

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADE E LETRAS – CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

**AS REPRESENTAÇÕES DA LOUCURA: IMAGENS CONSTRUÍDAS
HISTORICAMENTE E NA ATUALIDADE NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA-BA**

ELIZABETE SAMARA MASCARENHAS ARAÚJO

CACHOEIRA
2014

ELIZABETE SAMARA MASCARENHAS ARAÚJO

**AS REPRESENTAÇÕES DA LOUCURA: IMAGENS CONSTRUÍDAS
HISTORICAMENTE E NA ATUALIDADE NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA-BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social. Orientadora: Prof^a. Ms. Marcela Mary José da Silva.

CACHOEIRA
2014


ELIZABETE SAMARA M. ARAUJO BARRETO


AS REPRESENTAÇÕES DA LOUCURA:

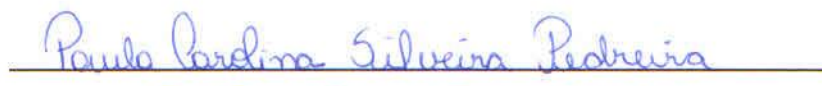
imagens construídas historicamente, e na atualidade no município de Cachoeira-BA.

Cachoeira – BA, aprovada em 19/08/2014.

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª Ms. Marcela Mary José da Silva
(Orientadora – UFRB)


Prof.ª Dr.ª Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Interno – UFRB)


Bel.ª Paula Carolina Silveira Pedreira
(Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

Ao autor da minha vida, Jesus Cristo!

À família sempre presente e amorosa, por bancar meus sonhos e objetivos.
Ao final dessa etapa Mãe e Pai, esse diploma é nosso!!

Às colegas Carol, Karem e Liliam pela atenção e contribuição nas discussões relativas ao tema da loucura. Aos mestres que tive ao longo do curso e especificamente a minha orientadora por bancar minha loucura.

RESUMO

O trabalho monográfico ora apresentado se dispõe em esclarecer basicamente as diversas representações adquiridas pela loucura desde a antiguidade até a modernidade. Até focar-se na conjuntura brasileira, onde se explicitará a questão da loucura enquanto saúde mental e os esforços em torno da valorização da cidadania do indivíduo com transtorno mental. Compreendendo ainda como ocorre o processo de estigmatização destes indivíduos em nossa sociedade. Ao passo que a pesquisa de campo se utilizará desse arcabouço teórico para compreender a imagem que se faz da loucura e do louco a partir do contexto da cidade de Cachoeira, e do estudo de caso de um popular morador acometido pelo transtorno psíquico. Ao final, teremos subsídios para uma análise construída para além dos estigmas e marcada pela relação afetiva que há entre este morador foco da pesquisa e seus conterrâneos.

Palavras chave: Representações – Loucura - Cachoeira

ABSTRACT

The monographic work presented in it has basically to clarify the various representations acquired by madness from antiquity until modernity. To focus on the Brazilian situation, which will be explained the issue of madness as mental health and efforts around the value citizenship of the individual with mental disorder. Understanding how the process of further stigmatization of these individuals in our society occurs. While the field research will use this theoretical framework to understand the image that makes the madness and crazy from the context of the city of Cachoeira, and the case study of a popular resident affected by mental disorders. Finally, we analyze subsidies for built beyond the stigmas and marked by affective relation between resident focus of this research and his countrymen.

Keywords: Representations - Madness - Cachoeira

Sumário

Introdução	6
1. Elucidando a loucura.....	8
1.1. Os olhares sobre a loucura	8
1.2. As diversas representações da loucura em meio ao tempo	11
1.3. As primeiras percepções da loucura no Brasil	23
2. A Saúde Mental no Brasil	28
2.1. A Reforma Psiquiátrica Brasileira	28
2.2. Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.....	33
2.3. A estigmatização do louco	41
3. Os olhares sobre um “maluco-beleza”:	46
3.1. A trajetória metodológica	46
3.2. O protagonista e seu cenário	48
3.3. As imagens construídas	52
4. Notas Conclusivas	60

Introdução

A centralidade deste trabalho se dá em perceber as diferentes formas como a loucura foi concebida historicamente e como ela repercute na realidade brasileira, e em âmbito ainda menor, na cidade de Cachoeira. A partir dos seus moradores, em análise específica ao estudo de caso de um antigo e popular morador, far-se-á uma análise das imagens¹ construídas sobre a loucura. Para tanto, buscamos o resgate histórico do fenômeno da loucura em âmbito internacional, as suas significações ao longo do tempo, bem como a sua configuração em solo brasileiro, abordando a questão da saúde mental em nosso país e as mudanças efetivadas desde a reforma psiquiátrica, percebendo ao final as evidências de uma visão estigmatizada em relação ao indivíduo considerado louco.

Essa percepção inicial e a ambição por informações substanciais relativas a temática foram sendo aguçadas após alguns anos de convívio na cidade de Cachoeira-BA, em constantes interações sociais proporcionadas pelo meio acadêmico e com os moradores do bairro, através dos contatos estabelecidos pelo ambiente de trabalho e nas relações informais, a partir destas pode-se observar a presença numerosa de indivíduos comumente identificados como loucos, chamando a atenção para um indivíduo específico, por conta da sua simpatia e popularidade. Este caso tornou-se foco deste trabalho uma vez que a relação desse indivíduo com os demais moradores cachoeiranos se diferem bastante do que comumente se vê do tratamento dado ao louco em outros lugares.

Essa pesquisa justifica-se basicamente pela identificação pessoal com o tema da saúde mental, o desejo de atuar profissionalmente em meio a essa política. Além da necessidade de entender o tratamento ofertado ao louco no município de Cachoeira e mais especificamente no que se refere às imagens construídas em torno do sujeito dessa pesquisa. Dessa forma, pretende-se desconstruir uma série de mitos que ainda envolvem o fenômeno da loucura na sociedade atual.

¹ Termo que provem do latim *imāgo* e que se refere à figura, representação, semelhança ou aparência de algo.

No primeiro capítulo, “Elucidando a loucura”, se expressa o entendimento da história da loucura em meio ao tempo, elucida a forma com que o preconceito é construído e como ele se perpetua, desde a relação do louco como uma figura “diabólica”, no período medieval, até a contemporaneidade como um indivíduo de alta periculosidade, até alcançar o contexto histórico do Brasil a esse respeito.

O segundo capítulo, intitulado como “A saúde mental no Brasil”, vai tratar especificamente sobre o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, muito importante para as mudanças que hoje se efetivam na área, e em decorrência deste os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, entendendo a partir dos aparatos legais o tratamento a ser prestado à loucura. Fez-se importante ainda, explorar a significação do que vem a ser o estigma, sua relação com a loucura e caminhos para que ele possa ser superado.

No capítulo terceiro, o da pesquisa de campo, explicita-se a trajetória metodológica, o cenário constituído pela cidade de Cachoeira e as informações obtidas a partir do estudo de caso feito com 12 moradores da cidade de Cachoeira e os relatos da história de vida contada pelo próprio sujeito da pesquisa, que aqui recebeu o pseudônimo de André. A partir destas informações se perceberá as imagens construídas sobre a loucura e o protagonista dessa pesquisa.

1. Elucidando a loucura

Neste primeiro capítulo pretende-se dar início ao questionamento sobre o que vem a ser a loucura, sob as duas perspectivas mais comumente discutidas, como sendo a doença mental e o desvio social. Dentro da primeira opção falaremos sobre o viés organicista e o psicofuncional. Ressaltando que a loucura como doença mental é um conceito novo, advindo com a modernidade e criada pela psiquiatria. E no que se refere a perspectiva da loucura como um desvio social, ela é vista sob o prisma antropológico, ou seja, é algo relativo, podendo ser considerado como algo bom ou ruim à depender da sociedade a qual se refere. Dentro das duas posturas observa-se sempre a relação com os padrões de normalidade.

Traremos ainda as questões terminológicas atribuídas ao louco no decorrer do tempo, percebendo as representações² que se deram em torno das diversas nomenclaturas já utilizadas e a nossa intenção em desvendar, mas, jamais estigmatizar.

Feito isso, analisaremos a loucura através dos tempos, observando as influências a qual o fenômeno da loucura foi submetido nesse percurso entre a antiguidade e o período contemporâneo, percebendo as representações que a loucura foi ganhando, desde o divino, livre até a diabolização e aprisionamento. Aproximamo-nos das mudanças alcançadas em nossos dias, percebendo como a religião, a sociedade, as ideologias e o sistema de produção vigente influenciaram no imaginário, no comportamento e no tratamento que se deu à loucura nestes contextos.

Por fim, traremos algumas considerações deste fenômeno em cenário brasileiro, percebendo o momento em que a loucura aqui passa a ser vista, porque,

² Segundo Serge Moscovici, em 1961, as representações sociais se apresentam como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, objetivos e comunicações que lhes concernem.

por quem e as principais medidas que foram tomadas naquele momento em relação aos loucos que por aqui viviam.

1.1. Os olhares sobre a loucura

O que se pretende aqui é clarificar de forma bastante inicial os conceitos mais comuns e gerais existentes atualmente sobre o que vem a ser a loucura, para tanto, utilizamos Frayze Pereira (1984) que expõe duas possibilidades de respostas mais frequentes sobre a questão: Doença mental ou desvio social? A primeira colocação traz a concepção organicista, que tem como base a realidade material, nela há duas perspectivas teóricas modernas sobre a loucura: A de Care Wernicke que afirma a loucura como doenças do cérebro e a de E. Kraepelin, sendo a loucura efeito de um processo orgânico, um distúrbio fisiológico.

[...] o modelo organicista procura uma causa física para a loucura. Evolui da presença dos sais ou de vapores para uma lesão anatômica no cérebro. A cura implica tratamentos físicos, sobretudo farmacológicos. O campo de atuação ou de cura centra-se no encéfalo, enquanto sede do sistema nervoso (CHERUBINI, 1997, P. 03).

Diferente da organicista, têm-se ainda a visão psicofuncional, que apreende a loucura como uma doença mental causada pela alteração interna de suas estruturas, um desvio progressivo de seu desenvolvimento, a doença então só tem sentido em uma personalidade estruturada e se define segundo o grau de perturbações do funcionamento da personalidade, como por exemplo as psicoses e neuroses. Tanto o organicismo quanto o psicofuncionalismo objetivam uma norma de saúde, a primeira significaria o bom funcionamento fisiológico do organismo e a segunda seria a harmonia natural das relações entre funções psíquicas. Assim, a loucura é sempre relativa à uma “normalidade”, “racionalidade” ou “saúde”, conseqüentemente contrapondo-se a estas (PEREIRA, 1958).

Esse conceito da loucura como “doença”, um fato médico, é relativamente novo para nossa civilização ocidental, ela advém dos tempos modernos. A partir do momento em que a “doença mental” passou a ser usada como uma espécie de máscara da loucura. Frayze Pereira (1978), com base em Foucault, disserta sobre a origem do processo de construção da loucura e afirma não ter partido da psiquiatria (criada justamente a partir dela, da loucura, *a posteriori*), mas sim da distância entre razão e não razão, e entre estes há uma dependência e coexistência, uma vez que a razão precisa da loucura pra se manter como razão e vice-versa, e é a partir desse paradoxo que elas se separam, entre homem racional e louco e em meio a eles se pôs o médico, empossado a lidar com essa falta de razão.

É interessante perceber que a doença mental é estabelecida a partir da comparação que o observador faz do mundo e de si, se o que o outro fala não é real, não é possível ao seu mundo ele é louco, mas se o observador acredita nele ele é normal. Nesse sentido Michel Foucault (1972) coloca que: “[...] a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”.

A loucura considerada como um desvio social, estabelece relação com o normal, dessa forma o anormal e o normal coexistem sempre. Portanto, essa é uma visão relativista, sendo assim, trata-se de uma perspectiva antropológica. Desse modo a loucura pode ser considerada como algo bom a depender da sociedade. Frayze (1984) nos dá o exemplo de uma tribo indígena em que o transe, o que poderia ser pra nos um momento de crise do doente mental, é para esta tribo um processo que antecede o vir a ser um chefe. Assim sendo, a loucura é um fenômeno social, pois deve ser interpretado de acordo com a sua época e sociedade. Dessa forma, ao mesmo passo que a cultura relativiza a loucura, podendo ser algo bom ou ruim, também estabelece como absoluto que o desvio existe e será sempre uma forma de afastar-se da norma, ganhando na maioria das sociedades uma conotação negativa, assim sendo, sob os moldes de doença mental ou do desvio social, o que se pode constatar é que a loucura continuará sendo vista como um problema, como fora dos padrões e conseqüentemente será excluída pelo indivíduos considerados normais.

Ao tentarmos enfatizar os dois aspectos da loucura, o biológico e o social, queremos chamar a atenção para não aceitarmos uma visão míope do problema, em que uma perspectiva tente anular a outra. Atentando-nos em perceber a

importante correlação entre as duas perspectivas, até porque, será a partir dela que se desenvolverá as novas práticas de tratamento das doenças psíquicas.

Há uma preocupação em elucidar questões conceituais e históricas provenientes da loucura com a finalidade de conhecer e desmistificar os preconceitos ainda existentes. Bisneto (2011) afirma que, “[...] uma abordagem emancipadora da loucura só é possível pelo reconhecimento de sua dimensão histórica, para além da visão de uma ciência pretensamente positiva como a psiquiatria tradicional” (BISNETO, 2011, p. 37?).

No que tange às nomenclaturas que aqui serão atribuídas aos indivíduos acometidos por algum transtorno mental e comumente denominados de louco, é importante elucidar o fato de a loucura haver possuído ao longo dos séculos uma série de representações sociais, portanto, cabe explicitar e discutir como foram concebidos tais conceitos no decorrer da história, entendendo as particularidades que a envolve e suas variações a depender do contexto social, político e econômico. Como veremos no decorrer desta pesquisa, observando que sempre que uma nomenclatura é empregada de forma negativa ela tem ligação e peso por conta das representações e construções sociais que se deram em torno delas, devido à sua historicidade, cada representação carrega um significado diferente e ecoa diretamente no tratamento ofertado à loucura e conseqüentemente repercutem na construção histórica contemporânea do estigma social sobre a mesma, sendo que esse estigma transporta consigo a construção de uma determinada identidade, conceitos que veremos até o final deste trabalho.

Lembrando que, ao usarmos aqui a palavra louco, alienado e/ou indivíduo com transtorno mental e psíquico, nos reportamos a um determinado contexto, e aqui ele terá, sobretudo, um sentido explicativo e nunca estigmatizador ou marginal. Daqui por diante, veremos historicamente como os termos: loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico, entre outros, foram pensados de maneira variável, a depender do seu espaço temporal e físico. Compreendendo como a loucura vai sendo conceituada em cada período histórico e a influência direta que os espaços e as práticas religiosas e/ou profissionais mantiveram sobre ela. Percebendo as mudanças significativas na forma de se perceber e atuar perante esse fenômeno.

1.2. As diversas representações da loucura em meio ao tempo

Elegemos alguns principais momentos históricos para discutir sobre a loucura, como na Antiguidade quando a loucura esta ligada ao divino, o Período Medieval (XV e XVI), quando a loucura possui liberdade; depois no Renascimento e Era Clássica (XVII a XVIII), momento da grande internação; e por ultimo a Contemporaneidade (pós Revolução Francesa) quando usa-se a psiquiatria para lidar com os loucos, achando na medicalização a solução para o controle da loucura. Essa reflexão em meio ao tempo nos fará identificar o imaginário social relativo ao louco desde tempos remotos ate um período mais próximo ao que vivemos, tornando a discussão mais clara e próxima da realidade atual.

Traremos sempre o período histórico atrelado a representação social da loucura, construída naquele determinado momento. Ressaltando que o conceito de representação social a ser utilizado aqui será baseado em Sêga (2000), o qual afirma que “a representação social é um conhecimento pratico, que dá sentido aos eventos que nos são normais, forja as evidencias da nossa realidade consensual e ajuda a construção social da nossa realidade” (2000, p. 128, *apud*, Moscovici, 1961). Simplificando, a representação social é sempre uma atribuição obtida a partir da sociedade, ela não representa o ideal ou a verdade do objeto, mas o processo pelo qual se estabelece a relação entre o mundo e as coisas.

A representação social da loucura na antiguidade está ligada ao divino, nesse período a loucura foi vista, dentre outros enfoques, sob o viés de um modelo mítico-religioso, segundo o qual o desvario seria um castigo divino deferido ao sujeito em função de ter cometido uma afronta à divindade (ZANELLO e BUKOWITZ, 2011).

Nesse momento ocorre ainda o que Silveira e Braga (2005) denominam de “desrazão valorizada”, uma vez que na Grécia antiga ela já foi considerada até mesmo como 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). Era através dos momentos de delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas. No entanto, Isso não quer dizer que essas pessoas fossem consideradas normais ou iguais, mas eram portadoras de uma desrazão e por isso precisavam serem mantidas numa determinada

distância, para que se pudesse separar o sagrado das experiências terrenas e não como uma forma de preconceito.

Ainda na Grécia Antiga observa-se que na obra dos clássicos já se notavam os casos de loucura, de anormalidades psíquicas e de seres humanos com alguma diferença comportamental em relação aos demais, a exemplo da obra de Homero, onde seus personagens revelam momentos transitórios ou não de insensatez. Seus poemas caracterizam o primeiro modelo teórico da loucura. A etiologia da loucura é, portanto, teológica. Diante da intervenção sobrenatural, que acontece quotidianamente, determinando desejos e até o cometimento de crimes, não há estigma ou remorso para as personagens acometidas de momentos de insensatez. Embora os registros históricos sejam escassos, haviam a adoção de certas medidas contra os loucos, em geral, recomendava-se sua guarda com parentes, de forma que não houvesse a possibilidade de prejudicar a si mesmo ou ao outro. Já aos loucos de difícil controle, reserva-se o encarceramento. E aos loucos criminosos, impunha-se uma guarda mais rígida, prevendo-se, inclusive, a contenção por correntes (CHERUBINI, 1997).

Até aqui observa-se que a autonomia do comportamento humano submetia-se à vontade divina, dessa forma não havia responsabilidade pelos atos cometidos, uma vez que era as forças celestiais que determinava os acontecimentos. Essa relação entre experiência mística e consciência crítica vai prevalecer por muito tempo e, somente no período conhecido como Antiguidade Clássica, vai se dissolver.

No começo da Idade Média a loucura é livre, faz parte do cotidiano, é exaltada e não passa por intervenção médica. Aqui o homem é considerado criatura de Deus e a loucura recebe uma explicação misteriosa. Tendo em vista a influência deixada pelos ensinamentos de Jesus, então, durante algum tempo ainda, a loucura é tratada com tolerância e naturalidade, como um fato corriqueiro, do cotidiano, considerado como normal. Isso se confirma pela participação dos loucos nos acontecimentos sociais (Heidrich, 2007).

Com o passar do tempo e as interpretações errôneas feitas a partir da Bíblia, os membros da Igreja passam a diabolizar a loucura. Os membros da igreja passam a identificar os loucos e atribuir-lhes um tratamento severo, por isso esta instituição foi por muito tempo responsável pela forma cruel com que os loucos considerados possuídos foram submetidos. Intelectuais desta época que tentavam condenar esta

visão acerca dos insanos, eram julgados da mesma forma, mas conseguiram até ocasionar um certo avanço, porém quase que insignificante, pois muito pouco se podia, queria ou fazia pelos insanos.

Da alta Idade Média até o fim das Cruzadas observa-se a presença da lepra, mal temido e vivenciado pela Europa, que foi segregada como forma de impedir o contágio. A lepra era vista como um castigo de Deus para purificar o pecador, então ele era excluído para estar em comunhão com Deus. Com o fim das Cruzadas ocorre o que Foucault (1972) chamou de regressão da lepra, em vários lugares da Europa. Abre-se espaço para outros personagens, submetendo-os a mesma exclusão feita com os leprosos, com a justificativa de separá-los dos homens para aproximá-los de Deus e reintegrá-los a sua espiritualidade.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual (FOUCAULT, 1972, p. 10).

A lepra se esvai gradativamente, contudo, a sua estrutura permanece, nesse local de exclusão agora instala-se a doença venérea que se dissemina rapidamente. Primeiro estes doentes são encaminhadas para os antigos hospitais dos leprosos, mas como a doença se multiplica surge a necessidade de se construir novos espaços marginais para proteger as outras pessoas. Pela exigência do seu tratamento em internamento, a loucura que passa a dividir espaço com ela, também será excluída e marginalizada. Com o tempo a doença venérea será enquadrada junto às outras doenças, deixando estes espaços físicos para a loucura, que terá nesse contexto a mesma visibilidade que foi dada a lepra (*ibid*, 1972).

No transcorrer da Idade Média a atribuição da influência cósmica como causa da loucura é retomada nos séculos XV e XVI. Desta feita, os comportamentos bizarros não são mais desígnios de deuses, mas, sim, do demônio. Com uma

característica singular, não se fala mais da loucura em si. Passa a estar atrelada ao demonismo. Quem faz ou diz coisas estranhas, está possuído pelo demônio. É-se louco, por conta da possessão de demoníaca. O louco passa a ser visto como perigoso, tendo em vista que a possessão demoníaca só ocorre em pessoas em falta. Os bons não são atingidos pelo demônio. Talvez aqui esteja o início da sustentação da periculosidade dos loucos, que mais tarde fundamentará a sua constrição através de medidas de segurança (CHERUBINI, 1997).

Então, vimos inicialmente que as pessoas acometidas de lepra, doença venérea e da loucura representaram neste momento histórico da Idade Média, os excluídos da sociedade, que precisavam com urgência desaparecer da visibilidade das pessoas. E no decorrer desse período acontece o processo de diabolização da loucura. Portanto, visto como portador de uma doença contagiosa ou possesso por espírito maligno, o louco carregará sempre com ele a marca da discriminação e da exclusão a que foi submetido, o que irá influenciar no comportamento vindouro da sociedade.

Na época do Renascimento havia o costume de confinar e transportar os loucos de um lugar para o outro nas chamadas naves dos loucos, assegurando que estes loucos partiriam para longe sem destino certo. Nesse contexto não se tem clareza do que é a loucura, deixando livre a imaginação do homem europeu. Chegou-se a acreditar na loucura como uma espécie de morte, no entanto os seus enigmas passam a atrair a atenção dos homens.

No início da Renascença a arte, revelada através das imagens, abandonam as funções exclusivas de lembrar e ensinar fatos bíblicos e se sobrecarrega de outros significados, surgindo as imagens da loucura. Na literatura e filosofia a loucura recebe um tratamento diferente, nela a loucura expressa a verdade de si mesma, ou seja, suas fraquezas, sonhos e ilusões. Dessa forma a loucura é natural aos seres humanos, acredita-se então que existam diferentes formas de loucura. Aqui ela é compreendida por uma “consciência crítica” (FRAYZE, 1984).

É interessante observar que até final do século XVI a loucura é vista como parte de dentro e não como algo exterior, a qual só o outro poderia obter, na verdade não se havia a certeza de não ser louco. Sabedoria e loucura se aproximavam, a expressão disso está na arte, pintura, literatura, teatro. No decorrer desse século, a loucura é tomada por uma razão dominante e essa razão que irá apontar a loucura como um defeito, uma doença. Ao passo do século XVII a loucura

deixa de ocupar os espaços das naus, para adentrar os espaços fixos dos hospitais. A Europa passa a criar casas de internamento na qual a loucura é detida. Estruturando-a dentro de uma sociedade burguesa em ascensão, voltada para a razão (*ibid*, 1984).

Do Racionalismo à Era Clássica não é apenas uma evolução das instituições, é também uma alteração na consciência da loucura. As construções de casas específicas representam essa consciência. Da prisão à casa de saúde, do cárcere à terapia (FOUCAULT, 1978).

Ate aqui é muito clara a imagem da loucura, enquanto que mais adiante no classicismo ela perde alguns contornos e por isso torna-se mais heterogênea, o que poderia ser visto como mero preconceito, por outro lado tem seu ponto positivo: o juízo de valor se enfraquece e a loucura passa a ser vista de outras formas (*ibid*, 1978).

Na Era Clássica a loucura é excluída não apenas em nível filosófico, mas através das instituições, em 1656 foi fundado o Hospital Geral, de procedência monarca e burguesa, possui uma estrutura semi-jurídica que julga e executa os pobres, não tem caráter médico. A partir de 1676 cada cidade francesa passa a ter um Hospital Geral, na maioria são antigos leprosários reativados.

Essa pratica de internamento dos pobres não tem sentido médico, é um problema de polícia para suprir a mendicância e ociosidades, como casas de trabalho forçado. Também como formas de superar os períodos de crise e desemprego, quando este era alarmante, fora dos tempos de crise essas casas oferecem mãos de obra barata. Seus internos são sempre os pobres e ociosos, considerados como pessoas que não se adequaram ao ritmo da sociedade burguesa.

A sociedade do século XVII isola uma serie de segmentos, os considerados devassos, alquimistas, suicidas, blasfemadores, doentes e etc. Nesse contexto os internamentos funcionam como um meio de separar o “Bem” do “Mal”. Segundo a ordem burguesa esses indivíduos são desordeiros, desvirtuosos, características que se contrapõem a razão. E essa desrazão que fora livre ate a Renascença deixa de ser.

Em meio às interações dos pobres, a loucura passa a ser percebida nesse momento. Esse louco, detido com todos os outros “transgressores” tende a se transformar no imaginário da sociedade. Lembrando que na Idade Média havia uma

personificação mais clara em torno da figura do louco, agora a figura do louco se confunde com todos os outros internos junto a ele. Aqui, a loucura e o mal estão ligados de uma forma ética, diferente de como ocorria na Idade Média e na Renascença, ou seja, aqui ele enlouquece por ultrapassar os limites da moral, portanto enlouquece por sua própria vontade.

A doença mental, que a medicina vai atribuir-se como objeto, se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo, e isto sob o efeito do pensamento político e moral do século XVII (FOUCAULT, p. 147, 1972).

No século XVII inaugura-se uma quantidade bastante razoável de casas de internamento. Muitas pessoas são enviadas para estas instituições. A partir dessas internações pode-se perceber em quais condições a loucura encontra-se e como a sociedade a trata. Nestes locais, os insanos tinham péssimas condições de vida, viviam em condições subumanas, em locais sujos, frios, lotados de gente e sem comida. Para que fosse internado, o insano não dependia da idade, nem do sexo, nem se seu caso fosse curável ou não. Era obrigação dos hospitais dar não apenas atendimento médico aos insanos, mas também ter o direito de decidir por eles e julgá-los, quando necessário. Logo no início, a instância da ordem era ligada ao poder real. Aos poucos, este poder foi concedido à burguesia (CAMARGO, 2003)

Na Europa, o internamento aparece não com a intenção da cura, mas com a finalidade de disciplinar a população de pobres e miseráveis, isto é, para tirá-los da ociosidade e obriga-los a alguma atividade laborativa. Assim, observa-se que esse louco nasce de uma espécie de moralidade moral, ele perturba a ordem social vigente, destoa dos demais e precisa ser afastado. Nessa progressão que o louco passa a ser propriedade do Estado, ele quem determina o seu destino. Em tempos de crise os Hospitais Gerais da Europa, pelo menos os que se sabe, tinham o direito de dar trabalho aos desempregados, e quando não havia crise o trabalho era oferecido aos presos com o intuito de obter mão-de-obra barata e/ou reabsorver os ociosos. Tem-se aqui um modelo de ética burguesa, o hospital geral não possuía um caráter médico, mas meramente moral. Outra forma de exclusão se mostra com o

fato de o louco não poder reger a sua própria vida, nem exercer sua cidadania, uma vez que a direção de suas ações eram sempre orientadas por um tutor.

Ainda na Europa, a Era Clássica tentava esconder as manifestações de desatino, para evitar escândalo e não “contagiar” a sociedade. Por isso, os internamentos, que são autorizados por um juiz e não mais por médicos, contando ainda que aqui a loucura não é doença. Os loucos são animalizados e precisam de proteção, só devem ser domesticados.

Havia a prática de exibir os loucos como sendo forma de fazer com que os lúcidos vissem sua lucidez como uma graça de Deus. Assim, em meio ao século XVIII as pessoas continuam temendo os internamentos, agora pela contaminação que os desatinados poderiam transmitir. O médico é convocado nesse cenário para proteger os outros dos perigos dessas casas de internamento, assim, a medicina corrobora para essa moral instituída.

Em fins do século XVIII a concepção de loucura será determinada pela própria instituição que o detém. E quanto maior a complexidade do meio vivido aumenta a loucura. Nesse sentido, o medo desses focos do mau, as casas de internamento, deram uma nova dimensão a loucura, a do social.

[...] sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das "casas de força"; percebe-se também que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos (FOUCAULT, 1972, p. 55).

Através dessas Workhouses, ou Casas de Trabalho, estabelecidas na Inglaterra a partir do século XVII, que atuavam mediante a Lei dos Pobres e configuravam-se como uma forma de “ajuda” aos pobres, através do alojamento nas casas de trabalho em regime prisional. Elas revelam a dimensão social e econômica da loucura, uma vez que os loucos dividiam o mesmo espaço com outros internos considerados delinquentes e vagabundos, sem que se fizesse a devida distinção entre eles. E é dessa forma também, que a loucura passa a ter uma relação

intrínseca com a pobreza e a incapacidade para o trabalho, a impossibilidade de integrar-se ao grupo,

A esse período denominou-se de classicismo, período em que os loucos estavam internados juntos aos libertinos. Na segunda metade do século XVIII os internos exigem essa separação, não pela dificuldade de relacionamento entre eles, mas porque os não loucos não queriam ser confundidos com um louco. A crise econômica também ira abalar os internamentos, uma vez que eles se mostram incapazes de resolver o problema inicial ao qual foi proposto, o do desemprego.

Fazendo uso da lógica da proporção entre a pobreza e a população, em que quanto menor uma população maior a sua pobreza, tendo em vista que a riqueza é produzida pelo trabalho dos homens, o internamento diminui o mercado de mão-de-obra e somando-se ao fato de estagnar uma parte das rendas, o internamento deixa de ser uma ideia lucrativa. Em suma, essa forma de assistência utilizada na época deixa de ser utilizada uma vez que ela passa a ser vista como a causa do empobrecimento do Estado.

Para inverter essa situação foi preciso colocar os internos para produzirem, sobretudo por conta do período industrial nascente. Dessa forma os pobres são reintroduzidos na sociedade e os inválidos devem agora ser assistidos dentro das famílias. Quanto aos loucos, parte deles continuam presos, no entanto, buscam-se outras alternativas financeiras e domiciliares de internamento, por conta disso muitos voltam ao meio familiar. O fato de o louco continuar sendo visto como um perigo à solta, a medida de proteção tomada é a de penalizar os que deixarem o louco vagar livremente, até que aos poucos cria-se a ideia de casas especificamente para os loucos. Assim sendo:

[...] na época em que doença e pobreza se tornaram pela primeira vez coisas privadas, da esfera apenas dos indivíduos ou das famílias, a loucura, por isso mesmo, exigiu um estatuto público e a definição de um espaço de confinamento que garantisse a sociedade contra seus perigos (FOUCALT, *apud*, FRAYZE, 1984, p. 78).

A partir desse momento as famílias são chamadas ao compartilhamento de uma responsabilidade que anteriormente havia sido administrada pelo Estado. Agora

estas precisarão tomar a iniciativa de internar os seus loucos, caso contrario a responsabilidade pela omissão desse papel caberá a própria família que não tomou as medidas necessárias de isolamento do seu ente, o qual acometido pela loucura não poderá conviver nos mesmos espaços que o indivíduo considerado normal.

No século XVIII, período marcado por movimentos revolucionários burgueses, este homem livre sente-se apto para julgar e distinguir razão da loucura, estabelecendo os limites da ordem e da desordem. Sendo o louco um transgressor, ele precisa ser penalizado, o que se dava normalmente através de escândalo ou castigo público, diferentemente do século passado que internava e escondia o louco. Nesse contexto, a loucura se transforma, ela em si mesma é vista como uma forma de aprisionamento do homem que naturalmente deve ser restrito de sua liberdade.

No contexto da Revolução Francesa (1789-1799), surge uma possibilidade de solução para a condição civil e política dos alienados que não poderiam gozar igualmente dos direitos de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” propostos por essa Revolução, mas que por outro lado também não poderiam contradizer de forma explícita o seu próprio lema, por isso os loucos não poderiam ser simplesmente excluídos. A solução encontrada centrou-se nos asilos, que passam a ser o espaço da cura, da possibilidade de tornarem a razão e da esperança de uma liberdade vindoura. O internamento passa a ser neste contexto a única forma do alienado tornar-se sujeito de direito. E tendo em vista a grande repercussão da Revolução Francesa, estes princípios alienistas são adotados na maior parte do mundo ocidental. Este espaço foi idealizado para ser o espaço de libertação dos alienados, porém eles transformam-se “no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades” (AMARANTES, 1995).

O internamento era decidido por uma jurisprudência, a partir de uma análise médica onde se atestará se o individuo nasceu louco ou não, pois no caso da loucura de nascença de nada adiantará o tratamento, mas se ele foi acometido pela loucura, havia condições de tratar-se. Sendo na Inglaterra, a responsabilidade de internar era do juiz; na França o tribunal que decreta o internamento se o indivíduo cometer delito ou crime. Esses magistrados geralmente não recorriam ao exame médico, mesmo sendo responsabilidade médica internar desde 1603. Esse controle médico é dispensado com o passar dos anos, cabendo a decisão mais precisamente à família, ao rei e/ou a jurisprudência (FOUCALT, 1978).

Esse internamento aqui não representa mais repressão, como em outrora, mas como forma de asilo para conduzir à loucura à razão, nesses espaços a medicina irá encontrar lugar para apropriar-se da loucura com seu objeto de intervenção, atribuindo à loucura o valor de doença.

Frayze (1972) relata dois tipos de asilos existentes nesse período, o modelo de Tuke onde tentava-se reproduzir uma espécie de família para os loucos, eles passam a serem infantilizados, submetidos a castigos e humilhações. Noutro modelo, de Pinel, o louco é constantemente vigiado, subjugado e punido, o que ocorria com a direção do médico, que tem sua autoridade dada por ordem e moral da família burguesa, que se apropria deste saber na pretensão de estabelecer a cura. Essa relação doente-médico começa de forma autoritária e dominadora, mas com o tempo ela é camuflada pelo status existente na competência científica. Ou seja, o médico se apropria da loucura não por puro conhecimento, mas por dominação.

No começo do século XIX é atribuído à loucura um valor psicológico, dessa forma a loucura não tira do homem a sua humanidade, ela é parte da sua subjetividade. Também percebe-se a presença do que se denominou de experiência poética da loucura. E mais adiante a psicanálise, criada por S. Freud concebe a loucura sob um prisma diferente do que se costumava ver. Por fim, a poesia e a psicologia não são bem aceitas pela “consciência crítica” da época, insiste-se na loucura como espaço restrito de intervenção médica (FRAYZER, 1984).

Nesse sentido, pressupomos que há um diálogo entre Psiquiatria e Saúde Mental no que tange aos conceitos de loucura, mas que tal diálogo, em termos não ideológico-institucionais, se tornam rivais à medida que as concepções de humano das duas áreas se afastam, entre o pólo naturalista da Psiquiatria e o pólo das Ciências Humanas e Sociais na Saúde Mental, até quase ao ponto de constituírem “duas culturas diferentes”: uma permeada pela concepção de mundo das ciências naturais, e a outra permeada pela concepção de mundo das ciências humanas, como defende Snow (1995). Dito de outro modo, há entre Psiquiatria e Saúde Mental significativas diferenças, as quais aumentam ou diminuem à medida que algumas concepções se aproximam ou não, conforme ambas as áreas se abastecem de fontes teóricas distintas.

Portanto, o processo histórico que aprisionou a loucura como “doença mental”, tem início quando o homem torna-se passível a observação científica. E o conhecimento da loucura se dá por meio do indivíduo não-louco.

É também no final do século XVIII que nasce a psicologia e é ela que se pretende dizer a verdade sobre a loucura. Emerge aí a figura do especialista, aquele que se acha apto a saber sobre tudo de um determinado assunto.

Na sociedade burguesa nascente, predomina a ideologia racionalista, que faz o homem perder a crença no sagrado para credibilizar somente a ciência, a técnica produtivista. Nesse momento racionalista o lugar da loucura é o da exclusão, o que perdura até a sociedade atual. Portanto, a loucura como patologia e doença mental é uma classificação psiquiátrica, tendo suas causas na hereditariedade ou conflitos afetivos, assim a intervenção médica nestes casos de tratamento serão físico-químicos (eletrochoques, drogas, cirurgias). Mais recentemente a medicina se dividiu entre os que veem a loucura como doença e os que a negam como tal.

No entanto, o caráter opressor da instituição psiquiátrica não advém apenas dos procedimentos práticos que emprega, nem será anulado pela humanização desses procedimentos. Ele decorre, em primeiro lugar, de a Psiquiatria ter sido instituída em determinado momento histórico como saber sobre a loucura (FRAYZER p. 97).

É preciso ressaltar que a avaliação da racionalidade se dá no âmbito da moralidade, o que é uma construção social, para tanto há um padrão de normalidade para trabalhar, conviver, casar e etc. E o fato de a psiquiatria ter se voltado recentemente para a prevenção dos desvios, não se trata apenas de corrigir, mas de construir um modelo de indivíduo saudável, com a desculpa de detectar a “doença” antes que ela aconteça, o que vem a ser uma forma de dominação. Assim, as vozes da loucura vão sendo silenciadas e a loucura continua aprisionada, não mais por grades de ferro como no Renascimento, mas de palavras, o veredito final do médico. A psiquiatria é também legitimada politicamente, uma vez que a exclusão é social, a sociedade criou seus modelos de normalidade e o desviante é excluído.

Segundo Marcuse (MARCUSE, *apud*, FRAYZE, 1984), pensador contemporâneo, a loucura pode ser vista como uma fuga do indivíduo desta realidade cruel burguesa, para o seu próprio interior. Os que resistem ao

aprisionamento moral instituído por uma determinada sociedade podem vir a ser acusados de “doente mental”.

Frayzer (1984) ainda corrobora afirmando que o louco é excluído por insistir em ser singular. E a necessidade de definição entre patologia ou anormalidade parte da intolerância em deixar coexistir as diferenças. Dessa forma ele explicita a sua negação à ideia de loucura como uma patologia, em detrimento da loucura enquanto uma construção social.

Autores como Bisneto (2011), também compartilham desse juízo, quando se voltam para pesquisas etnográficas que revelam a diversidade de comportamento nas diferentes sociedades, entendendo que o adequado numa sociedade pode não ser em outra. E invalida os diagnósticos de transtornos mentais baseados em padrões de comportamentos sociais em normais ou anormais, contrariando a ideia de doença fisiológica. Nele a loucura passa a ter base social e cultural, não apenas a base biológica.

Afirma ainda que a transformação da loucura em anormalidade e posteriormente em patologia, precisa ser contextualizada para ser compreendida, uma vez que estes discursos estão dimensionados economicamente, politicamente e ideologicamente, e não apenas nos critérios científicos que se intitulam neutros..

1.3. As primeiras percepções da loucura no Brasil

Diante da eminência e importância de uma contextualização geral da loucura em meio ao tempo, é que se fez um resgate histórico deste fenômeno desde a antiguidade, proporcionando uma compreensão mais extensa sobre o tema ao qual queremos nos debruçar, e de agora em diante é conveniente darmos continuidade a partir da história e contextualização que mais se aproxima da nossa realidade e tempo, como o Brasil do século XIX até os dias atuais.

A loucura passa a ser percebida no contexto brasileiro a partir da vinda da família real para o Brasil em 1808, quando o Estado passa a intervir de alguma forma. O que significa dizer que a visão da loucura nesse momento é eminentemente estrangeira e correspondem aos padrões preestabelecidos por Portugal. Juntamente com os portugueses aportam aqui as suas noções de

civilidade, que não mais permitirá que os nossos loucos, pobres, delinquentes e mendigos desfilem nas ruas e nos mesmos espaços que os ditos civilizados.

Quem são estes loucos? As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontrados preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias, são trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar o título de doença mental (AMARANTE, 1995, p.71).

Este é o perfil do louco percebido em solo brasileiro, esta população causa tanto desconforto aos demais que a própria população brasileira em 1830 organiza-se em um movimento para a criação de hospícios, criticando o abandono dos loucos nas ruas, com o lema “*Aos loucos, hospício*” (AMARANTE, 2003).

Em 1841 o imperador decreta a criação do Hospício Pedro II, que só veio a ser inaugurado em 1852. E assim como na Europa a loucura passa ser tratada como doença, fazendo parte do saber médico-psiquiátrico, que desde este período já era criticado pelos maus tratos que impunham a seus pacientes. Sobretudo em 1890 quando o hospício é desvinculado da Santa Casa os médicos sentem-se com maior liberdade para aplicarem os seus métodos de tratamento sem vigilância religiosa que restringia o tratamento ao nível moral (CALDAS E NOBRE, 2012). Amarante (1995) coloca que esse reconhecimento legal da psiquiatria sobre a doença mental por parte do Estado era a grande reivindicação dos alienistas, que creditavam à medicalização e o poder médico como fundamentais para o tratamento dado ao louco no Hospício de Pedro II.

Em finais do século XIX, após a Proclamação da República (1890), o asilo mencionado anteriormente, de Pedro II, passa a ser considerado arcaico em seus moldes, a nova proposta agora em consonância com o ideário liberal dos republicanos é de que a psiquiatria deve partir para atuar no espaço social, objetivando ultrapassar os limites dos muros asilares.

Efetivamente, com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890, o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, passando a denominar-

se Hospital Nacional de Alienados. Logo no mês seguinte é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. No âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América Latina. Denominadas de Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita [...] no Rio de Janeiro, e destinam-se ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino. Logo após serão criadas as Colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio (AMARANTE, 1995, p. 76).

Todas essas iniciativas podem ser vistas como medidas iniciais do processo de reforma psiquiátrica, que elegem as colônias, modelo importado da Belga, para o tratamento que se fará através da relação fraternal com outros indivíduos e do exercício do trabalho, essas são as suas bases fundamentais e entram em concordância com os valores de uma sociedade burguesa emergente. Caldas e Nobre (2012) afirmam que elas servem também como forma até de diminuir os gastos públicos do Estado com estas instituições, como por exemplo, o Juliano Moreira (criado em 1920). Mais adiante ainda houveram outras experiências, conforme explicita Amarante (1995), de reforma psiquiátrica que não obtiveram grandes proporções, impossibilitando até o resgate de sua memória e contribuições, isso por conta do seu caráter marginal, por não adquirir a visibilidade e o financiamento que se esperava por parte do Estado, sobretudo pela oposição exercida por parte do setor privado.

De 1903 temos o Decreto de nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903, o qual reorganiza a Assistência a alienados e sanciona em seu artigo 1º que: “O indivíduo que por moléstia mental congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903). Assim, evidencia-se a forma com que os alienados deviam ser tratados nesse período no Brasil, por meio da contenção e internamento, essa era a medida legal oferecida ao indivíduo que apresentasse comportamento diferente das normas.

Rocha (1989) acrescenta que a psiquiatria nasce no Brasil com a missão de resguardar o resto da população dos exageros que poderiam ser cometidos pelos loucos, como uma forma de garantir a segurança dos demais. Para ele a psiquiatria é quem inaugura essa forma de tratamento dada aos loucos, o enclausuramento, a

dominação e submissão. Estes lugares de clausura eram chamados de hospitais psiquiátricos, asilos, manicômios e hospícios.

Acrescenta-se a essa discussão a análise de Caldas e Nobre (2012), quando afirmam que essa associação da psiquiatria com a loucura e do hospício como meio natural do louco, foi algo construído historicamente. E dessa forma de tratamento observamos que ao invés de prepararmos o indivíduo com transtorno para a vida cotidiana, agrava-se o seu estado psíquico, físico e social.

Nesse período a assistência psiquiátrica pública no Brasil centrou-se simplesmente na construção e reforma de leitos psiquiátricos. A partir de 1930 surgem novos hospícios com estruturação diferenciada das anteriores, separando e agrupando seus loucos por critérios de comportamento, poder aquisitivo e sexo. Inaugura-se a nova era dos eletrochoques, na década de 40 o asilamento torna-se ainda mais frequente, em 1950 têm-se novas formas de terapias (eletroconvulsoterapias, psicocirurgias e os psicofármacos), que segundo Amarante (2003) tenderam a agravar o estado mental dos pacientes.

A psiquiatria torna-se ainda mais forte e o asilamento mais frequente, ao passo que a medicalização passa a ser muito comum, e não somente por conta da orientação médica, mas sobretudo, pela propagação de seus supostos benefícios pela pressão da propaganda industrial, estes fármacos também foram recorrente nos manicômios como método para a internação e permanência os enfermos, para torna-los receptivos ao tratamento (AMARANTE, 1995).

Após a Segunda Guerra Mundial, o tratamento oferecido dentro dos manicômios passa a ser questionado, isso porque este momento influenciou a comparação destas instituições com os campos de concentração nazista, que passa a ser criticado pela sociedade, que passa a incentivar novas formas de relação e movimentos que busquem uma nova organização dos asilos.

Na década de 60 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). E o Estado passa a contratar do setor privado os serviços psiquiátricos, dessa forma a saúde mental torna-se algo lucrativo para os empresários, passando a ser objeto de lucro e mercadoria. Aumenta-se o número de vagas e internamento em hospitais psiquiátricos privados. Essa privatização atrapalha as alternativas não manicomialis, que tentam superar os asilos, mas esbarram nos empecilhos e resistências postas pelos empresários e seus representantes no aparelho do Estado. Ocorre então uma crise que impulsiona o Estado a adotar medidas que discipline o setor privado e

reorganize o setor público para que assuma a assistência pública, ocasionando medidas e iniciativas como o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), as Ações Integradas em Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda vigente. Estas iniciativas tendem a motivar a participação democrática da sociedade civil, dos técnicos em saúde, dos usuários e seus familiares a buscarem possibilidades e condições de intervenção e criação da assistência no serviço público, que até então não acontecia (AMARANTES, 1995).

Desde então, iniciam-se os movimentos de reforma dos hospitais psiquiátricos, podendo citar alguns, como o movimento das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e EUA, bem como a Psicoterapia Institucional, na França. Outras experiências surgem com novas propostas, representadas pelos movimentos de Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos mesmos países citados. Com uma proposta bastante diferente das anteriores, na década de 60, destacam-se duas propostas relativamente mais radicais por questionar diretamente a psiquiatria propriamente dita, sendo elas: a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, tendo como proposta a ruptura com o modelo manicomial. O modelo de psiquiatria democrática italiana, liderado por Franco Basaglia na década de 60, rompeu com o saber e a prática psiquiátrica, ou seja, criticou severamente a dominação da medicina sobre a loucura (CALDAS E NOBRE, 2012).

Estas experiências de reforma psiquiátrica no âmbito internacional são importantes para nossa análise uma vez que estes influenciaram bastante o cenário brasileiro, principalmente a última experiência de reforma psiquiátrica democrática italiana, que incide diretamente sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira na década de 70, até mesmo com a participação de Franco Basaglia em congressos brasileiros.

2. A Saúde Mental no Brasil

Nesse capítulo cuidaremos de nos aprofundar no fenômeno da loucura a partir da sua configuração nos moldes brasileiros, como iniciado no final do capítulo anterior quando abordamos o primeiro momento em que a loucura passa a ser percebida no Brasil ainda sob uma perspectiva estrangeira, e como desde então a questão passou a ser tratada. Atualmente, a loucura é percebida enquanto uma questão que precisa de atenção e tratamento, nesse sentido ela configura-se como saúde mental e para nos aprofundarmos nessa temática é importante remontarmos um pouco da sua trajetória, nela se evidenciará a importância da Reforma Psiquiátrica, enquanto um movimento que efetivou medidas que se opunham completamente ao modelo anterior de asilos, hospícios e hospitais, para uma forma nova de valorização da cidadania do louco, reivindicando seus direitos mediante o Estado e respeito de uma sociedade que até então o marginalizava. Chamando a atenção da sociedade para a formulação e construção de políticas e aparatos legais que subsidiasse as referidas mudanças. E foi através das muitas manifestações organizadas pela classe trabalhadora, pelos próprios usuários dos antigos serviços, os loucos e por seus familiares, que podemos hoje usufruir dos serviços substitutivos oferecidos a população que dela necessita. Corroboramos ainda com a discussão a respeito da desvalorização da pessoa com transtornos mental, decorrente do estigma reproduzido ao longo dos séculos, acreditando na sua superação uma vez que caminhamos em direção da cidadania e as bases legais.

2.1. A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Antes mesmo de começarmos a contextualizar o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil da forma como ela foi difundida convencionalmente, entre as décadas de 70 e 80, vale destacar que movimentos questionadores a forma como a loucura era tratada no país já existiam, porém não foram considerados marcos do processo pela reforma na psiquiatria, pois não dispuseram de ações transformadoras das práticas de tratamento ofertado à loucura.

[...] as iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, visando agora dar orientação científica aos estabelecimentos especializados. Na virada do século XX, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas. Também a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas deu-se como um 'desafio reformista, e o 'fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos 60 e os 70 é outra iniciativa do reformismo no campo da saúde mental no Brasil (DELGADO, 1992 *apud*, TENÓRIO, 2002).

Portanto, cabe questionar porque esse período não configura-se de fato como parte da Reforma Psiquiátrica propriamente dita? Nesse ponto Tenório (2002) afirma que anterior a 1970 as críticas incidem ao sistema asilar vigente, porém de forma a reformá-los, aperfeiçoá-los e humanizá-los, continuando debaixo da normatização e controle da psiquiatria. Após esse período a incidência dessa discussão se dá, sobretudo, pelo viés da restauração democrática e valorização da cidadania do sujeito, o que não poderá ocorrer atrás das grades das instituições asilares.

É a partir dessa diferenciação essencial que se configuraram as características principais do processo de Reforma Psiquiátrica que veremos na sequência. Ressaltando que aqui consideraremos a reforma psiquiátrica como sendo:

[...] o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica conjuntural ao saber e as instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91)

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se dá posterior ao "movimento sanitário", nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na

disponibilização dos serviços, e participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de novas metodologias e tecnologias para o cuidado. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A eclosão do movimento de reforma psiquiátrica brasileira ocasiona-se por meio do processo de crise, na qual encontrava-se a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, no Rio de Janeiro. Este órgão era o responsável por formular e implementar as políticas de saúde. Porém, encontrava-se em desfavoráveis condições de trabalho, onde seus trabalhadores e estagiários eram submetidos à precariedade e até ao extremo de agressões físicas sofridas institucionalmente. Estes funcionários iniciam uma grande greve dentro dos hospitais psiquiátricos e recebem o apoio das forças sociais democráticas, que eram oposição ao regime militar. Os anos entre 1970 e 1980 configuram-se como um período de grande fomento das discussões sobre a saúde mental brasileira, com vários encontros e congressos na área com a finalidade de discutir as melhorias de condições de trabalho dos profissionais e das condições do tratamento dado aos pacientes nos hospitais psiquiátricos. É nesse contexto, no fim da década de 70, que surgem núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, constituindo o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (CALDAS E NOBRE, 2012).

Em 1986, na cidade de Brasília, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde e, pela primeira vez na história dessa conferência, foi aberta ao público, tendo um caráter de consulta e participação social. Uma nova concepção de saúde é formatada no evento, colocando a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Ocorreram ainda, vários encontros preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em 1987 os quais recomendam a priorização de investimentos nos serviços extra hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. No final de 1987 realiza-se o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Nesse congresso amplia-se o sentido político-conceitual acerca do antimanicomial. Estes eventos contam também com a participação de usuários,

familiares, sindicalistas e profissionais (MESQUITA, NOVELLINO, CAVALCANTI, 2010).

Na década de 90 temos a Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, levou em consideração a estratégia da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde de que todos os países deveriam atingir a meta de saúde para todos até no ano de 2000. Tal posicionamento contribuiu para que o Brasil pudesse desenvolver legislações específicas em saúde mental – redes assistenciais substitutivas ao modelo manicomial que foram sendo incorporadas ao SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Através da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), onde foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, dando subsídios para criação de legislações em saúde mental. Um ano depois da constituição federal, temos dois eventos importantes: o fechamento da clínica psiquiátrica Anchieta na cidade de Santos em São Paulo e também a construção do projeto de lei nº 3.657, conhecida também como lei Paulo Delgado devido ao nome de seu idealizador. A referida lei propunha reduzir a oferta de leitos psiquiátricos financiados com verbas públicas, redirecionar essas verbas e fazer novos investimentos em serviços substitutivos que não exigissem a internação e quando as intenções e se estas fossem feitas, obrigatoriamente deveriam considerar a vontade do paciente em querer ou não ser internado (SPÍNOLA, 2013). Após muitos anos em tramitação ela não é aprovada, porém é reconhecida como o primeiro aparato legal na área de saúde mental, uma vez que ela proporcionou a criação de outras medidas e incentivou a criação da lei federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que fora aprovada e visa a proteção e a garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais trazendo novos rumos ao campo da saúde mental no país. Afirma como direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem

insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º [...] (BRASIL, 2001).

Portanto, essa lei assegura a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, amparando legalmente a sociedade para receber e cuidar melhor dos indivíduos acometidos por algum tipo de transtorno mental. Tornando ilegal o tratamento que até então era dado explicitamente dentro dos asilos, manicômios, sanatórios .

Contudo, Bezerra Jr. (1996) ressalta que a reforma não pode ignorar o problema das clínicas, pois até certa medida ela deverá operar dentro das mesmas, tendo em vista que as clínicas são os principais recursos históricos socialmente construídos para lidar com a loucura em nossa sociedade, isso é o que afirma uma vertente da reforma, já a outra de autoria de Lancetti (1989), diz que uma prática eminentemente transformadora deverá superar completamente o paradigma das clínicas. Contudo, conclui-se que as duas vertentes podem sobreviver juntas de forma a se complementar.

E gradativamente a Reforma Psiquiátrica no país vai se consolidando, através dos esforços de profissionais da área de saúde e do serviço social, dos trabalhadores, dos usuários dos serviços da saúde mental e de seus familiares, que a concepção de uma sociedade sem manicômios que aparentemente poderia parecer utópica vai tornando-se possível. Sobretudo após a referida legislação, conhecida como a Lei Paulo Delgado – que prevê a extinção progressiva dos manicômios, além de outros direitos aos portadores de transtornos.

Em consonância com as transformações supracitadas, vê-se inaugurar uma nova forma de discutir a loucura e a doença mental como uma questão agora de saúde mental, que não se restringe apenas ao campo da psiquiatria, mas que abarca a competência de outros profissionais como o assistente social, o psicólogo, o terapeuta ocupacional e outros em participação no tratamento que se pretende ofertar ao indivíduo, quanto a isso retiramos de Tenório (2011) que:

O lugar estratégico que a expressão “saúde mental” ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais. Do mesmo modo, a ideia de uma ação comunitária, igualmente cara à reforma, exige atenção permanente aos riscos de psiquiatrização e normalização do social. Nesse aspecto, a diferença recai sobre a concepção do que é a doença mental (ou a experiência da loucura) e do que é o tratar em psiquiatria (ou o que visamos em nossa prática junto aos loucos). Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social (e não o asilo de reclusão) (TENÓRIO, 2001, p.31).

Aqui se elucida a noção de saúde mental, e do tratamento dado ao louco em parceria com a comunidade, opondo-se ao manicômio e a segregação, como proposta motivada pela reforma psiquiátrica e suas legislações que se efetiva a partir dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Referência em Saúde Mental, Residências Terapêuticas e tantas outras, todas de cunho substitutivo aos manicômios.

2.2. Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico

Para uma melhor compreensão acerca do que de fato significou o processo de substituição dos manicômios pelo hospitais psiquiátricos fez necessário a compreensão de Amarante (1996) a respeito das três importantes formas de desinstitucionalização comumente discutidas, sendo: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução. A compreensão e distinção que se fará sobre cada um destes processos irá determinar a forma de lidar, seja no âmbito da prática ou da teoria da desinstitucionalização. Esta enquanto desospitalização surge

nos Estados Unidos, no governo Kennedy, seus princípios e medidas adotadas são basicamente de desospitalização, aqui o hospital psiquiátrico não é questionado, seu objetivo está voltado para a redução dos custos da assistência para os cofres públicos, pouco importando com a transformação da natureza da assistência.

Há ainda o entendimento de alguns setores à desinstitucionalização como forma de desassistência, de abandono dos pacientes, pensamento destoante da real proposta da reforma, neste enquadram-se os segmentos conservadores resistentes às ideias de direitos a grupos minoritários. No que se refere a interpretação como desassistência por parte dos conservadores é possível analisar que estes não veem eficácia em um tratamento à loucura para além da medicação, não compreendendo a proposta dos defensores do movimento que entendem as crises como um momento pontual da doença, que o medicamento é necessário mas não durante todo o processo do tratamento e que a extinção dos manicômios e leitos psiquiátricos devem acontecer de forma gradativa e pactuada para que os usuários sejam de fato assistidos e tenham os seus direitos sociais por muito tempo violados, garantidos.

Há também a análise da desinstitucionalização como desconstrução, ela critica epistemologicamente o saber médico constituinte da psiquiatria, esta tendência é adotada pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileira e identifica-se com a trajetória da Itália. É criticada por um grupo que tem interesses econômicos em jogo e opõe-se à desinstitucionalização por conta das desvantagens de terem as suas instituições de asilares privadas destituídas legalmente e fechadas.

Dentro do histórico da reforma psiquiátrica inicia-se em 1992 a implantação da rede extra-hospitalar de atenção aos pacientes com transtorno mental, ao que também chamamos de serviços substitutivos aos leitos psiquiátricos em detrimento de uma rede integrada de atenção a saúde mental. Impulsionados pelos movimentos sociais e pelo projeto de Lei Paulo Delgado, as leis específicas que regulamentam essas instituições começam a receber aprovação do Poder Executivo, como a já mencionada Lei 10.216. A partir do compromisso firmado pelo Brasil na assinatura de Declaração de Caracas e pela II Conferência Nacional de Saúde Mental começa gradativamente a implantação dos primeiros serviços de atenção diária, como as Residências Terapêuticas, os CAPS, Programas como o De Volta Pra Casa, os Centros de Convivência e Cultura.

Evidenciam-se as ações das três esferas do e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. São criadas linhas de financiamentos pelo Ministério da Saúde para manter os serviços substitutivos. E a rede de atenção diária à saúde mental se expande alcançando as regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente, como se explicita na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (2005).

Essas medidas tornam-se política pública no Brasil e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais.

Na discussão sobre os serviços substitutivos, antes mesmo de cita-los especificamente, podemos trazer o posicionamento do Serviço Social, uma vez que estes serviços se incluem no campo da atenção psicossocial e ele constitui-se em espaço sócio ocupacional do assistente social, posto que ali se expressa a questão social — objeto de trabalho do Serviço Social. Assim, não podemos privar o campo da saúde mental das riquezas do saber próprio do Serviço Social. Saliendo ainda que, o Código de Ética Profissional do Assistente Social fundamenta-se nos princípios de liberdade, emancipação humana, defesa dos direitos humanos, democracia, equidade, justiça e erradicação dos preconceitos, princípios estes que estão intrinsecamente ligados a reforma psiquiátrica.

Essa classe profissional entende que a necessidade de se manter uma permanente análise crítica da política de saúde mental e sua articulação com o projeto da Reforma Sanitária e os princípios inscritos no SUS, porque, para ser substitutivo, o acesso ao serviço tem que ser universal. Sendo um número reduzido desses serviços e sua distribuição desigual entre as regiões, essas medidas estarão longe de condenar à extinção o hospital psiquiátrico. Para ser integral, além de funcionar 24 horas, os serviços devem estar abertos à pluralidade de saberes na sua condução; para ser equânime, teremos que estreitar a relação com a política e equipamentos de saúde em geral de forma a sustentar a oferta de serviços de atenção básica em saúde mental (Robaiiana, 2010).

Como um dos exemplos de serviços substitutivos podemos explicar sobre as residências terapêuticas, estas tornam-se uma realidade através das prerrogativas

do Sistema Único de Saúde – SUS, compondo a política de saúde mental do Ministério da Saúde para a superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, os serviços residenciais terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, com a finalidade de atender às necessidades de habitação das pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Sendo essenciais para garantir o direito à moradia e auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos. Elas devem acolher, no máximo, oito moradores, um cuidador é designado para dar apoio no que se refere às tarefas, dilemas e conflitos diários comuns ao fato de morar com outros indivíduos, contudo, orientando para o estabelecimento da autonomia do usuário. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território. Este processo de implantação e expansão é recente em nosso país e conta hoje com 357 serviços em funcionamento, com aproximadamente 2.850 moradores (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Na prática o que se pode constatar é que os municípios de pequeno porte ainda não foram contemplados com os serviços de residências terapêuticas, dessa forma vemos a dificuldade de acesso que ainda existe em relação a estas. Por outro lado ainda cabe questionarmos a implantação deste serviço, uma vez que a comunidade em seu entorno precisa estar também preparada para recebê-la, de forma que essas casas não se tornem uma forma de isolar ou superproteger os seus usuários com transtornos, mas que haja uma preparação da comunidade para que ela possa acolher essas diferenças.

Os CAPS, Centro de Assistência Psicossocial, configuram-se como um modelo bastante difundido de serviço substitutivo, sendo instituições dedicadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração junto a sociedade e a família, de forma a incentivar estes indivíduos na busca por sua autonomia, proporcionando-os atendimento médico, social e psicológico. Prestando atendimento clínico diário, de forma a evitar as internações em hospitais psiquiátricos como ocorria anterior a Reforma. Esta instituição é atualmente

regulamentada pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integra a rede do Sistema Único de Saúde–SUS.

Os CAPS devem assumir o papel de direcionar as políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família. O objetivo dos CAPS é dispor de atendimento à população situada em sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e reinserindo socialmente os seus usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Dessa forma, seus serviços devem substituir às internações em hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Quanto a CAPS é válido fazer alguns questionamentos no que diz respeito as condicionalidades impostas para a implantação do serviço em determinados municípios, é contraditório assegurar o direito do tratamento a saúde mental para quem dele necessitar e condicionar o acesso ao serviço à quantidade de habitantes por município, seria por tanto uma forma de limitar o acesso de muitos, já que existem municípios de pequeno porte que não atendem ao critério populacional e detêm uma demanda considerável, talvez fosse mais eficaz utilizar critérios para além da quantidade de habitantes.

Estes centros devem atuar com participação de pacientes, familiares e da comunidade em torno do portador de transtorno mental, uma vez que a finalidade desta instituição é promover reabilitação psicossocial e permanência dos indivíduos em seu território. Funcionando como um espaço de trocas de experiências e vivências com vistas a uma menor dependência institucional, fortalecendo a capacidade dos pacientes gerirem a própria vida, com participação da família.

Pode-se inferir aqui a necessidade de capacitação dos profissionais executantes dos serviços oferecidos nos CAPS, uma vez que estes devem estimular os seus pacientes intelectivamente para que eles descubram sua capacidade em gerir a própria vida. Também é necessária uma maior visibilidade a questão da loucura na comunidade, mostrando que o transtorno mental esta dentro da nossa realidade, uma vez que a proposta de desinstitucionalização muitas vezes não funcionam pois os usuários ficam presos a instituição, isso se dá por conta dos medicamentos que devem ser prescritos e pelos benefícios e recursos que

dependem do número de usuários participantes. Portanto, a atenção deve ser redobrada nesse sentido, pois a ideia é justamente a de desinstitucionalizar, incentivar o indivíduo e a sua família quanto a importância da socialização do paciente, assim como a participação familiar nesse processo, dessa forma a comunidade também deve ser chamada a discutir e entender sobre os serviços.

Tratando essa questão em termos numéricos, obtivemos dados expostos pela Secretaria de Saúde do Governo da Bahia, o estado possui cerca de 15 milhões de pessoas, distribuídas em 417 municípios, reconhece-se a grande expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Atualmente, conta-se com 193 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite. Vale ressaltar que a rede de saúde mental não se resume aos CAPS. A publicação da portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, instituiu a rede de atenção psicossocial (RAPS), a qual deve contar com ações de saúde mental na atenção básica, nos serviços residenciais terapêuticos (SRT), nos leitos de psiquiatria e de desintoxicação em hospitais gerais, nos ambulatórios de saúde mental, bem como com Programa de Volta para Casa, Centros de Convivência e Cultura, cooperativas e associações de produção, controle social, bem como as conexões desta rede com outras políticas públicas.

O Programa de Volta para Casa é um instrumento de reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, uma vez que elas possibilitam que estes pacientes possam praticar a sua autonomia e exercer a sua cidadania. Criado pela lei federal 10.708, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais) aos seus beneficiários. Para recebe-lo, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social. Ele também possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, potencializando sua emancipação e autonomia (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Contudo, este programa não se dá sem dificuldades, ele enfrenta uma situação paradigmática, produzida por um longo processo de exclusão social. A grande maioria dos potenciais beneficiários não possuem ao menos a documentação pessoal mínima para o cadastramento no Programa, além da ausência de instrumentos mínimos para o exercício da cidadania, advindas do funcionamento precário, típico das instituições as quais estiveram internadas.

Os Centros de Convivência e Cultura, são dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os Centros de Convivência e Cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura. Assim, a clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, mas não exclusivamente, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Alguns Centros vêm funcionando como importantes incubadoras de experiências de geração de renda. Como pré-requisito para sua ação ele deve estar articulado aos demais serviços, por isso sua implementação ganha sentido apenas naquelas localidades onde a rede SUS substitutiva de atenção à saúde mental conta com cobertura adequada, especialmente de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Vimos que não estamos falando de fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, se preferirem) e abandonar as pessoas em suas famílias, muito menos nas ruas. Vimos que não estamos falando em fechar leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado (aliás, em princípio, a rede de novos serviços e cuidados tende a requerer maior investimento não apenas técnico e social, mas também financeiro). Estamos falando

em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata (AMARANTE, 2005, P. 496).

Nesse sentido, comprovamos que a desinstitucionalização não foi feita em detrimento da redução de custos, pois como vimos, não alcançaria essa função. Também vai além da prescrição de remédios ou de terapias, ela cria possibilidades concretas para a reinserção social, uma vez que o tratamento se dá extra muros e possibilita a socialização do paciente. Disponibiliza recursos concretos para o exercício da sua autonomia e cidadania, tendo liberdade para criar as suas próprias formas de liberdade. Este indivíduo torna-se efetivamente um cidadão de direito e deixa de ser um mero objeto do saber psiquiátrico.

Assim, a desinstitucionalização cria as formas concretas de efetivação dos direitos conquistados por meio da reforma psiquiátrica, é sobretudo um processo ético de reconhecimento do doente mental como um sujeito de direito, tornando ilegal a prática de aprisionamento. Dessa forma, ela convoca a comunidade a participar desse processo e não oculta o louco, nem a loucura, essa questão passa a ser foco de constantes intervenções. Além desses pressupostos vistos, o êxito da reforma psiquiátrica se efetivará também por meio da sociedade brasileira que precisará aprender a conviver com os seus diferentes, com as minorias, ou seja, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 2005).

No entanto, a participação ativa de uma sociedade equânime, como forma de fortalecer as conquistas advindas desta reforma, ainda não configura-se numa realidade, mesmo com o fechamento dos vários manicômios e a ilegalidade da sua atuação que corrobora gradativamente para sua total extinção, presenciamos em nosso tempo que, outras formas cruéis de exclusão e aprisionamento se impõem e amedrontam. E mesmo com suas constantes críticas ao modelo de internação, Foucault não se põe defasado nessa discussão, uma vez que “[...] ele foi um dos primeiros a entender que o modelo concentracionário, o das instituições totais, dos espaços fechados, no seu desaparecimento progressivo, estavam dando lugar a outro dispositivo muito mais sutil, invisível, ágil e poderoso” (FOUCAULT, apud, PELBART, 1993)

Nesse ponto ressaltamos a importância da participação da sociedade. Segundo o Ministério do Desenvolvimento social, o controle social é a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da administração pública no acompanhamento das políticas, um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania. Esse controle ocorre por meio dos Conselhos, sejam eles municipais, estaduais ou federais, no entanto, o que ocorre no caso da saúde mental é a ausência desses mecanismos de controle, tornando deficiente a participação da população de forma geral, dos usuários dos serviços e seus familiares, isso impede a expansão e qualificação dos serviços prestados em saúde mental.

2.3. A estigmatização do louco

Mediante o entendimento da história da loucura, desde a relação do louco como uma figura diabólica, no período medieval, até a contemporaneidade como um indivíduo de alta periculosidade, observa-se o surgimento do preconceito e do estigma da pessoa portadora de transtorno mental e a forma como ele vem permeando a nossa sociedade até os dias atuais. E Diante de todas as inferências relativas ao fenômeno da loucura no Brasil, desde o momento em que ela começa a ser percebida, até os dias atuais em que a discussão ganha o status de saúde mental, tornando-se pauta de debates no âmbito político e social, tema recorrente na sociedade e campo reconhecido de necessárias intervenções. Evidencia-se a necessidade de uma análise final mais específica sobre a dinâmica social entre os indivíduos considerados loucos e os não loucos, “os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão [...] chamados de normais” (GOFFMAN, 1964). Investigando como essas relações se processam e como o estigma ao portador de transtorno mental se revela ou se camufla. São dessas relações e das construções sociais em torno delas que trataremos aqui, elucidando conceitos como o de estigma e identidade social.

. Nesse sentido, se faz importante a significação do que vem a ser o estigma e sua relação com a loucura, tomando como referência o conceito de estigma a partir do autor Erving Goffman (1963):

Os gregos [...] criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor, uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1963)

A partir disso, entende-se o quanto o estigma significa uma forma cruel de excluir o outro por meio de uma diferenciação aparente e marca-lo para que ele esteja separado dos demais indivíduos que não apresentam as mesmas características. Utilizamos-nos deste conceito para mencionar o comportamento do indivíduo com transtorno mental, que em nossa sociedade vem a ser o diferente, desviante e, portanto, marginalizado.

A sociedade tem uma forte tendência de estabelecer categorias de normalidade, sob moldes burgueses e elitistas, nos quais as pessoas devem se encaixar e isso passa a ocorrer de forma tão natural que acabamos por ignorar que nos comportamos de tal forma. Através da imposição sutil de atributos que são considerados como comuns e naturais, impostos para serem copiados por seus membros. Assim sendo, existem os ambientes sociais estabelecidos como propício a uma categoria de pessoas e nestes ambientes estabelecidos existem as rotinas de relações sociais que nos permitem um relacionamento com "outras pessoas" previstas sem atenção ou reflexão particular. Então, quando um estranho se insere neste espaço os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, ou seja, a sua "identidade social" – termo que Goffman (1963) utiliza em detrimento de "status social" (neste inclui-se atributos como "honestidade" e "ocupação"). E é com base nessas concepções, que comumente nós as transformamos em expectativas normativas, mesmo que sem exigências apresentadas de modo rigoroso.

O problema é que quando alguém é marcado como diferente, e diferente aqui tem o sentido adotado pelo dicionário: "que difere, que não é semelhante, desigual" (DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2004) é difícil para ele ser aceito, não importa o quanto ele tente. Pois na lógica dos padrões sociais de inclusão, nutre-se a constante necessidade de seguir semelhanças, similitudes, o diferente passa

então a ser estigmatizado como desviante. E por não conseguir afastar o estigma, o resultado é perda de confiança em si mesmo. Sentindo-se estranho por não se enquadrar nos padrões de naturalidade social.

Vimos no primeiro capítulo dessa pesquisa que anterior ao século XVII a relação que a sociedade estabelecia com a loucura não era necessariamente de exclusão. Os loucos eram vistos como pessoas diferentes, que tinham sua própria razão, ainda que diferente da razão comum, mas que circulavam, faziam parte da vida cotidiana. Somente a partir do século XVII, sobretudo, com as novas concepções racionalistas do mundo moderno, os ideais de lucro e valorização do trabalho como produtor de riquezas, a loucura passa a ser encarada como um desvio na sociedade, associado ao erro, à desordem. É o que pode-se constatar ainda em nossos dias, uma vez que o indivíduo com transtorno mental é considerado incapaz para o trabalho produtivo, o mesmo também não alcançará o ritmo de consumo exigido pelo modelo de produção capitalista em questão na atualidade. Portanto, os loucos são vistos como aqueles que vivem fora da ordem da razão e conseqüentemente excluído, marginalizado. (BARRETO, 1993).

Em relação ao que Elias e Scotson (2000) definiu como “estabelecidos” e “outsiders”, onde o primeiro rotula negativamente o segundo, na tentativa de instabilizar o equilíbrio de poder entre grupos sociais diferentes. Araújo (2011) destaca que a expressão outsider é bastante significativa na tradição sociológica, tanto que ela não costuma ser traduzida para outro idioma junto com o restante da obra que a contém. Obtendo, segundo o contexto da obra, o sentido de um grupo estigmatizado e excluído por outro diferente. Corroborando com as discussões feitas sobre o estigma, este como sendo um mecanismo *a priori* de identificação do indivíduo, que pensa ter o conhecimento total sobre aquela pessoa, sem a necessidade de um contato mais minucioso sobre o mesmo, tendo em vista o enquadramento e a categorização estabelecida pela sociedade, servindo também como um instrumento de controle dos indivíduos.

Nesse sentido, o estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas

em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro (ARAÚJO, 2011, *apud*, ELIAS E SCOTSON, 2000, p. 113).

Sob essa perspectiva pode-se inferir que o estigma não é ruim em si mesmo, porém, ele é usado para diferenciar negativamente um ou vários sujeitos de determinado grupo comparado. O que vem a reforçar a normalidade dos considerados “estabelecidos” ou, em analogia, os ditos normais, que nesse caso é determinado pela psiquiatria.

Argyle (1976) acrescenta que essa relação, que envolve o sujeito estigmatizado e suas interações, acontece cotidianamente e as pessoas categorizam umas às outras e respondem a essa categorização com diferentes tipos de interação, a depender de seu conteúdo favorável ou desfavorável. Sendo esse fator comum, o indivíduo chega ao ponto de prever o título que receberá e ver-se dessa forma, no que se denomina sua autoimagem, que representa como ele se percebe. Atentem-se que essa categorização pode ser negativa ou positiva, sendo prevista pelo sujeito e contribuindo para a formação da sua autoestima, e esta só será elevada uma vez que obtenha a aceitação do outro

Assim a loucura é também uma experiência social, uma vez que é concebida de diferentes formas, tanto por grupos sociais como foi no decorrer da história, da mais alta valorização e respeito atribuído ao louco na Antiguidade, enquanto visto como a encarnação de manifestações divinas e demoníacas, à degradação e marginalização a qual o louco foi submetido nos asilos sujos de fezes e urina, nenhuma dessas concepções, talvez, seja mais grave do que a perda de nossa identidade humana, nosso crescente desrespeito com a vida: a loucura de nossos tempos atuais. É inadmissível que hoje, depois de avançarmos tanto no campo das ciências, da tecnologia e da informática, estamos tão aquém do autoconhecimento e ainda não sabemos respeitar e conviver com as diferentes, ao contrario disso, nos vemos sempre na eminencia de rotular e adequar ao diferente um tratamento menos honroso do que o que achamos merecer.

Dessa forma, todo esse processo, a reação social adversa gerada pelo estigma pode transformar a concepção que o indivíduo tem de si próprio. Sendo comum que ele se torne autodepreciativo. Em muitos casos os indivíduos tendem a

se moldar de acordo com à representação construída em torno dele, o que o faz agir em busca do papel que lhe foi atribuído pela sociedade.

O resultado desse estigma sobre a pessoa que possui um transtorno mental aparente e, portanto, considerada louca, é a exclusão social que ela sofre. Os estigmas se transformam em barreiras que impedem os indivíduos de assumirem a doença e se verem enquanto um indivíduo como outro qualquer, que apenas possui especificidade de um tratamento adequado. É preciso considerar que na realidade todos somos vulneráveis a sofrer de problemas mentais, que são diagnosticáveis, tratáveis e podem ser prevenidos a tempo.

3.0 Os olhares sobre um “maluco-beleza”

Todo o aparato teórico construído até aqui, foi importante para subsidiar as discussões que se seguirão neste capítulo. Uma vez que faremos as devidas correlações entre as representações da loucura e a construção dos estigmas, com as questões mais atuais percebidas na cidade de Cachoeira, através de alguns de seus atores sociais. Para tanto, traremos o estudo de caso feito com um morador desta cidade e veremos como ele é visto e tratado por esta população. Analisando também a sua fala e o que ele demonstra sobre si mesmo. Assim, descobriremos como as pessoas percebem a loucura a partir dessa figura e como ele mesmo si vê. Traremos ainda, um pouco do seu cenário, a cidade de Cachoeira, e as análises construídas por meio das observações feitas durante a pesquisa e as falas dos moradores da cidade. Dessa forma perceberemos qual a representação da loucura neste espaço.

3.1 A trajetória metodológica

Trata-se de uma pesquisa exploratória, que tem como objetivo elucidar um assunto ainda pouco conhecido. Como qualquer exploração, essa pesquisa depende da intuição do pesquisador. Por ser um tipo de pesquisa muito específica, quase sempre ela assume a forma de um estudo de caso. Ela depende também de uma pesquisa bibliográfica, pois mesmo que existam poucas referências sobre o assunto pesquisado, nenhuma pesquisa hoje começa totalmente do zero. Haverá sempre alguma obra, ou entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com problemas semelhantes ou análise de exemplos análogos que podem estimular a compreensão (GIL, 2008).

Utilizamos ainda o método de estudo de caso, segundo Daniel Bertaux, sociólogo francês, este método:

(...) a life history, ou estudo de caso clínico, é o estudo sobre a vida de um indivíduo ou grupo de indivíduos. Inclui, além da narrativa da vida, todos os documentos que possam ser consultados como prontuário médico, processo judiciário, testes psicológicos, testemunhos de familiares, amigos, entrevistas com pessoas que conhecem o sujeito ou a situação do estudo.” (BERTAUX, 2005, apud, SANTOS E SANTOS, 2008)

Gil (2002) configura a importância desse tipo de estudo quando afirmar que: “O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir seu conhecimento amplo e detalhado” (GIL, 2002, p. 58). Ou seja, quanto mais focada uma pesquisa esteja em um caso específico, ela terá um alcance muito maior das suas especificidades, portanto um estudo minucioso será muito mais eficiente para proporcionar solução as questões levantadas.

Além desses, utilizou-se o método de história de vida, o qual permitiu que obtivéssemos informações na essência subjetiva da vida do objeto de investigação. Uma vez que a intenção é saber também a experiência e a perspectiva do próprio indivíduo, assim sendo, não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa (BERTAUX, 2005, apud, SANTOS E SANTOS, 2008)

A revisão bibliográfica se deu em torno dos temas mais específicos, como a loucura, a saúde mental, o conceito de estigma e outros, esta ocorreu nos meses de março a junho de 2014. As entrevistas diretas e semiestruturadas com os 12 moradores da cidade de Cachoeira, além das conversas informais com os demais foram feitas no mês de junho e julho do mesmo ano. Enquanto que as observações mais gerais relativas à vida e a história do objeto dessa pesquisa é fruto de vivências construídas ao longo de 4 anos na cidade de Cachoeira. O protagonista dessa pesquisa será identificado no decorrer deste capítulo pelo pseudônimo de André, e seus coadjuvantes, os moradores entrevistados, serão mencionados apenas pelas suas iniciais.

O material de análise foi encontrado majoritariamente na internet, onde localizou-se os livros em formato de PDF, artigos, dissertações e teses, como também os livros impressos. De posse das leituras realizadas, procedeu-se a seleção das abordagens mais pertinentes à pesquisa.

A forma de expor os dados obtidos considera a importância do método qualitativo, pois mais do que apenas quantificar dados, como assim faremos em alguns momentos, a proposta é uma análise minuciosa da subjetividade, do cotidiano, das experiências, da individualidade e dos julgamentos de cada ser social entrevistado.

3.2 O protagonista e seu cenário

Questiona-se: “Afim, o que é ser normal? O que é ser louco? Uma vez, li sobre a carta do Tarô: ‘Ao louco nada importa, tanto faz ir à esquerda, à direita, para frente ou para trás, ele anda olhando para cima, alheio ao abismo a seus pés’. Afim, tal atitude é de um iluminado ou de um tolo? Algumas pessoas parecem viver muito à frente do seu tempo” (GONÇALVES, 2014). A autora nos leva a relacionar o seu posicionamento sobre loucura, com a figura de André, alguém aparentemente distraído, mas que em muitas de suas falas revela sua vigilância e lucidez, nos conselhos que oferece, nos ensinamentos que dá e na forma como lê o mundo, deixando clara a sua criticidade. Essas inferências puderam ser feitas mediante as observações constantes que fiz desse indivíduo ao longo dos 4 anos que o conheci, em meio as ruas, as festas, a universidade e outros tantos lugares da cidade de Cachoeira, onde ele reside.

Antes de relatarmos o que alcançamos sobre a história de vida do indivíduo que será aqui o nosso objeto de pesquisa, e da imagem que os cachoeiranos fazem deste, nos propomos a referenciar geograficamente este caso, que se passa na cidade de Cachoeira.

Cachoeira é um município do estado da Bahia, Brasil, situada às margens do Rio Paraguaçu. Está distante cerca de 120 km da capital do estado de Salvador. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2013 sua população era estimada em 34.244 habitantes. Sua área é de 395 quilômetros quadrados. Cachoeira é uma das cidades baianas que mais preservou a sua identidade cultural e histórica com o passar dos anos. Sendo tombada pelo IPHAN (Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional) em 1971, e denominada "Cidade Monumento Nacional". No que tange ao desenvolvimento educacional, a

cidade abriga o Centro de Artes, Humanidades e Letras (CAHL) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, com sua instalação chegada dos seus nove cursos de graduação à Cachoeira, tornou-se um importante marco para o crescimento e desenvolvimento da cidade. Atualmente, o CAHL funciona no Quarteirão Leite Alves. Além da UFRB, existe um campus da Faculdade Adventista da Bahia, instituição instalada no ano de 1979 na cidade.

No que se refere aos cuidados institucionais da administração dessa cidade com a saúde mental, tem-se um CAPS I, Centro de Assistência Psicossocial, classificado como I, que significa de média complexidade tendo em vista o número de habitantes da cidade (34.244). É um modelo de serviço substitutivo, com a função de acolher pacientes com transtornos mentais, de forma a estimular sua integração junto a sociedade e a família, incentivando estes indivíduos na busca por sua autonomia, proporcionando atendimento médico, social e psicológico. Prestando atendimento clínico diário, de forma a evitar as internações em hospitais psiquiátricos como ocorriam anterior a Reforma.

O CAPS I de Cachoeira dá início ao seu funcionamento no dia 26 de janeiro e 2006. Tem uma média de 3.200 pacientes cadastrados, prestando mais ou menos 600 atendimentos no mês. Este Centro desenvolve seu trabalho com o empenho de sete profissionais de nível superior, sendo: um coordenador, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um psicólogo, uma assistente social, um médico psiquiatra e uma educadora física. E seis profissionais de nível médio: entre recepcionistas, secretários e auxiliar de limpeza. Com o apoio de toda a equipe são realizados os trabalhos principais de: Triagem, atendimento individual (acolhimento), visitas domiciliares, orientações quanto ao quadro clínico, encaminhamentos para a requisição do Benefício de Prestação Continuada, garantido pela LOAS, outros direitos previdenciários, oficinas terapêuticas, reunião com as famílias, assembleias com os usuários, confraternizações festivas, exercícios físicos e encaminhamento para internamento em último caso.

Tivemos o conhecimento de um projeto em construção para instituição de um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Droga. Esse modelo de Atenção Psicossocial adequa-se a municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. Destinado ao atendimento diário da população com transtornos decorrentes do uso e dependência

de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

E ainda que o município de Cachoeira não possua o número de habitantes exigido, esta instituição poderá ser construída, uma vez que a mesma servirá como referência para a região, somando-se ao fato que grande parte dos pacientes do CAPS nesta cidade possui quadro clínico de transtorno proveniente do uso de álcool e outras drogas. Quanto aos cuidados mais gerais e a possível assistência prestada pela população ao doente mental, perceberemos no decorrer da exposição dessa pesquisa.

Após a constituição do seu cenário, localidade na qual reside o nosso objeto de pesquisa, o morador que receberá aqui o pseudônimo de André, aqui iremos expor o fruto das constantes inferências feitas sobre a sua vida, através de uma instituição a qual ele frequentava e das informações obtidas diretamente com ele. O CAPS da cidade certifica que sua última visita enquanto paciente da instituição data de 2013, quando ele comunica esta morando só, pois sua família foi embora e ela o deixa nervoso. Até 2011 ele frequentava a unidade de saúde, sempre demonstrando inquietação e resistência a medicação. Enquanto que seus familiares também não participavam do tratamento. Por várias vezes comparecia a unidade, mas não participava das atividades, também se recusava a dieta. Seu prontuário informa que desde 2011 o mesmo apresenta mudança de comportamento, em 2010 informa não se sentir bem no CAPS e precisa resolver seus problemas pessoais. Em 2009 queixa-se a respeito da administração do seu benefício pela sua curadora, a filha, e se apresenta muito ansioso em relação a isso. Em uma de suas visitas em 2008 ainda não apresentava queixas em relação à instituição e residia com a filha e o genro, apresentava-se alegre e comunicativo, lúcido, calmo e participava das oficinas terapêuticas. Em 2004 o diagnóstico da psiquiatria informa o CID: F29 – psicose não orgânica e F20 – esquizofrenia. Segundo a Revista de Psicofisiologia, em 1997, na esquizofrenia o indivíduo apresenta alterações motoras, de humor e de contato com a realidade. Apresenta alucinações auditivas e delírios que se manifestam na forma de ideias falsas e improváveis que o indivíduo acredita como sendo verdadeiras e lógicas e não há como convencê-lo do contrário.

Em conversas com André, ele pergunta:

O que você quer saber? Sente aí que vou lhe contar tudo (ANDRÉ).

E quando o interrogo sobre sua história de vida, no que ele tem a me dizer, ele relata ter nascido em Cachoeira, indo trabalhar em Salvador aos 20 anos de idade. Trabalhou no comércio de Cachoeira. E afirma saber que é querido por todos da cidade.

O questiono ainda sobre a sua ausência na instituição CAPS, ele afirma que não frequenta porque não precisa e que todos que estão ali são:

(...) gente e todo mundo é igual, não tem isso não! (ANDRÉ).

Tem casa, mora só, mas prefere estar na rua, passeando, dançando, interagindo com outras pessoas, é livre. Não se prendeu aos modelos comuns de habitação e não se influencia por ele. Não se sente estigmatizado, não por falta de percepção, mas sim porque não se sente diferente, reconhece que é bem tratado pela maioria, mas também sabe das pessoas que não o trata como amigo.

Em relatos contou muitas experiências de farras, festas, confusões e sempre demonstrando serem estas as lembranças agradáveis da sua juventude, repetindo: “Você tá por fora de mim” (André). Estes são os assuntos aos quais ele se sente bem em falar, histórias da sua mocidade, sobre os amigos do passado e de hoje, a vida política da cidade e os acontecimentos recorrentes entre a população.

Não entra nos detalhes de sua vida pessoal e não se permite a responder perguntas sobre assuntos que ele não admite, como as questões relativas ao seu passado e sua vida conjugal com sua ex-mulher. Dessa forma ele revela o controle que tem sobre sua própria vida.

Em momentos diversos em tantas outras conversas que tivemos ele revela sua lucidez, ao prestar conselhos diversos e lições de vida, coisas que aprendeu ao longo da sua história, sobretudo no que se refere a questões afetivas.

Os entrevistados afirmam que a popularidade de André se explica por ele demonstrar ser uma pessoa sempre bem humorada, tratar a todos com respeito e frequentar todos os locais públicos da cidade, como as praças, restaurantes,

universidade, festas, barzinhos e etc. Dessa forma, André foi tornando-se cada vez mais conhecido por essa população. Então, podemos atribuí-lo o adjetivo de famoso onde ele reside, nos fazendo lembrar o que Goffman (1963) diz sobre isso:

(...) com o termo "fama", parece que nos referimos à possibilidade de que o círculo de pessoas que sabe coisas sobre um determinado indivíduo, em especial referentes a uma conquista ou posse desejada e rara, se torne muito amplo e, ao mesmo tempo, muito mais amplo do que o círculo daqueles que o conhecem pessoalmente (GOFFMAN, 1963, p. 61.)

E isso foi percebido na minha busca por indivíduos que o conhecessem, sendo que explicitamente todas as pessoas consultadas o reconheciam ou já o viu, ainda que ela não fizesse parte de seu círculo mais próximo. Dessa forma tive o privilégio de colher várias informações a seu respeito e a oportunidade de conhecer “a imagem construída”.

4.3 As imagens construídas

Uma das questões que compunham o questionário semiestruturado que apliquei com alguns moradores da cidade de Cachoeira, dizia: “O que você sabe sobre a história de vida de André?” A partir daí as pessoas estavam livres para darem as suas versões sobre tudo que já viram, ouviram e imaginam a respeito dele. Dessa forma descobrimos muitos detalhes, histórias que convergem em algum momento, mas que nem mesmo o próprio André confirma. Assim, gostaríamos de elucidar desde o início que essas são versões e que mais importante do que investigar a veracidade delas e ter certeza do acontecido, independente disso elas norteiam o imaginário dos cachoeiranos, é dessa forma que eles o veem e é a este fato que atribuiremos relevância.

Quase 100% dos relatos dizem que André era uma pessoa “normal” e que “ficou assim” por conta de uma desilusão amorosa, casou-se e foi traído,

abandonado pela mulher, ou por conta de “porcaria” que fizeram (dessa forma referem-se a trabalho feito em Casa de Candomblé). E ainda afirmam:

É boa pessoa, apesar do desequilíbrio mental (H.H.);
 Era saudável e de repente teve esse problema (P.R.);
 Ficou louco (R.B);
 Perdeu a memória (Z.Z);
 Gente boa (G.O.).

Quando solicitei às pessoas que definissem a pessoa de André com o primeiro adjetivo que viesse a cabeça, as respostas basicamente convergiram em: de bem com a vida, alegre, legal, boa pessoa, comunicativo e:

Lúcido, porém tem a parte da loucura (E.P.).

Essa fala demonstra que algumas vezes a preocupação em separar loucura e lucidez não parte dos populares em si, pois para estes ela pode se misturar, a partir deles vimos que André não é completamente louco, nem completamente lúcido, e nisso não há problema algum.

Foi muito interessante ter perguntado as pessoas se elas consideram André um homem louco ou normal, tendo em vista que a grande maioria não se sentiram a vontade para o denominar como louco, a maioria das respostas afirmam que o mesmo possui alguma espécie de transtorno ou desvio dos padrões instituídos como normais, ainda assim não acham correto que se atribua a ele o termo louco, por perceberem o peso negativo que isso tem, sendo assim alguém tão querido e estimado não poderia ser considerado louco. Preferem dizer que:

Ele tem problema (E.P.);
 Pessoa com transtorno mental (R.B.);
 Ele não é normal, mas não gosto do termo louco (D.O.);
 Normal, mas apresenta seus indícios de transtornos (P.C.);
 Não o considero louco, louco pra mim é uma pessoa em surto (D.S.);
 É esquizofrênico (J.S.);

Nem normal, nem louco (J.S.);
Normal ele não é, mas doído também não (Z.Z);
Ele não é normal, uma pessoa que sobe e desce na rua, não fala direito, isso não é normal (H.H.).

Quando questiono se as pessoas consideram o termo louco pejorativo, é unanimemente considerado como negativo, dessa forma, as pessoas não acham ser conveniente tratar alguém tão querido quanto André, como louco. Nesse ponto pode-se mencionar o quanto a afetividade sentida e demonstrada por esses moradores em relação a André, interfere diretamente na imagem que eles construíram em torno do seu transtorno, diferente da imagem que eles tem sobre a própria loucura e conseqüentemente sobre outros loucos. Portanto, André, uma pessoa que claramente transparece os sintomas considerados fora dos padrões instituídos pela nossa sociedade, alguém acometido por um tipo de transtorno mental, inclusive por meio de diagnóstico psiquiátrico, é visto por esses moradores, despido do estigma de ser louco, esse termo que fora identificado por todos como algo negativo e pejorativo, não pode ser o mesmo usado para identificar a figura de André. Percebeu-se ainda que a imagem construída em torno dele não se configurou após o transtorno, uma vez que, para estes, André é acima de tudo aquele indivíduo trabalhador, querido, bem visto e normal, até o momento em que foi acometido pelo transtorno que modificou completamente o seu ritmo de trabalho e a sua forma de viver a vida, mas que nem por isso o estigmatizou como alguém que agora deva ser excluído ou diferenciado, antes de ser “louco”, André é “normal”. E ao que parece ser ambíguo, mesclar dois conceitos tão antagônicos, não o é para esses cachoeiranos, portanto, as duas coisas podem e devem coabitar o mesmo indivíduo, como é o caso de André.

Mediante ao exposto, constatamos não ser a exclusão e discriminação o ponto forte desse caso, no entanto podemos observar que algumas contradições vão se revelando, as pessoas demonstram muito carinho pela pessoa de André, são muitos os adjetivos positivos atribuídos a sua pessoa, o termo louco a ele não deve ser empregado, é alguém que trata a todos com respeito, porém, quando o questionamento foi: Sendo proprietário de uma empresa, você empregaria André? 90% não o empregaria de forma nenhuma, por afirmar que:

Ele não esta apto para assumir responsabilidade (R.B);
Não tem noção de trabalho e de concentração (D.O.);
Não, pelo problema mental (P.R.);
Não, porque não (Z.Z).

O que é obviamente fruto, de uma perspectiva já discutida sobre a inaptidão atribuída a pessoa com transtorno e uma forma cruel de generalizar a capacidade ou incapacidade do indivíduo, uma vez que isso esta diretamente ligado ao tipo e o grau de transtorno do indivíduo, que em muitos casos tem uma rotina de vida comum, como qualquer outra pessoa.

Convém destacar a discussão de Sposati (1995), quando ela afirma que o homem só é reconhecido quando se faz trabalhador, quando contribui para a previdência, ou seja, para o Estado. Neste caso, ele tem direito de acesso às políticas de seguridade social. Porém, se o indivíduo não trabalha, ele não tem direito de acesso a essas mesmas políticas e o Estado não pode garantir uma seguridade social a esse sujeito que é menos cidadão. A ele não cabe exigir, reivindicar por direitos, mas agradecer caso algum benefício lhe seja concedido. Aqui ela deixa clara a valorização que o ato de trabalhar tem na nossa sociedade, tendo em vista que para o capitalismo todos nos devemos produzir e consumir, é o necessário para a reprodução do capital e a partir do momento em que o louco passa ser considerado como inapto para o trabalho, isso reforça a sua desvalorização e conseqüente esses valores se refletem socialmente.

Apenas 10% respondem que a depender do cargo, se não for algo que precise lidar diretamente com dinheiro e mediante aos testes de aptidões caberia a possibilidade de emprega-lo. Alguém afirma ter conhecimento de uma cota legal que obriga os empregadores a ter em seu quadro de funcionário ao menos 5% destinado a pessoas com qualquer tipo de deficiência, por conta disso esta pessoa o empregaria. Bem como revelam que no geral uma pessoa considerada louca não tem capacidade para exercer normalmente qualquer capacidade laborativa e garantem ainda que esses indivíduos não estão aptos a:

Trabalhar e estudar (P.R.);
Dirigir a própria vida (H.H.);

Não tem mente pra pensar (G.O.);
Cumprir responsabilidades (R.B.);
Apto a fazer apenas atividades simples (D.O);
A maioria não sabe se defender e morar só (Z.Z.).

Questiono ainda se é possível para o louco, de forma geral, levar uma vida normal, e as respostas se dividem, a metade das pessoas acreditam que não é provável que o louco possa ter uma vida normal.

Isso seria muito difícil (G.O.);
Não porque é uma pessoa dependente de remédio (D.O.).

Apenas 30% acreditam que o louco pode levar uma vida normal, morar só, cuidar da própria alimentação e de si, até porque conhecem muitos casos assim. Enquanto que os 20% que sobraram dizem que isso depende muito do quadro clínico da pessoa.

Os entrevistados acreditam que a pessoa com transtorno psicológico grave, ao ponto de ser considerado louco, necessita de um tratamento diferente do ponto de vista da saúde, devendo ser tratado de acordo com as suas especificidades, chegam a citar a questão da equidade, dando maior atenção a quem mais precisa. Todos tem a certeza de que essas pessoas devem ser bem tratadas.

Daí, questiono se elas observam o tratamento que a população em geral oferta aos doentes mentais e elas revelam que nunca presenciaram cenas claras de agressão, que algumas dessas pessoas despertam até a simpatia dos moradores da cidade, mas que do ponto de vista dos direitos e das questões mais sérias, eles não são percebidos, o que se configura numa explícita falta de respeito. Podemos contabilizar ainda que grande parte das pessoas não souberam responder essa questão porque nunca se preocuparam, não se deram conta, não enxergam o problema ou afirmam que esta bom do jeito que esta. Sendo que pela minha pesquisa e convivência nesta cidade, vemos diariamente uma notável presença de pessoas que apresentam claros transtornos mentais, pelas ruas, mal vestidas (trajando roupas sujas e rasgadas), isoladas, invisíveis do ponto de vista social e

demonstram não terem acesso a direitos básicos como alimentação, saúde e moradia.

Aqui observamos que em detrimento da popularidade de André e da sua boa fama ele conseguiu conquistar a atenção e o carisma das pessoas.

Mas nem todos estão expostos e a gente conhece, nem todos são bem tratados, André sim, porque todo mundo conhece. Há diferença, porque os outros ficam em casa, não são populares (G.O.).

Essa fala revela que o tratamento prestado a loucura neste contexto não é igual para todos, se a presença de preconceitos relativos à loucura tornam-se difíceis de perceber a partir do tratamento que se oferta a pessoa do André, quanto aos demais fica mais evidente que a questão não é clara e nem mereceu ainda a atenção e o respeito dos moradores.

Em uma das perguntas que considero a mais importante para a dinâmica desse trabalho: O que é loucura? As respostas foram:

Quem não tem noção, pega os outros e agride, doido pega uma criança e faz maldade (Z.Z.).

Essa foi a opinião mais extrema e estigmatizante que encontrei na pesquisa, no entanto devemos enfatizar que ela foi dita para demonstrar o seu contraste com a pessoa de André que na fala do depoente ele jamais teria coragem de cometer estes atos. Confirmando que para essa pessoa ele não pode de forma alguma ser enquadrado com um louco, porém, este ainda afirma que normal ele também não é.

Quando entre estes entrevistados afirmam-se que louco é uma pessoa que:

Não tem equilíbrio mental, não pensa como a gente (H.H.).

Ele se coloca no padrão de normalidade exigido e aceito pela sociedade, e o outro, o diferente não o pode alcançar. Quando afirma-se que:

Uma pessoa que não esta em suas habilidades normais (E.P.);
Deficiente mental (J.S.)

O que confunde, uma vez que são dificuldades psicológicas diferentes.

Uma pessoa em surto (D.S.).

Este reserva a loucura apenas a momentos pontuais. Ainda afirmaram que:

De louco, todo mundo tem muito (R.B.);
Todos nós temos um pouco de loucura, mas o sentido que atribuímos hoje é discriminatório e preconceituoso (D.O.).

Nessas opiniões que afirmam a possibilidade de a loucura estar presente em todos, de forma bastante natural, o que pode expressar uma perspectiva esclarecedora e compreensiva a respeito deste fenômeno como pode ainda refletir um popular jargão comumente mencionado. Sobretudo porque, ao questionarmos se os indivíduos teriam medo de enlouquecer, todos foram enfáticos em responder que essa seria uma forma trágica de passar seus dias.

No que se refere às imagens edificadas por esses cachoeiranos sobre o fenômeno da loucura, estas ainda são estigmatizantes e pouco compreendidas, uma vez que refletem claramente os impactos de uma História que foi contada e reproduzida sob o viés da exclusão e indiferença, a qual nos fez e faz assimilar a ideia do louco como alguém que pode apresentar perigo a sociedade, alguém incapaz de gerir a própria vida, dessa forma, alguém que não pode conviver com os ditos normais, essa perspectiva legitima a exclusão da loucura.

Contudo, observou a ambiguidade inerente a esses discursos, no que se refere à loucura e a pessoa específica de André, visto e identificado como alguém diferente dos demais, pessoa desprovida de razão, chama atenção seu comportamento desviante no que tange a sua liberdade de expressão, de estar em todos os espaços festivos de forma a atrair o foco para si, estes são comportamentos que facilmente o identificaria em qualquer lugar como um “louco”, mas que em meio a sociedade cachoeirana, pelos moradores que partilham com ele essa naturalidade, ele não foi taxado, rotulado ou marcado como um louco qualquer. Esse indivíduo foi através das varias entrevistas identificado pelo seu próprio nome e sua historia de vida anterior ao surto, portanto ele não é o louco André, ele é sobretudo alguém que teve sua identidade e visibilidade antes de ser acometido pelo transtorno e que mesmo após essa incidência consegue preservar e dar continuidade a imagem que sempre teve, do “boa praça”, do ser humano independente das suas intercorrências psicológicas, as quais entendemos que pode acometer qualquer ser humano.

4. Notas Conclusivas

Ao longo da abordagem ora apresentada, tentou-se desvendar as temáticas decorrentes do fenômeno da loucura, primeiramente clarificando os conceitos mais recorrentes sobre este, para então trazer a tona um pouco do seu histórico, o que propiciou a percepção de como os loucos foram identificados nos mais importantes períodos históricos, dessa forma fomos buscar na gênese da loucura as suas diversas representações. A importância disso se deu em percebermos que muitos dos conceitos excludentes adotados na atualidade tem resquícios históricos antigos e que quase sempre somos tendenciosos em reproduzi-los sem o mínimo de reflexão e análise, exercício claramente propiciado por essa pesquisa.

Compreender a situação brasileira no que se refere a essa temática nos aproxima ainda mais do tema, uma vez que os conceitos tornam-se mais claros e o entendimento sobre a luta em prol das conquistas relativas aos direitos da pessoa com transtorno mental, ainda mais legitimado, uma vez que se descobriu o quanto estes indivíduos vinham sendo historicamente desvalorizados e excluídos enquanto sujeitos de direitos. E sob a análise dos serviços substitutivos que temos hoje, vimos que muito foi feito, mas que ainda a tanto a se fazer, percebendo que a intenção maior por trás da desinstitucionalização é de garantir o tratamento em liberdade, valorizando a cidadania dos indivíduos.

E através da pesquisa de campo no município de Cachoeira, colhemos informações importantes sobre a imagem construída sobre a loucura e o louco neste espaço. Dai identificamos que nela se assumem especificidades próprias e envolvem indivíduos singulares, que em aspectos reproduzem visões e estigmas bastante difundidos na sociedade, assim como também apresentam particularidades reproduzidas pela afetividade que demonstram ao protagonista dessa pesquisa, André.

Todos esses avanços e tentativas de situar a loucura sob um viés humanizado, traduz-se para além da construção de formas de conhecimento, mas também como mecanismo de superação dos estigmas que acompanharam e por vezes ainda acompanham a loucura. Nos fazendo perceber os equívocos e defasagem dessa visão, que ainda permeia as muitas instancias da nossa sociedade, mesmo sendo pouco objetiva e nada inteligente.

Cabe então à postura dos seres humanos o conhecimento das nossas limitações e diferenças, da fragilidade da mente humana que nos permite hoje sermos considerados saudáveis, mas a qualquer momento sermos acometido por um transtorno psicológico. Transtorno psicológico ou desvio social que poderá em alguns aspectos trazer a liberdade de não mais reproduzirmos os comportamentos consoantes com o que se instituiu em nossa sociedade como normal e aceitável, e que nos permita expor um pouco mais as nossas vontades e diferenças latentes. Verdades que só serão expostas quando nos despirmos completamente dos estigmas e preconceitos construídos.

Por fim, entende-se que a exclusão e desvalorização da temática da loucura não podem ser consideradas como forma de superação da questão, precisamos primeiramente compreendê-la como uma questão de saúde, com os devidos tratamentos que amenizem as prováveis situações de desconforto causados pela loucura e para além disso, entendermos que esse é um fenômeno natural a qualquer sociedade.

Referencias:

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In **Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury** (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Novos sujeitos, novos direitos: O Debate em Torno da Reforma.**

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

A loucura e o controle das emoções, Acessado em 16 de abril de 2014, visto em: <http://www.icb.ufmg.br/lpf/mono3.pdf>

ARGYLE, Michael. **A interação social: relações interpessoais e comportamento social.** Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

BARRETO, 1993, PUC, RIO. **Entre razão e desrazão: loucura e exclusão.**

BEZERRA JR., Benilton. **A clínica e a reabilitação psicossocial.** In: Reabilitação psicossocial no Brasil. A. Pitta (org.) São Paulo: Hucitec.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2005) “**Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**”. In: Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro, 2005.

_____. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental Congresso Nacional. Brasília, 2001.

CHERUBINI, Karina Gomes. Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** São Paulo: 2010.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade.** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000

FRAYZE-PEREIRA, J. A. **O que é Loucura?** (3a. ed.). São Paulo: Brasiliense, 1984

GONÇALVES, M. A. **A doença mental e a cura: um olhar antropológico.** 2004.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HEIDRICH, A. L. **Aspectos da fratura socioespacial na cidade de Porto Alegre**. In: Scripta Nova. Revista Eletrônica de Geografia e Ciências Sociais. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2007.

LANCETTI, Antonio. **Quem manda na loucura? Teoria e debate**: revista trimestral 1989 do Partido dos Trabalhadores.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

MOSCOVICI, Serge. L'ère des représentations sociales. In: Textes de base em psychologie. Paris: TDB, 1990.

PELBART, Peter Pál. **A Nau do Tempo Rei**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

Psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Jul/Set, 1995.

SÊGA, Rafael Augustus. **O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

SANTOS, I. M. M. E SANTOS M. Inês Maria Meneses e Rosângela da Silva. **A etapa de análise no método história de vida**: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

SILVEIRA L. C. E BRAGA V. A. B. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**

SPOSATI, Aldaíza. **Carta-tema: a assistência social no Brasil 1983-1990**. São Paulo: Cortez, 1995.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceito. 2002

ZANELLO, V.; BUKOWITZ, B. **Loucura e cultura**: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. Revista Labrys, 2012. p. 20-21

Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903; acessado em 14 de abril de 2014. In: <http://legis.senado.gov.br>

Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados; acessado em 17 de abril de 2014, visto em: <http://www.marxists.org/portugues/dicionario/verbetes/w/workhouses.htm>

Acessado em 4 de julho, visto em:

<http://www.recantodasletras.com.br/teorialiteraria/1811086>

Acessado em 30 de julho de 2014, visto em:

<http://www.pousadaparaquassu.com.br/index.php?pousada=nav/cachoeira>

Acessado em 22 de julho de 2014, visto em:

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Cachoeira_\(Bahia\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Cachoeira_(Bahia))