA, 1939 apud AUGUSTO, 2005.p.94.

de ensino aprendizagem, o professor, só dialoga com o aluno através do que ele conhece, influenciando nas pesquisas e aplicações práticas do aprendiz. Por este motivo achamos necessário compreender o que os “mestres” citados como importante por seus alunos, construíram, pesquisaram e se dedicaram durante a sua trajetória, na tentativa de estabelecer semelhanças e apropriações realizadas por João Ribeiro em sua clínica.

João Ribeiro, em sua fala, sobre sua experiência acadêmica, e neste caso de especialização médica, acrescenta sobre sua passagem pelo Rio de Janeiro e pelo Instituto de Neurologia:

Já aproveitei e fiz um curso também de psiquiatria, que para você viver naquele tempo, você fazer neurologia somente não dava para viver. Com esse curso de psiquiatria eu fiquei habilitado para desenvolver as duas funções, de neurologia e psiquiatria

(...)É porque a quantidade de cliente de neurologia era menor, aí você tinha que fazer psiquiatria.<sup>46</sup>

Quando se refere a sua formação específica de psiquiatra só faz menção a Casa de Saúde, atribuindo os adjetivos de maior hospital de psiquiatria do Rio de Janeiro, onde conciliou as especializações em psiquiatria e neurologia. Esta última concluída através do trabalho apresentado na Universidade do Rio de Janeiro, intitulado de “Trombose da carótida interna, em um paciente portador de doenças de chagas”, ao outro trabalho de conclusão, se houve, não faz menção. Como questionado anteriormente, teria João Ribeiro real interesse pela psiquiatria? De acordo, com o trecho à cima, podemos questionar e pensar os rumos da Instituição que fundaria, em que o “louco” é pensado previamente como cliente e a partir do recurso destinado ao seu tratamento.

Retornando para a Paraíba, no intuito de “trabalhar pra si”, inicia sua prática médica na Paraíba no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado - IPASE, através de concurso<sup>47</sup>, exercendo a função de neurologista, mas também quando necessário, em determinados casos, também de psiquiatra. Recebe a proposta de seu pai de tentar

<sup>46</sup> Entrevista realizada com João Ribeiro

<sup>47</sup> A entrevista foi realizada na presença de terceiros, que neste momento tece uma observação: havia sido o pai de João Ribeiro que lhe arranhou o emprego, por motivo de parentesco deles e de Argemiro Figueiredo, o governador. João Ribeiro nega e segue, afirmando que foi um concurso que havia passado.

No decreto de Lei nº 288, de 23 de fevereiro de 1938, onde é criado o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado, em seu Art 35. , determina, os empregados do I.P.A.S.E só poderão ser admitidos mediante a provas públicas de habilitação, porém no Decreto nº 37.614, de 19 de julho de 1955, há artigos que nos informam sobre a presença de “funcionário extranumerários e pessoal eventual”, em diversas passagens, nos mostrando que não haviam apenas concursados neste período. Como não há datação rememorada deste fato, seria este o motivo legal, ou seria para legitimar o seu saber, a ênfase do termo “concurso”, ao ser contrariado?

estabelecer uma clínica em Campina Grande, pois na cidade não havia lugar destinado a psiquiatria, “ele me ajudou a construir uma clínica que começou um projeto em condições de ampliar e terminou com a ampliação que deu condições de trabalhar com mais de trezentos doentes lá”.

Esta clínica, O Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional, o Hospital João Ribeiro. Foi inaugurada no dia 7 de setembro de 1963, através da realização de uma missa. A sociedade campinense que já esperava a inauguração e acompanhava os últimos preparativos da instituição teria, finalmente, um hospital psiquiátrico para onde destinar seus loucos. A imagem construída do médico, João Ribeiro, era a de um benfeitor e verdadeiro altruísta, trazendo o que havia de mais moderno da medicina para Campina Grande<sup>48</sup>. Ele ao falar da recepção ao instituto, nos diz:

O povo foi assimilando gradativamente, porque o hospital chegou a tomar uma proporção tão grande, que a gente recebia doente de Recife, Santa Cruz do Capibaribe, naquele tempo eu fui resolvendo os problemas e cada vez que eu resolvia um, a notícia se espalhava e aumentava a clientela.<sup>49</sup>

Falar em modernidade em Campina Grande e nos seus símbolos remete a historiografia local, que em diferentes perspectivas se dedicou a entender como ocorre esse processo na cidade. Para Cabral Filho<sup>50</sup>, que pesquisou a cidade de Campina Grande, entre as décadas de 1930 a 1950, devido ao desenvolvimento econômico, ligado principalmente a cultura do algodão, tem início também o processo de urbanização e de modernização da cidade. Modernização para quem? Para os ricos da cidade, pois pobres deviriam ser retirados de cena. Já a década de 1960, o autor afirma ser marcada por um declínio econômico, buscando afirmação em outros campos da produção mais precisamente as atividades industriais.

No entanto, percebemos que a afirmação de desenvolvimento em outros campos não se limita as atividades de produção. Em meados de 1950 e na década de 1960, são criadas algumas instituições de ensino superior na cidade, como a Escola Politécnica da Paraíba, a Faculdade de Ciências econômicas, a Faculdade de Medicina, a Faculdade Católica de

---

<sup>48</sup> Jornal Diário da Borborema, 4 de Setembro de 1963  
 Jornal Diário da Borborema, 5 de Setembro de 1963  
 Jornal Diário da Borborema, 6 de Setembro de 1963

<sup>49</sup>Entrevista realizada com João Ribeiro

<sup>50</sup> CABRAL FILHO, Severino. A cidade revelada: Campina Grande em imagens e história. Campina Grande, Editora da UFCG, 2009.

Filosofia de Campina Grande e a Faculdade de Serviço Social<sup>51</sup>. Percebe-se que há uma fomentação das instituições de saber. Neste sentido é que podemos compreender a importância atribuída ao hospital psiquiátrico da cidade, pois além de contribuir com o capital intelectual da cidade, possibilitava a retirada dos loucos das ruas. Um símbolo de modernidade, visto que antigas práticas destinadas a loucura não possuíam mais vez.

O hospital psiquiátrico foi construído no bairro da Liberdade, Rua Getúlio Cavalcante. No período era o único hospital da cidade que se distanciava dos demais, visto que os outros estavam localizados nas proximidades do centro da cidade e no bairro do São José, região habitada por pessoas de classe média e/ou alta. Já a localidade do João Ribeiro era considerada uma zona pobre e afastada da cidade<sup>52</sup>. Ao perguntarmos qual o motivo da escolha do bairro, tão distinto e distante da assistência médica local, ele nos justificou que foi o terreno acessível as suas condições financeiras. No entanto, sua fala é atravessada pela de um terceiro que complementa “Para o tipo de tratamento e do hospital, ali era o local melhor, era expansivo, não tinha residência perto.”.

João Ribeiro ao rememorar o período áureo da sua instituição relembando e narrando a inauguração, sua fala, imediatamente, atravessa a linha temporal e nos trás para os momentos finais do seu hospital: “Pois o ICANERF foi entrando em crise, porque era no Brasil todo, tinham que pagar a inúmeros hospitais, e o meu hospital como era grande. Eles começaram a falhar os pagamentos, ai eu terminei sem condições de continuar”. Ele assim justifica os acontecimentos que ocorreram pós 2005, sem qualquer interferência nossa para este assunto. Seu tom de voz e expressão, que ao falar de sua trajetória acadêmica, ou da extensão que seu hospital possuía, eram tão positivos e entusiasmados, se esvaem. Essa mesma justificativa se repete ao longo da sua fala, sem acréscimo de maiores informações. As

---

<sup>51</sup> SILVA, F.; MONTENEGRO, R. A Escola Politécnica de Campina Grande pelo Diário da Borborema: Uma análise de discurso. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/silva-fabio-escola-politecnica-campina-grande.pdf>.

<sup>52</sup> “Um núcleo hospitalar, situado no bairro de São José, próximo ao centro da cidade, pois nele estão concentrados o Hospital Alcides Carneiro, o Hospital Pedro I, o SAMDU (Serviço de Assistência 57 Médica Domiciliar e de Urgência) e o Hospital de Pronto Socorro. Essa zona é considerada como de moradia de pessoas da classe média. Ainda próximo ao centro da cidade, em zona conhecida como de pessoas abastadas, estão localizadas a Maternidade Elpídio de Almeida e a Casa de Saúde Dr. Francisco Brasileiro. A única unidade assistencial afastada do centro é o Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação, o qual se acha sediado no bairro da Liberdade, zona pobre da cidade.” (pág. 81) ANDRADE, Romerino. Faculdade de medicina: corpo, modernidade e sensibilidade em Campina Grande (1960 -1970). 2012. Dissertação (Mestrado em História)-UFCG.

condições de maus tratos e má higiene, apresentados pelos tantos sujeitos e fontes no pós 2005, não são relatadas. Está é a sua única justificativa.

Retomar a história do João Ribeiro é compreender que ele deu em determinado momento a assistência e referência psiquiátrica a cidade de Campina Grande, possibilitando novos olhares e possíveis tratamentos ao “anormal”. Além de que, sua instituição estava em consonância com o que havia de “avanços” na psiquiatria do período, ele enfatiza os vários cursos em grandes cidades em que ele participou, os cursos que deu a curso de medicina de Campina Grande, como também os diversos estágios que eram realizados lá. Porém nos questionamos em que momento, além de ser espaço de segregação e separação da sociedade, passa também a ser espaço de abandono cotidiano e de indiferença dos que ali transitavam?

Como já antecipado em outros momentos do texto, retomando agora, mais detalhadamente, em 2005 o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional vai passar por uma intervenção realizada pelo Ministério da Saúde. Esse processo só foi possível de ser pensado e posto em prática a partir, das diversas lutas estabelecidas pelo processo de Reforma Psiquiátrica, discutido no capítulo anterior. No entanto, ela não ocorreu no que poderíamos chamar de “do dia pra noite”, desde 2003 o hospital vinha sendo reprovado pelo Programa Nacional do Sistema Hospitalar (PNASH). Posto em prática apenas em 2005, o processo durou cerca de cinco meses, na tentativa de restabelecer o hospital e adequá-lo as normas sanitárias e humanitárias. Na falha em alcançar esses dois objetivos, o hospital foi descredenciado do SUS. Com a ausência dos recursos que eram repassados a instituição pelo Governo Federal, e aos crescentes processos trabalhistas direcionados ao dono da instituição pela falta de pagamento, o João Ribeiro é fechado.

Buscando compreender o que ocorria na instituição no ano de 2005, utilizaremos a narrativa de Fernando Kinker, nomeado interventor pelo Ministério da Saúde, que escreve uma dissertação, intitulada de “O lugar do manicômio: relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste” publicada em 2007. Apesar de ser uma escrita acadêmica, ela segue o formato de um “relato de experiência”, ou seja, há as representações de Kinker, perante as condições encontradas no hospital. Ele enquanto interventor, assumiu a direção do hospital, durante esses cinco conturbados meses de tramitações jurídicas e de incertezas sobre a continuidade ou não do João Ribeiro. Sobre sua experiência, ele relata:

Os pacientes estavam despojados de colchões (em algumas enfermarias não havia sequer camas), de água nos banheiros, de iluminação nos quartos, de banheiros nos pátios, de roupas nos corpos, de sabonete para banho, de comida decente. Estavam “apoderados” de fome, sarna e piolhos. Sua higiene era precária, só tomavam banhos coletivos de mangueira, comiam arroz e carne com osso no almoço, sopa de macarrão com osso no jantar. Os funcionários diziam, com naturalidade que os banhos coletivos com creolina eram práticas comuns para tentar debelar a sarna, já que não existiam remédios próprios para isso.

(...) o cheiro de urina e fezes dominava os espaços de reclusão. No pátio havia um cubículo, talvez muito próximo de um estabulo de concreto, onde os pacientes deviam urinar e defecar. Não havia vasos sanitários nem locais certos para isso, o cubículo todo era um vaso plano feito de chão.<sup>53</sup>

Diferente das simples alegações do proprietário da falta de recursos e da dificuldade de manter a instituição, a partir da “voz” de Kinker, o hospital adquire no nosso imaginário para além do espaço físico, toma “corpo”, e esses corpos destituídos de qualquer autonomia ou de condição humana. Esses corpos, neste momento, adquirem outro contexto o de denúncia do que ocorria e era legitimado por aquele espaço e seus saberes. Ao ganharem as páginas dos jornais locais, a instituição que era vista de forma tão positiva e adicional a cidade, passa a ser vista como desumana e repudiada. Destacamos também a posição de interventor de Kinker direcionando o seu olhar e suas reflexões.

Buscando contrapor a “versão oficial” da história apresentada pelo fundador do ICANERF, na tentativa dar “voz” a estes corpos que foram anulados, faremos uso de outras fontes. Através da intervenção realizada pelo Ministério da Saúde, no Hospital João Ribeiro, motivado pela denúncia das más condições em que eram encontrados os pacientes da instituição, há o fechamento da clínica. Os pacientes que ali estavam foram remanejados, para os programas recém-criados pelo Governo Federal, o CAPS, a Emergência psiquiátrica e as Residências Terapêuticas. Visando uma forma humanitária de cuidado aos usuários da saúde mental.

Como haviam pacientes que estavam internados no hospital a um período tão longo de tempo, que não possuíam vínculos com a família, pacientes em que as famílias não tinham interesses e/ou condições de recebê-los de volta e também casos em que não se sabia da família. Estes casos foram encaminhados para as Residências Terapêuticas. É através do conjunto de informações, especificamente, das mulheres ex-pacientes, do Hospital João

---

<sup>53</sup> KINKER, Fernando Sfair. O lugar do Manicômio: Relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste. 2007. 138f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – PUC, São Paulo. Pág. 16-17.

Ribeiro, um total de 17<sup>54</sup>, que tentaremos “dar voz”, nome e contorno as histórias e aos sujeitos esquecidos, problematizar o lugar dado pelo sistema anterior e pensar o novo espaço habitado.

As fontes, necessárias no cotidiano das pesquisas do historiador, podem possuir vários formatos, conteúdos, formas físicas ou não. Porém, quando encontrada em forma de documento existe também diferentes possibilidades de acesso e toda uma política para o acervo de documentos, alguns tipos possuem mais mecanismos de conservação e acessibilidade ao pesquisador. O que não ocorre com a documentação da saúde, possuindo carência desde o seu armazenamento, preservação e sua disponibilidade. A medicina, durante a história, possuiu diferentes formas de armazenar informações sobre os seus pacientes. Na atualidade, há uma mudança na preservação dessas fontes, à exemplo dos prontuários médicos, pois ele passa a ser visto, como um direito do cidadão e de interesse administrativo de órgãos públicos e privados. Outro fator a se destacar em relação a documentação hospitalar é que a sua preservação só é garantida de cinco a dez anos, podendo ser posteriormente destruída.

A história passa a se interessar por esta documentação a partir de quando o homem doente é considerado personagem social<sup>55</sup>, ou seja, os historiadores deixam de lado os médicos e suas biografias e passam a ter interesse no doente e em historiciza-lo. Assim o prontuário põem médico, doente e doença em processo explicativo. Os prontuários nos oferecem um novo modo de conhecer as práticas de rotina institucional, o contexto histórico e cultural, os diagnósticos e terapêuticas utilizados no período, entre outros. A fonte, que poderia parecer de interesse apenas para o conhecimento acerca dos referenciais teóricos utilizados, permite observações acerca do *spirit du temps* do período em que foi produzida<sup>56</sup>. Segundo Bertolli Filho, existem diferentes tipos de prontuários:

- a) Identificação de pacientes por etiquetas amarradas ao punho e fichas em cima de cada leito, com o nome do doente e da doença;

<sup>54</sup> Apesar de possuímos a documentação de 17 ex-pacientes do Hospital João Ribeiro, utilizaremos apenas 15 destas mulheres, pois um veio a óbito, como documentação, apenas a certidão de nascimento e a certidão de óbito, já a outra obtivemos pouquíssimas informações sobre esta paciente, escolhemos assim, não analisá-la.

<sup>55</sup> BERTOLLI FILHO, Cláudio. Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. Jun 1996, vol.3, n.1.

<sup>56</sup> FACCHINETTI, Cristiana & Ribeiro, Andrea, 2008, Fontes históricas em rede: o caso da história da psiquiatria no Brasil, Revista TEXTOS de la CiberSociedad, 16. Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde. Disponível em < <http://www.cibersociedad.net>>

- b) Registro geral de entradas e saídas constando o nome do paciente, o diagnóstico médico, a enfermaria que ocupou e as condições de alta ou óbito;
- c) Registro de cada enfermaria, feito pela enfermeira-chefe;
- d) Registro da farmácia, com as receitas despachadas para cada paciente;
- e) Registro médico, com anotações de diagnóstico, receitas e tratamentos prescritos nas visitas aos pacientes internados.<sup>57</sup>

De acordo com a descrição de prontuário à cima, a documentação vinda do Hospital João Ribeiro se enquadraria no item b, pois consiste no Boletim de internação e alta da clínica, no entanto não está presente no conjunto de informações de todas as usuárias. Como visto essas informações não seguem um padrão específico, de modo que, documentos elaborados para uma usuária, não são encontrados no “acervo” de outra. De modo geral, contamos com Estudos de Casos, Laudos Psiquiátricos, Registros do CAPS, e Ficha de Evolução da usuária, Boletim de Internação e Alta do João Ribeiro. Para nossa análise é necessário compreender o que compõe esta documentação e quem a produz.

Os estudos de casos são uma construção interdisciplinar realizada pelos profissionais de saúde, neste caso, da saúde mental. O foco da construção do caso é no sujeito. A formulação de um caso clínico não possui uma metodologia definida, mas diretrizes, existem também diversas possibilidades teóricas no campo da psicanálise de elaborará-lo. O estudo busca responder as questões “como?” e “porque?”. Há um debate sobre a veracidade dos fatos, visto que é uma construção feita pelo sujeito, família, e profissionais de saúde. Também tornam-se vagos, no entanto auxiliam nas compreensões e continuidade dos tratamentos dos pacientes.

O estudo de caso nos traz a possibilidade de conhecer, mesmo que de forma pré-selecionada a história do sujeito, as causas da sua “loucura”, fragmentos de sua vida, comportamento e mudança deste e vivência na nova instituição. É importante, pois segundo Foucault<sup>58</sup>, historicamente a palavra do louco, ao mesmo tempo em que ela demarcava a própria loucura, era considerada nula. Teria o novo sistema de saúde mental dado voz ao louco?

Além de anular seu direito de voz, a paciente Maria Joana, como a nomearemos, foi interna no Hospital João Ribeiro, sem que ao menos tivesse suas informações básicas, como

---

<sup>57</sup> BERTOLLI FILHO, Cláudio. Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. Jun 1996, vol.3, n.1.p.55

<sup>58</sup> FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. São Paulo, Edições Loyola, 2005.

nomes dos pais, endereço, idade, ou qualquer tipo de identificação, para que assim pudessem estabelecer qualquer contato com a família ou um responsável, anulando também seu nome, seu pertencimento e sua história.

Seria comum só mais um caso comum? Talvez a gravidade do fato, poderia ser acentuada, caso a mesma permanecesse, um, dois dias, uma semana na instituição, porém a mesma permaneceu interna desde 20 de janeiro de 1993, onde chegou encaminhada pela polícia do município de Massaranduba, até a interdição do local. Pode ser problematizado a gravidade do seu quadro clínico e a dificuldade de trata-la, mas de acordo com Estudo de Caso elaborado sobre a paciente, ela apresenta apesar da certa desorientação, comportamento calmo e alegre. No seu prontuário, ou como é intitulado, no Boletim de Internação e Alta, do ICANERF.

INSTITUTO CAMPINENSE DE NEUROPSIQUIATRIA  
E REABILITAÇÃO FUNCIONAL  
(ICANERF) - CNPJ 08.945.000-82  
Rua Getúlio Cavalcanti, 200 - Fone (048) 3016071 - Bairro de Lourdes  
CAMPINA GRANDE - PARÁIBA

**BOLETIM DE INTERNAÇÃO E ALTA**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Reg: \_\_\_\_\_ Idade: ? Sexo: \_\_\_\_\_  
 Rua: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 dia nasc: ? ? ? Local nasc: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_  
 domiciliado nesta cidade: ?  
 domicílio de procedência: \_\_\_\_\_  
 nome do Pai: ?  
 nome da Mãe: ?  
 nome Responsável: \_\_\_\_\_ Nome endereço de p/ policiais de: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 endereço: \_\_\_\_\_  
 local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 filiação: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator Rh: \_\_\_\_\_  
 Serviço anterior: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 internação anterior: Serviço: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Data: 06.01.2005 Hora: \_\_\_\_\_  
 diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_  
 diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Dias de Hospitalização: \_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES** Curado  Melhorado  Para o Ambulatório  Falecido   
 Óbito  Removido  Insitorado  A Pedido

Observações: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Imagem 1- Boletim de Internação e Alta, da paciente de Maria Joana

A documentação à cima apresenta preenchidos apenas nos locais destinados a nome, número do registro, sexo, cor, nome do responsável, endereço, e data referente a elaboração do documento. Estando com interrogações, hifens, ou apenas em branco, informações acerca da idade, religião, estado civil, data de nascimento, local de nascimento, localidade, domiciliado nesta cidade, domiciliado de procedência, profissão, nome do pai, nome da mãe, endereço, local de trabalho, tipo sanguíneo, fator rh, Serviço, internação anterior, diagnóstico

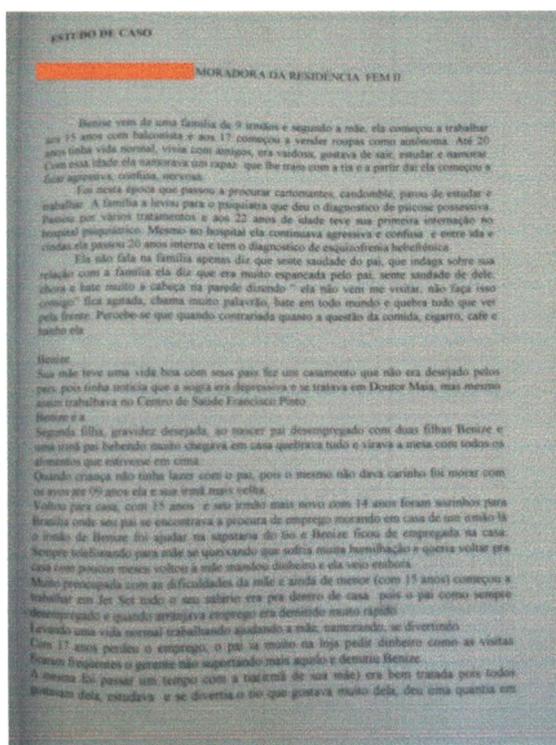


Ministério da Saúde. Haveria outra documentação do João Ribeiro sobre seus pacientes?. Procurando entender o motivo pelo qual, não são encontrados outros documentos da instituição, em conversas informais, os familiares do Dr. João Ribeiro, informaram que a documentação do hospital havia sido roubada. Já durante a entrevista com o médico, ele nos dá mais duas versões. Ao perguntarmos sobre seus livros de psiquiatria, ele relata que houve um incêndio no João Ribeiro destruindo parte da sua biblioteca, o que restou, ao vender o hospital ao prefeito: “ele pegou a máquina e destruiu toda a parte de arquivos”.

Qual das versões foi o motivo para a ausência da documentação, dificilmente saberemos. O que nos restou de documentação do antigo hospital psiquiátrico foram os papéis que migraram juntamente com os usuários para as residências terapêuticas, no caso só localizamos esse tipo (Imagem 1 e Imagem 2) e nem sempre presente nas nossas 17 “histórias”. Assim, pensar as histórias de vidas e os sujeitos na instituição é uma tarefa limitada. Neste sentido, buscamos entender como estas histórias, estas mulheres marcadas pelo poder disciplinar da instituição e do saber psiquiátrico, vão ser pensadas e apropriadas no novo sistema de saúde mental.

### III CAPÍTULO - “CONDUZIR PELA MÃO ESSAS MENTES SONHADORAS PARA O BALÉ DA RAZÃO”: A LOUCURA FEMININA ATRAVÉS DO OLHAR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Nos propomos a pensar, a partir da seguinte perspectiva, teria o ano de 2005 dado novas perspectivas as vidas esquecidas? Como se dá o encaminhar da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande? Quais foram os avanços no cotidiano da vida dos sujeitos a partir da mudança do sistema de assistência a saúde mental? Seguindo os rumos do capítulo anterior, nos apegaremos aos Estudos de Casos, onde há os contornos das histórias vividas e ressignificadas no cotidiano. Para além, das suas formas e estruturas de escrita, mas para as palavras que os tecem. Iremos, agora, introduzir a história de 15 ex-pacientes, para que, posteriormente, possamos analisá-las:



**Imagem 3:** Estudo de caso da paciente Benise

Benise, mulher, e pobre. Vinda de uma família de 9 irmãos, seu pai alcoólatra, sua mãe, seu apoio até seus dias atuais. Benise, mulher, pobre e trabalhadora. Aos 15 anos assume o cargo de balconista, aos 17 anos vende roupas, em uma das lojas de Jet Set, na qual é demitida após as visitas feitas por seu pai, alcoólatra, ao seu local de trabalho. Seu pai, anteriormente, havia migrado pra o Sudeste do país. Ela na tentativa de ajudá-lo também

segue para esta região durante os anos iniciais da sua adolescência, mas regressa, pois seu pai é demitido constantemente, e ela lá só assume a função de cuidar da casa. Já voltando aos rumos da história, ao ser demitida do emprego, recebe uma quantia em dinheiro de seus tios por parte da mãe, investe o dinheiro no comércio de roupas e torna-se autônoma. Pelo lado paterno da sua família, “não havia nada que prestasse”. “Até os 20 anos, tinha uma vida normal vivia com amigos, era vaidosa, gostava de sair, estudar e namorar”. Porém, quando começou a namorar Sebastião, sempre em casa, pois “ela sempre foi moça direita (diferente da irmã mais velha e não gostava de ter muita intimidade com um e com outro) (sexo)”, suspeitou de que ele lhe traia com a sua tia paterna. Assim, começa a ficar “agressiva e confusa”, “nesta época também, passou a procurar cartomantes, candomblé, parou de estudar e de trabalhar”. Teve sua primeira internação entre os 22 e 23 anos, e sofre de problema psiquiátrico desde os 18 anos. Benise possui 20 anos de internações em hospitais psiquiátricos.

Berenice, de breve acervo, atribui seus transtornos mentais a quebra do resguardo de sua segunda filha, a partir da perseguição da ex-mulher do seu companheiro e pai de suas filhas. Ela possui desde sua primeira internação no João Ribeiro, 30 anos de longos períodos em hospitais psiquiátricos.

Eliane, paciente remanescente do Hospital João Ribeiro, não tem sua história construída por Estudo de Casos, ou se já teve este documento, não encontra-se no seu arquivo. No seu Registro do CAPS, informa que a mesma fugiu da Residência Terapêutica, foi encontrada pelas ruas da cidade e acolhida pela Casa de Passagem, sendo levada para a Emergência Terapêutica, em que se recusava a voltar pra residência.

Gema, por outro lado, parece ser uma das únicas pacientes vindas de uma família com melhores condições financeiras, pois nomeasse a escola na qual ela estudava, o que nas outras não ocorre. Na adolescência frequentou o Colégio Alfredo Dantas (colégio particular), em Campina Grande-PB. Sua tia e sua mãe eram exigentes em relação aos seus estudos. “ Certo dia cheia de tanto controle com relação aos estudos, não aguentou e tentou suicídio cortando os pulsos com uma faca”. O dia da sua tentativa de suicídio ocorreu desta forma “quando Gema chegou do colégio a mãe mandou ir tomar banho para em seguida almoçar e fazer as tarefas do colégio, desesperada foi na cozinha pegou uma faca na gaveta do armário, foi ao banheiro e cortou os pulsos”. Com relação à vida amorosa a família não deixava ela namorar para não atrapalhar os seus estudos. Com a morte dos pais, ela ficou deprimida, perdendo o

interesse pelos estudos e dá início as suas internações psiquiátricas desde o ano de 1974 até o ano da intervenção. Gema, 31 anos de internações psiquiátricas.

Joana D'arc “apresenta problemas neurológicos desde criança, começando a falar aos 5 anos de idade, muito calada.”, “aos 13 anos começa com suas agressividades e desorientações, sua 1º internação se deu aos 14 anos, no hospital João Ribeiro”. Sempre que recebia alta, com poucos dias retornava ao hospital psiquiátrico, pois não se adaptava ao convívio familiar. Joana, 20 anos de internações psiquiátricas.

Sobre Maria Joana, já citamos sua história, ou a ausência dela, no capítulo anterior. Não possui documentos, apenas seu nome, não possui endereço, ou familiares a sua procura. Foi levada pela polícia do município de Massaranduba - PB para a instituição em 1993, e desde lá permanece. Anônima, esquecida. Maria Joana, 12 anos ininterruptos internada no João Ribeiro.

Joana Valentina, “apresentou problemas mentais aos 14 anos, trabalhou na roça tornou-se agressiva com familiares” “Foi levada ao capitão Aldano<sup>59</sup> onde passou alguns anos”. Ao ser levada para casa, não se adaptava e fugia para “mato com frequência”. Foi internada no João Ribeiro e no Dr. Maia, sempre que ia para casa, passava um curto período de tempo e era novamente interna. Mãe e irmão também possuem problemas mentais, pai falecido. A mesma não chegou a estudar, “teve um namorado que queria leva-la para São Paulo, mas a mesma não quis ir.” Joana Valentina, 27 anos de internações psiquiátricas.

Lúcia, também possui um histórico de idas e vindas de longas internações em hospitais psiquiátricos, entre eles, o João Ribeiro, o Dr. Maia e o Juliano Moreira (localizado no município de João Pessoa). Inclusive neste último “ a documentação da usuária, foi perdida lá ficando apenas sob poder da sua mãe o registro de nascimento”. Segundo a sua vizinha Fátima, responsável legal pela paciente, “Lúcia após separar-se do esposo e passar por um aborto, desencadeou um quadro de agressividade inclusive espancar, a própria mãe” “Quando voltava para casa, não tomava a medicação psiquiátrica e nessas ocasiões sempre retornava ao hospital”. Lúcia, 22 anos de internações psiquiátricas.

Luciene “aos 15 anos foi internada no Hospital João Ribeiro pela primeira vez, apresentando sintomas de agressividade, não dormia, escutava vozes, via coisas (bichos) e

---

<sup>59</sup> Capitão Aldano era espírita e diretor do Hospital Espírita de Campina Grande

fugia de casa”. “Segundo informações da mesma, foi estuprada na adolescência por dois homens quando voltava da escola para casa. Ela conta com maior precisão o ocorrido”. Luciene, 21 anos de internações.

Luzinete, interna pela primeira vez no Hospital João Ribeiro no ano de 1982. Ela relatou que “desde os sete anos sofre dores de cabeça e tontura seguido de crises agressivas com objetos e pessoas.” “Quando tem crises, escuta vozes e fica muito angustiada”. Foi interna pela primeira vez na Clínica Dr. Maria, tendo várias entradas no João Ribeiro, permanecendo até a intervenção. Luzinete, 23 anos de internações no João Ribeiro, sem contar os períodos em que começou a ser interna na Clínica Dr. Maia.

Maria do Socorro teve a sua primeira internação no João Ribeiro em 1986. Diferente da maioria, no seu estudo de caso não apresenta a causa que desencadeou a sua doença, talvez pelo fato de que desde a intervenção e o período que encontra-se na Residência Terapêutica não foi nenhum parente ou amigo visitá-la. Há no Registro do CAPS, uma pequena referencia a sua vida anterior as internações, “apresenta comportamento agressivo desde a adolescência principalmente com a família, fugia de casa, então foi necessário lhe internar”, possui mais de 20 anos de internações em hospitais psiquiátricos.

Maria Francisca, não possui no seu conjunto de informações o estudo de caso. O pouco que se sabe sobre a sua história pelos registros é contado pela sua irmã após a busca realizada pelo serviço social e psicólogos para encontrá-la. A irmã que nunca tinha ido visitar Maria Francisca na Residência Terapêutica, conta que “Chiquinha foi mãe há alguns anos atrás, deu a luz a uma criança do sexo masculino que foi adotada com o consentimento dela. Diz que nunca soube quem era o pai, pois Chiquinha vivia no mundo. Sabe que o casal adotivo era de Campina Grande.” “Em uma ocasião que voltou para casa, deparou-se com uma criança de berço (esta filha de um familiar) e começou a argumentar que a criança era seu filho, e que a irmã o tinha roubado.”. Por este motivo ela retorna ao Hospital João Ribeiro. Chiquinha também não possuía nenhum documento, pois a mãe delas não havia registrado nenhum dos filhos. Não se sabe quantos anos de internações ela possui.

Nas informações contidas no Estudo de Caso de Helena, informa que “Helena diz que morava em São Paulo-SP e foi deixada pelo marido na casa da irmã em Recife-PE para da um tempo no casamento que estava em crise, pois brigavam muito.”. Resolvendo ir a busca do marido em São Paulo, pede dinheiro a irmã, no entanto na ausência de dinheiro para

passagem, a irmã e uma amiga combinam de leva-la a Patos-PB, onde seu marido estaria lhe esperando. Chegando em Patos, o encontro não acontece. “Ficou muito nervosa e saiu as ruas procurando seu marido quando foi encontrada por uma senhora no dia 29 de março de 2003, que a conduziu até o Hospital do João Ribeiro”. Onde irá permanecer até a interdição. Neste documento também informa que algumas informações foram checadas em São Paulo, e que eram verídicas, não entra em detalhe sobre seu conteúdo, indicando apenas que não foi possível encontrar seus parentes. A história também é construída pelo Registro do CAPS, no entanto com algumas diferenças. Lá é registrado que ela se declara natural de Recife, mas que criou-se em São Paulo. Casou aos 28 anos, passando 14 anos casada e tendo 4 filhos. Sobre sua ida a Patos-PB, afirma que ao sua irmã informar que não possuía dinheiro para sua ida a São Paulo, ela saiu caminhando, sendo encontrada em Patos-PB. Não sabemos se houve internações anteriores, porém passou dois anos seguidos interna no Hospital João Ribeiro.

Suênia, na escrita do seu Estudo de Caso, não está registrado o que ocorria em sua vida antes das suas internações, apenas informa que em 1979 foi interna primeira vez no Hospital João Ribeiro, passando 26 anos até a intervenção.

“Marta, diz que aos 14 anos de idade sofreu uma queda e bateu com a cabeça em uma pedra ficou sentindo dores de cabeça acompanhada de desmaio”. Foi interna pela primeira vez em 1977, em um hospital psiquiátrico de Uberlândia-MG, onde trabalhava e morava no período, o mesmo ocorre em Natal-RN. Segundo Marta, ela foi estuprada e sua mãe lhe maltratava muito, enquanto seu pai lhe tinha muito carinho. No ano de 1985, se casa e tem um filho, dois anos depois ficaria viúva “como já era nervosa, o caso se agravou”. No dia 12 de junho de 2000, tem uma crise, quebrando tudo dentro de casa, tentando também incendiá-la, segue para ser interna no João Ribeiro onde ficará até a intervenção. Possui 28 anos de internações, sendo os últimos cinco anos ininterruptos.

Pensar a documentação a cima é pensar o sistema psiquiátrico do João Ribeiro tanto quanto a Reforma Psiquiátrica, pois estas fontes mesmo tendo sido construídas no ano de 2005, registraram o que essas mulheres e familiares acreditavam ter motivado e/ou desencadeado a “loucura”, influenciado também pela concepção médica que ocorria no período em que elas foram internadas. Porém, não podemos compreender a documentação como um processo de escrita de si, porque mesmo que ela tenha surgido a partir da fala dessas mulheres, o registro foi direcionado pelo possível questionamento da motivação que as

levaram para a instituição, como também há a interferência do relato dos seus familiares e/ou responsáveis.

Entendemos também que o processo de escrita não é neutro, é seletivo, parte neste caso, de uma concepção científica. O registro do Estudo de Caso, em sua maioria é compreendido pelos profissionais da saúde mental, apenas como o acúmulo da história do paciente que possibilita a troca de informação entre os membros da equipe que dificilmente dialogam<sup>60</sup>, realizado por mera formalidade. Neste sentido, as contribuições de Chartier nos ajudam a compreender como ocorre a representação feita através destas escritas.

As representações do mundo social assim construídas, embora aspirem a universalidade de um diagnóstico fundado na razão, são sempre determinadas pelos interesses de grupo que as forjam. Daí para cada caso é necessário relacionamento dos discursos proferidos com a posição de quem os utiliza. As percepções do social não são de forma alguma discursos neutros: produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade à custa de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projeto reformador ou justificar, para os próprios indivíduos, as suas estratégias e condutas<sup>61</sup>.

Assim, pensamos está documentação enquanto eixo “representante” e “representado”. Em que a rede de profissionais de saúde a partir da sua posição de poder, tenta justificar a “doença” dos indivíduos “loucos” e a posição social que estes ocupam na sociedade. Também compreendemos, indo para além deste autor, que os representados, através dos discursos e representações que são construídos sobre eles, também “constroem um lugar para si”; a partir do momento em que relatam o que causou a sua loucura. Percebemos que para além das representações feitas pelos profissionais de saúde, o poder é exercido de tal forma, através dos discursos, que elas assimilam as formas nas quais são representadas perante o meio social. A representação construída por essas mulheres e a partir delas, parte do lugar estabelecido pela mulher ao longo da história, como também da medicina e da psiquiatria, como vimos no capítulo anterior.

Como por exemplo, se olharmos para estas histórias vemos mulheres como Benise que possuem a traição como causa do seu desequilíbrio; Berenice a tem a quebra do resguardo como causa; Gema além da pressão dos estudos era proibida de namorar; Joana Valentina, teve a opção de se mudar para São Paulo com seu namorado, destacada na escrita do seu texto, talvez uma cura para loucura que lhe acompanhava desde os quatorze anos, ou a

<sup>60</sup> REIS, A.; BARBOSA, C.; BERTOLINO NETO, M.; DELFINI, P.; FONSECA, F.; OLIVEIRA, A. Prontuários, para que servem? Representação dos coordenadores de equipe dos CAPSi a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009.

<sup>61</sup> CHARTIER, 2002, p. 17

confirmação da sua loucura, quando ela recusa o convite do seu namorado?. Lúcia separa-se do marido e sofre de um aborto, duas bifurcações no “caminho” do que é compreendido como natural da mulher, o lugar esposa e mãe. Luciene é estuprada na adolescência. Na escrita sobre Chiquinha é destacado o fato dela “ser do mundo”, ter tido um filho sem saber quem foi o pai ter o colocado para adoção, ou ter seu filho “roubado”, não superando a perda. Helena entra em crise após um tempo no casamento e o abandono do marido. Marta, ao ficar viúva, também enlouquece.

Deste modo, alguns fatos na história destas mulheres são selecionados. Apesar de agora, elas possuírem nome e a oportunidade de contarem sobre suas vidas, suas vozes são condicionadas pelo que o outro compreende como relevante para a instituição. Vemos aí uma forma de poder sendo estabelecida, através da forma de interdição, pois segundo Foucault<sup>62</sup>, na nossa sociedade não possuímos o direito de dizer tudo ou falar de tudo em qualquer circunstancia, falar é também um privilégio de alguns sujeitos. Continuará a palavra dado ao louco existindo apenas simbolicamente, como fora outrora no teatro?

Acontecimentos como casar, namorar, trair, separar, ter filhos e até perdê-los, são acontecimentos cotidianos, podendo ocorrer com alguns, já com outros não, vivências que podem ser fruto de escolhas, ou não. No entanto, percebemos que estes eventos são em sua maioria destacados na vida destas mulheres, levando as mesmas a “loucura”. Estabelecemos essa comparação, não através do que a historiografia vem destacando sobre a história das mulheres, pesquisas estas fundamentais para embasar os nossos estudos. Mas percebemos através das fontes, da verificação dos Estudos de Casos, que aspectos da vida privada só são atribuídos como causas da loucura em mulheres. Enquanto a motivação da loucura dos ex-pacientes do mesmo hospital psiquiátrico, porém do sexo masculino, o fator trabalho é determinante e predominante como fator destes “enlouquecimentos”.

Compreende-se também que a psiquiatria e a medicina avançaram em seus estudos, devido a mudanças de enunciados ou através de novas descobertas. Porém mesmos com as mudanças naturais do curso da história, em meado de 1980 que é quando ocorreu a maioria das primeiras internações dessas mulheres, ainda se atribuiu a causa da loucura principalmente a questões biológicas e ao papel social das mulheres, enquanto o contexto geral de sua vida não é abordado ou analisado. Ou seja, noções antigas de gênero serviam

---

<sup>62</sup> FOUCAULT, 2005. p.9

igualmente para validar novos regimes<sup>63</sup>, mesmo que os sistemas de poderes se modifiquem e encontrem novas formas de estabelecer diferença entre os gêneros, formas de opressão feminina se mantêm. São nove mulheres no qual atribuem e são pelos os outros atribuídos o motivo da sua loucura a fatos considerados “comuns” a vida de mulheres, São quatro mulheres que são enquadradas como loucas desde a infância ou início da adolescência. São duas mulheres sem informações.

Ao falar de mulher é necessário definir também qual “mulher” nos falamos. São mulheres, pobres, que tiveram que trabalhar seja nas cidades ou no campo. Quanto a questão étnica, aparece essa referência apenas em prontuário de três ex-pacientes. A questão religiosa só aparece em duas mulheres, que declaram-se evangélicas, mesmo que nos estudos de casos apareçam referências a frequência a locais de culto do candomblé e ao espiritismo, as pacientes não se declaram ou são declaradas como pertencentes a essas práticas religiosas . No entanto, apesar dessas múltiplas facetas e possibilidade de análise das mesmas, elas tem suas identidades à cima de tudo definida enquanto “loucas”.

“As instabilidades resultantes na interação podem ter um efeito muito profundo sobre os que recebem o papel de estigmatizado.” A partir dessa contribuição de Goffman<sup>64</sup>, podemos pensar agora os efeitos de todos esses anos de internação em instituições psiquiátricas causaram na vida dessas mulheres, que serão estigmatizadas<sup>65</sup> pela sociedade. Pensar a Reforma Psiquiátrica não é só refletir sobre os contextos que a tornaram possíveis, as teorias que as embasaram, e as trajetórias de um “pensamento”. Pensar a Reformar psiquiátrica é também perceber como ela refletiu na vida e no cotidiano dos usuários, neste caso, nas usuárias. Pensamos aqui como sujeito para além da instituição psiquiátrica é inserido no novo sistema de saúde mental.

Goffman utiliza o conceito de situação social mista, importante para a nossa análise. Ele a define como uma situação social em que há o contato entre estigmatizado e o “normal”. É a partir desse contato e da interpretação do normal, que para este autor, o estigmatizado sente que pode ter seu comportamento, avaliado como sinais de capacidades notáveis e

<sup>63</sup> SCOTT, Joan. Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica. Traduzido pela SOS: Corpo e Cidadania. Recife, 1990

<sup>64</sup> GOFFMAN, Erving. (1975). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC.

<sup>65</sup> Estigma: Palavra de origem grega. Se referia a sinais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o status moral de quem os apresenta.

extraordinárias. Ao mesmo tempo em que seus menores erros ou enganos incidentais podem, ser interpretados como uma expressão direta de seu atributo diferencial estigmatizado.

Deste modo retomamos as fontes advindas da Residência Psiquiátrica, no entanto não mais buscando perceber as representações que tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde mental fazem das “causa da loucura”. Mas agora compreendendo como as usuárias, são percebidas e interpretadas neste novo sistema de assistência, a partir da proposta conceitual de Goffman de situação social mista. Mostrando como de fato, as ações por mais simples que sejam, ou pequenos erros, ganham outra dimensão quando realizados pelo estigmatizado, e neste caso específico de “doente mental” acaba sendo atribuído como sintomático do seu transtorno.

Relata a filha de Berenice que sua mãe já foi muito agressiva, mas atualmente é calma. “Hoje mora na residência terapêutica com mais 07 moradores, é tranquila, animada bem vestida, fuma muito e às vezes é bruta chegando a chamar palavrões se não fizer o que ela quer”<sup>66</sup>.

Já Elaine, “Encontra-se com oscilações de humor, inquieta.”<sup>67</sup>, comportamento reafirmado no documento seguinte “paciente inquieta, instável, delirante e desorganizada”<sup>68</sup>. Já Eliane é representada como: “apresenta comportamento de isolamento social”<sup>69</sup>. Maria Helena “gosta da RT, já não gosta muito das colegas que criam confusão por tudo”. Luzinete “arruma o seu quarto, conversa bastante e tenta acalmar as colegas quando estão alteradas, dando conselhos.”. Sobre Gema e Marta:

Quanto a convivência na residência ela é sempre calma, amável, tranquila, seus hábitos são totalmente infantis, vive a maior parte do tempo deitada brincando com as bonecas e bichinhos de pelúcia, é muito reservada as vezes apresenta comportamento individualista (não divide cigarros, objetos pessoais e lanches) e tem momentos em que perde a noção (confusa). Gema gosta de brincar de boneca, de fumar de usar bijuterias e não suporta andar de carro, tv e barulho de moto, quando perguntamos o motivo desconversa e não dá resposta<sup>70</sup>

A convivência de Marta na residência é tranquila, as vezes fica deprimida, triste, mas supera por conta própria, estar sempre procurando contornar situações difíceis quando criadas pelas colegas, é conciliadora, educada e solidaria. Marta não gosta de receber ordens, de responder perguntas sobre sua vida, se considera justa demais e por isso exige que seja tratada com diferença, uma vez por outra tem uns “piti” para

<sup>66</sup> Documentação da residência psiquiátrica. Usuária n°2 (Estudo de Caso)

<sup>67</sup> Documentação da residência psiquiátrica. Usuária n°3 (Ficha de Evolução- Assistente social)

<sup>68</sup> Documentação da residência psiquiátrica. Usuária n°3 (Ficha de Evolução- Médico Psiquiatra)

<sup>69</sup> Documentação da residência psiquiátrica. Usuária n°4 (Ficha de Evolução- Assistente social)

<sup>70</sup> Documentação da residência psiquiátrica. Usuária n°5 (Estudo de Caso)

chamar atenção. Ela gosta de ler a bíblia, cantar hinos evangélicos, passear, de contar histórias de vida (derrota e coisas negativas).

#### Sobre Maria Joana, e Maria do Socorro informam:

Joana é uma pessoa confusa, com certa desorientação, mas porém calma e alegre vive boa parte do tempo deitada. Na residência ajuda as tarefas domésticas sempre em troca de alguma coisa, uma vez por outra pega objetos das colegas e diz que roubaram as coisas dela, hábito comum de quando viviam no Hospital, lava sua roupas, mas tira do varal molhada e guarda fazendo com que fiquem mofadas. Ela não gosta de trocar de roupa, toma banho e quer permanecer com a mesma roupa<sup>71</sup>

Apresenta comportamento calmo, ansiosa, triste e apresenta pensamentos difusos, carência afetiva e aceita tudo que lhe é determinado sem questionamentos, gosta de suas colegas, na maioria das vezes, diz palavras com todos, mas em poucos minutos está beijando todas como se nada tivesse acontecido. Gosta de dançar, arrumar a casa, lavar louça, tem facilidade de confeccionar bijuterias. Não gosta de lavar banheiros.<sup>72</sup>

Vemos assim que cenas comuns do cotidiano de qualquer pessoa considerada “normal” são destacadas como grande feitos para essas mulheres, à exemplo de atividades domésticas. Outro fato que também percebemos é a “grande atenção” que recebe o relacionamento entre as integrantes da residência psiquiátrica. A convivência cotidiana gera conflitos em “lares normais”, onde as pessoas possuem em geral os mesmos hábitos, costumes e escolhem morar na mesma casa. Quando refletimos sobre a residência terapêutica, pensamos mulheres que vieram de diferentes contextos sociais, que possuíam hábitos e práticas diferentes umas das outras, e não escolheram com quem morariam. Desta forma compreendemos que a vivência em grupo causa conflitos, quando todos possuem os mesmos direitos em determinado ambiente e possuem livre escolha. Mas, esses conflitos passam a ser percebidos de outra forma quando protagonizados por estigmatizados, como reflexos de seus sintomas psiquiátricos. O mesmo ocorre com sentimentos de tristeza, a exemplo, de Marta “às vezes fica deprimida, mas supera por conta própria”, ora, não seria da condição humana entristecer-se perante a vida, mas em seguida superá-la por conta própria?

Apesar do que iremos compreender como de “supervalorização” do cotidiano. A Reforma Psiquiátrica, assim como a criação do CAPS e das Residências Terapêuticas modificam a forma de conceber o sujeito louco. Como podemos perceber ao comparar com o depoimento de Kinker:

<sup>71</sup> Documentação da residência psiquiátrica. Usuária nº7 (Estudo de Caso)

<sup>72</sup> Documentação da residência psiquiátrica. Usuária nº13 (Estudo de Caso)

As camas sem colchões, as dependências sujas e insalubres, os grandes espaços gradeados que se assemelhavam a grandes celas coletivas (sem falar das celas fortes individuais, desativadas pouco antes de nossa chegada), a falta absoluta de diálogo com os internos e a redução destes a uma condição de insignificância.<sup>73</sup>

A tarefa dos seguranças era manter sob controle as chaves e as portas, os poucos fluxos de movimentos existentes, entre o espaço da enfermaria e o espaço aberto do “banho de sol”. Cabia a eles vigiar, não acompanhar nem dialogar<sup>74</sup>.

Maria Suênia “Gosta de ir pra as oficinas do CAPS, chega sorrindo, diz que dançou e que foi bom”. Luzinete “Com relação a frequência nas oficinas do CAPS III, gosta de participar das atividades que são desenvolvidas e quando retorna a residência chega comentando o que fez sempre sorrindo”. “Maria Joana Com relação a frequência das oficinas no CAPS, ela não se opõe em ir, as vezes chega comentando e mostrando o que fez”. Contrapor esses relatos vivenciados por Kinker, as impressões registradas das usuárias das Residências Terapêuticas nas oficinas do CAPS, é perceber as mudanças de relações estabelecidas entre usuário-funcionário, como também o deslocamento que houve na compreensão do que é ser louco e qual o lugar em que este deve ocupar. A humanidade, o direito a participar ativamente da sociedade é dado a estes sujeitos. Não deixando de considerar que o registro das pacientes foi elaborado por profissionais de saúde que possuem a intenção de destacar a eficiência do novo sistema.

Cada luta se desenvolve em torno de um foco particular de poder. E se designar os focos, denuncia-los, falar deles publicamente é uma luta, não é porque ninguém ainda tinha tido consciência disso, mas porque falar a esse respeito – forçar a rede de informações institucional, nomear, dizer quem fez, o que fez, designar o alvo- é uma primeira inversão de poder, é um primeiro passo para outras lutas contra o poder.<sup>75</sup>

Através dessa contribuição de Foucault e o diálogo entre as fontes anteriores, percebemos o quão foi importante a Reforma Psiquiátrica, justamente por mostrar onde e sobre quem a relação poder/saber se exercia nesta situação específica, nomeando assim as instituições e os saberes, ou seja, lutando e buscando estabelecer um contra-poder.

Porém, após essas mudanças e deslocamentos, em direção da humanização da loucura e a uma assistência ética, teria então o poder deixado de se exercer nas instituições destinadas aos loucos e sobre eles? Ainda dialogando com Foucault, percebemos, principalmente no período atual da história, - diferente do momento em que ele escreve, onde estava tendo início a antipsiquiatria de Franco Basaglia- acredita-se que há a mudança de paradigma sobre a

<sup>73</sup> KINKER, 2007, p 19.

<sup>74</sup> KINKER, 2007, p.14.

<sup>75</sup> FOUCAULT, 2013, p. 138-139.

loucura. Dizem hoje, que o louco possui voz e que esta não está separada mais do que é considerado “normal”. Porém:

Mas tanta atenção não prova que a velha separação não voga mais, basta pensar toda a rede de instituições que permitem a alguém- médico psicanalista- escutar essa palavra e que permite ao mesmo tempo ao paciente vir trazer, ou desesperadamente reter, suas pobres palavras, basta pensar em tudo isto, para supor que a separação, longe de estar apagada se exerce de outro modo, segundo linhas distintas, por meio de novas instituições e com efeitos que não são de modo algum os mesmos. E mesmo que o papel do médico não fosse senão prestar ouvido a uma palavra livre é sempre já manutenção da censura que a escuta exerce.<sup>76</sup>

Através da documentação da residência terapêutica percebemos que o poder ele se exerce, não mais de forma restritiva ao médico, durante a escuta terapêutica. Pois compreendemos que o poder não é limitado ao saber científico, ou a um único saber científico, e que ele se exerce por “todos os lados”. O sistema de saúde mental atual busca uma “igualdade” entre os profissionais de saúde, tirando o saber exclusivamente das mãos do psiquiatra. Percebemos também que a assinatura mais escassa na documentação do paciente é a do médico psiquiatra, que apresenta-se na documentação apenas emitindo o laudo médico quando necessário e receitando a medicação. Porém, ainda é médico que detém o saber para definir a loucura. Entendemos que o poder que censura o louco, que o limita pela sua doença continua a existir, mas não da mesma forma.

O louco deixa então de ser cercado pelos muros físicos do qual era literalmente isolado, no entanto, ele passa a ser isolado agora a céu aberto. Pois ao mesmo tempo em que ele teoricamente integra a sociedade, ele é limitado pela própria sociedade e pelo sistema que insiste em “conduzi-lo para o balé da razão”, entendendo assim que o louco permanece a margem da direção de sua própria vida. Limite este que pode ser observado principalmente pela vivência nas Residências Terapêuticas. O cotidiano dos pacientes é limitado pelo que é proposto pelas normas da instituição, pelos funcionários das residências, e pelo CAPS. A sua rotina, pelo observado nos registros das pacientes, é composta por atividades domésticas; a ida ao CAPS para atendimento psiquiátrico e realizações de oficinas (pré-determinadas pela própria instituição); a ida ao PSF em casos de necessidade de outros serviços de saúde, ou em dias de ações promovidas pelo mesmo; Em passeios realizados esporadicamente pela instituição, na cidade ou em João Pessoa; e em caso de contato com a família, a visita de familiares a residência ou a ida dos usuários até seus familiares.

---

<sup>76</sup> FOUCAULT, 2005, p. 13

Encontramos resistências à participação nas atividades promovidas pelos CAPS das usuárias das residências terapêuticas, como também a ansiedade em ir para as oficinas, mas chegando lá ficando dispersa e na volta a mesma relata sempre sobre a sua insatisfação. Mostrando assim que as oficinas não atendem as necessidades dos pacientes como um todo, e por vezes infantilizam os mesmos. Outra usuária relata, a intenção de ter seu próprio dinheiro e administra-lo, pois o que é destinado para a residência são matérias de cozinha, e ela desejava comprar creme de cabelo e sorvete. Haveria assim uma padronização? E as subjetividades dos sujeitos, não tem espaço no novo sistema?

Entrar nas questões familiares envolve análises para além do que esse trabalho se propõe, no entanto, vale salientar que a maioria das usuárias possuem contato com a família, mas há a recusa de que as usuárias possam morar em suas casas, mesmo que a mais de anos elas não entrem em crise. Na contramão, o recurso financeiro do Benefício de Prestação Continuada- BPC e do Programa “De Volta para Casa”-PVC é administrado pelos familiares das usuárias, que raramente repassam esse valor para elas, havendo assim uma série de relatórios informando a ocorrência destes casos ao Ministério da Saúde.

Assim, pensar essas mulheres ex-pacientes do Hospital João Ribeiro é refletir sobre as marcas daquela instituição nas suas vidas durante seus anos de internação, é entender que sua identidade foi anulada e substituída pelo “ser louca”, e que muitas práticas do seu passado permanecem no seu cotidiano. Refletir sobre as novas instituições de saúde mental, é analisar as novas perspectivas e possibilidades trazidas pela Reforma Psiquiátrica, no entanto, é entender também que o poder está longe de deixar de existir, ele torna-se invisível, talvez imperceptível.

Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não, você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considera-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que só função de reprimir<sup>77</sup>

Ora, teria o início do século XXI, realizado uma ruptura em relação a “loucura manicomial” e estabelecido novos mecanismos de poderes? Apesar de todo “contra-poder” exercido pela Reforma Psiquiátrica, em meio a luta por democracia e pela “abertura das portas dos manicômios”, há um consenso entre os estudiosos da temática, de que a Reforma Psiquiátrica, ao ser estabelecido perante a lei enquanto sistema oficial, ela estagnou, se

<sup>77</sup> FOUCAULT, 2013, p. 44 e 45.

limitou, e deixou de exercer sua luta. Afinal, se ela passa a ser o modelo oficial de assistência, como então, ela iria lutar contra ela mesma? Porém isso não quer dizer que ela volta ao modelo anterior ou o reproduz, mas estabelece de forma diferente a dominação sobre os mesmos sujeitos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fim do século XX e o início do século XXI possibilitaram o questionamento das antigas instituições psiquiátricas, vendo-as a partir de então, através das suas práticas consideradas desumanas e antiéticas. Neste sentido, o movimento social da Reforma Psiquiátrica, adquiri força, para além dos profissionais e usuários do sistema de “doença mental”, ganhando respaldo na sociedade como um todo.

O deslocamento proposto pela reforma pode ser percebido até mesmo pela mudança da nomenclatura, pois antes a assistência que era baseada na doença mental, hoje é percebida enquanto cuidado a saúde mental. A mudança ao se referir ao sujeito também é significativa, pois antes o termo adequado era “paciente”, palavra está que possui como significado a capacidade de esperar e de suportar. Já a palavra “usuário” atualmente utilizada, significa aquele que possui o direito de uso. Ou seja, a sociedade passa a entender que “louco”, não é só aquele que espera, que suporta, mas é alguém que possui direitos e deve usufruí-los.

Porém, a mesma sociedade que denunciou os maus-tratos do sistema anterior, é a sociedade que limita os espaços que os “loucos” devem ocupar no meio social, a exemplo, da família que continua achando que o lugar do paciente psiquiátrico é longe da vivência familiar.

Ainda fazendo uso do significado das palavras, neste trabalho partimos da perspectiva de perceber a Reforma Psiquiátrica enquanto deslocamento. Este termo para além de um conceito da física é também constantemente utilizado pela medicina para se referir ao movimento realizado pelos ossos. Um deslocamento pode ser abrupto e duradouro, parcial e envolvendo um ou mais ossos.

Utilizando da metonímia, percebemos a reforma enquanto deslocamento, pois assim como os ossos, o movimento feito por ela pode ser caracterizado como: abrupto, parcial, envolvendo um ou mais aspectos. Esta perspectiva pode ser, vista principalmente, em Campina Grande, pois rapidamente no ano de 2005 é instaurada a reforma. Os deslocamentos trazidos por ela, longe de atingir outras esferas da sociedade, se focaliza em torno da saúde mental. E apesar da mudança da posição, do deslocamento, de algumas mudanças no olhar para a loucura, não há transformações, afinal os ossos continuam os mesmo, e os loucos continuam ocupar o lugar limitado que lhes é dado pela sociedade.

Este estudo tentou a partir da documentação analisada perceber como os poderes das instituições e dos profissionais de saúde mental são exercidos sobre as mulheres loucas, como também perceber se haviam de fato ocorrido transformações no gestar da loucura através da Reforma Psiquiátrica. Concluímos assim que apesar das mudanças, não houve uma ruptura, uma transformação, perante a loucura e que a subjetividade dessas mulheres é na maioria das vezes anulada pela padronização e a normatização do sistema de saúde mental atual. Porém, compreendemos que as medidas adotadas pela Reforma Psiquiátrica ainda são muito recentes, não podemos concluir determinados aspectos, sobre um processo que ainda está em curso. Mais do que resposta, pensar a reforma nos traz mais perguntas.

Há diversas perspectivas para novas investigações da loucura em Campina Grande, sejam elas através da loucura institucionalizada, da loucura feminina, ou através dos diversos outros sujeitos que integram os CAPS's. Uma possibilidade aberta, por exemplo, é a investigação das mulheres que usufruem dos serviços do CAPS e que não tiveram contato com os hospitais psiquiátricos; como também, buscar entender as disputas financeiras elaboradas pelas famílias das usuárias em torno do benefícios dado aos pacientes psiquiátricos crônicos. A análise da psiquiatria através da definição das doenças e dos remédios receitados aos usuários também são possibilidade de pensar as mudanças ou continuidade da ciência que dita à verdade sobre a loucura.

## REFERÊNCIAS

### Fontes:

**Relato oral:**

Entrevista nº 01. Realizada com João Ribeiro. Em 12 de junho de 2018.

**Periódicos:**

Jornal Diário da Borborema – 1963

**Documentação das usuárias das Residências Terapêuticas, do município de Campina Grande-PB:**

Usuária nº1

Usuária nº2

Usuária nº3

Usuária nº4

Usuária nº5

Usuária nº6

Usuária nº7

Usuária nº8

Usuária nº9

Usuária nº10

Usuária nº11

Usuária nº12

Usuária nº13

Usuária nº14

Usuária nº15

### Referências bibliográficas:

ALARCON, Sergio. **Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, ago. 2005 .

AUGUSTO, Viviane. **Uma contribuição à historiografia da educação sexual no Brasil: Análise de Três Obras de Antônio Austregésilo (1923, 1928 e 1939)**. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar) – Unesp, Araraquara.

AZEVEDO, Elizângela. **Rede de cuidado da saúde mental: Tecendo Práticas de inclusão social no município de Campina Grande- PB**. 2010. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFPB, João Pessoa.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade**. Jun 1996, vol.3, no.1

BRITO, Fátima Saionara Leandro. **Andanças que cortam os caminhos da razão: As vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande – PB.** 2011. 198f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco.

CIRILO, Lúvia. **Novos tempos: Saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), UEPB.

CORBISIER, C. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, P., org. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CUNHA, Maria Clementina. **Loucura, gênero feminino: As mulheres do Juquery na São Paulo do século XX.** Rev. Bras. De Hist., São Paulo, 1989.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: conquistas e desafios.** Rev. Epos, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, dez. 2013

DE MATOS, Bruna Gusmao. **Residência Terapêutica: um modelo alternativo de atendimento aos pacientes psiquiátricos.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, nov. 2010

ENGEL, Magali. **Psiquiatria e Feminilidade.** In: PRIORI, Mary Del (Org.). **História das Mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2007, p. 322.

ESPIG, Márcia Janete. **O uso da fonte jornalística no trabalho historiográfico: o caso do Contestado.** Estudos Íbero-Americanos, XXIV(2), dez. 1998.

FACCHINETTI, Cristiana. **Fontes históricas em rede: o caso da história da psiquiatria no Brasil.** Revista TEXTOS de la CiberSociedad, 16. Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde. Disponível em < <http://www.cibersociedad.net> >

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1º ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. - 27 º Ed.- São Paulo; Graal, 2013.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. São Paulo, Edições Loyola, 2005.

GOFFMAN, Erving. (1975). **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC.

KINKER, Fernando Sfair. **O lugar do Manicômio: Relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste**. 2007. 138f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – PUC, São Paulo.

MENICUCCI, TMG. A reforma da política de saúde: inovação e continuidade – 1975/2000. In: **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007,

PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, GC., LIMA, JCF. orgs. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PAULIN, L.; TURATO, E. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil**: as contradições dos anos 1970. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, ago. 2004 .

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. **Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS**: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. Psicol. USP, São Paulo , v. 16, n. 4, 2005.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. 2nd ed.. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde.

SALES, Kátia. **Análise da trajetória das políticas de saúde mental na Paraíba**. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, UFMA, 2009.

SCOTT, Joan W. **Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica.** Traduzido pela SOS: Corpo e Cidadania. Recife, 1990

SILVA, Dayanne. **A intervenção no ICANERF e a emergência da “voz da loucura” na cidade de Campina Grande.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (História)- UFCG.

TEIVE, H.; SÁ, D.; SILVEIRA NETO, O.; SILVEIRA, O.; WERNECK, L. **Professor Antônio Austregésilo: o pioneiro da neurologia e do estudo dos distúrbios do movimento no Brasil.** Arq. Neuropsiquiatria, 1999.

TOLEDO, Eliza. **História, sexualidade e loucura: as psicocirurgias no Hospital Psiquiátrico de Juquery sob o prisma de gênero (1936-1951).** Temporalidades, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, 2015.

VIEIRA, Elisabeth. **A medicalização do corpo feminino.** Editora FIOCRUZ, 2002.