

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE HISTÓRIA

JAYLA DE MOURA LIRA

**LOUCURA E POBREZA: CONCEITOS E PRÁTICAS COTIDIANAS  
DOS PACIENTES DO HOSPITAL DIA DE PICOS-PI (1997-2002)**

PICOS, PI.

2016

JAYLA DE MOURA LIRA

**LOUCURA E POBREZA: CONCEITOS E PRÁTICAS COTIDIANAS  
DOS PACIENTES DO HOSPITAL DIA DE PICOS (1997-2002)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Curso de História, modalidade Licenciatura, como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciado em História.

Orientador (a): Prof<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Agostinho Júnior de Holanda Coe

PICOS, PI.

2016

## FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

**L7681** Lira, Jayla de Moura.

Loucura e pobreza: conceitos e práticas cotidianas dos pacientes do Hospital Dia de Picos-PI (1997-2002). / Tarciana dos Santos Pinheiro. – 2016.

CD-ROM : 4 ¾ pol. (60f.)

Monografia (Licenciatura em História) – Universidade Federal do Piauí,

Orientador: Prof. Dr. Agostinho Júnior de

Holanda Coe.

1. Saúde Mental - Loucura. 2. Problemas Sociais - Pobreza. 3. Hospital Dia. 4. História I. Título.

**CDD 310.22**

JAYLA DE MOURA LIRA

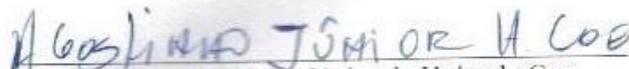
**LOUCURA E POBREZA: CONCEITOS E PRÁTICAS COTIDIANAS  
DOS PACIENTES DO HOSPITAL DIA DE PICOS (1997-2002)**

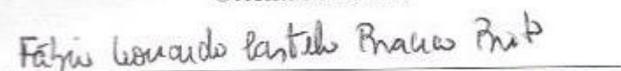
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Curso de História, modalidade Licenciatura, como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciado em História.

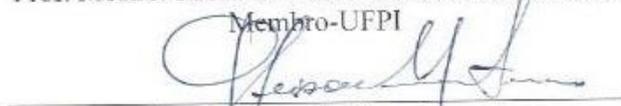
Orientador (a): Prof<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Agostinho Junior de Holanda Coe

Aprovada em     /     /

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Dr. Agostinho Júnior de Holanda Coe  
Orientador-UFPI

  
Prof. Mestre: Fábio Leonardo Castelo Branco Brito  
Membro-UFPI

  
Prof. Dr. Gleison da Costa Monteiro  
Membro-UFPI

*Dedico esse trabalho às minhas  
filhas Maria Fernanda e Maria Eduarda.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida e sua imensa presença.

Aos meus pais, Jurandi e Maria das Dores pelo amor, carinho e confiança, aos meus irmãos Jane e Edson e outros familiares pela amizade, companheirismo e estímulo nos momentos difíceis.

Ao meu esposo Ataíde, pelo seu amor e compreensão, por seu encorajamento e ânimo aos estudos.

Aos meus amigos e colegas do curso, pela boa convivência diária em sala de aula e por todos os momentos vividos juntos durante esses quatro anos. Agradeço especialmente a minha amiga Ana Carolina por seu companheirismo e incentivo.

Ao meu orientador Dr. Agostinho Júnior de Holanda Coe pelas contribuições para a realização deste trabalho, e a todos os docentes da UFPI, que com muita dedicação transmitiram seu conhecimento, em especial ao professor Raimundo Nonato Lima dos Santos que apesar de não ter sido meu professor em sala de aula me ensinou muito sobre a vida e sobre as artes cênicas a qual tenho muita admiração.

A toda equipe que fez parte do Hospital Dia pela contribuição à realização deste trabalho, especialmente a Jaqueline, Kaline, Rejane e Maria dos Anjos.

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo procurar analisar os fatores de maior incidência existentes nas relações sociais, econômicas e familiares dos internos do Hospital Dia que são demonstradas a partir de uma convivência relatada pelos próprios pacientes e transcritas pelos profissionais de saúde em prontuários do Hospital Dia no recorte de 1997 a 2002. Por meio da análise desses prontuários e relacionando informações como grau de escolaridade, profissões e idade com o contexto econômico a que a cidade de Picos estava inserida na década de 90 foi possível perceber uma supostamente relação da pobreza como um fator gerador de transtornos mentais.

**Palavras chave:** Loucura; Pobreza; Hospital Dia.

## **ABSTRACT**

This study aims to seek to analyze the higher incidence of factors existing in the social, economic and family of the Day Hospital of the inmates are shown from a living reported by the patients themselves and transcribed by health professionals in Day Hospital records in the indentation from 1997 to 2002. through analysis of these records and information relating to level of education , professions and age with the economic context that the city of Picos was inserted in the 90s it was possible to realize a supposedly relative poverty as a key driver mental disorders.

**key words:** madness, poverty , hospital day

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b>	Principais eventos organizativos do MTSM-1978-1980.....	38
<b>Tabela 2:</b>	Maior incidência por sexo .....	52
<b>Tabela 3:</b>	Dados distribuídos por estados de maior incidência.....	53
<b>Tabela 4:</b>	Dados distribuídos por cidades de maior incidência .....	53
<b>Tabela 5:</b>	Maior incidência por estado civil.....	54
<b>Tabela 6:</b>	Maior incidência por profissão.....	55
<b>Tabela 7:</b>	Grau de instrução.....	56
<b>Tabela 8:</b>	Incidência por idade.....	56
<b>Tabela 9:</b>	Atividade remunerada.....	57
<b>Tabela 10:</b>	Internações.....	57
<b>Tabela 11:</b>	Relacionamentos familiares.....	58

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b>	Imagem de Picos via satélite .....	47
<b>Figura 2:</b>	Desenhos elaborados por pacientes do Hospital Dia.....	49
<b>Figura 3:</b>	Desenhos elaborados por pacientes do Hospital Dia.....	49

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	122
2 CONCEITUANDO LOUCURA.....	155
3 AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS.....	311
3.1 Experiências de reformas psiquiátricas .....	321
3.2 A reforma psiquiátrica brasileira .....	355
4 COTIDIANO DOS PACIENTES DO HOSPITAL DIA NAS DÉCADAS DE 1997 A 2002. ....	433
4.1 O contexto econômico de Picos (1997-2002) .....	433
4.2 O surgimento do Hospital Dia na cidade de Picos.....	455
4.3 O cotidiano dos internos no Hospital Dia.....	488
4.4 Analisando os dados dos prontuários do Hospital Dia .....	522
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	599
REFERÊNCIAS.....	611

# 1 INTRODUÇÃO

A cada dia é notório o interesse de pesquisadores de diversas áreas (sociologia, antropologia, ciências sociais, etc.) pela produção acadêmica relacionada à História do Cotidiano, ou seja, atribuir um caráter científico aos costumes rotineiros de uma pessoa ou um grupo social. A partir desse estudo é possível encontrar práticas rotineiras e aí perceber interações importantes no que diz respeito às relações sociais constituídas. De modo que, toda prática cotidiana é motivada por alguma relação seja ela social, familiar ou até mesmo de caráter subjetivo, referindo-se a comportamentos individualizados e coletivos, sendo impulsionados pelo seu caráter único e diferenciado, onde não é permitida uma regra pré-estabelecida a ser seguida.

Produzir história do cotidiano é relativamente uma abordagem teórica nova dentro da historiografia, porém de extrema relevância, tendo em vista que a produção dessa história está pautada no resgate do modo de vida e práticas cotidianas das sociedades antes esquecidas pela produção científica tradicional, isto é, a partir da História do Cotidiano é possível falar sobre a história de personagens comuns que aparentemente para os grupos dominantes eram invisíveis, portanto, sem uma história a ser contada.

Para a realização desse trabalho escolhi como sujeitos históricos a serem analisados os “loucos” inseridos em uma instituição psiquiátrica da cidade de Picos – Hospital Dia. Onde os fatores que justificam sua estadia na instituição se referem na maioria das vezes a questões sociais/econômicas/familiares. Por esta razão esse trabalho procura analisar os fatores de maior incidência existente nas relações sociais, econômicas e familiares dos internos da instituição e que são evidenciadas a partir de uma convivência relatada pelos próprios pacientes e transcritas pelos profissionais de saúde nos prontuários do Hospital Dia. Por meio da rotina familiar e social desses pacientes é que se pôde perceber uma suposta relação entre loucura e pobreza como um fator desencadeador de distúrbios mentais. O principal fator aqui observado é a pobreza, pois ao averiguar os prontuários do Hospital Dia de Picos percebe-se frequentemente esse problema social nos relatos escritos. “Realizado atendimento individual. O usuário encontra-se emocionalmente afetado pelo problema social em que está vivendo. Não tem trabalho e sua situação financeira é difícil” (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1997).

O recorte temporal escolhido foram os anos de 1997 a 2002. Os motivos que justificam o recorte está associado aos primeiros seis anos de fundação do hospital (o intuito seria o de demonstrar quem eram esses pacientes internados e como estava repercutindo o tratamento

psiquiátrico nos anos iniciais de fundação da instituição). Outro fator foi a disponibilidade e o estado de conservação dos prontuários referentes há esses anos (pois os mesmos estavam em situação de deterioração, estavam empilhados de maneira bagunçada onde não havia uma ordem sequencial, estavam sujos de fezes, rasgados e molhados pela chuva). E em maior escala de análise levou-se em consideração os fatores econômicos a que a cidade de Picos estava inserida nos anos 90, isto porque ao analisar os prontuários referentes ao final dos anos 90 e início dos anos 2000 percebe-se uma estagnação – econômica, escolar, profissional - de muitos dos pacientes em tratamento no Hospital Dia, fato esse que se iguala ao contexto econômico picoense (pobreza, baixa escolaridade e profissões geralmente voltadas para uma produção agrícola de subsistência e trabalhos domésticos) entre esses anos, dessa forma pôde-se perceber uma suposta relação entre loucura e pobreza.

Partindo desse pressuposto os objetivos a serem contemplados se referem basicamente - através dos relatos do cotidiano dos pacientes do Hospital Dia - às formas de relacionamento desses pacientes seja ela social, econômica ou familiar e que através disso tenha repercutido negativamente no psicológico dessas pessoas.

Para iniciar essas discussões faz-se necessário primeiramente uma abordagem teórica acerca dos conceitos de loucura e alienação mental - já que o sujeito histórico em análise são pessoas acometidas por transtornos mentais - compreendidos pelas sociedades nas diferentes temporalidades históricas para que possamos entender seu conceito na contemporaneidade.

Para realizar a pesquisa foram utilizadas fontes orais (entrevistas com os profissionais da saúde mental do Hospital Dia de Picos, familiares e membros da população picoense, além de documentos escritos – fichas de prontuários – cedidas pela administração do Hospital Dia de Picos-PI. Em relação aos documentos escritos foram analisados como amostra, cinquenta e oito prontuários do Hospital dia de Picos no período de 1997 a 2002 escolhidos de forma randômica. Através dessas fontes pode-se perceber informações cotidianas e de cunho pessoal dos pacientes (nome, endereço, estado civil, profissão, número de internações, relacionamentos familiares, relacionamentos com os profissionais de saúde, relacionamento com os colegas internos etc). Com base nessas informações pode-se observar o cotidiano dos pacientes tanto em âmbito asilar, quanto familiar e social, tais dados foram sintetizados em tabelas construídas no intuito de realizar uma análise reflexiva dos dados quantitativos, para posteriormente observar se existe relação entre loucura e pobreza. Relação essa observada em outros estudos inclusive delineando fatores associados a pobreza como desencadeador do distúrbio, em síntese “fatores como baixa escolaridade, gênero feminino quando associados à

pobreza aumentam a prevalência de transtorno mental comum?”. (SILVA D.F, SANTANA P.R, 2010).

Assim, este trabalho acadêmico está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, para tentarmos entender o conceito de loucura e alienado mental, utiliza-se como recurso uma análise contemporânea, isto é, leva-se em conta os conceitos referentes à loucura e à alienação mental constituídos pela sociedade picoense na atualidade (por meio de entrevistas gravadas e transcritas), para que assim possamos tentar entender como se construiu uma imagem negativa da loucura ao longo das temporalidades históricas. Também farei uma discussão teórica sobre os mesmos conceitos citados acima, porém vistos pelo ângulo de diversos autores e obras que considero de extrema relevância na discussão sobre a temática, entre eles situo Michel Foucault em sua *“História da loucura na antiguidade clássica”* e João Frayse Pereira no seu *“O que é loucura?”*, entre outros autores de renome na academia.

No segundo capítulo, inicia-se uma discussão teórica acerca dos movimentos reformadores do atendimento psiquiátrico que propiciaram experiências inovadoras no campo da saúde mental. Teoricamente versa-se pela história da reforma psiquiátrica internacional, e posteriormente a nacional. O objetivo é situar o leitor na história da reforma psiquiatria, para que o mesmo tenha um melhor entendimento acerca da criação de novos espaços de recolhimento e tratamento ao doente mental. Como: o Núcleo de atenção psicossocial (NAPS); Centro de atendimento psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad); Serviços residenciais terapêuticos (SRTs); Hospitais dias (HDs); etc. De modo que este trabalho reporta-se com maior propriedade ao Hospital Dia.

No terceiro capítulo, faz-se uma análise especificamente sobre o cotidiano dos pacientes em tratamento no Hospital Dia de Picos-PI. Analisa-se de que forma era realizada a contenção desses pacientes e quais as práticas terapêuticas utilizadas na tentativa de sanar esses distúrbios mentais. De modo que, através da elaboração de tabelas, relacionando informações como: localidade de maior incidência, faixa etária, sexo, idade, ocupação, dentre outras informações relevantes, percebe-se uma suposta interpretação sobre a influência que a pobreza exerceu no subconsciente das pessoas, propiciando, portanto, definições sobre o que são transtornos mentais.

## 2 CONCEITUANDO LOUCURA

Os termos: “louco”, “doente mental”, “alienado mental”, durante muito tempo foram utilizados para nomear ou identificar uma pessoa acometida por um transtorno mental ou psíquico como é chamado na contemporaneidade. Neste capítulo nos reportaremos às diferentes temporalidades históricas para que possamos compreender as definições acerca da loucura ao longo dos anos. De modo que, para nos apropriarmos desses conceitos utilizaremos fontes orais e análises bibliográficas.

Há muito tempo a “loucura” é vista pela sociedade como uma doença que se instala e afeta drasticamente a vida de milhares de pessoas no mundo. Seus reflexos diante das relações familiares e sociais são as piores possíveis quando não há a tolerância e o conhecimento prévio acerca da doença. Afirmo isso com propriedade pelo fato de que há alguns anos convivo com esse mal em meu seio familiar. Sim, eu enxergo a loucura como um mal que assola os relacionamentos, principalmente os familiares. Mas será que outras pessoas tem a mesma visão acerca desta doença, e mais, será que houve distinções a seu respeito ao longo das temporalidades históricas? Essa é uma pergunta que será respondida no decorrer deste trabalho.

Para tentar entender esses conceitos utilizarei como ponto de partida, as contribuições da História Oral.

[...] a história oral pode dar grande contribuição para o resgate da memória nacional, mostrando-se um método bastante promissor para a realização de pesquisa em diferentes áreas. É preciso preservar a memória física e espacial, como também descobrir e valorizar a memória do homem. A memória de um pode ser a memória de muitos, possibilitando a evidência dos fatos coletivos (THOMPSON, 1992: 17).

Pode-se dizer que a história Oral - apesar de ser uma metodologia contemporânea - é um recurso extremamente importante, na medida em que proporciona ao historiador ter acesso à memória e conceitos pré-determinados que uma pessoa ou um grupo de pessoas possam ter sobre um determinado tempo ou tema histórico. Para tanto, as entrevistas aqui narradas serão de suma importância para descrevermos os conceitos de loucura e o cotidiano dos pacientes em tratamento no Hospital Dia de Picos no recorte temporal de 1997 a 2002 (este último veremos com maior propriedade no terceiro capítulo deste trabalho). Dessa maneira, iniciaremos nossa discussão a partir do conceito de loucura que se tem na atualidade, para que dessa forma possamos fazer um trabalho retrospectivo e compreender quais caminhos percorremos para chegar a tais formulações nos dias atuais.

Ao realizar uma pesquisa diante de um grupo de pessoas (uma enfermeira, uma assistente social, uma técnica de enfermagem - ambas atuam no Hospital Dia - familiares de pacientes internos e pessoas “não loucas”), na cidade de Picos-PI, indaguei-os sobre o que entendiam a respeito dos conceitos de loucura e alienado mental, ouvi tais respostas:

**Entrevistadora:** O que vocês entendem por loucura?

**M.S:** Loucura, acho que é um doido perturbado da cabeça, acho que sim perturbado da cabeça, que não sabe o que tá fazendo.

**M.F:** Uma pessoa louca pra mim...eu sei lá, pra mim é uma coisa triste, a pessoa num sabe o quê que tá “fazeno”, num sabe de nada, perdeu o juízo, “num” sabe de nada. Pra mim é um grande sofrimento. É como uma criança novinha que faz, mas não sabe o que tá “fazeno”.

**F.F:** Existe a loucura e existe a “senvergonhesa”, o cara quer “fazê” as “coisa” que possa ou que “num” possa e torna um tipo de loucura que é safadeza. Agora a outra parte de loucura, existe porque a pessoa num tem juízo, esse é louco, esse é que num tem jeito mesmo. Aquele que num rasga dinheiro ele “num” é doido não.

**Familiar 1:** Loucura pra mim é uma pessoa que “num” tá “fazeno” as “coisa” normal e “fuginu” do controle, não tem controle sobre si e a noção que tá “fazeno”.

**Familiar 2:** A loucura pra mim é aquela pessoa que tira a roupa no meio da rua, que se joga na frente de um carro, que não tem a menor consciência de nada, que chega em você e mete a mão na sua cara, puxa seus “cabelo” aí sim é uma loucura.

**Téc. Enf:** É um transtorno mental né? E ele pode ser simples, leve e agudo né? E alguns são depressivos, outros são...

**Enf:** Em termos técnicos assim especificamente dentro da nossa rotina, do nosso cotidiano eu posso dizer o que eu considero uma pessoa que tá com algum transtorno. Ela vai apresentar sintomas né, essa é a primeira característica que a gente olha e tenta é...vamos dizer assim é... tentar interpretar pra poder analisar cada caso né, de cada paciente...vamos dizer assim dá um diagnóstico, que no caso da enfermagem, é um diagnóstico da enfermagem. Enfim, loucura pra mim vai ser uma questão de um transtorno, são sintomas que cada um vai apresentando, cada um com o seu devido sintoma específico, dependendo de cada doença...a gente sabe que os transtornos em saúde mental são diversos, os sintomas são os mais variados possíveis. Então são manias, tristezas, pacientes eufóricos, pacientes agressivos, com irritabilidade, com

insônia, uma dor psicológica, um problema psiquiátrico que exige todo um cuidado e tratamento.

**Assist. soc:** É uma doença né que a gente nem utiliza mais termo loucura por ser pejorativo...é uma doença né, uma doença mental né que a pessoa desenvolve e que pode ser acarretado por determinados fatores né! Tanto internos como fatores externos né, os internos tem a ver com hereditariedade tem doenças mentais que já foram comprovadas que tem alterações químicas no organismo da pessoa né, e fatores externos digamos assim as condições sócio-ambientais familiares né que podem condicionar, podem vir a desenvolver como por exemplo, a perda de algum ente querido, de uma certa situação social né, que pode acarretar mudanças que as vezes a pessoa que está “num” estilo de vida e não consegue se adaptar e traumas e vários outros fatores.

**Entrevistadora:** E em relação à alienação mental?

**M.S:** Eu acho que é quase igual né não? Eu acho que é a “merma” coisa.

**M.F:** É “merma” coisa não? Eu acho que é a “merma” coisa. É doente do juízo, mental é da cabeça, o juízo que “num” tem. Agora da de depressão, da de...fica louco de muitas coisas. Se impressionam “numa” coisa até perder o juízo.

**F.F:** É a “merma” coisa de loucura. Porque se a doença mental é no “cérebro”, a loucura é no “cérebro”, a pessoa tem um botão a menos.

**Familiar 1:** Ah, esse eu “num” sei dizer! Mais acredito que deve ser a “merma” coisa né?

**Familiar 2:** O alienado mental é o mesmo louco! É uma pessoa que não tem consciência das “coisa” que tá fazendo.

**Téc. Enf:** É o seguinte...aqui “nóis”... “nóis” que trabalhamos a gente sempre...o conceito é doente mental. Aí lá no transtorno mental é que tem as classificações se ele é bipolar, se ele é depressivo.

**Enf:** Pra mim uma pessoa alienada seria diferenciada. Eu não costumo usar essa palavra alienado mental e nem loucura, nenhuma das duas eu costumo usar um transtorno, um sofrimento psíquico, um sofrimento mental, “vamo” dizer assim que são palavras mais atuais né que a gente tenta “vamo” dizer tratar de forma mais humanizada cada pessoa né? Porque é

que nem “tu” falou tem toda uma questão histórica envolvida e estigmas, preconceitos, discriminação e tudo, então eu tento usar mais essas palavras.

**Assist. soc:** A parte da alienação mental é como aquela pessoa que tá totalmente a parte que não tem consciência né, assim nem orientação alguma, e hoje a gente utiliza o termo de “pessoas acometidas com transtorno mental”, nem portador né? Quer dizer aquela pessoa que mesmo na doença, na crise, a gente tem que valorizar o lado dela digamos saudável, estimular né? Porque elas realmente são capazes de produzir, elas não são alienadas, mas estão inseridas “num” contexto né, e social e familiar que tudo isso tem que ser visto e tratadas com dignidade, respeito e cidadania, assim como uma pessoa acometida por uma doença cardíaca ou qualquer outra doença.

Pelo testemunho das pessoas entrevistadas percebe-se que tais respostas se assemelham em muita coisa, por exemplo, uma pessoa louca (segundo os familiares e pessoas “não loucas”) é um indivíduo que não possui juízo, não responde pelos seus atos, isto é, desconhece a razão. Quando lhes pergunto sobre o que entendem por alienação mental, ambos concordam que o conceito de alienação mental é o mesmo conceito que rotula a loucura, para eles não há diferença entre um e outro. Em uma narrativa contida em um prontuário do Hospital Dia de Picos uma psicóloga afirma que “o paciente abordou de maneira adequada o tema ‘depressão’. Diz: é uma doença que atinge as pessoas e leva a loucura” (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1999). No entanto, quando lanço as mesmas perguntas aos profissionais de saúde mental do Hospital Dia, por meio dos relatos é perceptível que há na população um grande déficit de conhecimento a respeito da doença, até mesmo pelos familiares que convivem com essa realidade. Segundo os profissionais, a loucura é um transtorno mental desencadeado por diversos fatores, pode ser social, familiar, dentre outros. O que ambos deixam claro é que esse transtorno mental é passível, não de cura, mas, que a partir de medicalização, de um tratamento humanizado e de uma inserção social, o mesmo poderá ser controlado, assim como outras doenças patológicas como a diabetes, problemas no coração etc, podendo dessa maneira, o paciente ter uma vida normal em sociedade.

Entende-se que o transtorno mental é explicitado pelo desequilíbrio nas dimensões humanas, sejam elas físicas, psíquicas, emocionais, culturais, manifestadas por sentimentos de tristeza, angústia e sofrimento (BORBA et al, 2011, p. 442).

A intenção dessa pesquisa oral, portanto, é perceber se as pessoas dessa cidade (pelo menos uma parcela dela) ainda possuem uma visão distorcida tal qual à época dos tratamentos

manicomiais, acerca da loucura. Para que assim possamos compará-la com as demais contribuições que virão ao longo do trabalho e fortalecer a discussão em torno da temática.

Durante muito tempo a loucura vem sendo discutida e retratada pela ciência, pela arte, literatura, cinema e principalmente por especialistas, médicos, psicólogos, enfermeiras, entre outros. É uma temática instigante e que ao mesmo tempo desperta uma sensação de que por mais que a investiguemos e a analisemos, jamais chegaremos a uma conclusão sobre ela. Entretanto, utilizamos discursos bibliográficos na tentativa de sanar as dúvidas que nos cercam a respeito da insanidade mental. Mas, afinal, o que é ser louco?

Em minha opinião o ser louco está carregado de uma subjetividade que é inerente ao ser humano, cada um tem o direito de pensar de forma diversa, de ter opiniões formadas e não ter que compactuar com ideias contrárias.<sup>1</sup> Porém, essa subjetividade será alvo de críticas quando relacionadas a uma maneira de ser e de pensar pré-concebida pela sociedade ao qual estamos intimamente inseridos. O sistema capitalista terá uma importante participação no que diz respeito ao controle das ações emocionais do ser humano, isto porque, no decorrer das transformações políticas, econômicas e sociais o indivíduo será controlado querendo ou não. O sistema afetará de alguma forma as pessoas, seja positivamente, seja negativamente, de modo que aqueles que sofrem mais dificuldades financeiras, esses terão uma maior probabilidade de desencadear um distúrbio psíquico, relação observada no estudo de (SILVA D.F e SANTANA P.R, 2010, P. o qual concluiu em seus estudos percebendo a desigualdade social brasileira como fator relacionado a problemas de saúde mental na população, justificando que a pobreza produz sentimentos e experiências críticas vividas onde a população se encontra excluída passando, fome, dor, humilhação, vergonha, violência doméstica, trauma e estresse pós-traumático, fatores que mechem com o equilíbrio emocional psíquico de qualquer ser e que possivelmente possa levar a uma desordem mental.

Para tanto a loucura está condicionada a dois fatores que decorrem do seu surgimento, o primeiro diz respeito a uma condição de deterioração no cérebro, ou seja, da função mental e a segunda pela condição do meio. No primeiro caso acredito que a loucura é uma complicação cerebral, que a medicina não se apropriará, ou seja, por mais que tente, ela não conseguirá intervir na manifestação e desenvolvimento crítico da doença. A demência, por exemplo, a considero como sendo a retratação da loucura em seu estado puro, pelo fato de que a pessoa acometida por ela não responde pelos seus atos, pensamentos, enfim, é como se o demente fizesse parte do mundo por que assim Deus quis, mas que de certa forma ele não

---

<sup>1</sup> Olhando por este ângulo todo mundo tem um quê de louco, tendo em vista que temos opiniões diversas sobre assuntos diversos.

contribuirá de nenhuma maneira para o seu desenvolvimento como ser humano, como por exemplo, nascer, crescer, casar, ter filhos e prover o sustento da família. Muitas pessoas comparam as atitudes de um demente às atitudes de uma criança no estágio inicial de sua vida.

Porém, me surge uma dúvida. Quer dizer então que uma criança pode ser considerada louca porque não se expressa de maneira clara e objetiva? Esse questionamento talvez tenha passado pela cabeça de muitas pessoas que assim como eu busca um sentido para compreender a loucura, acho que tal comparação em relação às atitudes de uma criança e de um demente são de fato semelhantes, o que não podemos é generalizar, pois existe uma diferença em meio às similaridades, um bebê sadio por exemplo, ainda tem toda uma vida para aprender nossa língua, nossos costumes, aprender quem ele é, com quem vive, enfim, ele ainda terá noção de mundo e principalmente consciência de si no mundo, porém, um demente talvez nunca consiga se encontrar no mundo externo, apenas viverá em seu próprio mundo, criado pela sua imaginação, onde não existem regras e nem limites. Sobretudo, o demente não terá de novo a oportunidade de ser uma pessoa completa em todos os sentidos humanos possíveis porque se trata de uma doença degenerativa no cérebro. Podemos comparar as atitudes de um demente às de uma criança, porém jamais devemos encaminhar tais atitudes como a caracterização da loucura.

No segundo caso, acredito que a loucura vem de uma condição do meio, ou seja, o indivíduo passou por todas as etapas (ou não) de desenvolvimento do ser humano, nasceu, cresceu, casou, teve filhos e proveu o sustento da família. Porém, devido a algum fator social que lhe causou um impacto muito forte nas emoções, fez com que o mesmo se permitisse fraquejar diante de alguma dificuldade aparente. É o caso, por exemplo, das doenças mentais que advêm da loucura. “De modo bastante esquemático, pode-se dizer que, tradicionalmente concebida por analogia com as demais doenças orgânicas, a doença mental assume a feição de uma entidade natural manifestada por sintomas” (PEREIRA,1984, p.15). Esses sintomas ao qual o autor menciona irá classificar e descrever as variadas ramificações da loucura, ela se subdividirá segundo médicos e especialistas em Depressão, Transtorno de bipolaridade, Esquizofrenia, Síndrome do pânico, Déficit de atenção, entre outras.

Na contemporaneidade a loucura não pode ser entendida como algo homogêneo, pois é impossível falar de loucura sem que ela nos remeta às suas ramificações, ou seja, às doenças mentais. Segundo o autor João Frayze Pereira, nos dias atuais qualquer pessoa diagnosticada com alguma doença mental é considerada louca. O que a meu ver é um anacronismo, pois a diferença que separa a doença mental da loucura propriamente dita, é que, a mesma no meu

entender é um distúrbio onde há deficiência no cérebro, que de certa forma leva o doente a agir sempre do mesmo modo, ou seja, em nenhum momento o doente recobrará a sua consciência e a medicina não conseguirá intervir em seu estado de loucura. E já as doenças mentais são alterações emocionais ou de personalidade, mas, que há momentos de intercalações, ou seja, a pessoa que tem alguma doença mental não é sempre louca, ela terá ainda seus momentos de lucidez<sup>2</sup>.

Isso porque diferente da loucura a ciência médica conseguiu ao longo dos anos intervir na condição da doença mental, através da medicalização, ou seja, a manipulação de remédios permitiu ao doente mental por vezes ter uma vida normal diante da sociedade. Por esta razão o doente mental não pode ser taxado de louco, porque a ele ainda resta alguma esperança de cura, ou pelo menos através da medicalização conseguir ter uma vida normal.

A partir do momento em que uma pessoa perde totalmente a lucidez ela estará consequentemente fora de sua normalidade. Mas afinal o que é ser normal? A palavra normal no dicionário Aurélio vem de “conforme à norma”, “que é habitual, comum”, ou seja, tudo aquilo que foge ao habitual, ao que é comum a todos é considerado como o oposto às regras.

Nesse sentido, normalizar é impor uma exigência a uma existência que possui um caráter diversificado, irregular. Essa diversidade vai se apresentar em relação à exigência como um elemento de resistência e indeterminação. Porém, é preciso notar que uma norma, uma regra, se propõe como um modo possível de eliminar uma diferença. E ao se propor desse modo a própria norma cria a possibilidade da sua negação lógica. (PEREIRA,1984, p.21).

Normatizar, segundo o autor implica uma condição de impor uma exigência a ações que são pré-concebidas, na tentativa de facilitar a convivência em grupo e exterminar as diferenças, pois a mesma não age de maneira favorável à organização social de uma sociedade. Normatizar quer dizer então, impor normas (regras) para homogeneizar ações e permitir que possamos viver em harmonia segundo as regras ou leis a que estamos inseridos. O indivíduo que se ausenta ou que se recusa seguir as normas é visto pela população como o “diferente”. Ainda prevalece uma visão etnocêntrica ao qual atribui os termos “errado”, “diferente” ou “inferior” para designar todo aquele que possui uma visão de mundo divergente dos demais. Nesse sentido o louco era o diferente, o anormal, o inferior. Entretanto, diante de tudo o que foi dito até aqui,

---

<sup>2</sup> Caso aceite a medicalização como forma de tratamento. Caso contrário, sua doença poderá alcançar o estágio da loucura.

[...] pode-se afirmar que a experiência com a loucura nem sempre foi considerada algo negativo, muito menos uma doença. Pelo contrário, na Grécia antiga ela já foi considerada até mesmo um privilégio. Filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina e, inclusive, utilizavam a mesma palavra (*manikê*) para designar tanto o divinatório como o delirante. (SILVEIRA e BRAGA, 2005, p.592).

Percebe-se então – por incrível que pareça - que na Grécia antiga, ser “louco” era sinônimo de portar a verdade e de trazer consigo através de delírios, revelações divinas. Um oráculo<sup>3</sup>, por exemplo, era a representação da verdade delirante, ele detinha conhecimento divino e astrológico/cosmológico e se apoderava dessa sabedoria ao qual lhe foi confiada pelas divindades, para revelar à sociedade, aspectos positivos ou negativos em relação a qualquer fim, seja ela político-social, econômica, pessoal etc.

Partindo desse pressuposto, é notório perceber que a identidade de uma pessoa considerada “louca” na antiguidade era vista pela população como sendo algo engrandecedor, de modo que os loucos eram pessoas inteligentes e influentes no meio social. De modo bastante esquemático a representação da loucura estava associada a estranhos comportamentos, que na verdade eram aceitáveis pelas pessoas, era comum a eles (loucos) dizerem a verdade sob qualquer circunstância - agradando ou não às pessoas - sem que isso os afetasse negativamente em um convívio social.

A visão que se tem da loucura na Antiguidade - verdade e liberdade - se perpetuará na Idade Média, de modo que até meados do final desta temporalidade histórica o louco era percebido como alguém que se apropriava da sabedoria. Razão e loucura andavam juntas, a loucura era algo comum, rotineiro entre a sociedade medieval. “No final do século XV a loucura emerge e impregna toda a paisagem cultural”. (PEREIRA, 1984, p. 52). Este fato se deve à presença marcante da loucura retratada na arte, na filosofia, na literatura e no teatro. Lá estão contidos os mistérios que envolvem a loucura e que fascinam o homem.

A arte retrata de maneira bastante singular a experiência trágica da loucura, as pinturas mostram outra visão acerca da desordem mental do ser humano, ela desperta no pintor que transpassa à tela, o sentimento de medo associada a um mau presságio. No campo da filosofia e da literatura a loucura assume o papel de representação das fraquezas humanas. Ambas oferecem ao homem a verdade sobre si, suas emoções, seus sonhos, suas ilusões. Assim, a loucura, tal como é formulada na literatura e na filosofia, vê-se apreendida por uma “consciência crítica”. “Esta “consciência crítica”, que busca dar à loucura um sentido

---

<sup>3</sup> O oráculo é a representação divina ou um intermediário humano consultado que faz revelações divinas, geralmente relacionadas ao futuro. Na atualidade o termo “oráculo” pode estar relacionado também a objetos que buscam um esclarecimento maior sobre o futuro pessoal (ou não) das pessoas como, moeda, cartas, búzios e etc.

principalmente moral, tende a opor-se à “experiência trágica” desenvolvida pelos pintores no espaço silencioso da visão”. (PEREIRA, 1984, p. 58).

“A animalidade escapa à domesticação e fascina o homem por seu furor, por sua desordem. Ela revela a monstruosa loucura que se oculta no interior dos homens: tudo o que neles existe de impossível, de inumano”. (PEREIRA, 1984, p.54). O autor evidencia que o que fascina o homem diante da loucura é a capacidade que a mesma tem de guardar em si a ferocidade e o medo que ela assim como um animal feroz desperta nas pessoas. Por isso os pintores medievais tinham verdadeira paixão em retratar animais em suas pinturas.

A loucura é carregada de significações, isto porque seu conceito dependerá de um lugar para outro. Vimos que em parte o conceito de loucura no medievo por vezes se iguala ao pensamento antigo. “Paulatinamente, a loucura vai se afastando do seu papel de portadora da verdade e vai se encaminhando em uma direção completamente oposta”. (SILVEIRA e BRAGA, 2005, p. 592). Em culturas medievais distintas, por exemplo, a loucura era percebida como sendo a retratação da morte ou de um mau presságio.

De acordo com essas culturas, os loucos do medievo carregavam consigo a simbologia – vale ressaltar que essa simbologia, foi na verdade uma invenção da população – do mal, ou seja, a loucura é concebida a partir de ações sobrenaturais demoníacas, o que a meu ver faz algum sentido, não em relação à loucura propriamente dita, mas, sobre suas ramificações – as doenças mentais - porque é como se de fato o doente pagasse pelos seus pecados ou fosse usado por alguma força sobrenatural que fizesse com que ele saísse de seu estado de “normalidade”. Por exemplo, a Revista Galileu - Edição nº160 - Outubro/2004. Relata o seguinte sobre a “Demência”:

O que é? É uma deterioração da função mental, seus sintomas são desorientação, perda da memória, incapacidade de interpretar aquilo que sente, ouve ou vê, dificuldade na realização das atividades cotidianas, fala e escrita comprometidas. Como começa? Pode decorrer de lesões cerebrais ou de complicações vasculares. (Revista Galileu, 2004)

Na doença citada acima percebemos que sua caracterização se refere a uma incapacidade mental, a uma doença degenerativa, ou seja, é como se o paciente fosse uma criança no estágio inicial de sua vida, onde a fala, a leitura, a escrita, a capacidade de pensar e de se expressar ainda se desenvolve no ser humano, entretanto, sabemos que o paciente não voltará a realizar nenhuma destas funções com êxito, pelo contrário, a cada dia ficará pior, pois se trata de uma deterioração da função mental. A meu ver é a loucura em seu estado puro. Já a mesma revista afirma o seguinte sobre a esquizofrenia,

O que é: Psicose em que o paciente se afasta da realidade e acaba construindo um mundo particular, sintomas: alucinações auditivas e somáticas, sensação de ter as ações controladas por algo de fora. Como começa? Sem causas conhecidas. Tratamento: em 90% dos casos é incurável.<sup>4</sup>

Ou seja, a partir da esquizofrenia entendemos que o paciente não tem nenhum problema físico aparente em seu cérebro, ele tem sua saúde física em perfeito estado, a doença não afeta sua capacidade cognitiva ou a capacidade de se expressar. Por hora ele se comporta como uma pessoa “normal” se comportaria e, quando menos se espera ele tem uma mudança em seu modo de agir e pensar, sobre seu modo de ver as pessoas. É como se alguém ou alguma coisa (demoníaca) o jogasse contra outras pessoas, com a intenção de ofender, bater ou até mesmo atentar contra a vida de alguém, mesmo que este sequer tivesse lhe dirigido a palavra, mesmo que este fosse um desconhecido. A descrição de um prontuário do Hospital Dia revela que “uma paciente encontrava-se deprimida e tentou o suicídio (não via quando isso acontecia) sabia disso através de outras pessoas”. (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1999) São atitudes que diante não dão para entender. Através da narrativa percebe-se que a paciente agia cegamente e não se recordava do fato depois de acontecido.

Entretanto, as características da loucura na Antiguidade e Idade Média irão se modificar e sua concepção tomará outros rumos ao longo dos anos. De modo que, somente no renascimento é que a loucura se afastará da razão. Na modernidade e renascimento a loucura deixa de ser concebida e respeitada pela maioria das sociedades e passa a ser considerada como um comportamento “anormal” justamente porque as atitudes que a define fogem ao habitual. A meu ver este fato se deve à criação de normas e leis (pelos homens), que tem por objetivo desde sua gênese eliminar o caos das sociedades e instituir a partir daí um convívio harmônico.

A Era Moderna trouxe grandes transformações políticas, econômicas e sociais para as cidades, gerando a urbanização, a industrialização e a estruturação do Estado. Surgiu, ao longo dela, uma noção nova, a de cidadão: alguém que, além de pertencer a Deus, pertence, também, a uma cidade sob o poder do Estado. O objetivo do Estado é controlar e gerir as cidades, através da instituição de regras e normas que garantam o seu próprio fortalecimento. (OLIVEIRA, 2004, P.21)

As organizações políticas das cidades passam a exigir regras e comportamentos que definirão a estrutura organizacional de uma cidade. A partir da normatização da lei, quem foge às regras estabelecidas, este sim será considerado uma pessoa em desarmonia mental. Ou seja, a partir de agora a lei é tida como verídica, e quem foge a ela será visto pela sociedade

---

<sup>4</sup> Revista Galileu, edição nº 160, 2004.

como um indivíduo fora da normalidade racional do ser humano, portanto, a verdade agora é a lei, o que dizem os loucos na antiguidade não é mais aceitável como uma verdade absoluta.

Ao se falar em criação e normatização das leis percebe-se que as mesmas tornam-se cada vez mais complexas e bem organizadas, então será nesse contexto social que irá surgir uma nova concepção acerca da loucura e dos espaços de reclusão. Partindo desse pressuposto e a partir da obra *História da loucura na antiguidade clássica* do contemporâneo Michel Foucault é que passamos a entender melhor sobre a gênese da loucura e seus reflexos diante das sociedades. Segundo Foucault, até o final da Idade Média os espaços obscuros da sociedade eram ocupados pelos leprosos. A eles foi conferida – mesmo que indiretamente - a salvação divina na medida em que faltou a generosidade e a compaixão da população para com essa doença, isto fez com que Deus nosso criador os recebesse em sua graça no reino dos céus.

As populações europeias envergonhavam-se dos leprosos e os recolhiam das ruas com a intenção de “limpar” esses espaços ao qual era concebida como um lugar de tráfego de pessoas que tinham a sua integridade moral e física estabelecida. Portanto, eram inadmissíveis as interferências dos doentes e mendigos no processo de urbanização das cidades. (OLIVEIRA, 2004). Pelo fato de que os leprosos traziam consigo uma péssima aparência e uma saúde frágil que dela decorre o contágio da doença quando em contato com outras pessoas, a partir desses fatores, sucedem-se a exclusão e repulsa por parte da sociedade como um todo. Os leprosos ocuparam por muito tempo as ruas das cidades europeias, enfeando-as e despertando nojo às pessoas devido sua condição física.

Ainda nesse período histórico, surgirão os asilos ou casas de misericórdia como eram chamados, para se ocupar da tarefa de cuidar dos necessitados, de livrá-los – mesmo que por algum tempo - da condição de mendigos escorraçados pela sociedade, de livrá-los da fome e de suas enfermidades. “Dentre os acolhidos, encontravam-se em maior número os mendigos e os doentes. A ajuda para manter a internação dos doentes mentais nessas instituições vinham quase sempre de recursos políticos e religiosos”. (OLIVEIRA , 2004 Apud PESSOTI, 1996)

Segundo João Frayze Pereira no seu *O que é loucura?* Os asilos ou Hospitais Gerais como ficaram conhecidos mais tarde, tinham por objetivo unicamente retirar os pobres e mendigos das ruas e aprisioná-los a fim de impor-lhes a moral. Sobre o pobre destaca-se que “entre ele e a sociedade, estabelece-se um sistema implícito de obrigações: ele tem o direito de ser alimentado, mas deve aceitar a coação física e moral do internamento” (FOUCAULT, 1978, P. 74). Ao pobre não restava alternativa que não a de ceder às intervenções do Estado em entender que sua presença na sociedade causava desordem e perturbação à classe social

dominante e que para tanto, ele deveria ser retirado das ruas e aprisionado em casas de correção. Quando em períodos de crise econômica havia uma superlotação nas casas de correções, “teme-se que eles congestionem o país; e como eles não tem a possibilidade, como no continente, de passar de um país para outro, propõe-se baní-los e comboiá-los para as terras recém-descobertas, nas índias orientais e ocidentais” (FOUCALT, 1978, P. 76). A ideia explícita pelo autor seria a de encaminhar o maior número possível de pobres ociosos e enviá-los à América (recém-descoberta) para que lá eles pudessem refazer sua vida – longe das ruas europeias – e ser usado como mão-de-obra barata na construção de uma nova nação.

Segundo (FOUCALT, 1978, P. 89) o internamento no século XVII estava associado a uma medida econômica e de precaução social. Nesse cenário a loucura é compreendida no horizonte igualitário da pobreza, na medida em que esses dois adjetivos andam juntos, em suas designações, em sua incapacidade para o trabalho, em seu aprisionamento, em seu banimento, dentre tantas outras rejeições. Em fins do século XX ainda se percebe uma permanência e junção da figura da pobreza e da loucura tal como Foucault observou, em um trecho do relato da psicóloga do Hospital Dia de Picos, a mesma afirma que “no grupo terapêutico o usuário coloca a sua necessidade de sentir-se como antes, mais paciente. No momento se acha um tanto impaciente e espera a melhoria de sua saúde e de seu aspecto financeiro, pois estando bem pode voltar a trabalhar.” (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1997). O sujeito pobre nada mais era que um ser, assim como o louco, desprovido de direitos na sociedade na qual estava inserido, e viam na “saúde perfeita” uma oportunidade de trabalho. Se retirássemos da sociedade o louco, o pobre, o vagabundo, o mendigo, o insano, a prostituta etc, o que restaria? Apenas um Estado composto por uma população de forte influência política e econômica e que no ideal deles e somente com sua presença nas ruas fariam a cidade prosperar e tornar-se bonita e limpa. Aqui me lembro do ideal de uma raça pura (ariana) idealizada por Adolf Hitler, quando a todo custo tenta-se construir uma sociedade una, esplêndida e asseada. O que seria então da população pobre? A poeira dos sapatos da classe dominante?

Nesse cenário de reclusão o louco ainda não era o alvo por excelência a ser estudado, mas, em maior número estavam os pobres. As características desses asilos não tinham um fim terapêutico, apenas a finalidade de resgatar os ociosos das ruas e permiti-lhes uma ocupação dentro das instituições de recolhimento, onde muitas vezes forneciam sua mão-de-obra barata em favor das figuras importantes da sociedade – empresários e políticos.

Porém, até o final da Idade Média houve uma diminuição significativa das viagens dos ocidentais ao oriente, – que era a principal fonte de contaminação pela lepra – isto acarretou

no freamento da doença nas cidades europeias. Ao desaparecer quase que totalmente a lepra na Europa, os espaços obscuros antes ocupados por eles darão espaço à figura do louco que despertará (assim como os leprosos) o mesmo sentimento de repulsa da sociedade. “Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente”. (FOUCAULT, 1978, p.12).

Lentamente a figura do louco foi se impondo nessas casas de recolhimento e, quando menos se espera a loucura já tomava conta desses espaços. Para o restante dos abrigados não foi fácil lidar com o medo e o perigo ao mesmo tempo, já que era esse o sentimento ao qual o louco despertava na população. Não demorou muito e a imposição dos pobres em não querer compartilhar o mesmo espaço com a loucura concretizou na criação de hospitais que tratavam especificamente dos loucos.

O confinamento nos asilos e hospitais abriram as portas para novos conceitos da loucura, foi através do fator do isolamento que surgiu o termo alienado mental. “A alienação mental é um distúrbio das paixões humanas que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social”. (TORRE e AMARANTE 2001, p.74). O alienado mental segundo o autor é um sujeito que não compactua com os ideais de uma organização política que envolve regras e normas pré-estabelecidas, por esta razão ele perde a razão de si no mundo e torna-se consideravelmente perigoso, na medida em que o mesmo age conforme sua vontade – que para a sociedade geralmente é uma vontade insana e desregrada, desvirtuada do aparentemente normal. No relato de uma terapeuta ocupacional do Hospital Dia de Picos no século XX a profissional descreve através de uma narrativa cotidiana que “o paciente relata que sentia dores no estômago e na cabeça e que tentou suicídio com uma corda e em seguida tentou matar o seu marido com uma faca” (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1997). Através do relato percebe-se o quanto o psicológico de uma pessoa acometida por um transtorno mental é abalada e o quanto realmente mesmo que por um instante ela perde a consciência de seus atos, na medida em que tenta tirar sua vida e a de outra pessoa tornando-se por isso uma pessoa perigosa.

“O conceito de “alienação” produz um lugar para o louco, excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito – sujeito racional e responsável cívica e legalmente – sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo”. (TORRE e AMARANTE, 2001, p.75) O conceito de alienação mental surge com a prática de confinamento do paciente e sugere uma forma de tratamento no qual

só poderá ser encontrada a quatro paredes, isolado do resto do mundo. Somente assim essa doença será objeto de estudo para que se possa intervir em seu tratamento, o mesmo ocorrerá através de práticas terapêuticas sugeridas pelo saber médico.

Quando a loucura se sobressai na modernidade, os conceitos que a intitulam são as piores possíveis, o desejo de limpar as ruas, de torná-las mais agradável aos olhos da sociedade aumentam cada vez mais. Paralelo às casas de internação, outros meios de contenção e exclusão dos ditos loucos ganham destaque na modernidade.

Ao falar em “limpeza” das ruas é possível supor que em certas cidades importantes — lugares de passagem e de feiras — os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali “perdidos”, purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários. (FOUCAULT, 1978, p.15).

A intenção era, portanto, retirar das ruas tudo aquilo que causava transtornos à organização da sociedade. Mas como acontecia esse processo de limpeza das cidades? Bem, a Nau dos loucos retratada por Foucault em sua *História da loucura* evidencia que os loucos eram conduzidos em navios de grande porte e levadas para além-mar em busca da razão que outrora foi perdida, onde muitas vezes eram abandonados, para de uma vez por todas “sumir” do mundo. O mar, portanto, foi o lugar escolhido para receber essas pessoas, entendendo que seus caminhos eram os mais compridos e solitários que se tinha.

Eles eram lançados à sua própria sorte na tentativa de encontrar o seu “eu” interior. O navio servia como uma prisão a céu aberto onde ninguém podia escapar e o mar teve o papel de purificar aquilo que aos olhos humanos estaria sujo. A loucura e a água por muito tempo estarão entrelaçadas uma à outra, a loucura como sendo algo sujo que requer limpeza e a água como sendo a pureza que tem por finalidade limpar a coisa imunda. O louco era por fim refém de si mesmo. Muitas vezes alguns passageiros depois de uma viagem pelo mar, recobravam sua lucidez e retornavam ao seu lugar de origem, já outros não tinham tanta sorte.

O século XVIII é marcado pela renascença, pelo século das luzes, daí surge a necessidade de transformações seja ela política, econômica, social ou cultural no mundo europeu, é um século marcado pela busca da razão. A ciência médica se encarregará de traçar meios de contenção e um possível tratamento para a loucura. Foi nesse contexto histórico que surgiram as primeiras instituições regulamentadas de exclusão dos alienados mentais. Abandona-se a prática da nau dos loucos, os internamentos coletivos e criam-se instituições legalizadas para o aprisionamento dos loucos.

Em se tratando da direção administrativa dos hospitais que recolhem o alienado mental, saem de cena os religiosos e entra em cena o sujeito médico, que irá a partir de agora regulamentar e tratar o doente mental através de medicalização. “Essa nova direção hospitalar atribuiu um caráter terapêutico baseado nos preceitos científicos”. (OLIVEIRA, 2004, p.24). Partindo da observação feita pela autora, podemos entender que a partir de agora, os conceitos e os tratamentos da loucura irão repercutir de maneira mais ampla, catalogada como uma doença e tendo o médico como agente mediador da cura moral e social do paciente.

As instituições que acolhiam exclusivamente o doente mental eram denominadas - manicômio. O tratamento realizado neste espaço asilar priorizava o isolamento do paciente, para que dessa forma, pudesse ser realizado um estudo de forma plena e sem intervenções externas, onde talvez, se fosse realizado do lado de fora dos muros dos manicômios, por intervenção do meio, não se pudesse chegar à um diagnóstico e tratamento precisos da doença. “Os médicos devem se limitar a conhecer as forças dos medicamentos e das doenças por meio de suas operações; devem observá-las com cuidado, se aplicar em conhecer suas leis e não se esgotar na investigação das causas físicas” (FOUCAULT, 1977, p.13).

A loucura passa a ser objeto de estudo pela medicina e a técnica da disciplina será seu carro chefe no controle dos pacientes. “Nas grandes oficinas que começavam a se formar, no exército, na escola, quando se observa na Europa um grande progresso da alfabetização, aparecem essas novas técnicas de poder que são uma das grandes invenções do século XVIII”. (1979: 105). O processo de medicalização dos pacientes surge a partir da introdução dos mecanismos disciplinares que visavam a conter a desordem do espaço hospitalar. (OLIVEIRA, 2004 Apud FOUCAULT, 1979, p.105). Neste caso a medicação era uma alternativa para fazer com que os loucos controlassem suas atitudes, seu modo de ver as coisas (já que o remédio ofertado era muitas vezes sedativos).

A ciência médica do século XVIII caracteriza a loucura enquanto uma doença mental passível de cura, entretanto, os espaços de recolhimento que a partir de agora recebem e tratam o louco, não tinha por objetivo primário o cuidado e bem estar dos pacientes. A criação dessas instituições médicas visando um bom funcionamento em seu interior instaurou medidas de disciplina para que houvesse uma readaptação do paciente às normas e leis que garantem a ordem da sociedade. (SILVEIRA E BRAGA, 2005, P.593)

São leis e normas que se aplicam também à administração dos hospitais e que excluem cada vez mais seus pacientes da realidade externa. Lá os loucos são vistos como perigosos, e o hospital tem por obrigação ensinar os pacientes a conviver com a alteridade do outro, sendo assim instaurado em suas mentes a necessidade e importância de se seguir regras. Aquele que

de alguma forma conseguisse voltar ao seu estado “normal”, ou seja, se houvesse uma boa adaptação às normas instituídas, esse teria o direito de retornar à sociedade como um indivíduo socialmente ativo.

Esses novos espaços asilares tinham por objetivo o recolhimento e o “tratamento” da loucura por meio da exclusão e medicalização forçada. Nos manicômios o tratamento ofertado aos alienados mentais era de extrema crueldade, tendo em vista que, faltavam cuidados de higiene em seus aposentos, muitas vezes os pacientes dormiam em cima de suas próprias fezes e urina, passavam dias sem tomar banho, eram submetidos a ficarem dias sem comer e quando comiam eram alimentos pobres em sustância, o que acarretava em desnutrição. A medicalização forçada fazia com que eles ficassem quase sempre sedados. Esse “tratamento” manicomial ao longo dos anos será criticado por movimentos de reforma que buscavam um caráter humanizado como proposta de intervenção da loucura.

### 3 AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

Como vimos no capítulo anterior, o manicômio se caracterizou como um espaço de reclusão dominado pelo saber médico, isto é, o conhecimento sobre a doença mental a partir do século XVIII estava sob a tutela da medicina psiquiátrica. Vimos também que os manicômios enquanto uma instituição mantinham seus internos em situação de abandono e total exclusão, ferindo dessa maneira sua liberdade e cidadania. Os sujeitos tidos por loucos eram vistos como pessoas pecadoras e, portanto, amaldiçoadas por Deus. Entretanto, esse modo de ver e tratar o doente mental é visto pela sociedade como um ato desumano, pois priva-se o direito à liberdade e à cidadania da pessoa em sofrimento mental.

Em um período de intensas transformações e lutas por ideais, na França especificamente, ao final do século XVII vemos o quão era imprópria a luta por um ideal de liberdade, igualdade e fraternidade. Isto porque os franceses reivindicavam uma condição social no qual não seria direcionada a todos, tendo em vista que nesse contexto social, os doentes mentais seriam excluídos do privilégio em questão. Ora, como se pode lutar em prol desses ideais se na verdade havia a censura para com os alienados mentais? Essa reivindicação é no mínimo estranha, quando a sociedade não trata os mais vulneráveis com o sentimento de igualdade e fraternidade, permitindo a liberdade no agir, no pensar dessas pessoas, mas a deseja para si, excluindo essa população como se ela não existisse ou tivesse também o sentimento de patriotismo e reivindicação – luta por um ideal.

As condições sub-humanas em que viviam esses portadores de transtornos mentais causou comoção à sociedade psiquiátrica que passou a reivindicar garantias legais que respaldassem os direitos sociais dos doentes mentais. Neste capítulo discutiremos acerca do processo de reformulação psiquiátrica - que visava a não internação forçada, vigilância e punição de seus pacientes - bem como os movimentos e experiências terapêuticas inovadoras que contribuíram ricamente para posteriores reformas psiquiátricas pelo mundo e que conseqüentemente tornou a anterior obsoleta. Para tanto, utilizaremos fontes bibliográficas de autores como Paulo Amarante, dentre outros, que nos ajudarão a pensar e discutir essas questões.

### 3.1 Experiências de reformas psiquiátricas

Esses movimentos de reforma irão surgir, sobretudo, no século XX no período pós-guerra, entre os países em destaque estão, Inglaterra, França, Estados Unidos, Itália, dentre outros. O sentimento de humanidade para com as pessoas em sofrimento mental irá repercutir de maneira satisfatória, no sentido de que foi a partir desses eventos (guerra) que se valorizou a vida humana.

Em decorrência da mudança psiquiátrica, surgiram experiências terapêuticas inovadoras que tinham por objetivo resgatar a dignidade da pessoa humana, sobretudo, aqueles que sofriam maus tratos nos manicômios. Essas experiências terapêuticas se dividem em dois grupos mais um “o primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional (...) O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva (...) No outro grupo, em que estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática” (AMARANTE, 2007, p.40)

Segundo o autor, as ideias que norteavam o primeiro grupo eram muito semelhantes, tendo em vista que ambas tinham a convicção de que para se alcançar uma melhoria no recolhimento e atendimento ao doente mental, fazia-se necessário uma mudança na própria instituição. Ou seja, a ideia era transformar o hospital psiquiátrico em um espaço de cura e terapia. “Neste novo espaço terapêutico organizavam-se reuniões em que discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um, realizavam assembleias com duzentos ou mais pacientes, elaboravam propostas de trabalho em que todos (pacientes e funcionários) pudessem estar envolvidos” (AMARANTE, 2007, p.42). O projeto envolvia a distração dos pacientes através da motivação ao trabalho e a exposição, em grupo, de suas subjetividades, bem como a participação de todos os envolvidos no processo de cura, como médicos e enfermeiros na distribuição de tarefas a serem realizadas em <sup>5</sup>equipe, de modo que não houvesse mais a prática do abandono, a violência aos pacientes e principalmente a hierarquização social.

O trabalho foi visto como uma possibilidade terapêutica de se alcançar a reabilitação do doente mental. O labor era responsável pelo ordenamento das ideias e distração da loucura, pois em uma mente ocupada não há espaço para pensamentos obscuros.

---

<sup>5</sup> A ideia da distribuição de tarefas em equipes envolvendo também os profissionais de saúde está relacionada a um processo contra a hierarquização dos papéis sociais.

Trabalho significa existência de regras às quais o alienado deve se adequar. É uma fonte poderosa de eliminação da desordem, de submissão a uma sequência, coordenada e ordenada. O trabalho permite o controle de cada ato, de cada gesto; permite coordenar e ordenar o corpo e a mente. O trabalho é, portanto, em si mesmo terapêutico, ocupando assim uma posição central no tratamento. (MACHADO, et al 1978, p.441)

O segundo grupo, especificamente a Psiquiatria de <sup>6</sup>Setor, segundo Amarante assinalava a necessidade de externar os trabalhos realizados nos manicômios, pois era necessário dar continuidade às terapias mesmo depois da alta hospitalar. A intenção desta continuidade era evitar que houvesse uma recaída e posterior internação do paciente. Para isso, “foram criados centros de saúde mental (CSM) distribuídos nos diferentes ‘setores’ administrativos” (AMARANTE, 2007, p.45). Os centros de saúde mental (SCM) eram casas de apoio que tinham também uma finalidade terapêutica. Para lá eram enviados os pacientes que tinham conseguido alta do hospital psiquiátrico, e a intenção desses centros, era diminuir o fluxo de pacientes nos hospitais e posteriormente torná-lo obsoleto. Essa setorização ocorria também internamente nos hospitais e permitia que pacientes provenientes de uma mesma região fossem acomodados juntos, no mesmo setor, de modo que seriam acompanhados pela mesma equipe médica, fortalecendo dessa maneira o vínculo entre os pacientes, os médicos e enfermeiros.

Já a Psiquiatria Preventiva também conhecida por Saúde Mental Comunitária teve sua origem nos Estados Unidos e tinha por objetivo uma experiência que visasse à diminuição das doenças mentais na comunidade e a promoção da saúde mental dos mesmos. “... todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente” (AMARANTE, 2007, p.48). Iniciou-se uma busca ferrenha pelos tidos como ‘suspeitos’ de terem adquirido a doença, fosse por uma questão pessoal ou por influência do meio, se detectado algum transtorno mental em uma pessoa, o mesmo seria encaminhado ao psiquiatra.

E por último vamos falar do terceiro grupo no qual abrange a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Iniciaremos discorrendo sobre a primeira,

A antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final dos anos 50, mas sua maior repercussão foi na ‘conturbada’ década de 60. Alguns psiquiatras, dentre os quais se destacaram Ronald Laing e David Cooper, começaram a implantar experiências de <sup>7</sup>comunidade terapêutica e de <sup>8</sup>psicoterapia institucional nos hospitais em que trabalhavam. Mas em curto período de tempo perceberam que tais transformações

<sup>6</sup> Setor é uma subdivisão de uma zona, seção. O significado da palavra setor, segundo os franceses é uma divisão ou uma região administrativa.

<sup>7</sup> Comunidade terapêutica na visão do autor se refere a um processo de democratização das relações sociais, ou seja, uma luta contra a hierarquia institucional.

<sup>8</sup> A psicoterapia institucional em muito se assemelha à comunidade terapêutica no sentido de que ambas pensam que o fracasso do hospital psiquiátrico está na gestão e que para tanto, deve-se inserir mudanças na instituição.

não tinham grande futuro. Laing e Cooper passaram a considerar que as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, onde deveriam estar para receber tratamento, mas também na família e na sociedade. (AMARANTE, 2007, p.52)

O que foi observado pelos pesquisadores acima mencionado foi que de nada adiantaria modificar a instituição se, antes disso não se percebesse a real necessidade de mudança externa ao hospital psiquiátrico, ou seja, do meio ao qual o doente mental estava inserido – a sociedade. E principalmente a mudança no próprio seio familiar, tendo em vista que a doença nem sempre foi aceita e por este motivo a discriminação e violência começava com a própria família.

Os ideais que estavam em volta da antipsiquiatria revelava uma forma terapêutica inovadora para tratar o doente mental (diferentemente do que víamos na psiquiatria tradicional), onde esta terapia envolvia não somente a instituição, mas, principalmente o território e a família. Através dessa terapia o louco finalmente encontra sua liberdade, na medida em que ele se torna um sujeito livre para ir e vir e se relacionar socialmente. No entanto, apesar de que o doente mental consegue aos poucos a sua liberdade, isto não quer dizer que ele encontrou o seu lugar na sociedade como um sujeito ativo, ou seja, ter delimitado sua posição política, ideológica, cultural ou social e ser aceito por isso pela sociedade.

Já a Psiquiatria Democrática surgiu na Itália e teve como princípio a negação e extinção dos manicômios. Franco Basaglia foi um grande emissário nessa experiência, para o autor não bastava mudanças na instituição enquanto um corpo físico e mudanças de cunho sentimental, o que de fato importava era a mudança nos saberes e práticas, nos relacionamentos sociais, no legislativo e no jurídico. Pois são esses elementos que motivam a segregação e o enclausuramento da vida humana. Franco Basaglia criou outros ofícios e dispositivos para receber e tratar o doente mental, aqui se verifica a atuação dos CSM, portanto, surgem neste novo cenário, atores sociais, família, técnicos, e os próprios pacientes como agentes propiciadores de bem-estar e entendimento de que seria possível superar o abandono, a violência e o tratamento desumano, esse foi o primeiro passo rumo a uma desestabilização da estrutura manicomial na Itália.

A atuação dos CSM na Itália ocorreu de maneira diferenciada em relação à Inglaterra e à França, pois como vimos anteriormente, os centros de saúde mental que atuavam nesses países levavam em consideração o atendimento do paciente que recebia alta do hospital psiquiátrico, ou seja, essa instituição funcionava como um meio de dar continuidade ao

tratamento ofertado pelo hospital, como um apoio. Já nos CSM italianos, a proposta era o funcionamento integral desses centros, de maneira que a atuação dos hospitais psiquiátricos tornavam-se cada vez mais arcaicos. “A partir do conceito de ‘tomada de responsabilidade’, os CSM passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território” (AMARANTE, 2007, p.57). Dessa forma, a identidade do louco seria reconstruída através desses novos agentes sociais, deixando de lado os termos ao qual foram denominados por muito tempo, como perigosos, insanos, incapazes etc.

A partir das experiências postas em prática percebe-se que o processo de reforma psiquiátrica ocorreu de maneira distinta nos diferentes territórios. Entretanto, uma não anula a outra, mas, que todas juntas se completam e tornam a vida das pessoas em sofrimento mental mais digna, afinal de contas é esse o objetivo final que se pretendia alcançar, e de fato, alcançamos. A experiência democrática italiana se torna a estratégia de combate aos maus tratos mais completa, talvez por este fato ela tenha influenciado de maneira significativa a reforma psiquiátrica brasileira ocorrida no final da década de 1970 e início de 1980.

### **3.2 A reforma psiquiátrica brasileira**

Os primeiros movimentos contestatórios em prol da dignidade humana se iniciaram no Brasil a partir do ano de 1970, - influenciados pela reforma psiquiátrica italiana - este período conturbado na política brasileira ainda representava um ato político ditatorial, onde havia a censura política, cultural, ideológica etc. De modo que, dificilmente os movimentos de reforma iriam repercutir de forma positiva (no período em questão), tendo em vista que o próprio governo feria o direito à liberdade e cidadania da sociedade brasileira. Desde 1964, quando os governos militares assumiram o poder político no Brasil, diversas atitudes por parte do novo regime, contribuíram para a decadência política do país. No que tange à saúde pública, muitos dos hospitais psiquiátricos eram de cunho privado, este fator tornava quase que impossível o tratamento do louco pobre nestas instituições,

O crescimento da rede hospitalar privada, associado à ausência de mecanismos de controle das formas de admissão e saída, levou a uma elevação significativa da população internada. Desta forma, a assistência psiquiátrica da década de 1970 se caracterizava pelas longas internações em grandes asilos, com pouca ou nenhuma perspectiva terapêutica e péssimas condições de vida. (PEREIRA, 2004, p.90)

Dessa maneira, os loucos que faziam parte de uma classe social baixa eram encaminhados para asilos onde o tratamento ofertado ainda estava longe de ser um modelo a ser seguido. Foram criados então ambulatorios públicos na tentativa de sanar o problema, no entanto, o número de internos era muito alto e isto impossibilitava um tratamento digno e eficaz, pois as condições de trabalho dos profissionais de saúde também eram precárias. Somente no período de redemocratização é que essas questões serão passíveis de mudanças. Assim, a partir dessas circunstâncias tornava-se aberta uma discussão pública sobre as direções que a nação deveria tomar.

No ano de 1978 surgiu no Brasil o grupo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), nele estavam envolvidos os trabalhadores da saúde mental (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos) e a massa popular da sociedade (familiares, defensores da causa etc), o objetivo da criação deste grupo era revelar à sociedade e ao governo as más condições de trabalho, as péssimas condições de higiene e maus tratos aos doentes mentais, bem como exigir do governo novas instituições que possibilitassem reinventar as formas de lidar com a loucura de forma a garantir os direitos sociais dos pacientes. O MTSM “é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental” (PEREIRA, 2004, p.91 apud AMARANTE et al, 1995, p.64-65). Segundo os autores este movimento pode ser caracterizado como o primeiro a contar com a participação popular, não restringindo apenas aos trabalhadores em saúde mental, apesar da nomenclatura do movimento se intitular assim.

As reclamações trabalhistas do MTSM se referiam a denúncias contra contratações pelo poder público que não havia nenhum vínculo empregatício formal. E pela exploração ao qual sofriam esses profissionais que prestavam serviços para as empresas médicas,

A prática médica estaria organizada em termos empresariais conforme a lógica do mercado, transformando os profissionais de saúde em trabalhadores assalariados submetidos às exigências do seu empregador e não da técnica e das necessidades dos indivíduos atendidos. (PEREIRA, 2004, p.94)

E ainda:

Empregado, trabalhará cumprindo orientação da empresa, atribuindo prioridade ao lucro financeiro do patrão, no que isto significa de aumentar o período de internação, efetuar internações desnecessárias e outros expedientes, sem o que correm o risco de serem sumariamente dispensados. (PEREIRA, 2004, p.94 Apud CSMC, 1980b, p.54)

É perceptível através desses relatos, notar, o quão levado a nada era a vida de um ser humano, necessitado ou não de uma internação, de cuidados médicos, a necessidade definitivamente não era essencial para que ocorresse o abuso e a falta de respeito para com as famílias e seus doentes mentais.

Segundo (PEREIRA, 2004, p.91) simultaneamente ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental surgiu nesse contexto histórico o movimento sanitarista, o objetivo deste, era discutir saúde relacionando às condições de vida, isto é, não se pode ter saúde se não há higiene como um fator que gera saúde e bem-estar às pessoas, outro ponto debatido pelos sanitaristas era alocar a saúde e os direitos humanos como responsabilidade do Estado. Esses dois movimentos foram fortemente influenciados pelas teorias marxistas, principalmente quando a população questiona a relação existente entre a saúde e os processos sociais. Porque o pobre sempre foi visto como sujo, imundo? Porque assim como os loucos, os pobres são tratados como animais, como pessoas sem sentimentos, sem voz e nem vez na sociedade? Porque o pobre na verdade só tem serventia para o sistema como mão-de-obra barata. Esta é uma discussão complexa e sempre será atual, pois enquanto houver divisões de classes haverá o egoísmo e o sentimento de indiferença da classe dominante em relação à dominada.

O que impulsionou esses grupos populares a reivindicar seus direitos foi dizer não à privatização, pois não podiam mais aceitar que a saúde das pessoas (principalmente dos mais vulneráveis) continuasse a estar sob a responsabilidade (ou irresponsabilidade) dos empresários, o Estado não podia fugir de sua responsabilidade e passá-la àqueles que tinham por interesse apenas lucrar sobre a enfermidade alheia. “A tendência dos serviços contratados e conveniados é lucrar ao máximo. Não importa se o indivíduo internado sem necessidade, ou submetido a qualquer outro ato médico irresponsável, venha a sofrer sérias consequências, e até irreversíveis”. (PEREIRA, 2004, P.93 Apud CSMC, 1980 a, p.47). O que vemos é um ato irresponsável e desumano para com os mais vulneráveis, se os mesmos não podem se apoiar no governo para ter uma melhor qualidade de vida, então em quem vão se apoiar?

A participação dos profissionais de saúde e da massa popular em protestos pela saúde pública, pela garantia dos direitos humanos fez toda a diferença, na medida em que a partir de conferências oriundas do MTSM os contestadores se propunham a fortalecer a luta pela reforma psiquiátrica, o debate em torno da saúde mental brasileira, a revisão jurídica e a implementação de leis que garantam a cidadania e a reconstrução da sociedade como um meio propiciador de bem-estar às pessoas em sofrimento mental. “Ao poder público cabe a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. A questão

da internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei onde estejam estabelecidos os direitos do paciente internado”. (PEREIRA, 2004, P. 102 apud MS, 1988, p. 23). As conferências realizadas ao longo dos anos 70, 80 e 90 vieram fortalecer o ideal libertário da cidadania do sujeito louco. A partir da tabela abaixo pode-se verificar a realização de algumas conferências pelo Brasil.

**Tabela 1** – Principais eventos organizativos do MTSM – 1978-1980

Mês/Ano	Evento	Local	Características / Observações
Outubro, 1978	V Congresso Brasileiro de Psiquiatria	Camboriú / SC	“Congresso de Abertura” · Primeira participação dos movimentos em saúde mental em um evento promovido pelos setores tradicionais da psiquiatria. · Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), entidade promotora do evento, passa a apoiar o projeto político do MTSM.
Outubro, 1978	I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições	Rio de Janeiro / RJ	Vinda ao Brasil dos principais autores das correntes de pensamento crítico em saúde mental: Franco Basaglia, Robert Castel, Erving Goffman, entre outros.
Janeiro, 1979	I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental	São Paulo / SP	Associação entre luta pela transformação do sistema de saúde e luta por uma organização mais justa da sociedade. · Aprovadas moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, reivindicações trabalhistas, e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão. · Crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto de marginalizados
Novembro, 1979	III Congresso Mineiro de Psiquiatria		Presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel. · Debates em torno do levantamento da realidade assistencial e dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo Inamps.
Mai, 1980	I Encontro Regional dos Trabalhadores de Saúde Mental	Rio de Janeiro / RJ	São discutidos problemas sociais relacionados: à doença mental, à política nacional de saúde mental, às condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da sociedade brasileira, e às denúncias das muitas ‘barbaridades’ ocorridas em instituições psiquiátricas.
Agosto, 1980	II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria	Salvador / BA	Distanciamento entre a ABP e o MTSM. · Moções aprovadas: apoio à luta pela democratização da ABP e suas federadas, crítica à privatização da saúde através de denúncias envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), e outras multinacionais do setor empresarial da saúde.

Fonte: Amarante et al (1995).

No ano de 1987 foi realizado o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental na cidade de Bauru – SP, o debate em questão teve como título: *Por uma sociedade sem manicômios*. Essa conferência foi relativamente positiva no sentido de que o contexto histórico ao qual o país vivenciava estava propício à ampla reformulação política, jurídica e institucional e que marcaria o fim da ditadura militar. Outro marco fundamental se refere à instituição do dia 18 de maio como o dia em que se comemora o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. No dia em questão, toda a sociedade é convidada a refletir e repensar o sujeito louco e a loucura. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental foi o estopim para que houvesse de fato, reformulações no campo da saúde mental brasileira. A partir do projeto de lei nº 3.657/89 iniciava um longo processo de análise e promulgação dos direitos civis, da reorientação do modelo assistencial - principalmente no que tange à extinção dos hospitais psiquiátricos - e criação de uma rede de serviços que substituíssem de vez as instituições psiquiátricas.

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. (PEREIRA, 2004, p. 117 apud MS, 1994, p. 13).

Entre esses centros substitutivos ao modelo manicomial podemos destacar aqui para uma breve discussão o Núcleo de atenção psicossocial (NAPS); Centro de atendimento psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPsi e CAPsad); Serviços residenciais terapêuticos (SRTs); e os Hospitais dias (HDs).

O NAPS surgiu no Brasil primordialmente na cidade de Santos-SP, e tinha como prática voltada ao tratamento do paciente mental, a terapêutica humanizada, a oferta de trabalho, moradia àqueles que não possuíam um lar, ou até mesmo, àqueles aos quais possuíam famílias, mas, que, no entanto, não o desejavam mais em casa, e a sua reinserção na sociedade. O NAPS exerceu forte influência na criação de outros centros substitutivos ao modelo manicomial, como o CAPS, SRTs, HDs etc.

Em 1990 foram instituídas duas portarias ministeriais a 189/91 e a 224/92 que possibilitaram a criação de centros de atenção psicossociais (CAPS). Posteriormente em decorrência de uma reestruturação nas portarias acima supracitadas, as mesmas foram

modificadas e deram origem às portarias 336/2 e a 189/2 que passaram a estabelecer diversas modalidades de CAPS. Segundo (AMARANTE, 2007, p. 84) os CAPS se dividem em:

- CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes – funcionam das 8 h às 18 h, de segunda a sexta-feira.
- CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes – funcionam das 8 h às 18 h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes – funcionam 24 h, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
- CAPSi – atendimento de crianças e adolescentes – municípios com população superior a 200.000 habitantes – funcionam das 8 h às 18 h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período funcionando até 21 horas.
- CAPSad – atendimento de dependência química (álcool e drogas) – municípios com população superior a 100.000 habitantes – funcionam das 8 h às 18 h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

Como podemos verificar os CAPS estão distribuídos nos territórios conforme a necessidade de cada região, e de acordo com a quantidade de habitantes existentes em cada cidade. É perceptível também a inovação no atendimento especializado às crianças e adolescentes. Esse novo centro de atendimento ao doente mental se caracteriza enquanto um espaço de reclusão baseado em terapias ocupacionais ofertados ao tratamento do paciente. Geralmente esses centros acolhem o paciente durante o dia e à noite o mesmo retorna ao seu lar. Porém, há casos em que o atendimento se estende até às 21 h, como no caso do CAPS II, CAPSi e CAPSad, e outros ainda, como o CAPS III que funciona 24 h por dia durante toda a semana incluindo feriados e fins de semana. É importante ressaltar que as terapias ocupacionais envolvem uma série de atividades e ramos de conhecimento para que o paciente se envolva com os colegas e com a sociedade. As atividades desenvolvidas são pinturas, confecção de tapetes, atividades esportivas, música, dentre outras.

Já os serviços residenciais terapêuticos são casas inseridas na comunidade e que tem por excelência o acolhimento e a reinserção social do doente mental, essas moradias recebem e tratam todos àqueles que não possuem base familiar ou moradias. Assim, o paciente tem assegurado a continuidade de seu tratamento baseado em novas experiências psiquiátricas oriundas do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. “O Serviço Residencial

Terapêutico (STR) – ou residência terapêutica ou simplesmente ‘moradia’ – são casas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não”. (BRASIL, 2004, p. 6). Segundo o ministério da saúde a internação nas moradias residenciais é importante para o doente mental - abandonado por sua família - no sentido de que a ele será destinado um cuidado extra-hospitalar que irá ensiná-lo (através de terapias) a conviver na sociedade como um sujeito ativo.

Podemos entender que os HDs fazem parte de uma modalidade de atendimento recente em nosso país. Pois foi a partir da portaria ministerial de nº 93 de 31/05/1984 e 130 de 03/09/1994 que se instituiu e legitimou esta forma de atendimento. Os Hospitais Dias funcionam geralmente de segunda a sexta-feira, e como a própria nomenclatura evidencia, durante o dia (pois à noite os pacientes retornam aos seus lares) contando com a participação da família do usuário, bem como com a de profissionais dos mais variados ramos do conhecimento, como: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, músicos, profissionais de educação física e etc. é importante ressaltar que esta modalidade de atendimento é ao mesmo tempo ambulatorial e de internação diurna quando assim se faz necessário. A ausência de internação noturna seria econômica para o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo em vista que

Baseada na experiência de países mais desenvolvidos, esta proposta, além de propiciar mais conforto e suporte emocional aos pacientes, que têm oportunidade à noite de retornarem ao aconchego da família, é favorável economicamente ao SUS, proporcionando uma boa redução de custos para o referido sistema. (1997:5)

A ideia era criar ambientes favoráveis ao tratamento ofertado aos doentes mentais e que esses espaços tivessem características de moradias. Assim, o paciente passava o dia distraído com as mais variadas técnicas terapêuticas e à noite retornava ao seu lar. Dessa maneira, os custos do governo reduziriam significativamente ao longo do tratamento dos internos.

As características dos HDs segundo a portaria nº 93 de 31/05/1984 (SILVEIRA, 2001, p. 37) contemplavam:

- Reduzir e auxiliar as necessidades de internações de pacientes em hospitais;
- Reduzir o tempo médio de permanência, facilitando a manutenção dos esquemas diagnósticos terapêuticos;

- Ampliar e agilizar procedimentos terapêuticos a nível ambulatorial;
- Integrar a família e o doente, quanto aos aspectos sociais;
- Oferecer campo de estágio para treinamento da equipe de saúde.

Portanto, essas ações viriam a facilitar o atendimento ao paciente, bem como as relações sociais e familiares. E ainda reduzir as longas internações e implantar procedimentos terapêuticos inovadores que viessem a dar outro sentido ao tratamento, priorizando-se a dignidade da pessoa humana e não somente a doença.

Através dos movimentos de reforma psiquiátrica internacional e posteriormente nacional, podemos perceber que os rumos no campo da saúde mental adquiriram ganhos expressivamente positivos ao longo dos anos no Brasil. Possibilitando ao sujeito em sofrimento mental ganhar de volta a sua liberdade e cidadania, através da criação e implantação de leis, portarias e decretos que efetivavam seus direitos perante a sociedade e garantindo a inexistência dos antigos hospitais psiquiátricos que tanto maltratavam seus internos.

## **4 COTIDIANO DOS PACIENTES DO HOSPITAL DIA NAS DÉCADAS DE 1997 A 2002.**

No capítulo anterior vimos os caminhos pelo qual os Trabalhadores em saúde mental percorreram para que houvesse de fato, transformações nos espaços destinados ao tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais e que mediante essas ações surgiram novas instituições que trouxeram inovações no modo de tratar o paciente, a partir de um cuidado humanizado e de práticas terapêuticas. Trataremos neste capítulo sobre o contexto econômico e social em que a cidade de Picos estava inserida na década de 90 e início dos anos 2000. Sobre a fundação do Hospital Dia de Picos-Pi e posteriormente, e com maior detalhe, nos adentrarmos em questões cotidianas vivenciadas pelos pacientes em tratamento no Hospital Dia. Para realizar tal pesquisa distribuí os dados coletados em tabelas que irão nos mostrar dados quantitativos em relação às maiores incidências de pacientes no Hospital, como idade, sexo, profissão, escolaridade etc, para realizar a pesquisa foram utilizadas fontes escritas (prontuários referentes aos anos de 1997 a 2002, cedidas pela própria instituição) bem como relatos orais (realizadas com os profissionais em saúde mental do Hospital Dia que trabalharam na instituição durante os anos acima mencionados).

### **4.1 O contexto econômico de Picos (1997-2002)**

Sabemos que desde os primórdios da colonização do Piauí a economia da região estava voltada para a pecuária extensiva. De modo que, somente a partir do século XIX e XX é que essa realidade será transformada<sup>9</sup>, pois a base econômica passa a ser em maior escala a produção de gêneros agrícolas. Na cidade de Picos essa realidade não é dessemelhante. Porém, existe um diferencial no cultivo desses artigos, existem dois tipos de produção, e que na maioria das vezes decorre uma divisão de classes, por um lado tem-se os grandes produtores e exportadores de produtos como o algodão, e por outro, trabalhadores rurais que muitas vezes sobreviviam a partir de uma pequena produção (arroz, feijão, milho e mandioca) de subsistência. “Uma sociedade marcada por um grande distanciamento de dois blocos sociais distintos, por uma grande concentração de renda e por um ínfimo nível de vida para a

---

<sup>9</sup> Os séculos XIX e XX marcará o advento de uma nova forma de produção (agrícola) que não tardará a tomar o espaço antes ocupado pela pecuária extensiva.

maior parte da população” (MARTINS, et al, 2002, p. 83). Essa realidade de pobreza rural é percebida na cidade de Picos nos anos 90.

Realizado atendimento individual. O usuário encontra-se emocionalmente afetado pelo problema social em que está vivendo. Não tem trabalho e sua situação financeira é difícil. [...] o paciente é realmente uma pessoa carente, sobrevive do trabalho da roça, quando estava sadio, atualmente não pode trabalhar. (PRONTUARIO, Hospital Dia, 1997).

A realidade da pobreza se reflete na saúde física e mental de um indivíduo ou coletivo impossibilitando-os para o trabalho e para uma convivência social harmônica. Essa pobreza se reflete também no grau de instrução das pessoas o que acaba de certa forma impossibilitando-os de conquistar empregos formais<sup>10</sup>, “Entre os chefes de grandes famílias, raros dispunham um nível de instrução primária” (MARTINS, et al, 2002, p. 86). Este fato nos leva a crer que a economia picoense baseada na produção agrícola só favorecia a elite local – que possuía um grau de instrução elevado - que era detentora do capital. A maior parte dos trabalhadores rurais viviam em situação de extrema pobreza, quando o que produziam para a alimentação muitas vezes era insuficiente (por possuírem poucas terras para o plantio) ou por boa parte da safra ser perdida em tempos de seca, dificultando a produção de subsistência e tornando-os subalternos aos detentores de terras e capital, pois nesse sentido, por possuírem um capital elevado, os proprietários de grandes faixas de terras conseguiam investir em sistemas de irrigação e construção de poços artesanais que favorecia-os em períodos de estiagem, não só para o cultivo, mas, também para garantir a sobrevivência de animais como gados, cavalos, galinhas, porcos etc.

“A vida social do Piauí, até pouco tempo, sempre girou em torno do campo. Não só a maioria da população habitava a zona rural e retirava seu sustento da agricultura, como também os próprios núcleos urbanos eram postos avançados da comercialização agrícola e pecuária” (MARTINS, 2002, p.189). Esses grandes proprietários de terras foram desenvolvendo o comércio na região de Picos a partir de um excedente na produção agrícola e a partir da fabricação de produtos regionais.

Na década de 90 a comercialização dos produtos regionais (mel de abelha, castanha, goma, doce de buriti, farinha de mandioca, goma, manteiga da terra etc) já repercutia satisfatoriamente na feira central de Picos. “O pessoal qualificado das atividades comerciais e de serviços dirigidos pela iniciativa privada é ínfimo” (MARTINS, 2002, P. 199). Por meio

---

<sup>10</sup> Empregos formais se referem a trabalhos assalariados, com carga horária de trabalho definida, direitos trabalhistas como carteira assinada, direito a férias, décimo terceiro etc.

do relato do autor, percebe-se que a realidade econômica da cidade de Picos apenas propiciava riqueza a uma parcela mínima da sociedade. O restante da população estava à margem da pobreza e, portanto, inserida em uma camada popular, sem muitas alternativas de emprego e renda que desse conta de suprir as necessidades básicas de suas famílias. “Mesmo aqueles que possuíam o 2º grau recebiam remuneração igual àquele em que não se exigia escolaridade”. Aqui se percebe que a pessoa por mais que tivesse algum estudo ainda assim este não conseguiria bons empregos e salários dignos, isto é, a pobreza circularia frequentemente em volta dos trabalhadores, sejam agricultores ou não. É perceptível que a economia picoense estava estagnada para esses sujeitos, dessa forma, o rico cada vez fica mais rico e o pobre cada vez mais pobre.

Estudos revelam que a pobreza é um agravante para desencadear transtornos psíquicos nas pessoas

Pois, esta situação está relacionada aos principais sentimentos ligados à depressão e a outros transtornos mentais como humilhação, inferioridade, percepção de falta de controle e impotência sobre o meio. A associação da distribuição de renda com os homicídios, os crimes violentos, as mortes relacionadas ao uso de álcool etc, reforçam a concepção de que as desigualdades de renda tem disseminado efeitos psicossociais. (SILVA D.F, SANTANA P.R, 2010,p.179)

Ou seja, o fator pobreza é percebido na sociedade como uma posição de inferioridade que é capaz de gerar transtornos mentais nas pessoas.

## **4.2 O surgimento do Hospital Dia na cidade de Picos**

O Hospital Dia surgiu na cidade de Picos a partir da necessidade que se tinha (já na década de 90) de um espaço único (especializado) que servisse de apoio a pacientes com transtornos mentais. De modo que, a cidade possuía um quantitativo populacional considerável e que o tratamento ofertado a esses pacientes eram realizados de maneira tímida pelo Hospital São Vicente de Paula (primeira instituição de saúde da cidade) onde o mesmo não possuía um número considerável de leitos para o atendimento aos pacientes em questão. Em meados dos anos 80, através do médico psiquiátrica Anfrísio Lobão Neto, secretário de saúde do Estado do Piauí foi instituído o Programa de Saúde Comunitária do Estado do Piauí.

O Programa de Saúde Comunitária tinha como critério para funcionamento adequado, a contratação, além do psiquiatra, de outros profissionais, psicólogo, assistente social e auxiliar de terapia ocupacional. O objetivo do programa era interiorizar a psiquiatria e descentralizar o serviço da capital, Teresina. Dessa forma foram criados núcleos nos municípios de Picos, Floriano e Parnaíba. (MOURA, 2011, p. 59).

Na ocasião da criação do Programa de Saúde Comunitária do Estado do Piauí houve a desativação do Hospital São Vicente de Paula, logo substituído pelo Hospital Regional de Picos, este contando com apenas três leitos para a especialidade psiquiátrica. O que de certa forma impossibilitava os médicos de continuarem com uma política de saúde mental restrita na cidade, tendo em vista que havia uma grande demanda de pacientes e poucos leitos nos hospitais. A ideia do programa era realmente boa, no entanto, anos mais tarde o Programa de Saúde Comunitária foi desativado por questões financeiras. De modo que, somente com a fundação do Hospital Dia é que houve de fato uma interdisciplinaridade no campo da saúde mental contando com a participação de diversos profissionais. Os leitos do Hospital Regional direcionados aos casos de crise aguda de pacientes com transtornos mentais foram desativados e encaminhados ao Hospital Dia, posteriormente, por meio de reivindicações dos trabalhadores em saúde mental, os leitos antes destinados aos doentes mentais em crise aguda foram reativados, garantindo assim o atendimento do paciente no hospital quando se fizer necessário.

Ao realizar uma entrevista com alguns profissionais de saúde do Hospital Dia, indaguei-os a respeito do surgimento do hospital na cidade de Picos,

Assistente Social:

O que eu sei falar é o que o psiquiatra falava né? Que ele acompanhou todo esse processo que é o Dr. Pedro, ele disse que inicialmente trabalhava aqui no antigo Hospital São Vicente né? Que foi o primeiro hospital de Picos e lá ele internava pacientes lá...então e tinha a época dos manicômios né? O sistema...o serviço fechado mas não tinha aqui em Picos, depois foi se trabalhando a questão da reforma psiquiátrica se abrindo mais e o Hospital Dia chega como um modelo intermediário né? Entre aquele hospital totalmente fechado em um modelo mais aberto né? Com a participação da família...então houve todo um processo de elaboração de projetos, é foi enviado para o ministério da saúde, através do município né, ele participou diretamente, depois vieram é...o local, se conseguir um local pra estruturar esse serviço e vinha já todo aquele projeto como tinha que ser e até que enfim...conseguiram né? Em 97 conseguiram fundar o Hospital Dia e aí iniciou suas atividades.

Através do relato do profissional podemos entender de modo resumido sobre o processo de implantação do Hospital Dia em Picos, de acordo com o mesmo, o ator protagonista desse processo aqui na cidade de Picos foi o médico psiquiatra Dr. Pedro, porém, infelizmente não foi possível o contato com o mesmo devido suas atividades ocuparem todo o seu tempo, por esta razão, na ocasião colhi os dados através do profissional em assistência

social, que, no entanto, trabalha no hospital desde sua fundação. Portanto, diante da necessidade e dos reflexos dos movimentos que estavam acontecendo em todo o país em busca de mudanças no campo da saúde mental é que foi fundado o Hospital Dia na cidade de Picos no dia 26 de junho de 1997.

Os atendimentos ambulatoriais e os processos de internações hospitalares – especificamente na área de saúde mental, tanto do Hospital Regional como do Hospital Dia – atendiam pacientes não só da cidade de Picos, mas, também da micro e macro região como Itainópolis, Geminiano, Santo Antônio de Lisboa, Campo Grande do Piauí, Vila Nova do Piauí, Francisco Santos, Alagoinha do Piauí etc, além de outros Estados como Ceará e Pernambuco. Em pouco tempo o Hospital Dia já repercutia de maneira satisfatória no tratamento dos internos oferecendo uma gama de atividades e terapias ocupacionais.

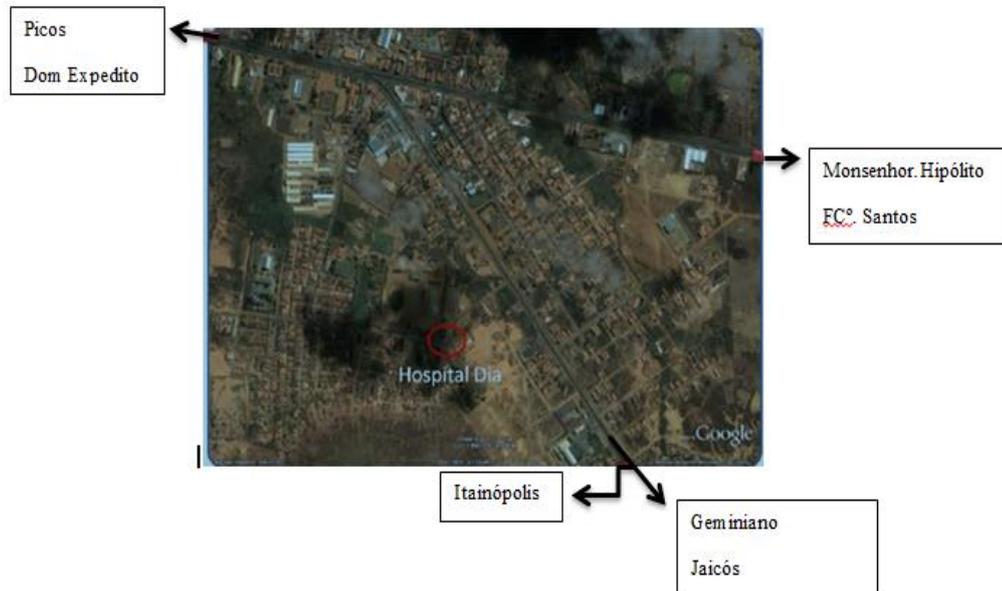
Segundo (MOURA, 2011, p. 60). A instituição no ano de sua fundação contava com uma equipe multidisciplinar composta por (1) médico psiquiatra, (1) diretora administrativa, (1) psicóloga, (2) enfermeiras, (1) terapeuta ocupacional, (1) fisioterapeuta, (1) assistente social, (1) farmacêutica, (1) pedagogo, além de outros profissionais auxiliares como técnicos e auxiliares de enfermagem, educador físico, massoterapeuta, cabeleireira, manicure, pedicure, recepcionista, cozinheira, zelador e vigia. Os profissionais citados trabalhavam juntos em busca de uma melhor qualidade de vida para os internos e de um tratamento humanizado que respeitasse a dignidade da pessoa humana e que resgatasse a cidadania do sujeito louco, preparando-o para uma reinserção social que há séculos lhe tinha sido roubada.

O Hospital Dia de Picos esteve situado<sup>11</sup> na Rua Projetada S/N, bairro Parque de Exposição. A localização do Hospital Dia era centralizada o que favorecia às demais regiões que faziam uso das instalações hospitalares. Para uma melhor localização podemos encontrá-la na figura abaixo.

---

<sup>11</sup> Digo “esteve” porque recentemente (setembro de 2015) o Hospital Dia de Picos foi desativado e substituído pela unidade CAPS II, situada no bairro Ipueiras.

**Figura 1:** Imagem de Picos via satélite



O Hospital Dia de Picos era aberto ao público de segunda à sexta-feira de 8:00 h às 18:00 h, encerrando suas atividades em fins de semana e feriados. Como a própria nomenclatura evidência, o Hospital Dia acolhia e tratava o doente mental durante o dia e à noite os mesmos retornavam aos seus lares, o Hospital Dia tinha como proposta de tratamento a realização de diversas terapias e atividades que tinham por finalidade fazer com que os pacientes elevassem sua autoestima, fazendo com que eles se sentissem úteis e capazes de se relacionarem em coletividade.

### 4.3 O cotidiano dos internos no Hospital Dia

No ano de 1997 o Hospital Dia de Picos abriu as portas para receber e tratar o doente mental, para tanto foi necessário a participação em massa de profissionais de todas as áreas como psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores físicos, assistentes sociais, músicos etc, bem como os familiares e a sociedade. O objetivo é, portanto, garantir ao paciente a inserção social e a convivência harmônica em grupo. Para que tais objetivos sejam alcançados fez-se necessário a instituição de uma serie de atividades rotineiras a serem realizadas.

De acordo com os relatos dos profissionais de saúde mental do Hospital Dia, a rotina dos pacientes inicia-se logo pela manhã quando o motorista da instituição vai até a residência de cada um dos pacientes para pega-los e levar ao hospital, chegando à instituição de saúde, é

oferecido o café da manhã, para só então dar início às atividades do dia. Segundo o grupo da medicação, a mesma é feita às 8:00 h da manhã e 16:00 h da tarde, depois da medicação da manhã é formado um grupo para a realização de atividades físicas, a intenção segundo o profissional é fazer com que os pacientes interajam e de fato façam exercícios para fortalecer os ossos e a musculatura, tendo em vista que muitos por serem depressivos, muitas vezes se mantem apáticos, recolhidos, tristes, então essa é uma maneira de resgatar a autoestima do paciente. Ainda pela manhã realizam outras atividades terapêuticas. Ao meio dia é servido o almoço e posteriormente, há o momento para repouso que se estende até às 14:00, posteriormente ao repouso, os pacientes continuam suas atividades, cada qual em um grupo terapêutico específico (de acordo com sua preferência e habilidade), sendo realizadas diferentes trabalhos artesanais.

É importante mencionar que nenhum paciente em tratamento no Hospital Dia é obrigado a realizar nenhuma atividade caso não queira, os mesmos possuem autonomia e liberdade para ir e vir em todos os setores da instituição. Vale ressaltar também que durante o dia em horários não programados há atendimentos individualizados, onde o paciente pode externar seus sentimentos e em outros momentos - quando se faz necessário - ocorrem atendimentos em grupos com a participação da família. Às 15:30 da tarde é servido o lanche e a partir das 16:00 o motorista começa a deixar os pacientes em suas residências o motivo apresentado é o de que muitos deles moram em regiões distantes e também porque o carro da instituição é pequeno e não comporta muitos pacientes, às 18:00 encerram-se as atividades do dia.

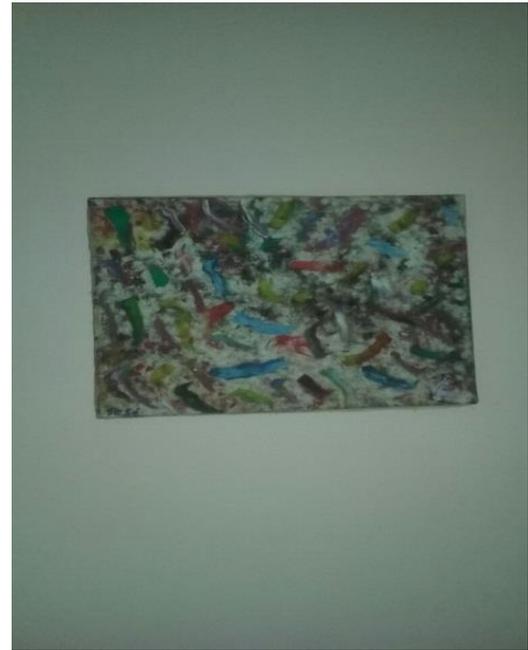
Há no Hospital Dia uma gama de terapias ocupacionais, dentre elas, oficinas de pintura (em telas e tecidos), de música e canto, artesanato, como confecção de bijuterias, preparação de lembrancinhas e materiais decorativos para datas comemorativas (carnaval, páscoa, dia das mãe, São João, dia dos pais, natal etc). Em algumas visitas que realizei ao hospital pude observar alguns dos trabalhos realizados pelos internos, ver nas figuras abaixo.

**Figura 2:** Desenhos elaborados por pacientes do Hospital Dia.



Fonte: arquivo pessoal

**Figura 3:** Desenhos elaborados por pacientes do Hospital Dia.



Fonte: Arquivo pessoal

O que se percebe através das pinturas é que o paciente apesar de taxado de louco tem muito a oferecer à sociedade, e até mesmo para si, na medida em que ele aflora suas potencialidades. De modo que, os trabalhos realizados servem até mesmo como inserção ao mundo do trabalho, caso o mesmo deseje se profissionalizar. O que me chama à atenção é o fato de que todas essas obras foram realizadas pelos internos em fase de crise aguda, desse modo, percebe-se que quando motivado a externar seus sentimentos seja através de qualquer atividade a pessoa acometida por um transtorno mental se torna capaz de encontrar sentido na vida, isso favorece e muito no tratamento e na reinserção social. Este fato é perceptível em um trecho do prontuário do Hospital Dia, “Paciente satisfeita com o tratamento, apresenta-se mais sociável ajudando um colega a realizar atividade. Realiza crochet, ponto cruz e bordado em guardanapo”. (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1999). E ainda “Paciente com excelente melhora. Apresenta bom humor, disposição e atenção. Desempenha suas atividades com extrema habilidade e cuidado. No momento está fazendo guirlandas de macramê para o natal” (Ibid, 1999).

Segundo (CERTEAU, 1977, P.91) a produção cultural permite aos usuários expandir as operações racionais do ser humano o que permite gerir o trabalho de forma plena e a partir de divisões (análises). Dessa maneira, os usuários utilizam o espaço do confinamento para explorar sua criatividade e ao mesmo tempo analisar suas produções. Ou seja, estimular a

criatividade, o olhar crítico etc, isto a partir de uma produção independente. Sobre um prontuário do Hospital Dia de Picos percebe-se a criatividade e análise da produção.

“O paciente foi encaminhado ao grupo de terapia ocupacional onde iniciou um trabalho livre de pintura em tela. Manuseou os pincéis de forma rápida, firme, dando vazão a descarga de agressividade. Ao final observou seu trabalho, sorriu e disse ter gostado” (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1999).

Na maioria dos casos os pacientes se sentem acolhidos e encontram no tratamento uma melhora significativa para a doença. “A usuária apresentou-se bem no grupo terapêutico. Relatou de maneira calma o quanto melhorou aqui neste serviço, a falta que sentirá daqui no momento em que estiver de alta”. (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1997). “Paciente participativa no grupo, demonstra melhora. Em seu relato demonstra “mudanças” e acredita que o ambiente e as pessoas daqui a transformaram” (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1999). “Atendida individualmente, paciente relatou que o tratamento está surtindo efeito, quando volta pra casa já consegue trabalhar, faz comida, limpa casa e etc. irá convidar seu filho a participar da missa que será celebrada dia 31/10”. (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1997). Em geral percebe-se que os internos aprovam os “métodos de cuidar” dos profissionais de saúde do Hospital Dia. No entanto, alguns pacientes se retraem e sentem dificuldade de aceitar a doença e o tratamento. “Atendida individualmente paciente relatou não estar percebendo nenhuma melhora em seu quadro” (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1997). A questão da não aceitação do tratamento está relacionada na maioria dos casos a pacientes em estado emocional e comprometimento afetivo muito grande o que leva os mesmos a não aceitarem facilmente a ajuda.

É notório o planejamento e execução das atividades a serem realizadas para com os internos durante o decorrer do dia e que a eles são ofertadas oportunidades de aprendizado para que os mesmos se sintam úteis e que assim elevem sua autoestima e aprendam a se relacionar satisfatoriamente uns com os outros, contando principalmente com o apoio familiar na recuperação da saúde. “O lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família: doçura nos cuidados espontâneos, testemunha do afeto, desejo comum da cura, tudo entra em cumplicidade para ajudar a natureza que luta contra o mal e deixar o próprio mal se desdobrar em sua verdade” (FOCAULT, 1977, p.18). A participação da família no processo de “cura” do doente mental é fundamental para que o mesmo possa encontrar apoio e assim controlar sua doença e ter uma vida normal em meio à sociedade.

#### 4.4 Analisando os dados dos prontuários do Hospital Dia

Os prontuários do Hospital Dia de Picos apresentam diversas informações no que tange à evolução dos pacientes e que são importantes para entendermos a lógica organizacional da instituição bem como o cotidiano e as relações familiares e sociais dos pacientes. Entretanto, as informações de cunho pessoal dos internos que constam nas fichas de prontuários me chamaram à atenção para as questões sociais dos usuários. Ao analisar essas fichas percebe-se que na maioria dos casos os pacientes internados na instituição provinham de famílias carentes e que o estudo também não era prioridade. Por meio dessas e outras informações elaborarei tabelas para que possamos ter uma melhor compreensão acerca desses dados.

Tabela 2: Relação do gênero dos pacientes atendidos pelo Hospital Dia no período pesquisado.

Quantitativo de pacientes por período							
Paciente do gênero	1997	1998	1999	2000	2001	2002	TOTAL
<b>Feminino</b>	6	6	11	3	5	2	33
<b>Masculino</b>	6	6	10	1	1	1	25
<b>Total geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

Por meio dos prontuários analisados (ao todo foram ponderados 58) percebe-se que há uma maior incidência de mulheres atendidas pelo Hospital Dia no recorte considerado. Para essas mulheres existem uma série de atividades específicas (o que não impossibilita os homens de realizá-las), como bordado e embanhado de guardanapos, oficinas de beleza, como manicure, pedicure, oficinas de ponto cruz e crochet etc. De acordo com o relato dos profissionais de saúde do Hospital Dia, dificilmente há entre essas mulheres desavenças, o sentimento de amizade e compaixão entre elas é algo perceptível. Por meio das visitas que realizei à instituição, na maioria das vezes fui recepcionada e indagada pelas mesmas, a pergunta que não queria calar era o motivo pelo qual fui levada até lá e, muitas vezes elas mesmas me diziam o motivo pela qual estavam lá, revelando suas vidas e anseios. Esse sentimento de amizade e compaixão era existente não só por parte das mulheres, mas, também em relação ao sexo oposto.

A usuária participou do grupo terapêutico. Relatou sua melhora física, no entanto, encontra-se deprimida com o problema de um sobrinho que se encontra doente em Teresina, chorou no grupo e os colegas procuraram confortá-la com palavras e atitudes de carinho e atenção. O usuário L.C levanta, passa a mão sobre seus cabelos e diz que “tudo vai dar certo”. Seu A.B levanta e diz palavras de consolo para a mesma. Seu R. também mostra-se sensibilizado com a situação da colega, manifestou apoio moral. (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1997).

Percebe-se por meio dos relatos que os pacientes interagem uns com os outros e que frequentemente sempre que se faz necessário palavras de conforto e apoio são dados pelos próprios usuários. O que pode perceber é que juntos eles encontram motivações para vencer/controlar a crise, na instituição eles acham o apoio que lá fora (na sociedade e até mesmo no seio familiar) muitas vezes não conseguem encontrar. Em geral, esses pacientes acolhidos pelo Hospital Dia são provenientes do Estado (Piauí), entretanto, existe paciente oriundo de outra região como podemos verificar na tabela abaixo.

Tabela 3: Quantitativo de pacientes internados de acordo com a naturalidade.

<b>Estado</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Total</b>
<b>Piauí</b>	12	12	20	4	6	3	57
<b>Pernambuco</b>	-	-	1	-	-	-	1
<b>Total geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

O Estado do Piauí é campeão em atendimentos ambulatoriais e internações, mas, isso se deve claramente pelo fato de que o Hospital pertence ao Estado do Piauí, nada mais justo e conveniente que a maioria dos atendimentos sejam realizados para com os filhos da terra, no entanto, existem pacientes de Estados vizinhos, como Pernambuco, Ceará (relatos dos profissionais do Hospital Dia) etc. Já que mencionamos a maior incidência de casos de pessoas acometidas por transtornos mentais por Estados, analisemos agora as maiores incidências por cidades.

Tabela 4: Dados distribuídos por cidades de maior incidência.

<b>Cidade</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Total</b>
<b>Picos</b>	12	8	8	4	3	-	35
<b>Itainópolis</b>	-	-	3	-	-	1	4
<b>Monsenhor Hipólito</b>	-	-	2	-	-	-	2
<b>Santana do Piauí</b>	-	-	1	-	-	1	2
<b>São João da Canabrava</b>	-	-	2	-	-	-	2

<b>Outros</b>	-	4	5	-	3	1	13
<b>Total geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

Ao analisar os dados contidos nos prontuários percebe-se que a maior incidência de pacientes com transtornos mentais estão situados na cidade de Picos, isto se deve claramente pelo fato de que a cidade de Picos é maior em número populacional, de maneira que, outras cidades como Itainópolis, Monsenhor Hipólito, Santana do Piauí e Vila Nova do Piauí, respectivamente, estão logo em seguida contendo o maior número de pacientes em tratamento no Hospital Dia (dados relativos aos prontuários analisados). Devemos levar em conta também que existe um número muito grande de pessoas com transtornos mentais e que a minoria procura atendimento especializado, ou seja, se fossemos analisar os casos um a um, registrados ou não (pelas instituições) os números poderiam ser imensos. Observaremos em seguida as maiores incidências em relação ao estado civil dos pacientes.

Tabela 5: Maior incidência por estado civil.

<b>Estado Civil</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Total</b>
<b>Casado (a)</b>	6	4	13	2	2	2	29
<b>Solteiro (a)</b>	5	5	8	1	2	1	22
<b>Outros</b>	1	3		1	2		7
<b>Total geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

Por meio dos prontuários colhidos no Hospital Dia e, posteriormente analisados percebe-se que a uma maior incidência de pacientes casados. Existem muitos internos que relatam estar na condição de “doente” por questões amorosas, geralmente mal resolvidas.

Paciente chateado porque a esposa foi embora, “saiu enquanto eu dormia”. Relata que seu relacionamento era muito difícil, mas, que ela não poderia tê-lo abandonado agora “pelo menos esperasse eu melhorar”, foi solicitada a presença da esposa a este hospital, mas ela não compareceu. (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1997)

E ainda:

Paciente atendido individualmente. Apresenta irritabilidade fácil, principalmente em relação à esposa. Sentimentos de ambivalência amor x ódio. Pensamentos confusos com conteúdos persecutórios, o usuário sente-se inseguro em relação aos sentimentos da esposa, nesse contexto o medo de ser traído e com isso a manifestação de comportamentos agressivos. (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1999)

Aqui percebe-se claramente distúrbios mentais talvez ocasionados por relacionamentos amorosos. Nesse último caso o relacionamento com a esposa causa transtornos ao paciente gerando desconfiança e agressividade para com a cônjuge. Outras incidências são demonstradas através das ocupações desses pacientes.

Tabela 6: Maior incidência de profissões.

<b>Profissões</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Total</b>
<b>Doméstica (do lar)</b>	5	3	7	3	3	1	22
<b>Agricultor (a)</b>	2	1	9	1	-	-	13
<b>Lavrador (a)</b>	-	2	-	-	2	1	5
<b>Desempregado (a)</b>	2	-	-	-	-	-	2
<b>Outros</b>	3	6	5	-	1	1	16
<b>Total geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

Na maioria dos prontuários analisados verifica-se uma maior incidência de profissões voltadas para o trabalho doméstico, essa era uma realidade de trabalho feminino na cidade de Picos. Essas mulheres por não possuírem um grau de estudo que proporcionasse a elas se inserirem no mundo do trabalho formal se submetiam a trabalhar a baixo custo em casas de família. “A mãe de família que é funcionária ou estudante só pode sê-lo devido à existência de enorme oferta de mão-de-obra feminina para trabalhos domésticos a baixíssimo preço” (MARTINS, 2002, P. 197). Em segunda instância está a profissão de agricultor, esse tipo de atividade econômica ainda era muito comum na cidade de Picos na década de 90, tendo em vista que muitas pessoas ainda viviam em áreas rurais. Outro fator que explica o trabalho agrícola na região são os baixos índices de oferta de trabalho em empresas, apesar de que na década de 90 já existiam na cidade, pelo menos duas grandes indústrias, uma voltada para a produção de artigos têxteis (indústrias Coelho) e outra de produção de bebidas (fábrica da Coca-Cola). Fora a agricultura, a atividade econômica mais visada pelos picoenses era o comércio. O mesmo contemplava a venda de artigos regionais como, mel, goma, castanha, doces (buriti, leite, etc.), dentre outros produtos. Outro fator e talvez o mais importante seria a insuficiência escolar desses internos, isto é, a falta de preparo e habilidade para se inserir no mundo do trabalho. Vejamos os índices de escolaridade dos internos a partir da tabela abaixo.

Tabela 7: Grau de instrução.

<b>Grau de Instrução</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Total</b>
<b>1º grau (fundamental)</b>	9	5	10	2	3	1	30
<b>2º grau (ensino médio)</b>	-	1	1	-	1	2	5
<b>3º grau (ensino superior)</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>Analfabeto</b>	3	6	10	2	2	-	23
<b>Total geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

Ao analisar o grau de instrução dos pacientes do Hospital Dia deparei-me com números intrigantes. Existe um número muito grande de internos que possuem apenas o fundamental menor (de 1ª a 5ª). Em segundo lugar estão os analfabetos e em terceiro lugar e em menor número estão os que possuem o 2º grau, em quarto e último lugar está o 3º grau e que, no entanto, ninguém possui este grau de instrução. Ou seja, a maioria dos internos do Hospital Dia não possui um grau de instrução satisfatório. Este episódio se deve talvez pelo fato de que a maior parte dos internos apresentou distúrbios mentais ainda na adolescência o que de certa forma dificultava a aprendizagem escolar onde muitos acabaram desistindo dos estudos. Em relação à incidência de idade, vejamos na tabela abaixo.

Tabela 8: Incidências por idade.

<b>Idade</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Total</b>
<b>10 – 29</b>	10	7	14	2	1	2	36
<b>30 – 49</b>	1	4	4	2	2	1	14
<b>50 – 69</b>	1	1	3	-	3	-	8
<b>70 – 89</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

Através da análise dos prontuários é possível perceber que a maior incidência de pessoas acometidas por transtornos mentais em tratamento no Hospital Dia estão em idades entre 10 e 29 anos. Esses números mostram que cada vez mais cedo as pessoas adoecem psicologicamente. De modo que, esses pacientes, por não possuírem um grau de instrução

satisfatório e uma profissão assalariada, não possuem nenhuma atividade remunerada. Observemos esses dados na tabela abaixo.

Tabela 9: Atividade remunerada.

<b>Atividade Remunerada</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Total</b>
<b>Sim</b>	-	3	1	-	-	-	4
<b>Não</b>	7	6	17	4	4	3	41
<b>Aposentado (a)</b>	5	3	3	-	2	-	13
<b>Total Geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

Em uma citação do Hospital Dia verifica-se vários internos que não possuem atividade remunerada. “Paciente proveniente de uma família carente. Não exerce nenhuma atividade remunerada é realmente uma pessoa que necessita de um tratamento mais intenso” (PRONTUÁRIO, Hospital Dia, 1997).

Já em relação ao número de internamentos dos pacientes registrados no Hospital Dia, vejamos a tabela abaixo.

Tabela 10: Internações.

<b>Nº de internações</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Total</b>
<b>1ª vez</b>	4	7	17	1	4	2	35
<b>2ª vez</b>	8	3	3	2	2	-	18
<b>3ª vez</b>	-	2	1	1	-	-	4
<b>4ª vez (ou mais)</b>	-	-	-	-	-	1	1
<b>Total geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

Apesar de que os jovens com transtornos mentais são a maioria dos internos no Hospital Dia, o número de internações dos pacientes na maior parte das vezes fica na primeira internação não havendo uma recaída. Isto talvez se deva pelo fato de que o tratamento ofertado repercute de maneira satisfatória para o paciente, onde de fato é trabalhado com eles

a questão da reinserção social e da relação familiar. Na tabela abaixo podemos verificar este quantitativo.

Tabela 11: Relacionamentos familiares

<b>Relacionamento Familiar</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2001</b>	<b>Total</b>
<b>Bom</b>	5	-	3	-	2	-	10
<b>Regular</b>	6	9	14	4	4	3	40
<b>Ruim</b>	1	3	4	-	-	-	8
<b>Total geral</b>	12	12	21	4	6	3	58

Sobre o relacionamento familiar o interno geralmente possui uma interação regular com os mesmos, por meio dos dados distribuídos na tabela, percebe-se que na maior parte os internos se relacionam satisfatoriamente com suas famílias, esse tipo de interação familiar com certeza ajuda e muito na recuperação do paciente, talvez por esta razão o número de recaídas e internações é bem menor. É um misto de competência profissional e da participação familiar no tratamento.

Os números explanados por meio das tabelas nos faz entender que os problemas sociais e familiares são unânimes nos relatos dos pacientes. E que a participação familiar é de suma importância para um resultado satisfatório no tratamento do paciente. Antes de tudo o interno precisa aceitar a doença e a ajuda de profissionais capacitados para o exercício do cuidar.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente trabalho proporcionou verificar que os conceitos referentes à loucura e alienação mental foram observados pelos sujeitos de diferentes temporalidades históricas (exceto na antiguidade) como sendo uma manifestação maligna no indivíduo, ocasionando, portanto, em exclusão social desde os tempos mais remotos. Já em relação aos conceitos observados pelos familiares e cidadãos picoenses na contemporaneidade, os mesmos ainda possuem uma visão estereotipada a respeito do que consideram ser uma pessoa em sofrimento mental, ambos considerando-os sujeitos perigosos, inconscientes e sem juízo. Mesmo depois da extinção dos manicômios, esses pré-conceitos continuam acarretando em abandono e exclusão social daquele que está acometido por um sofrimento psíquico, que pelo olhar dos profissionais da saúde mental esse transtorno nada mais é que uma doença, não passível de cura, mas, passível de controle, podendo dessa forma o doente mental ter uma vida plena e normal em meio à sociedade.

Pôde-se concluir também que os movimentos de luta anti-manicomial propiciaram uma condição mais digna de tratamento aos sujeitos tidos por “loucos”, e mudanças no modo de ver e tratar o doente mental (se não pela sociedade, mas ao menos pelos profissionais que o tratam). A reforma psiquiátrica permitiu que esses sujeitos adquirissem sua liberdade de ir e vir, proporcionando uma reinserção social. Com base nesses movimentos surgiram novas instituições de recolhimento baseadas em um tratamento inovador a partir de terapias ocupacionais que possibilitou distrair e motivar o paciente a produzir e elevar sua autoestima.

Através das análises dos prontuários do Hospital Dia de Picos pôde-se perceber por meio dos relatos dos profissionais de saúde da referida instituição que as maiores inquietações dos pacientes estavam relacionadas às questões sociais e familiares. Em maior instância pôde-se notar os problemas sociais e econômicos como o grau de escolaridade e as profissões da maioria dos internos, ambos relatados em um baixo nível, sendo a maioria representada por aqueles que possuíam o ensino fundamental menor (do 1º ao 5º) e aqueles que não possuíam nenhum grau de instrução (analfabetos) e pelas profissões de doméstica e agricultor.

Por meio dessa pesquisa notou-se um índice elevado de pessoas em situação de extrema pobreza internados no Hospital Dia. Boa parte deles representado pelo gênero feminino. Notou-se também que há uma maior incidência de casos de transtornos mentais em pessoas jovens entre 10 e 29 anos, este fator sem dúvida interrompe a escolaridade e a inserção desse sujeito ao mundo do trabalho o que acaba gerando problemas psicóticos no mesmo, limitando dessa forma as relações sociais e familiares bem sucedidas.

Através das análises pôde-se compreender também um alto índice de problemas afetivos relacionados a uniões estáveis mal resolvidas. Desse modo, ainda existem possibilidades de elaboração de trabalhos que contemplem esse fator.

Enfim, é notório perceber que uma pessoa acometida por um transtorno mental ainda é mal vista pela sociedade e que dela é arrancada qualquer possibilidade de inserção social. Como medida de intervenção é recomendável à conscientização não só das famílias dos pacientes como também da população para que haja um melhor entendimento acerca da doença mental, para fazer com que essas pessoas entendam que é uma doença e que necessita do apoio familiar e da sociedade para que haja uma melhoria em seu quadro. Outro fator recomendável seria principalmente permitir que essas pessoas se inserissem no mundo do trabalho para que eles possam se envolver e sentir-se útil e capaz de atuar na sociedade como um sujeito ativo. Incentivando-os dessa maneira a não abandonar os estudos e conseqüentemente ter melhores condições de vida a partir do trabalho remunerado.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BORBA, Letícia de Oliveira et al. **A família e o portador de doença mental: dinâmica e sua relação familiar**. Artigo publicado na Rev. Esc de Enferm – USP, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde – **Residências Terapêuticas O Que São, Para Que Servem**. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 1ª edição, 2004.
- CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**. Ed. Vozes, Vol. I, Petrópolis, 1998.
- FOUCAULT, Michel. **Historia da loucura na Idade Clássica**, ed. Perspectiva, São Paulo, 1972.
- \_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Ed. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1977.
- FRAYZE, João P. **O que é loucura**. Ed. Brasiliense – 3ª edição, São Paulo, 1984.
- MACHADO, Roberto (et al). **Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**./ Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- OLIVEIRA, Flávia M. **Território da vida – Um recurso para a transformação das relações entre sociedade e loucura**. Dissertação de mestrado apresentada à Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- PEREIRA, Rosemary C. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)**. /Rosemary Corrêa Pereira. Rio de Janeiro : s.n., 2004. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública
- Revista Galileu** - Edição nº160 - Outubro/2004.
- SILVEIRA, LC, BRAGA VAB. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. Ver Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4): 591-5.
- SILVA D.F, SANTANA P.R; **Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática, Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 2010.**
- THOMPSON, Paul. **A voz do passado**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- TORRES, E. H. M, AMARANTE P. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. Artigo apresentado ao Departamento de Administração e Planejamento, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Leopoldo Bulhões, 1.480/7o andar – 21041-210 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

**Identificação do Tipo de Documento**

- ( ) Tese  
( ) Dissertação  
(X) Monografia  
( ) Artigo

Eu, Jayla de Moura Lira,  
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
Lacuna e pobreza: Conceitos e práticas cotidianas  
dos pacientes do Hospital Dia de Picos-PI (1997-2002).  
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 16 de Janeiro de 20 17.

Jayla de Moura Lira  
Assinatura

Jayla de Moura Lira  
Assinatura