

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - PPGS
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

WILMAR ROBERTO GAIÃO

ORIENTADOR: Professor Dr. Artur Perrusi

Por uma hegemonia sobre a loucura: Invenções e lutas de saberes pela
insanidade em Campina Grande - dos anos 60 aos dias atuais

JOÃO PESSOA

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - PPGS
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

Por uma hegemonia sobre a loucura: Invenções e lutas de saberes pela
insanidade em Campina Grande - dos anos 60 aos dias atuais

Wilmar Roberto Gaião

Orientador: Professor Dr. Artur Perrusi

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia.

JOÃO PESSOA

2013

Catálogo na fonte
Bibliotecária xxxxxxxxxxxx.

Gaião, Wilmar Roberto.

Por uma hegemonia sobre a loucura: Invenções e lutas de saberes pela
insanidade em Campina Grande - dos anos 60 aos dias atuais/ Wilmar
Roberto Gaião. – João Pessoa: O autor, 2013. 249 fs.

Orientador: Prof. Dr. Artur Perrusi.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba, CCHLA. Programa
de Pós-Graduação em Sociologia, 2013.

Inclui bibliografia e anexos.

WILMAR ROBERTO GAIÃO

Por uma hegemonia sobre a loucura: Invenções e lutas de saberes pela
insanidade em Campina Grande - dos anos 60 aos dias atuais

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Sociologia da Universidade
Federal da Paraíba como requisito para a
obtenção do grau de Doutor em Sociologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Aprovada em : _____

Prof. Dr. Artur Perrusi - Doutor em Sociologia - UFPB (Orientador)

Instituição: UFPB Assinatura: _____

Prof. Dr. Adriano de Léon - Doutorado em Sociologia - UFPE (Examinador Interno)

Instituição: UFPB Assinatura: _____

Prof. Dra. Mônica Franch - Doutora em Antropologia - UFRJ (Examinadora Interna)

Instituição: UFPB Assinatura: _____

Prof. Dr. Alarcon Agra do Ó - Doutor em História - UFPE (Examinador Externo)

Instituição: UFCEG Assinatura: _____

Prof. Dr. Edmundo de O. Gaudêncio - Doutor em Sociologia - UFPB (Examinador Externo)

Instituição: UFCEG Assinatura: _____

JOÃO PESSOA

2013

Dedico este trabalho à minha família. A minha companheira Regilane e aos meus filhos Emily, Ítalo e Ana Cecília, que ao lerem esse texto, são sabedores da parte que deles em mim, se fez transbordar em palavras

GAIÃO, Wilmar Roberto. Por uma hegemonia sobre a loucura: Invenções e lutas de saberes pela insanidade em Campina Grande - dos anos 60 aos dias atuais. Tese (Doutorado em Sociologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

RESUMO

Os diversos saberes que tratam da temática do enlouquecimento ao longo dos tempos vão inventando os mais variados sujeitos sociais da loucura, elaborando significados e sentidos teóricos que buscam o controle e o exercício do poder sobre a mesma. A loucura segue então sendo inventada e capturada, mas também desliza em meio aos vários arranjos de controle de tais saberes. Saberes e poderes que emergem em determinadas condições de possibilidades discursivas, históricas e sociais e ao serem escavados, mostram-se sob uma configuração complexa de múltiplas forças. Rupturas e linhas de fuga são reveladas dentro desse jogo de forças, demonstrando a incapacidade e a impossibilidade do controle absoluto sobre a loucura. Andarilha, obsidiada, criminilizada, tutelada, medicalizada, hospitalizada, psicoterapeutizada, cuidada, cidadanizada, psicanalizada, indisciplinada, enfim, inventada de múltiplas formas, ela sempre segue escapando. Enquanto isso, governos prometem; teorias explicam; religiões acalentam; decretos legislam; saberes supõem; mas ela sempre nos mostra a face da incompetência e da própria impotência dos saberes. Buscamos demonstrar ao longo desse nosso texto, essa que talvez seja a grande sabedoria da loucura: demonstrar a fragilidade dos saberes, que plenos de supostos poderes, buscam exercê-los hegemonicamente. Empiricamente buscamos a história local das diversas nomeações que foram inventadas para a loucura em Campina Grande, com suas significações, seus jogos de forças, suas hegemonias temporárias, suas lutas pelo saber-poder. Através de uma triangulação metodológica e de uma ampla gama de fontes de pesquisa, demonstramos a construção histórica e social dos diversos saberes sobre a loucura, suas conexões rizomáticas, bem como toda a relatividade desses saberes e poderes para lidar com ela. Finalmente, buscamos demonstrar através da experiência etnográfica, os riscos que a loucura produz para a ordem estabelecida, em não configurar-se dentro da lógica identitária, bem como a sabedoria que dela transborda por tal condição.

Palavras-chave: Loucura; invenções sociais; poder.

RÉSUMÉ

La diversité de savoirs qui traitent sur le thème de la folie au fil du temps vont en inventant le plus divers sujets sociaux de la folie, des significations et des sens théoriques qui cherchent le contrôle et l'exercice du pouvoir sur elle même. La folie continue alors d'être inventé et capturé, mais aussi se glisse au milieu de divers modalités de contrôle de ces savoirs. Savoirs et pouvoirs qui apparaissent dans certaines conditions de possibilités discursives, historiques et sociales et en cours de fouille, apparaissent sous une configuration complexe de forces multiples. Ruptures et lignes de fuite sont révélés au sein de cet ensemble de forces, démontrant l'incapacité et l'impossibilité du contrôle absolu sur la folie. Nomade, cerclée, incriminée, tutellée, médicalisée, hospitalisée, psychothérapeutisée, citoyenneté, psychanalysée, indisciplinée, finalement, inventée de plusieurs égards, elle suit toujours à s'échapper. Pendant ce temps, les gouvernements promettent ; théories expliquent ; religions chérissent ; les décrets de règlement ; des connaissances supposent; mais elle nous montre toujours le visage d'incompétence et d'impuissance des savoirs eux-mêmes. Nous cherchons à démontrer au long de notre texte, qui est peut-être la grande sagesse de la folie : la fragilité des savoirs, que plein de pouvoirs supposés, cherchent leur exercer de manière hégémonique. Empiriquement, nous recherchons l'histoire locale de plusieurs nominations qui ont été inventés pour la folie dans la région de la Campina Grande, avec leurs significations, leurs jeux de forces, leurs hégémonies temporaires, leurs luttes par le savoir-pouvoir. Grâce à une triangulation méthodologique et un large éventail de sources, nous démontrons la construction historique et sociale des différents types de savoirs sur la folie, ses connexions rhizomatiques, ainsi que toutes la relativité de ces savoirs et de ces pouvoir pour y faire face. Enfin, nous avons démontré par l'expérience ethnographique, les risques qui en résultent de la folie pour l'ordre établie, ne configurez pas elle-même dans la logique de l'identité, mais aussi la sagesse qu'il déborde d'une telle condition.

Mots clés : La folie ; les inventions sociales ; le pouvoir.

ABSTRACT

Over the time, the various knowledge about the madness invent different social subject of madness, elaborating theoretical significations and meanings which aims the control and power exercise over it. The madness keeps being invented and captured, although it also slides among the various control arrangements of these knowledge. Knowledge and power emerge in certain conditions of discursive, historical and social possibilities and, when excavated, they show themselves under a complex setting of multiple forces. Disruptions and leakage lines are revealed inside this forces game, demonstrating the inability and the impossibility to have total control upon the madness. Wandered, obsessed, criminalized, ward, medicalized, hospitalized, under psychotherapy, cared, with citizenship, under psychoanalysis, undisciplined, ultimately, invented on different ways, the madness keeps escaping. Meanwhile, governs promise; theories explain; religions cherish; decrees legislate; knowledge presume; nevertheless, the madness always shows the knowledge's incompetent and impotent face. We aimed to present in our text the point which maybe is the greatest madness' wisdom: to demonstrate the knowledge's fragility, that full of supposed knowledge, try to exercise its power hegemonically. Empirically, we searched the local history of the various appointments invented to the madness on the Campina Grande, with your significations, your forces games, your temporary hegemonies, your fights for the knowledge-power. Though out methodological triangulation and wide research sources, we demonstrated the historical and social building of the various knowledge about the madness, your rhizomatic connections and also all the relativity of these knowledge and powers to handle it. Finally, we aimed to demonstrate thought the ethnographic experience, the risks produced by the madness to the established order, by don't set inside a logic of identity, as well as the wisdom overflowed by it because of this condition.

Keywords: Madness, social inventions, power.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fluxo de vida em mim;

Agradeço aos meus pais, pelos ensinamentos de vida que me fizeram estar sendo;

Agradeço a Regilane, companheira pacificadora e amorosa das minhas desrazões;

Agradeço aos meus filhos Emily, Ítalo e Ana Cecília, fontes inspiradoras dos meus movimentos;

Agradeço a Perrusi, que me orientou a produzir com liberdade e leveza;

Agradeço a Durval, cujos ecos de amizade e gratidão que persistem até hoje;

Agradeço a Edmundo, cuja presença afetiva marca toda a minha história acadêmica;

Agradeço a Adriano, que me fez ver que academia também é suavidade;

Agradeço à banca, especialmente a Mônica e Alarcon, que em pleno carnaval, foram disponíveis à leitura do meu texto;

Agradeço a todos os professores do PPGS, da UFPB, da Escola Nômade e da Fundação Felix Guatarri que contribuíram com o meu texto;

Agradeço a todos os entrevistados, a todos os que me facilitaram os acessos e a todos que permitiram a experimentação de realidades diferentes das que eu jamais vivera antes;

Agradeço a UEPB e aos colegas de Departamento que me possibilitaram quatro anos de afastamento;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
I - NO BANCO DA RUA, NO BANCO DA REZA E NO BANCO DO RÉU.....	34
1.1.Ao léu: O louco andarilho.....	35
1.2.Entre a terra e o céu: O louco possuído.....	42
-O louco possuído I.....	47
-O louco possuído II.....	57
1.3.Como réu: O louco criminoso e inimputável.....	67
II - NA BANCA DO MÉDICO.....	81
2.1. As condições de produção do doente mental.....	82
-Ecos do saber psiquiátrico.....	83
-A problematização do urbano.....	94
-O problema da saúde da população.....	98
-A política pública e a legislação nacional sobre a loucura nos anos 60.	104
-A chegada de médicos especialistas em loucura.....	107
2.2.O fortalecimento do saber psiquiátrico: emergência da formação médica	112
2.3.A deformação da face interna do saber psiquiátrico.....	117
2.4.A desconstrução da face externa do saber psiquiátrico.....	125
III - NO DIVÃ OU NO BANCO DA RUA.....	131
3.1.A emergência de novos sujeitos da loucura.....	134
-O louco rejeitado ou o louco foracluído.....	135
-O louco autoatualizado.....	145
-O louco noético.....	151
-O louco cuidado.....	158
-O louco indisciplinado.....	166
-O louco cidadão.....	173
a) A formação do militante reformista.....	174
b) Transformações, composições e alianças para uma ruptura	179
3.2.Uma nova hegemonia: a ascensão do louco foracluído.....	200
3.3.Novos saberes, antigas práticas de poder.....	205
3.4.O louco andarilho: um saber em metamorfose ambulante.....	208
CONSIDERAÇÕES (in) FINDAS.....	216
REFERÊNCIAS.....	218
ANEXOS.....	230

INTRODUÇÃO

Queremos inicialmente fazer uso do dispositivo do confessionalário¹ para apresentar nossas causas, nossos métodos, nossas teorias e a cartografia do nosso texto, justificando-nos na nossa pretensa ascensão na verticalidade *stritu senso* da ordem acadêmica. Como o ato de confissão produz sujeitos, seja como aquele que se submete ao pastor, buscando se redimir da culpa por seus pecados, seja como aquele que se submete à ciência do sexual, tagarelando sobre sua sexualidade e buscando a suposta liberação, confessamo-nos, para produzir ao seu término, o sujeito Doutor.

Por outro lado, na condição conquistada de doutor da loucura, poderíamos parecer ao leitor apressado que estaríamos capacitados para enunciar a verdade sobre a loucura. De partida já podemos dizer que saímos feliz pela ignorância adquirida após 35.000 horas de curso de doutorado, em que construimos a nossa convicção da manutenção do mistério, da dúvida e da incerteza sobre a loucura. É exatamente por tal convicção que, circunscrevendo-nos no limite do dizível de nós mesmos, de nossa época, das nossas teorias e dos nossos métodos, declaramos-nos ao nosso confessor-leitor que somos assassinos, na tagarelice do nosso saber-poder, da verdade absoluta e da loucura universal.

Na qualidade de confessante, justificamos algumas das pedras que compuseram o nosso caminho e nos trouxeram até aqui. Esclareçamos que as condições que nos possibilitaram este texto iniciam-se com o nosso percurso teórico de mestrado sob a orientação do professor Durval Muniz de Albuquerque Júnior (UFPB - 2002), com a dissertação “Negócio de acampar prá pegar terra é prá cabra macho - A construção social do lugar de militância política no MST: Uma discussão de gênero.” Passa pelas especializações em “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” (Fiocruz - 2009) e Curso de Pós- Graduação em "Análise Institucional, Esquizoanálise e Esquizodrama” (Fundação Gregório Barenblitt e Instituto Felix Guatarri- Belo Horizonte - 2012); pelo Curso de formação psicanalítica “A abordagem do sintoma na clínica de orientação lacaniana” da EBP, delegação Paraíba (2011). Além desses, os diversos cursos apócrifos ou não à

¹ Tal como o cristianismo e a psicanálise, o saber acadêmico também recorre ao dispositivo do confessionalário, para tagarelar, penitenciar, avaliar, julgar, punir, autenticar o seu saber. Este dispositivo se estabelece através de uma relação de poder, com um confessante e um confessor, como todo o ritual acadêmico.

academia, mas fundamentais para o nosso aporte teórico, realizados com o filósofo Luiz Fuganti, na Escola Nômade em São Paulo (2011). No PPGS, as disciplinas como “Morda a minha língua: Análise do discurso nas Ciências Sociais” ministrada pelo professor Adriano de Leon (PPGS), “Curso de leitura sobre Michel Foucault”, com professor Edmundo Gaudêncio (PPGS), “Pensamento Social Brasileiro” com o professor José Henrique Artigas de Godoy (PPGS), “Corpo e processos civilizadores” com o professor Ricardo Lucena (PPGS), “Sexualidade e saúde” com os professores Artur Perrusi e Mônica Franch (PPGS), “pesquisa qualitativa” com a professora Flávia Pires (PPGS) e “Fundamentos em Análise do Discurso” ministrada pela professora Regina Baracuh (Proling). Foram cursos fundamentais para a construção do nosso texto.

Adentrando-nos na nossa temática, queremos discorrer sobre as pretensões desse nosso trabalho. Uma delas diz respeito ao fato de que, quando nos propomos a discutir os significados da loucura, já reconhecemos que estamos partindo de um campo movediço, repleto de implosões internas e externas pertinente ao próprio campo dos conceitos dentro do universo linguageiro. Não acreditamos no fracasso de nossa pretensão por tais condições, mas muito pelo contrário, vislumbramos tais condições como apropriadas ao fluxo que serve à dimensão do próprio devir, do movimento e da produção de rostos para a loucura.

Nós não utilizamo-nos de um único significado da loucura no nosso texto, mas buscamos raspar os múltiplos sentidos socialmente construídos pelos diversos saberes, sejam eles tidos como científicos ou não. Para isso, entendemos tais significados vão sendo escavados como construções históricas e sociais com diferentes sentidos, diferentes construções subjetivas que emergem a partir das diversas práticas discursivas que lhes conceituem.

Na nossa escavação, vamos localizando para cada rosto insano encontrado, seus respectivos e múltiplos anos zeros². Mas o que é o zero senão um infinito espaço vazio que nunca alcançamos. Tal qual na corrida de Aquiles com a tartaruga³, a nossa ilusão

² Fazemos uma utilização do conceito de ano zero de Deleuze e Guatarri (1996), que para esses autores representa o ano zero cristão, mas que para nós, representa o ano zero para o surgimento de cada conceito sobre a loucura.

³ Referimo-nos a corrida apresentada por CRESSON (1954), inventada por Zenão de Eléia, discípulo de Parmênides, em que Aquiles que representa a rapidez, nunca conseguirá alcançar a tartaruga, que simboliza a morosidade. O paradoxo criado por Zenão está exatamente no infinito que está dentro da

de alcançarmos os conceitos sobre a loucura. Pedimos então que não venham depois de nós, refazer os nossos passos para localizar os rostos insanos por nós encontrados, já que submetidos ao império do movimento infinito, seguem sob a força imperiosa da mutação e do eterno vazio. Por isso mesmo enaltecemos a qualidade de simulacro⁴ do que escrevemos sobre a loucura e dos conceitos que encontramos. Entregando-nos à mobilidade universal, parafraseamos Heráclito de Éfeso, ao dizermos que jamais encontraremos os mesmos sujeitos da loucura ou sentiremos o mesmo perfume da insanidade⁵. Por isso mesmo é que concebemos que a serventia dos conceitos está na produção de rostos, que serão inevitavelmente esmagados e destruídos pelo movimento de decomposição do devir, mesmo a contragosto do seu produtor.

Esforçamo-nos então para reconstruir as histórias dos rostos insanos na cidade de Campina Grande rostos que buscam retirar o véu da “verdade absoluta” que julgam possuir sobre a loucura. Tais rostos vão sendo capturados e inseridos em uma cadeia rizomática⁶ jogos de forças de poder, mas que eliminam a força inspiradora que produz

finitude dos números naturais. Esta realidade produz um fracionamento eterno e uma descontinuidade impossível de ser transponível. É um abismo de séries infinitas, que para Zenão explicará a impossibilidade de Aquiles alcançar a tartaruga. Transpomos esta ideia para a possibilidade de conceituar a loucura de forma definitiva através da linguagem, como uma descontinuidade e um abismo infinito.

⁴ Diz DELEUZE (2009, p.384) que “o simulacro é o sistema em que o diferente se refere ao diferente por meio da própria diferença”. Há nesta colocação deleuziana em relação ao simulacro, a afirmação clara da divergência, da multiplicidade e da diferença, numa valorização do simulacro e apontando a diferença de forma positiva. Para MACHADO (2009), há em Deleuze, uma estratégia antiplatônica de glorificar o simulacro, como forma de abolição das ideias de original e de derivado, de modelo e de cópia. Sendo assim o simulacro não seria uma degradação, mas uma afirmação de potência positiva. O sentido de simulacro que utilizamos aqui, vai no sentido da afirmação dessa diferença, que não se preocupa com a destruição das más cópias, mas no sentido de busca de uma máquina dionizíaca e de uma potência positiva. Eis a intenção do nosso texto.

⁵ Conforme TELES (1986), a Heráclito de Éfeso (535-475 a. C.) é atribuída a ideia de devir, como lei universal de contínuas transformações. “Tudo flui e nada fica como é” fundamenta a ideia de fluxo e de movimento contínuo.

⁶ Conforme DELEUZE & GUATTARI (1995) o pensamento rizomático distingue-se do pensamento arbóreo por funcionar de forma conectiva, heterogênea, múltipla, descentrada, com linhas de rupturas imprevistas, que desterritorializam e reterritorializam em qualquer dos pontos, deixando passar linhas de fuga transformadoras e proliferantes. Por isso mesmo, o rizoma não possui um eixo ou uma estrutura como a árvore. Não tem começo, nem fim.

potência⁷, qualidade própria loucura. Nesse nosso esforço, revelamos quedas, ascensões, deslocamentos, transformações rizomáticas que se distanciam da própria loucura não capturada.

A máquina abstrata de rostificação⁸, constrói identidades unificadas, capturando, excluindo, subordinando devires, inventando histórias, produzindo e naturalizando sujeitos, impondo poder, matando a potência e determinando a ordem discursiva da vez que discorre sobre a loucura. O ano zero, o marco que vai rostificar a loucura, é também o ano zero de rostificação dos sujeitos assujeitados. A partir dele, é onde se inscrevem no muro branco da significação⁹, o sentido da loucura e do seu conquistador para dominá-la. No mesmo instante em que constrói no buraco negro da subjetivação¹⁰ os sujeitos loucos, de desejos capturados. Os limites interiores do buraco e os limites exteriores do muro são criados. Ao mesmo tempo em que sujeitos inclusos e excluídos vão sendo classificados e ordenados segundo as forças supostamente criativas.

Um close no rosto-louco produz um primeiro efeito imediato, o da biunivocização¹¹: a invenção da subjetividade do louco em que se perde a cabeça e se

⁷ Trazemos aqui uma importante distinção entre poder e potência dentro dos autores que utilizamos. Conforme COELHO (2007, p.20), utilizando-se da leitura de Negri, “o poder, pertence ao universo onde as forças (potências) são mediadas: o Estado desempenha esse papel de mediador dos conflitos concentrando em sua existência um poder maior, para submeter todos que a ele pertencem, a uma lei e a uma ordem.” Para o autor, a potência, apesar de ser limitada pelo Estado, possui um eterno movimento de produção. Segundo Alexandre Matheron (in NEGRI, 1993), poder é o confisco da potência. Acrescentaríamos, do devir e das intensidades.

⁸ Diz os Deleuze e Guatarri (p.30) que “o rosto concreto nasce de uma máquina abstrata de rosticidade”. A máquina é um sistema que organiza traços, linhas, mapas, volumes do rosto, rostificando, mas nunca sendo igual ou semelhante à própria máquina que o produziu. Todas as partes do rosto são decodificadas e logo em seguida sobredecodificadas. Neste processo maquínico, através da máquina abstrata, o rosto recobre a cabeça e todo o corpo, produzido na humanidade e perdendo o devir-animal. O conceito de máquina abstrata remete a tudo que rostifica, capturando, classificando, normatizando e produzindo socialmente os rostos. Nisso incluem o Estado e as diversas instituições.

⁹ Os mecanismos através dos quais ocorrem a produção social dos rostos, se dão através do muro branco e do buraco negro. A máquina abstrata produz o rosto, ao dar ao significante o seu muro branco e a subjetividade o seu buraco negro. O rosto é esboçado ao escrever no muro branco da significação e ao escavar o buraco negro da subjetividade.

¹⁰ Conforme explicado na nota anterior.

¹¹ Uma primeira função no processo de rostificação é a biunivocização. Nesta se constrói unidade de rosto. Um rosto de um homem. Um rosto de um rico. Um rosto de um policial, sobre as quais os rostos individuais e concretos irão ser produzidos, estabelecendo combinações, como a de um homem rico e que serão julgados pela máquina através de um sim ou de um não.

ganha um rosto. Agenciamentos de enunciação construir uma realidade de dominação, de organização e de produção do rosto que vão estar justificadas pela história inventada e capturada, cuja função é a de fazer esquecer a cabeça, mantendo a memória de um rosto fabricado e justificado pela sua história. Por outro lado, o mesmo close vai possibilitar a percepção do sujeito assujeitado, nomeado, datado, registrado, significado e ordenado do caos.

Surge então a invenção¹² histórica, para a qual não basta, porém, criar o rosto sob o primeiro efeito da biunivocização. Como segundo efeito imediato, do processo de rostificação da máquina abstrata, temos a criação do papel acoplado do são, do saudável e do racional, sob o efeito da binarização¹³. Cronstrói-se então, imediatamente, o correspondente do rosto do louco, através do herói racional que deverá salvá-lo da insanidade, que aqui veremos em suas várias formatações.

Em tais condições se configura um campo de força, de poder e disputa em torno da verdade do que seja a loucura. Buscaremos descrever o campo de forças que buscam impor a verdade da loucura. Reconstituir vozes que dão voz a loucura pela imagem que fazem de seus próprios rostos desenhados no espelho de sua necessidade de saber-poder que esquece a própria potência¹⁴. Na leitura que fazemos, entendemos que cada cultura e cada indivíduo lidam com a loucura, conforme lidam com o próprio devir e conseqüentemente, constroem-lhe rostos adequados ao modo de percebê-la. Neste processo, podemos ver as escolhas que são feitas pela potência ou pelo poder.

No percurso realizado pelo nosso texto para descrever as várias histórias da loucura e todas as perdas de potência pela busca do poder, efetivamos três capítulos.

¹² Utilizamos este conceito, dentro da perspectiva apresentada por ALBUQUERQUE JÚNIOR (2007) de uma mudança paradigmática, quando aponta que uma das virtudes do termo invenção é o afastamento que o mesmo produz de qualquer forma de naturalização e de continuidade, mas pelo contrário, está embutido neste termo a produção de uma ruptura, de uma emergência, de uma fabricação de algo novo.

¹³ A segunda função no processo de rostificação é a binarização. Neste momento, homem combina com mulher. Um travesti é inicialmente desqualificado, para ser requalificado num segundo plano pela máquina abstrata.

¹⁴ Utilizamos aqui o conceito de potência de Spinoza. Para vários autores como MOREIRA E CASTRO-SILVA (2011), FUGANTI (2007), MACHADO (1999), MACHADO E LAVRADOR (2007), potência é criação, é diferenciação, é afirmação, é invenção, é acontecimento, é ocupação, é capacidade de afetar e de ser afetado, é experimentação, é movimento, é agenciamento de encontro, enfim, é a capacidade de viver na potência de acontecer, não se separando do que pode.

Iniciamos o primeiro capítulo, discorrendo sobre a emergência dos discursos sobre a loucura nos textos dos historiadores tradicionais da cidade, textos esses que aparecem na cidade em meados do século XX. Neste contexto é que teremos a invenção do louco andarilho como aquele que é submetido às ruas, cujas características recorrentes estariam inseridas num contexto urbano precário. Nesses textos temos também o louco submetido à religiosidade, nas figuras daqueles que seriam internados nas Santas Casas de Misericórdia, sob os cuidados das irmãs de caridade. Tais condições do louco na cidade neste período expressam as formações discursivas dominantes em torno da loucura para o período colonial. Nestes textos não encontramos a figura do louco possuído, embora percebamos a presença de instituições sociais que justifiquem a sua existência. Somente através das entrevistas realizadas com idosos, que fomos levados a discorrer sobre a invenção do sujeito da loucura possuída na cidade, como manifestação de outra forma do olhar religioso sobre a loucura.

Dessa forma é que partimos dos textos dos historiadores tradicionais, deixamos-nos levar pelo nosso objeto e pela flexibilidade da triangulação metodológica a que nos propusemos realizar, para encontrarmos os diversos sujeitos sociais da loucura na cidade. Nas entrevistas realizadas, acabamos então nos deparando com a presença do louco inimputável, que surge a partir dos dispositivos jurídicos na cidade e da presença institucional na Paraíba do Manicômio Judiciário fundado em 16 de agosto de 1943. Esses sujeitos sociais da loucura predominaram até meados do século XX na cidade de Campina Grande sem uma hegemonia de um sobre os demais.

Neste capítulo começamos a esboçar a chegada na cidade da doença mental, através dos inquéritos judiciais, que apresentam o início da prática de exame mental não especializado. Tais exames serão feitos por médicos clínicos da cidade, mas posteriormente vão se tornando cada vez mais especializado, pelo envio dos tidos criminosos doentes mentais para fazerem o exame com os médicos do Manicômio Judiciário. Tais condições não proporcionaram a hegemonia deste modelo social de loucura sobre os demais, na medida em que podemos vê-los todos socialmente instituídos nos seus espaços sociais específicos, ou seja, o andarilho na rua, o possuído nos centros espíritas e terreiros e o inimputável nos processos judiciais e no manicômio judiciário.

A partir do capítulo II, vamos mostrar como serão preparadas as condições para o surgimento do sujeito social da loucura doente mental de forma institucional e

definitiva na cidade, fato que se dá com a chegada dos anos 60. Vemos a sua presença na cidade através de instituições como a Tamarineira, fundada em Recife em 1883, que fora construído no sítio da Tamarineira, em substituição ao Hospital da Visitação de Santa Isabel – cognominado Hospício de Alienados de Recife-Olinda. Além da Tamarineira, também o Hospital Juliano Moreira, inaugurado em João Pessoa em 23 de junho de 1928, cumpre com o papel de difusão do louco doente mental em Campina Grande. Entretanto, delimitamos a década de 60, como o período onde o sujeito social da loucura doente mental se institucionaliza na cidade. Vemos as condições que possibilitaram a expansão da condição para a institucionalização desse sujeito social da loucura, através do modelo hospitalocêntrico privado e que produz o processo de hegemonia do saber psiquiátrico sobre a loucura em Campina Grande. Neste processo de ascensão do saber psiquiátrico científico, o louco doente mental acaba por sobrepor-se ao louco andarilho e o louco possuído, que serão submetidos à margem nas práticas oficiais em lidar com a loucura.

Após a instalação dos dois hospitais psiquiátricos, surge então na mesma década, outra instituição que será fundamental para a ampliação do saber psiquiátrico na cidade, a Faculdade de Medicina de Campina Grande. Tal instituição traz para a cidade os novos profissionais da psiquiatria na condição de professores, como também contribui com a formação profissional de psiquiatras nascidos na própria cidade. Veremos então a série de gerações de novos psiquiatras que se sucederam ao longo das décadas de 70 e 80, quando o saber psiquiátrico alcança o seu apogeu. É interessante notarmos que tal crescimento, se depara com um paradoxo: o processo de perda de unidade em torno da profissão, bem como o processo de diferenciação dos psiquiatras em relação ao modelo hegemônico, eminentemente organicista. Com isso, analisaremos também as rupturas internas ao próprio saber psiquiátrico, que se dá através da formação profissional dos médicos psiquiatras. Além disso, veremos também como o louco possuído permanece presente dentro da própria ordem psiquiátrica, produzindo novas rupturas externas neste saber.

Por outro lado, veremos que é exatamente a partir da década de 80 que se inicia um processo de emergência de outros saberes sobre a loucura, que também vão se institucionalizando na cidade. Discutiremos no capítulo III, esse processo de ampliação da desconstrução da hegemonia do saber psiquiátrico na cidade, que dará margem a uma nova hegemonia. Na busca de espaço social, tais saberes confrontam o saber

hegemônico sobre a loucura, produzindo novos sujeitos sociais da loucura, que pluralizam ainda mais os modelos de sujeito loucos, deslocando o sentido dado unicamente como doente mental. Com embates mais ou menos declarados, os novos modelos da loucura surgem especialmente a partir da ascensão de cursos da área de saúde, mas também de cursos da área das ciências humanas e sociais, bem como do universo psicanalítico não acadêmico, como do Instituto da Borborema de Psicanálise.

Enquanto esse processo que se inicia em Campina Grande nos anos 80, começa no Brasil um processo de luta pela ascensão social do louco cidadão, através da luta do MTSM¹⁵ e pela implantação da Reforma Psiquiátrica no país. Tal modelo de loucura chega até Campina Grande tardiamente, compondo um caldeirão de novos sujeitos sociais da loucura, que confrontaram diretamente o modelo de loucura hospitalocêntrica e privatista hegemônico na cidade desde a década de 60.

A partir de uma luta direta e declarada já no início dos anos 2000, teremos o embate entre esses dois modelos de loucura na cidade, no qual demonstraremos as diversas condições que possibilitaram a emergência de tal confronto, que ao seu término, faz ruir parte do modelo hegemônico de loucura, ou seja, o doente mental tratado em hospitais privados.

Por fim, também veremos que a partir desse processo de luta e de jogo de saber-poder, constitui-se uma nova configuração de hegemonia do sujeito social da loucura, agora com o predomínio de uma única teoria que dá conta de um único sentido e significado para o louco, que é a teoria psicanalítica lacaniana. Neste contexto também teremos o retorno e a visibilidade de um antigo sujeito social da loucura, o louco andarilho até então questionado e desqualificado pelo saber psiquiátrico dominante.

Para podermos desenvolver nosso estudo, do ponto de vista do desenho metodológico, afirmamos que fundamentalmente o mesmo se insere dentro do método qualitativo. Utilizamos-nos do recurso da triangulação metodológica entre a análise do discurso, a história de vida e a observação participante¹⁶. Nessa condição,

¹⁵ Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

¹⁶ Tal estratégia apresentada por DENZIN (2006), é discutida por MOTA & DAVID (2010), possibilita-nos aproximar conceitos e métodos de forma intencional, com a finalidade de ampliar o olhar sobre o objeto, de modo inter e até transdisciplinar, flexibilizando e não hierarquizando os saberes e fazeres metodológicos. Tal condição possibilita uma complementariedade de métodos, conforme as condições apresentadas pelo objeto a ser investigado.

experimentamos como pesquisador-cartógrafo, o devir analista do discurso, o devir historiador e o devir antropólogo em relação à condição do louco.

Na condição do devir analista do discurso da abordagem foucaultiana da loucura, utilizamo-nos da arqueologia¹⁷ buscando visualizar as condições de emergência e de enunciação de determinados saberes numa determinada época, que constitui novos sujeitos sociais da loucura dentro de uma determinada condição de possibilidade discursiva. Tal condição possibilita o acontecimento¹⁸ local, singular e inteiramente articulado com a perspectiva histórica, que a partir de uma multiplicidade de fatores condicionantes, produz o aparecimento, o desaparecimento e/ou o reaparecimento de um determinado discurso verdadeiro sobre um determinado sujeito.

Tal discurso, presente num regime discursivo de verdade¹⁹, busca impor-se como “a verdade” sobre a loucura dentre outros diversos discursos, produzindo deslocamentos de sentido do que seja a loucura. A utilização do método arqueológico nos possibilita encontrarmos o momento para a emergência de uma determinada

¹⁷ Utilizamos o método arqueológico foucaultiano como recurso metodológico inspirador desse nosso trabalho. Tal recurso corresponde ao primeiro momento da obra de Michel Foucault presente na *História da Loucura na Idade Clássica* (1962), *O Nascimento da Clínica* (1963), *As Palavras e as Coisas* (1966) e finalmente em *A Arqueologia do Saber* (1969), onde o autor explica a construção do seu método. Segundo GREGOLIN (2006), tal método corresponde a uma ruptura com a ideia continuísta da história, com as certezas estabelecidas pelas definições e representações, buscando as irrupções dos acontecimentos discursivos, para entender as condições de possibilidade para a sua emergência. Conforme afirmamos, utilizamo-nos do recurso metodológico foucaultiano como fonte inspiradora da nossa metodologia, não nos detendo a um modelo clássico apresentado pelo referido autor, na medida em que recorremos não só a fontes documentais, mas também a fontes orais para nossa coleta de informações, recurso próprio da metodologia da história oral. Seguindo a linha da desierarquização metodológica e de um olhar transdisciplinar, não privilegiamos uma metodologia dentro do nosso esforço de pesquisador.

¹⁸ Utilizamos o sentido dado por Foucault ao acontecimento, que cf. REVEL (2005) e CASTRO (2009), é entendido enquanto um fato discursivo, que dentro do método arqueológico explicita uma série de rede discursiva, de poderes, estratégias e de práticas, como condições de possibilidade para a irrupção de uma singularidade histórica. A emergência do enclausuramento é um acontecimento que faz emergir o doente mental.

¹⁹ Segundo GUÉRON (2009), o conceito de “regime de verdades” aparece em Foucault na sua crítica ao conceito de ideologia de Marx, pelo caráter metafísico do mesmo. Para Foucault (1989), as sociedades possuem regimes de verdade próprios, ao elegerem determinados discursos como o verdadeiro. Tal discurso é colocado na condição de discurso verdadeiro, em meio a um jogo de forças que o validam e que desqualificam a outros tantos outros. Exemplo disso é o conhecimento científico, que para a nossa sociedade ocidental estabelece o que é verdadeiro ou falso.

formação discursiva, bem como os deslocamentos que são produzidos para o sentido existente a partir da emergência de um enunciado pela primeira vez.

Desse modo, os sujeitos sociais da loucura emergem em Campina Grande a partir de uma série de condições de possibilidade para a sua enunciação, marcadas pela pretensão de um sentido único e predominante, mas também pela dispersão, pela polifonia e pela heterogeneidade, que corrói a própria condição inicial de suas enunciações, pelo jogo de forças que se estabelecem. Para entendermos melhor esse processo, recorreremos também ao recurso genealógico²⁰ do método foucaultiano que complementa a análise arqueológica, na medida em que este nos permite percebermos as táticas e as estratégias de poder, o sistema de coerção e a luta na qual um saber se estabelece como hegemônico dentro de um regime de verdade.

Será dessa forma que, conforme FOUCAULT (1996), o discurso será alcançado pelos sistemas de exclusão, de controle, de classificação e de distribuição da palavra que não pode ser dita, que constrói disciplinarmente um conjunto sistematizado de verdades, movido pela vontade de verdade e pelo desejo do exercício do poder. Com isso são construídas fronteiras, limites, margens, interdições, de modo a se exercer o domínio através da soberania de um único sentido. No método foucaultiano, faz-se necessário questionar a vontade de verdade, constituir o acontecimento como descontinuidade e quebrar a soberania do único sentido.

Com a genealogia podemos pensar que uma determinada formação discursiva sobre a loucura em Campina Grande emerge imersa em um complexo campo de forças e de luta, que conforme a configuração de uma determinada época e as condições de enunciação local produz o silêncio e a marginalização de outros tantos discursos e sentidos da loucura. Tal metodologia nos possibilita a imersão neste universo de luta e de poder, para entendermos como em determinado momento um dado discurso sobre a loucura se impõe como o discurso verdadeiro, silenciando os demais.

Utilizamos-nos desta abordagem metodológica, como inspiração para buscarmos nos textos dos historiadores tradicionais, bem como nos documentos apresentados pelos

²⁰ Diferentemente do método arqueológico, que possui um texto escrito especificamente explicitando tal método, não existe uma obra específica para o método genealógico. Entretanto, tal método vai estar presente nas obras posteriores a *A Arqueologia do Saber* (1969), a partir da obra *Vigiar e Punir* (1975). O método genealógico se caracteriza por analisar as estratégias e táticas que ocorrem nas relações de poder. Suas lutas, antagonismos, descontinuidades que impõem o discurso verdadeiro, através de silenciamentos, desqualificações, hierarquizações e ordenamento dos discursos.

mesmos, as discursividades sobre a loucura, assim como as condições de possibilidade para sua emergência. Entretanto, como a abordagem foucaultiana, limita-se em sua análise à verificação de documentos diversos, não trabalhando com entrevistas, para cumprirmos com a pretensão do nosso trabalho em não hierarquizarmos o método, recorreremos à história oral, mantendo-nos fiel à força inspiradora da abordagem arqui-genealógica foucaultiana, sem desperdiçar o material possível de ser coletado pela entrevista. Neste sentido, mantivemo-nos com a mesma inspiração da metodologia arqui-genealógica, mas fomos buscar na metodologia da história oral, recursos que pudessem ampliar o nosso olhar sobre a loucura, dentro das ferramentas e características que essa metodologia oferece.

Através da condição do devir historiador com o recurso da história oral, pudemos utilizar as entrevistas para a realização do nosso trabalho, já que esta metodologia nasce junto com a invenção e utilização do gravador²¹. As entrevistas nos possibilitam a construção desse passado, tomado a partir de fontes orais que expressam experiências vividas pelos entrevistados. Elas nos oferecem um olhar para a vida comum das pessoas, fazendo aparecer trajetórias diversas diante do problema estudado. Conforme assumimos um olhar metodológico desierarquizado, não estamos desmerecendo as fontes documentais e escritas, mas favorecendo a multiplicidade de fontes de pesquisa, que amplia o horizonte do nosso objeto²².

Olhando para a realidade da loucura, enxergamos as múltiplas facetas cuja história oral possibilita o aprofundamento. Outro aspecto importante para a utilização da história oral no nosso trabalho se dá a partir do fato de que esta metodologia lida com as memórias e os silêncios, possibilitando-nos alcançar o não dito, o esquecido, o apagado da história oficial, de uma verdade única e instituída, dando voz ao testemunho oral. Além disso, o caráter de rompimento com uma verdade absoluta faz com que, como afirma MEIHY (1998), a história oral possa promover o resgate importante da subjetividade e da “história miúda”, dando visibilidade ao que foi posto à margem e no anonimato da história.

²¹ Conforme afirma MEIHY (1998, p. 24) a história oral é um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e continua com a definição de um grupo de pessoas (ou colônia) a serem entrevistadas, com o planejamento da condução das gravações, com a transcrição, com a conferência do depoimento, com a autorização para seu uso, arquivamento e sempre que possível, com a publicação dos resultados que devem em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas.

²² Como diz THOMPSON (1978, p.25) a realidade é complexa e multifacetada e o mérito principal da história oral é que a maioria das fontes permite que se recrie a multiplicidade original de pontos de vista.

O recurso da história oral também possibilita-nos romper com os estigmas e os lugares socialmente estabelecidos, no reconhecimento da memória como fonte de produção de conhecimento e de pesquisa. Quanto a isso, PORTELLI (1997) aponta para a importância de que a presença da subjetividade na pesquisa da história oral possibilita a que as fontes orais forneçam à pesquisa elementos valiosos que não são encontrados em outras metodologias.

Outro aspecto importante lembrado por CAVALCANTE (2004, p. 53), que utiliza-se de um pensamento de Paul Zumthor, se refere ao fato de que “a memória recupera o vivido”, o que conforme MEIHY (2007), possibilita-nos fazer a história viva do presente. Quanto a isso, ALBUQUERQUE JÚNIOR (2007) falando do aspecto inventivo de se fazer história, refere-se à mudança paradigmática no campo historiográfico, que rompe com a ideia de olhar para o passado, com a ilusão de vê-lo como ele realmente foi. Ele aponta para o passado inventado no hoje, pela escavação de camadas desse passado pelo presente, lembrando o esquecido pela construção histórica e perspectivista no presente.

Finalmente, com o recurso metodológico da observação participante, enxergamos as repercussões das experiências tidas como loucas no contexto social da cidade, bem como em nós mesmos. Todo o material recolhido a partir da utilização dessa metodologia confeccionou um diário de campo de quase 80 páginas que não pode ser utilizado na sua integralidade neste texto, por conta de dois motivos específicos: o primeiro de ordem temporal, que nos impossibilita realizarmos esse nosso texto dentro dos prazos estabelecidos pelo PPGS e pela liberação para capacitação da UEPB. O segundo motivo é de ordem textual, já que o volume desse nosso texto acabaria extrapolando em muito o corriqueiro volume atual para as teses²³. Diante disto, optamos por utilizarmos todo esse material etnográfico em um momento posterior. A parte que foi utilizada e apresentada no final deste texto foi resumida em um dia, mas na verdade ela representa várias idas e vindas a campo em diversos dias, turnos e horários diferentes.

Através do devir antropológico, buscamos o que CARDOSO DE OLIVEIRA (2000) chama de “encontro etnográfico”²⁴, num contato que privilegia o louco

²³ Conforme foi discutido na qualificação

²⁴ CARDOSO DE OLIVEIRA (2000) destaca que o encontro etnográfico, é um encontro em que pesquisador e pesquisado abrem-se um ao outro, criando um espaço de interlocução e de abertura de

andarilho, aproximando-nos do mesmo pelas condições que lhe são oferecidas nas ruas da cidade de Campina Grande. Com essa metodologia, estabelecemos com a loucura um processo de construção de uma relação dialógica que é apontada pelo referido autor, onde pesquisador e pesquisado buscam ouvir e serem ouvidos como iguais. Para isso, é necessário que haja uma relação intersubjetiva, conforme preconiza Da Matta (in NUNES, 1974), em que o exótico é transformado em familiar e o familiar no exótico. Com a etnografia, há um encontro relacional, um deixar-se afetar pelo ponto de vista do outro, com a descoberta de novas formas de relacionamentos sociais, num controle dos preconceitos que favorece a viagem ao universo social do outro. Há assim uma espécie de iniciação que aproxima o mais experimentalmente possível da vivência do outro, exigindo da subjetividade do pesquisador o que DA MATTA (op. cit.) chama de “rito de passagem”²⁵, para que o pesquisador seja e sinta-se reconhecido pelo outro no seu próprio universo social.

A importância de termos utilizado essa metodologia no estudo do louco andarilho está no favorecimento da nossa implicação direta com o nosso objeto de estudo, trazendo ainda mais o vivido para o nosso texto. A nossa pesquisa restringia-se unicamente às fontes escritas e orais e neste caso, pudemos agora nos aproximar ainda mais do nosso objeto de modo direto e vivo, com suas repercussões, embates e acolhimentos em nós e na cidade.

Finalmente queremos dizer que neste processo de triangulação metodológica, não hierarquizamos o método e não priorizamos nenhum destes modelos metodológicos e trabalhando com os mesmos de modo transversal, conforme as condições que o objeto em análise exigia. Não entramos em possíveis discussões sobre as divergências epistemológicas entre os mesmos, privilegiando o que cada um desses modelos metodológicos nos dá para o estudo da loucura.

Passemos então agora a falar do percurso da nossa pesquisa. Iniciamos a nossa pesquisa no segundo ano do doutorado, em 2010, através da busca nos textos dos

horizontes entre ambos, estabelecendo-se uma relação dialógica. Um diálogo entre iguais, uma estrada de mão dupla. O processo etnográfico vivenciado com o andarilho alcançou essa abertura e esse encontro.

²⁵ Para o CARDOSO DE OLIVEIRA (2000), para que ocorra a etnografia, é necessário a melhor aceitação possível por parte da sociedade observada da presença do pesquisador. Neste sentido o ritual de passagem serve como instante determinante para que o pesquisador seja aceito e incluído pelo outro no grupo.

autores tradicionais, não os desqualificando em relação aos historiadores acadêmicos. Buscamos em Elpídio de Almeida, Cristino Pimentel, Epamindas Câmara e Lino Gomes Silva Filho, que escreveram seus textos falando sobre a história de Campina Grande a partir de meados do século XX, ecos da discursividade sobre a loucura na cidade. Conforme os limites de informações oferecidas nesses textos, buscamos os recursos da história oral, entrevistando dois idosos com mais de 80 anos, que nos pudessem complementar as informações passadas pelos livros, já que os mesmos, a partir das suas lembranças de infância, nos auxiliariam a resgatar a memória discursiva da loucura andarilha no período anterior à virada da segunda metade do século XX.

Tais entrevistas nos foram muito importante, pois a partir delas e entregues a um fluxo metodológico, abrimos um leque de possibilidades para o universo pesquisado em relação à temática da loucura, deixando-nos levar a instituições psiquiátricas e jurídicas tais como a Tamarineira em Recife, o Juliano Moreira, o Manicômio Judiciário da Paraíba em João Pessoa e o depósito do judiciário de Campina Grande, nas quais buscamos resgatar nos prontuários, no que se refere aos hospitais psiquiátricos e nos processos jurídicos, quando nos referimos ao depósito do judiciário, a presença dos diversos modelos discursivos sobre a loucura na cidade.

Nessas instituições tivemos formas diferenciadas de acolhimento da nossa presença, bem como diferentes respostas às nossas buscas de pesquisador. Na Tamarineira fomos absolutamente bem recebidos, diante de um vasto acervo documental bem organizado em um arquivo morto, junto do qual nos debruçamos por 10 dias, na busca de informações sobre pacientes egressos da Paraíba e de Campina Grande, que foram internados naquele hospital no início do século XX. Na verdade, não conseguimos coletar dados sobre o século XIX, porquanto o referido arquivo morto não possuía informações do período anterior às primeiras décadas do século XX, por ter ocorrido um alagamento na cidade do Recife, que fez perder todo material anterior a este período. Quanto ao Juliano Moreira na cidade de João Pessoa, não podemos falar da mesma facilidade de acesso que encontramos na Tamarineira. Realizamos diversas idas, vindas e esperas por várias manhãs, para falarmos com a pessoa responsável pela liberação para a pesquisa e quando finalmente tivemos o acesso autorizado, deparamo-nos com a constatação de que naquele hospital não existe nenhum arquivo morto para os prontuários dos pacientes antigos. Em relação ao Manicômio Judiciário, conseguimos ter uma boa recepção por parte da direção daquela instituição, que embora

não tenha nos permitido o acesso direto ao material coletado, não nos colocou nenhuma dificuldade em fazer a pesquisa, desde que os dados fossem recolhidos pela funcionária responsável pelo arquivo. Deste modo, nossa pesquisa saiu prejudicada em parte, na medida em que não fomos nós que fizemos a coleta direta no arquivo morto daquela instituição.

Em relação ao Depósito do Judiciário de Campina Grande, tivemos amplo acesso, nos detendo nos arquivos do primeiro cartório criminal de Campina Grande, dos quais extraímos três casos, presentes nas caixas que arquivavam processos do início do século XX, em que ficava demarcada dentro do inquérito, a ascensão do exame mental para fundamentar o julgamento do juiz. No primeiro deles, ainda na década de 30, o exame era feito por médicos não especialistas. Já próximo à década de 60, tal exame vai se especializando, sendo feito inicialmente por médicos especialistas do Juliano Moreira em João Pessoa e posteriormente por médicos especialistas na medicina mental de Campina Grande. Por conta do grande número de material e das dificuldades nas condições do arquivamento dos processos, optamos por uma amostra não probabilística e intencional²⁶.

Paralelo a esse processo, também participamos das aulas do curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UEPB, que tinha a finalidade de capacitar os trabalhadores dos serviços substitutivos e acontecia uma vez por mês na própria Universidade Estadual, ocorrendo durante 3 dias seguidos. Gravamos cinco aulas de alguns reformistas e militantes nacionais da reforma psiquiátrica e de psiquiatras, transcrevendo-as, para podermos realizar a nossa análise em relação à produção do louco cidadão, bem como do discurso psiquiátrico dentro do campo da reforma psiquiátrica. Participamos também do curso “A abordagem do sintoma na clínica de orientação lacaniana - IPB - Módulo da Psicose”, que ocorreu também durante o período de nossa coleta de dados. Tal curso também acontecia uma vez por mês, dando-nos subsídios para a compreensão da loucura forcluída.

Através desses dois cursos, pudemos analisar os dispositivos, as tecnologias de produção dos sujeitos sociais da loucura cidadã e forcluída na cidade. Porém, as

²⁶ Segundo BARROS & LEHFELD (1990), ocorre a amostra não probabilística e acidental quando os elementos da pesquisa não são separados aleatoriamente, mas são formadas por casos, na medida que vão surgindo e conforme a necessidade da pesquisa. Usamos tal recurso no depósito do judiciário, pelas condições de desorganização que o mesmo apresentava, diferindo do que ocorrera na tamarineira, que olhamos todas as fichas do arquivo morto, pelas condições de organização que as mesmas estavam.

informações coletas nos mesmos não foram utilizadas no nosso texto, podendo ser usadas em um texto específico posterior à nossa tese. O mesmo não ocorreu com a gravação da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Campina Grande, ocorrida em 12 e 13 de abril de 2010, no Centro de Tecnologia Educacional - CTE, com o tema “Saúde mental, direito e compromisso de todos: Consolidar avanços e enfrentar desafios!”²⁷. Trata-se de um evento aberto à comunidade, com a finalidade de discutir e propor reformas para a política nacional de Saúde Mental. Esta conferência foi integralmente gravada, sendo também transcrita em sua íntegra, tendo por característica peculiar, juntar num mesmo espaço usuários, trabalhadores, familiares, gestores, teóricos e militantes da reforma psiquiátrica. Tal evento foi integralmente gravado, transcrito e utilizado por nós no nosso estudo.

Voltando-nos novamente para as entrevistas dos idosos sobre a loucura andarilha na cidade em meados do século XX, pudemos também nos deparar com a temática da loucura possuída, o que nos fez buscar o aprofundamento do olhar religioso sobre a loucura. Isso nos direcionou para entrevistarmos espíritas e pais de santo da cidade, bem como de buscarmos nos textos dos historiadores tradicionais da cidade referências em relação ao saber religioso e a loucura. Inicialmente entrevistamos por mais de uma hora, quatro pais de santo da cidade, buscando entender o início da umbanda de Campina Grande, bem como a sua forma de conceber e de abordar a loucura. Trata-se de quatro antigos pais de santo, sendo que um deles possuía 80 anos e é considerado um dos primeiros pais de santo da cidade.

Seguimos com nossas entrevistas também em relação ao espiritismo, onde pudemos utilizar o recurso do questionário para dois espíritas da cidade e entrevistarmos outro. Também fizemos contato com o filho de um dos fundadores do primeiro centro espírita de Campina Grande, que hoje possui mais de 80 anos e que nos indicou uma monografia de uma estudante Maria de Fátima Nóbrega de Sousa, aluna do curso de Especialização em Teoria da História e Metodologia do Ensino da História, “Clarividências de uma doutrina: A história do Espiritismo”, escrita em 2003. Na única entrevista que realizamos de um espírita, tivemos acesso a uma gravação em vídeo de um senhor espírita com mais de 100 anos, que falava do início do espiritismo na cidade, bem como sobre como a loucura possuída era tratada no início do século XX.

²⁷ Esta conferência aconteceu durante o período de pesquisa desta tese.

Após esse percurso, buscamos então entrevistar os primeiros psiquiatras e donos de hospitais da cidade. Entrevistamos quatro psiquiatras dos mais antigos da cidade, abrindo a discussão para o nosso segundo capítulo, no qual discutimos o início da psiquiatria na cidade. Numa dessas entrevistas nos foi possível mapearmos as várias gerações de profissionais desta área que se sucederam, bem como a perspectiva teórica abordada por cada um dos profissionais, dentro do saber psiquiátrico. A partir dessas informações, fomos buscar na Plataforma Lattes, dados que nos possibilitassem fazer um desenho do percurso teórico que cada um desses profissionais ao longo de suas formações profissionais. Coletamos também informações de revistas e de livros que abordam a história da psiquiatria na cidade, tais como a Revista comemorativa dos 35 anos de fundação do Instituto Psiquiátrico Esquirol de 2001, o Jornal Instituto Psiquiátrico Pinel do ano 1, n. 1, de janeiro de 1981 e o livro História da Psiquiatria na Paraíba, de Edvaldo Brilhante da Silva Filho, de 1998.

Buscando analisar a ascensão do saber psiquiátrico na cidade, além de recorrermos à bibliografia que tratasse do assunto, tal como o livro anteriormente referenciado. Acabamos por nos deparar com a criação da Faculdade de Medicina, que também se tornou alvo da nossa pesquisa, por ser uma instituição importante para a implantação e expansão do saber psiquiátrico na cidade. Para isso recorremos ao coordenador do curso e ao acesso ao projeto político pedagógico do curso.

Finalmente no Capítulo III, configuramos o processo de transformação da hegemonia do saber psiquiátrico a partir dos diversos discursos sobre a loucura que vão emergindo na cidade. Iniciamos nosso estudo através das chamadas ciências *psis*, e posteriormente formos ampliando o nosso universo de pesquisa, com a inclusão de outras áreas do conhecimento, tais como o curso de História da UFCG, do curso de enfermagem da UEPB e do Instituto de Psicanálise da Borborema (IPB). Para isso, recorremos ao projeto político pedagógico dos cursos de psicologia, história e de enfermagem e entrevistamos 06 professores dos mesmos. Entrevistamos também 03 psicanalistas da IBP, em entrevistas que duraram em média quase duas horas, todas transcritas pelo pesquisador. Realizamos também 02 questionários com dois professores do curso de psicologia, cujo contato direto nos foi dificultado.

Posteriormente, na medida em que avançamos a nossa pesquisa, deparamo-nos com o processo de implantação da reforma na cidade. Para compreendermos esse processo, foram entrevistados 02 reformistas nacionais e 01 gestor municipal da época

da reforma. Em relação aos reformistas locais, foram realizados 02 questionários com duas antigas coordenadoras de saúde mental, que participaram do processo de implantação da reforma diretamente. Também buscamos diversos textos acadêmicos escritos sobre o processo de reforma na cidade, tais como Trabalhos de Conclusão de Curso, PIBICs e dissertações de mestrado, presentes na biblioteca da UEPB²⁸. Recorremos ainda ao processo judiciário n. 2200 de 2004, na 6ª Vara Federal da Paraíba, viabilizado pelo juiz Carlos Henrique, que trata do processo de intervenção do IPP, no qual pudemos visualizar o embate entre os modelos médico hospitalocêntrico e o modelo reformista de recidadanização do louco. Buscamos ainda os Jornais da cidade presentes nos arquivos do Espaço Cultural e nos arquivos da Fundação Casa José Américo, que falassem sobre o processo da reforma psiquiátrica de Campina Grande. Por fim, buscamos nos arquivos das Sessões da Câmara Municipais de Campina Grande do Senado Federal, sessões relativas à questão da reforma psiquiátrica.

Todo esse percurso no terceiro capítulo do nosso texto nos deu a possibilidade de configurarmos os diversos sujeitos sociais da loucura em Campina Grande a partir dos anos 80, as condições para suas emergências, bem como a explicitação do jogo de forças existentes entre os mesmos, que acabará transformando a hegemonia do poder psiquiátrico hospitalocêntrico, privatista e organicista na cidade. A realidade deste embate de forças, também vai possibilitar a emergência de uma nova hegemonia na cidade, que vai se configurar na figura do louco foracluído, bem como o retorno do louco andarilho às ruas. Para entendermos melhor o retorno deste último, utilizamos parcialmente o recurso do diário de campo que produzimos a partir do trabalho etnográfico citado anteriormente.

É importante também apontarmos que realizamos uma pesquisa bibliográfica de vários sujeitos sociais da loucura apresentados, com a finalidade de escavarmos a emergência de tais sujeitos na discursividade científica de artigos e trabalhos acadêmicos. Para isso, recorremos a base de dados do Scielo²⁹ e a uma bibliografia específica nos assuntos, nos quais foram recolhidos os mais diversos textos acadêmicos que tratam das condições de emergência das diversas formas de loucura.

²⁸ Apresentamos tais textos no anexo XVII

²⁹ Scientific Electronic Library Online. In <http://www.scielo.org/php/index.php>

Como vemos, não priorizamos um único cenário, nem uma única metodologia, nem tão pouco uma única técnica de pesquisa. Consideramos que diante das múltiplas possibilidades de abordagem do nosso objeto, pudemos exercer uma forma transversal de fazer pesquisa, deixando-nos levar de maneira fluida, porém metódica, pelos caminhos que a própria pesquisa desenhava e recorrendo sempre ao recurso de uma amostragem quase sempre fora não probabilística e com entrevistas não estruturadas³⁰.

Finalmente, finalizando essa nossa introdução, fazemos referência ao registro dessa pesquisa no Conselho de Ética da UEPB, CAAE N: 0588.0. 133.000-08, com parecer aprovado em 2009, quando o título ainda era “A INVENÇÃO SOCIAL DA LOUCURA: Um estudo sobre o processo de produção da subjetividade do louco no campo da Reforma Psiquiátrica na cidade de Campina Grande-Pb - Uma análise de gênero”, sob a orientação de Arthur Fraghoso de Albuquerque Perusi. Demos pseudônimos a todos os entrevistados, instituições e cidade citados, para podermos não deixar margem para a identificação das pessoas ou as instituições pesquisadas, na medida em que o nosso interesse não está voltado para o relato de fatos e pessoas historicamente determinados, mas antes de tudo, para o caráter de jogo de forças que se estabeleceu entre os nossos personagens. Além do mais, consultamos os nossos entrevistados e alguns deles nos solicitaram anonimato. Para atender aos que nos solicitaram anonimato, acabamos por fazer disso uma regra geral.

³⁰ Segundo ANDRADE (1993) um dos tipos de entrevista é a não estruturada, onde se estabelece uma conversa informal, com perguntas abertas e com liberdade para que o entrevistador possa direcionar com liberdade a entrevista conforme um roteiro pré-estabelecido.

CAPÍTULO I – NO BANCO DA RUA, NO
BANCO DA REZA E NO BANCO DO RÉU.

O período que trataremos a partir da agora, antecede a chegada institucional do louco doente mental em Campina Grande e será marcado pela emergência de outros sujeitos sociais da loucura, que dizem respeito à outras formações discursivas³¹ que tratam da temática da loucura. Neste primeiro capítulo, colocaremos em evidência esses diversos sujeitos sociais que emergem em Campina Grande. Iniciaremos com a figura emblemática do louco andarilho, como aquele que estaria entregue às condições das ruas, fazendo parte do cenário urbano e do cotidiano da cidade.

1.1. Ao léu: O Louco Andarilho

Conforme vários autores que tratam da temática da loucura no Brasil, um dos primeiros sujeitos sociais da loucura que encontramos no período colonial seria a figura do andarilho. Embora não se tenha muitos registros sobre o mesmo, existe uma discursivização sobre a sua existência nos trabalhos acadêmicos que tratam sobre o tema.³² RUSSO (2002), ao fazer a história das chamadas ciências *psis* no Brasil, afirma que até meados do século XIX, inexistiria qualquer instituição governamental com a finalidade de tratamento do louco no Brasil e que estes vagariam pelas ruas, perambulando erraticamente. COSTA (1976) em seus estudos sobre a história da psiquiatria brasileira aponta também para esse fato, afirmando que os loucos no período colonial não teriam nenhum tratamento específico e que quando não erravam pelas ruas, estariam retidos em prisões, acusados de vagabundagem, de perturbação ou encarcerados em hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia. Nos estudos apontados

³¹ Para FOUCAULT (2004) uma formação discursiva corresponde a um conjunto de regras, que na condição de anonimato, são definidoras de uma determinada época e do exercício de enunciação. Segundo FERNANDES (2008) trata-se de um campo configurativo que possibilita a emergência dos dizeres e dos sujeitos de uma determinada época histórica.

³² Tratamos o conhecimento científico que discorre sobre a loucura, da mesma forma que abordamos outros saberes, tal como o saber religioso ou os textos históricos não acadêmicos sobre a cidade. Por isso mesmo, vendo-os como formas discursivas sobre a loucura, como invenções, não os privilegiamos, utilizando o mesmo tempo verbal que utilizamos para o nosso objeto a partir dos diversos saberes. O tempo verbal escolhido quando o nosso objeto fala, é o futuro do pretérito simples ou composto, pois segundo CUNHA (1976), ele é empregado para designar ações posteriores ao período que se fala, exprimindo incerteza, probabilidade e suposição sobre os fatos do passado e utilizando afirmações condicionadas. Como não estamos buscando a verdadeira versão para os fatos históricos, mas construindo fatos históricos como verdades, utilizamos tal tempo verbal quando o nosso objeto fala, pela sua condição de expressar a possibilidade de determinados fatos, estando o mesmo condicionado ao discurso do nosso objeto.

também por DEVERA & COSTA-ROSA (2007), também encontraremos a afirmação de que até o século XIX, ou no período pré-republicano, a figura do louco estaria totalmente incorporada à paisagem urbana, como um tipo de rua que circularia e perambularia à solta. MEDEIROS (1993) vai destacar outro aspecto, que é o enorme silêncio sobre registros escritos acerca da loucura no período colonial, chegando a supor que o próprio Juliano Moreira no seu “Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905)”, teria recorrido a fontes orais para afirmar com detalhes a condição dos alienados, idiotas e imbecis, pela escassez de registros escritos.

Para o próprio Juliano Moreira, citado também por MEDEIROS (*op. cit.*) existiriam três destinos possíveis para os loucos no período colonial, de acordo com suas posses e das suas manifestações comportamentais. Quando tinham boas condições econômicas seriam enviados para a Europa. Quando não tinham tais condições, estando agitados, seriam amarrados em algum cômodo separado da casa. Quando não apresentavam qualquer agitação, vagueariam pela cidade e pelas aldeias ou campo, entregues as zombarias e alimentados pela caridade pública. Na ocorrência de agitações, poderiam inclusive ser recolhidos nas cadeias, aonde muitos chegariam até a falecer. Essa é a percepção dominante nos estudos sobre o Brasil Colônia, em que o louco seria tratado conforme a sua classe social. Se fosse um louco rico ficaria recolhido na família, mas se fosse pobre, ficaria livre nas ruas ou iria para as prisões, aonde acabariam morrendo de fome ou pela violência física.

A rua e a condição de andarilho seriam para esses estudiosos, o destino a que estariam submetidos os filhos da loucura no período colonial e nas primeiras organizações urbanas do país. Estar entregues às intempéries das ruas, onde circularia livremente, corresponde assim a uma das discursivizações que predominaria no discurso científico em relação à condição da loucura no período colonial.

Quando verificamos as narrativas históricas dos autores tradicionais, memorialistas que tratam da história de Campina Grande ainda que de forma não acadêmica, não encontramos nenhuma referência em relação ao louco perambulando pelas ruas durante o período colonial, reproduzindo a mesma condição de silêncio existente em relação ao período colonial brasileiro. A loucura andarilha não parece ser um fator de destaque nas narrativas históricas desses autores durante o período da Aldeia, da Vila e da cidade oitocentista e de meados do século XX.

Por outro lado, encontramos um longo discurso que evidencia as características precárias das condições das ruas da aldeia, da vila e até mesmo em um período longo em que Campina Grande se torna cidade. Para CÂMARA (1988), que introduziria na sua narrativa elementos descritivos dos diversos momentos de Campina Grande, surgiriam inicialmente casebres de taipa e telha na rua barrocas, que se tornaria posteriormente a rua oriente e a seguir a rua vila nova da rainha. Vejamos o que diz o autor sobre a realidade da aldeia:

Desordenada, crescendo vagarosamente (...) a primeira rua sofreu o abandono até da própria capela que lhe deu as costas. (...) os homens do campo nem sequer se lembravam de construir, ao menos, meia dúzia de casas de tijolo para emprestar ao povoado uma feição menos desinteressante. (...) Campina Grande, quando povoado, não foi além de um agregado de casebres e mocambos, onde pontificavam traficantes e jogadores, vagabundos e viciados, tropeiros e tangerinos de boiadas. Até os missionários preferiam andar pelas fazendas em pregações e desobrigas, pouco se interessando com o culto divino local. CÂMARA (*op. cit.*, p. 23)

Percebemos no discurso do referido autor sobre as condições das ruas, a marca negativa da desqualificação de uma desordem, desajuste, lentidão no crescimento e abandono, cujo efeito seria a presença das piores figuras como traficantes, jogadores, vagabundo, viciados, tropeiros e boiadeiros, o que acabaria por afastar para as fazendas os representantes da divindade. Tal condição permaneceria durante muito tempo. Com um crescimento lento, mais casas de taipas seriam construídas, formando novas artérias, tais como a rua do meio, que depois se transformaria na rua de baixo, correspondendo hoje a atual Afonso Campos. Entretanto, a condição de abandono, desordem e desajuste seriam mantidas durante este período. Diz o autor (*op. cit.*) que em 1790, ela ainda não contava com cem casebres nessas duas ruas.

ALMEIDA (1962) vai corroborar com esse olhar de Câmara, afirmando que Campina Grande às vésperas de se tornar cidade ainda permaneceria profundamente estagnada. Ele cita uma passagem escrita em 1889 por Irineu Jóffily, que diz:

Ainda hoje vêem-se dois miseráveis casebres, onde tinham residências habituais, no princípio deste século, dois grandes proprietários, causando admiração como poderiam eles hospedar ali os ouvidores e, ainda mais, os bispos que visitavam esta freguesia. ALMEIDA (*op. cit.*, p.124)

Mesmo quando se torna cidade, Almeida afirma que as condições da mesma ainda seriam muito precárias, possuindo casebres miseráveis, nas quais se hospedariam figuras importantes. PIMENTEL (1958), também apresenta a recorrência de uma

discursividade que produz uma Campina Grande precária. Entretanto, além da prevalência histórica da fragilidade das condições urbanas da cidade, teremos na sua narrativa a emergência do sujeito social do louco andarilho, inventado em meio às condições urbanas precárias narradas até aqui. Tal emergência se daria somente em meados do século XX, através de três figuras ícones da loucura andarilha: a “Rainha Joana”, o “Mudinho” e o louco “Guarda Roupa”.

A Rainha Joana é apresentada por Pimentel como uma velha louca, que fora bonita e sonhara com um noivo, mas que por conta de uma frustração amorosa, enlouquecera:

Houve um tempo em que Joana pensou em casar. Seu peito agitou-se e os sonhos do amor se agasalharam lá dentro, bem quentinhos, enchendo seu coração de laços cor de rosa.(*op. cit.*, p.157)

O autor fala então de um amor impossível por um jovem rico e de linhagem e que por isso mesmo, produziu-lhe a “fraqueza mental”. Esse amor seria o estopim do enlouquecimento da Rainha Joana e que a partir daí, passaria então a perambular pelas ruas da cidade, dizendo-se proprietária de todas as suas lojas e que se casaria com o rei. Segundo o autor, a condição de andarilha, lhe daria a situação de proscrita, se arranjando com vestes usadas, se encostando sorrateiramente pelos terraços escuros para dormir, suplicando comida como uma mendiga.

É importante notar que quando o referido autor fala da condição da Rainha Joana, ele se refere anteriormente à condição das ruas da cidade, pintando um quadro não muito diferente do que havia sido construído desde o período da aldeia:

Nenhuma cidade do interior do Brasil, do norte ou do sul, mostra quadros de miséria tão comoventes como os a que assistimos em Campina Grande, cidade amargurada pela ausência de iniciativas públicas que deem a ela o que é, realmente necessário para se mostrar civilizada. Temos impressão, percorrendo-se suas ruas, de que são desprezados todos os que trazem consigo uma chaga e vivem com ela mendigando. (*op. cit.*, p.155)

O autor critica as iniciativas públicas e dos políticos, que durante as suas campanhas políticas no período de eleição observariam essa situação e fariam promessas de mudanças, mas que o quadro de miséria não se alteraria. Ele apresenta uma imagem fotográfica da Rainha Joana, louca andarilha de rua, que vemos a seguir:



A "rainha" JOANA

Vemo-la vestida com uma longa roupa, que pela marca apresentada nos antebraços, remetem a utilização de uma roupa que se sobrepõe a outra, dando-nos a impressão contraditória de haver em pleno sol causticante, um excesso de vestimentas. Além disso, vemos que os tecidos da mesma são bem grossos e também compridos, cobrindo todo o corpo e deixando somente às vistas as mãos, a cabeça e os pés. Temos também a presença de adornos, que mais parecem sobreposição de tecidos sobre a roupa. Ao seu lado, nesta fotografia, não vemos a presença de mais ninguém. Entretanto, o autor evoca em seu texto, as figuras que fariam companhia a Rainha Joana, na escadaria ou perambulando pelas ruas de Campina Grande:

Ali, pousa um negro velho manco, estirando a mão, pedindo com hipocrisia uma esmola (...) acolá, um ceguinho atacado de amarelidão (...) em um batente, sentada, uma pobre moça, jogada na rua por algum desalmeado, pálida, sífilítica, abandonada pela municipalidade (...) em outra esquina, de pé, um espectro parecido com um homem, escondendo com um lenço imundo o câncer que lhe corrói o mento, esmolando por que não pode trabalhar.(*op. cit.*, p.155)

A Rainha Joana na condição de andarilha, é colocada na mesma condição de mendigos, negros, cegos, pedintes, moça sífilica, canceroso. Mas é colocada junto com

eles, sem especificidade de um local para que possa estar. Em meio a um lugar socialmente reconhecido para os excluídos e miseráveis, que deveriam ser amparados pela misericórdia alheia ou pelas promessas dos interesses políticos. Esse registro fotográfico torna-se importante, por ser o marco documental, dentro das narrativas que vimos analisando, que inaugura a loucura andarilha na cidade de Campina Grande, na sua condição de miserável.

Encontramos também a figura do “Mudinho” como mais um exemplo do louco andarilho evidenciado por Pimentel neste período. Trata-se de uma figura presente nas ruas de Campina Grande no mesmo período da Rainha Joana e que fora atropelado pela passagem do trem, por não ouvir a sua chegada. A passagem em que fala do Mudinho no livro *Pedaços da História de Campina Grande*, Pimentel mistura enunciados que apontam para a direção da religiosidade caritativa, quando afirma que “acompanhei o seu crescimento e todos os dias dava-lhe do meu pão e da minha água” (*op. cit.*, p.164). Mas também aponta para a direção de um discurso emergente sobre a loucura na cidade em meados do século XX, qual seja o discurso médico-psiquiátrico, que deveria dar conta da loucura andarilha. Isso fica claro quando ele refere ao Mudinho, dizendo que “sua primeira loucura manifestou-se em 1949. Interneio na Colônia Juliano Moreira, na capital.”(*op. cit.*, p.164)

Vale notar que em meio a um sentido caritativo e religioso com a loucura, Pimentel já começa a discursivizar na cidade de Campina Grande sobre o saber psiquiátrico. O louco andarilho que emerge na sua narrativa, traz consigo o discurso recorrente de desordem da cidade, mas também a presença do discurso psiquiátrico praticado efetivamente na capital. De certo modo, ele expressa um recurso que já existia em João Pessoa para lidar com a loucura andarilha, mas que ainda não estava presente em Campina Grande de forma institucional. Em meio à narrativa de Pimentel, cruzam-se discurso religioso com o discurso médico sobre a loucura, destacando-se esse último, já que o autor denomina o Mudinho de “doente do juízo”.

Encontramos a presença e a visibilidade que o louco andarilho teria a partir dos relatos orais de seu Iremar sobre esse período. Com seus 79 anos de idade, ele cita a presença de Baiba Rala, João Muié, Barrão Sessenta, Chico Preto, Antói de Zé Maria, Inácio de Zé Roberto, Doido dos Gomes, Nezim Matias, que seriam doidos que perambulariam pela cidade de Campina Grande em meados do século XX. Segundo ele, seriam figuras presentes na sua infância, quando tinha 10 anos de idade, - durante a

década de 40 -, enquanto que os loucos seriam homens feitos, “com 60 anos de idade para cima”. Isso significa que eles teriam nascido no século XIX. Chico Preto seria o mais velho das suas lembranças: “era doido véi antigo. Tinha oitenta ano. De setenta prá oitenta. Toda a vida doido”. Segundo seu Iremar, essa seria uma época em que ainda não tinha hospital na cidade, não existiriam também carros, nem mesmo o mercado central. Portanto, as condições das ruas seriam ainda bastante precárias.

Para ele, esses loucos estariam presentes em bairros antigos da cidade, tais como José Pinheiro, onde circulariam Inácio de Zé Roberto e Barrão Sessenta. Chico Preto e João Muié circulariam mais para o Catolé. Nezim Matias moraria na Baixa do Pau, no Catolé e Baiba Rala moraria na Palmeira. Seu Iremar evidencia o caráter andarilho e livre desses loucos da sua infância pelas ruas da cidade, como no caso de Antói Zé Maria, “ele chegava, andava. Que doido tem um negócio de andar, andar à vontade. Andava nas estradas, na cerca. (...)”. Além de andar, os loucos teriam a característica de correr: “corre aqui, corre ali. Um doido, quando ele pega a correr, tem dia que ele tá tão medonho que não tem quem aguento”. É interessante que seu Iremar aponta a característica do movimento como uma marca para o louco daquele momento na cidade. Um ser em fluxo, que quando mais estaria “medonho”, mais aceleraria os movimentos e necessitariam de correr. Não haveria interdição para que os mesmos pudessem circular pela cidade.

Haveria assim, uma acomodação e inclusão dos loucos no cenário da comunidade e sua relação com eles seria tranquila, embora houvesse um medo para com eles: “Todo ele, agente tinha medo. Tinha um doido, vinha numa calçada, ia prá outra”. Mas tal situação se daria sempre diante das atitudes provocativas em relação a eles:

E as vez, ele não bulia com ninguém, mas se a pessoa apertasse ele, era um perigo. Era um perigo. Ele – Antoi de Zé Maria – pegava uma pedra assim, na estrada, que tem dia que doido tá mais violento, pegava uma pedra assim e jogava. (Seu Iremar)

Segundo seu Iremar, a atitude violenta e agressiva de Antói de Zé Maria se daria por conta das provocações que lhe seriam feitas, em atitudes de “bulir” com eles. Mas de uma forma geral, haveria uma tranquilidade na convivência da comunidade com os seus loucos, que viveriam pelas ruas e seriam respeitados, diante do perigo que suas reações causariam:

Se bulisse era prá morrer. Um homem desse era perigoso. Tô dizendo ao senhor que pegava uma pedra grande jogava aqui no chão, chega tremia. (Seu Iremar)

Pela fala de seu Iremar vemos que o medo das reações dos loucos neste período, fariam com que eles ganhassem respeito em relação à comunidade. Além disso, outro fator importante que podemos destacar na fala de seu Iremar, é a referência familiar que esses doidos sempre teriam:

Eles vivem em casa, sabendo que tinham pai e mãe. Sabiam que tinha uma casa prá morar. Sabia que tinha pai e mãe prá dar de comer e sabendo que tinham uma casa prá morar. (Seu Iremar)

Todos eles mantinham laços de família, embora vivessem a perambular pelas ruas. Ele chega a compará-los com os animais, como a galinha, como os passarinhos, que sabem onde moram, sabem onde devem comer e sabem quem são suas famílias, sempre retornando para ela. Para seu Iremar, não seria oferecido nenhum tratamento específico para os loucos que circulavam pelas ruas. Nunca nenhum deles fora ao médico. Não haveria hospitalizações nem medicamentos:

Mas esses doidos daquele tempo não tinham tratamento nenhum, não. Viviam até morrer. Naquele tempo não existia tratamento não. (...) a medicina, antigamente, quando a pessoa adoecia, era mesmo que amarrar no pé do pau, no pé da cama. Um chazim e reza. Bora chamar a rezadeira. A rezadeira vinha rezar. (Seu Iremar)

De uma forma geral, o saber médico não se ofereceria de forma institucional na cidade, como uma saída inevitável para o louco andarilho. Segundo ele, diante dos momentos de crise, a solução seria amarrar o louco na cama ou então encaminhar para o saber religioso, como uma busca de solução para o seu comportamento agressivo. Temos assim, através da religiosidade, outro caminho que seria oferecido ao louco, o que acabaria produzindo um novo entendimento para o enlouquecer, bem como criando um novo sujeito social da loucura na cidade de Campina Grande, como veremos a seguir.

1.2. Entre a terra e o céu: O Louco Possuído

Voltando-nos novamente para a análise das narrativas históricas dos memorialistas de Campina Grande, encontramos outro registro raro sobre a loucura que não se enquadra dentro do modelo de louco andarilho e que foi citado por seu

Iremar, ou seja, do louco como necessitado de auxílio espiritual. Trata-se do texto de ALMEIDA (1962), que vai iluminar um caso de loucura presente ainda no período colonial da cidade. É o caso da história de Cecília de Jesus Maria, neta de Teodósio de Oliveira Ledo, fundador da cidade. O mesmo teria sido pai de três filhos no seu primeiro casamento: Francisco, Antônio e Adriana, sendo que esta última “construiu o matriarcado de Santa Rosa, de onde saiu o tronco que mais concorreu para o povoamento de Campina Grande” (*op. cit.*, p. 65). Seria exatamente dela que nasceria Cecília de Jesus Maria. É interessante notar que da árvore genealógica do fundador da cidade, temos a invenção da loucura na história da cidade de Campina Grande dentro de uma perspectiva da discursividade religiosidade, porquanto o referido autor afirma que a mesma fora internada no Hospício da Vila de Igarauçu. Almeida se utiliza para fazer tal afirmação de uma cópia de um documento de escritura de doação para Cecília de Jesus Maria, de primeiro de novembro de 1759, autenticada pelo cartório do Cel. João Queiroga, da povoação de Nossa Senhora do Bom Sucesso do Piancó, da Capitania da Paraíba do Norte, que afirma o seguinte:

Doou deste dia para sempre a sua sobrinha Cecília de Jesus Maria, filha de Agostinho Pereira Pinto, já defunto, e sua mulher dona Adriana de Oliveira Ledo, recolhida no Hospício da Vila de Igarauçu, freguesia de São Cosme e Damião. (*op. cit.* p. 66)

Logo a seguir, Almeida reafirma a insanidade de Cecília nos seguintes termos:

A última - referindo-se a Cecília - de que os autores não tratam, era doente mental e foi internada no Hospício da Vila de Igarauçu. (*op. cit.* p. 65).

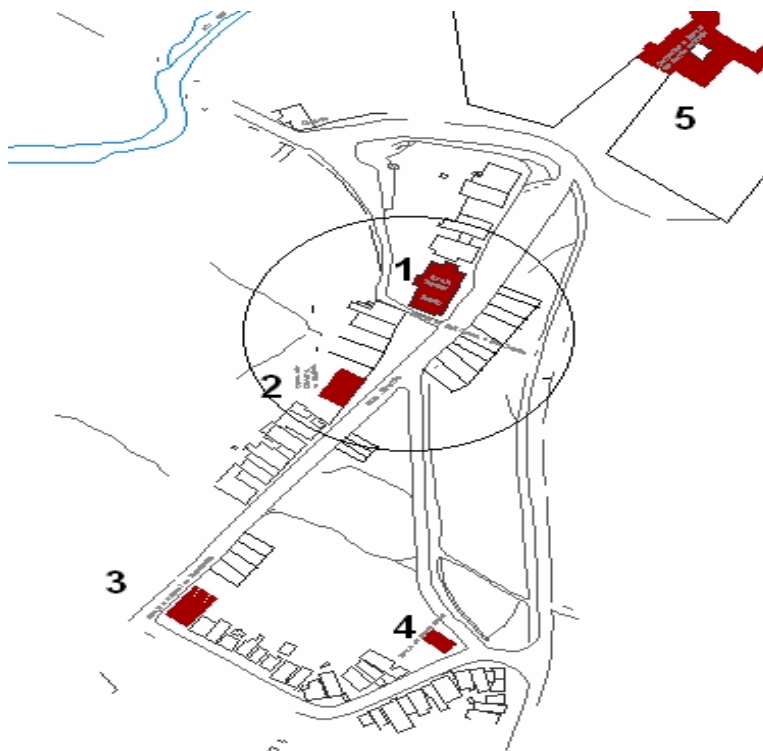
Vale ressaltar que a citação de Almeida traz o conceito de doença mental para a loucura de Cecília, enquanto que o documento fala de sua internação na Vila de Igarauçu. Almeida fala de um tipo de loucura que ainda não existiria em Campina Grande no período em que a mesma fora internada no Hospício, mas que já existiria no período em que o mesmo escreve seu texto. Em meados do século XX, já circulava o sentido da loucura como doença mental. Entretanto, no século XVIII, período em que Cecília vivera, não existia o sentido de loucura como doença na cidade. Quanto ao matriarcado de Santa Rosa como fora chamado por Almeida, na verdade seria a fazenda Santa Rosa, na qual se criaria gados e de onde surgiria a primeira louca da cidade, que neste caso, seria tratada numa perspectiva religiosa. A existência da referida louca não vai estar presente nas demais narrativas. Entretanto, a existência do matriarcado da sua mãe, vai estar presente também na narrativa de SILVA FILHO

(2005, p.25), que apresenta a Carta Régia, na qual em 10 de junho de 1744, era concedida “a dona Adriana de Oliveira Ledo, uma data nas ilhargas do riacho Santa Rosa”.

Este registro apresentado por Almeida, que se refere a um período tão remoto e que inaugura a loucura a partir de uma leitura religiosa em terras borboremense, refletiria outro destino dado ao louco naquele período, de que tratariam os estudiosos do tema, qual seja o de serem internados nas Santas Casas de Misericórdia. Quanto às notícias sobre as condições da neta de Teodósio, no período posterior ao seu destino que lhe fora dado na direção da Santa Casa de Igarassu, a narrativa de Almeida não fornece nenhuma informação. Entretanto, encontraremos nos estudiosos que tratam do assunto, referências tanto para a existência da Santa Casa de Igarassu, bem como a importância que as mesmas teriam para o governo português.

Segundo SIMIS & ARRUDA (2011) a Santa Casa de Igarassu teria sido construída provavelmente em meados do século XVI, sendo parcialmente destruída pelos holandeses em meados em 1632. Fazendo um breve histórico da Igreja da Misericórdia, as autoras a localizariam na esquina da rua Barbosa Lima e Tiradentes. Elas afirmam que a história da Irmandade de Igarassu deixara várias questões em abertas, tais como a data precisa de sua fundação, hajam visto os livros de registros estarem até hoje ocultos, escasseando as fontes documentais. Saber-se-ia que fora construída em meados do século XVI, mas não se saberia com certeza a sua localização, onde funcionaria a hospedaria e o hospital. Entretanto, após a invasão holandesa, com a consequente destruição da igreja, a irmandade teria começado a sua reconstrução no início do século XVIII, pedindo a ajuda de D. João V.

Quanto a isso, NEVES (2008, p.12) elabora um mapa hipotético da Vila de Igarassu em 1632, no qual seria localizada a Igreja da Misericórdia, que se baseia em descrições da época, no qual poderíamos localizar a Igreja e o Hospital da Misericórdia referenciado pelo número 3:



SIMIS & ARRUDA (2011), vão dizer que a referida instituição religiosa, teria sido um dos primeiros edifícios de caráter institucional que fora construído em Igarassu no século XVI, sendo que esta vila seria o primeiro povoado fundado por Duarte Coelho na capitania de Pernambuco. Para as autoras, o fato da concomitância entre a criação da instituição religiosa e a instalação da vila, se daria por conta da lógica portuguesa de fundação das vilas no Brasil na época colonial, com a instalação de um conjunto de edifícios institucionais, tais como a Casa da Câmara, a Cadeia e a Igreja Matriz. Elas enfatizam a importância das Igrejas e ordens religiosas na instalação das cidades e vilas.

A relação entre a coroa portuguesa, com seu domínio ultramarino e a Igreja, com suas ordens religiosas, vão ser enfatizadas por outros autores, tais como SCCUOGLIA & TAVARES (2009) que estudando a história e a memória da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, também as enfatizariam como instituições fortes nas colônias portuguesas. A Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul³³ também aponta o fundamento da existência da confraria de Nossa Senhora de Misericórdia enquanto uma das primeiras heranças da colonização

³³ In <http://www.federacaors.net/> acessado em 05-01-2011.

portuguesa no Brasil, iniciada com a instalação da primeira Santa Casa de Misericórdia em Olinda em 1539, cuja finalidade maior seria a preocupação com os enjeitados e marginalizados do convívio social, tais como criminosos e doentes mentais. A santa casa de Misericórdia de Igarassu, teria assim o caráter de continuação do processo que se iniciara em Lisboa, em 15 de agosto de 1498, com a criação da primeira Santa Casa, cuja patronesse teria sido a Rainha Leonor de Lencastre.

Quanto a isso, o trabalho desenvolvido por ROCHA (2005) nos apresenta de forma explícita toda íntima relação entre a irmandade da misericórdia e a estruturação do Estado português na efetivação do seu domínio ultramarino. Segundo ele, com a crise do feudalismo no século XV, diante das carências sociais profundas que assolariam a população pela emergência das pestes, guerras e fome, a presença de irmandades caritativas na Europa, seria fundamental para o poder monárquico. Naquela época, Portugal expandiria o seu domínio ultramarino e o seu capital mercantil. Sendo que a criação da irmandade da misericórdia de Lisboa, por um frade e por um grupo de leigos com o apoio real, teria a finalidade de amparar espiritual e materialmente aos que estariam excluídos do processo de acumulo de riqueza, causado pela expansão do capital mercantil e da dominação de além mar portuguesa.

Segundo o autor, seria necessária uma profunda transformação da cultura religiosa europeia da época, pelo surgimento de uma nova formatação de interlocução com a divindade e com a salvação. A fé teria que se reorganizar, para dar conta de uma nova realidade, com a caridade tendo a função dupla de aproximação com Deus e ao mesmo tempo de manutenção do poder soberano e da ordem de hierarquia social e de desigualdade econômica.

Pela prática caritativa da religiosidade, o monarca se redimiria com a divindade, para forjar uma nova aliança com o germe de uma sociedade capitalista. Diferente do homem feudal, que estaria em crise e que aceitaria as determinações naturais da vida e da morte, esse novo sujeito que começaria a ser forjado, apelaria para o individualismo. Caridade e filantropia nasceriam junto das primeiras manifestações de relações capitalistas e com a formação do Estado português. Assim também surgiria com a caridade, o próprio purgatório, como também o compromisso testamental como solução para nobres e comerciantes prósperos, para resolver o conflito entre uma vida material suntuosa e a salvação da alma.

Nessa lógica é que as Santas Casas se tornariam progressivamente um recurso do Estado português, patrocinada pelo próprio rei. Dessa forma, a misericórdia seria instalada na colônia, com a finalidade de reproduzir nestas o modo de vida que era estabelecido em Portugal. Seria assim no Brasil como também na costa africana. Não seria à toa que a irmandade chegaria às terras brasileiras junto com a exploração colonial, dentro de um projeto de colonização portuguesa das terras brasileiras, já que a elas caberia a responsabilidade de amparar os excluídos.

Conforme vimos no início deste capítulo, seriam vários os autores que tratando da história da loucura ou da psiquiatria no Brasil, vão corroborar com essa percepção de que cumpria às Santas Casas esse papel caritativo e não médico de acolhimento dos excluídos durante o período da colônia. Dentre tais autores, encontramos ODA & DALGALARRONDO (2005), que afirmam diretamente a existência desta função das santas casas de acolhimento do louco no período colonial.

Esta pactuação entre a confraria da misericórdia e o governo português, em outros termos, justificariam a finalidade da existência das Santas Casas, com a fim de manterem-se incluídas na ordem monárquica, cumprindo com a tarefa de incluir também os excluídos e desqualificados pela ordem da Monarquia. Em Campina Grande, o caso de Cecília inventa a loucura religiosa na cidade, instaurando essa discursividade na década de 60 do século XX, através de Almeida. Enviada ao Hospício da Vila de Igarassu, na freguesia de São Cosme e Damião em 1759, a neta do fundador da Aldeia seria excluída de Campina Grande, mas permanecendo inserida na ordem dominante, através dos cuidados das religiosas. Com isso ela passaria a ser a primeira representante da loucura que se insere numa leitura religiosa, inventando em Campina Grande a loucura a partir da perspectiva da religião.

-O Louco possuído I

Vimos anteriormente, no registro da narrativa de Almeida, onde os loucos surgiram na colônia como sujeitos as práticas das instituições religiosas católicas, no registro das memórias de idoso, onde os loucos estariam submetidos ao tratamento das rezadeiras e na narrativa de Pimentel, onde os loucos estariam entregues às ruas, as diversas invenções da loucura em Campina Grande na década de 60.

Quando seu Iremar fala das rezadeiras, ele aponta para uma das manifestações religiosas que está inserida dentro da tradição cultural e religiosa católica, indígena e africana, formando um quadro complexo, que mistura essas três tradições e que utilizam a reza e a oração como forma de tratamento para a loucura. Neste contexto, vamos nos deter no campo das religiões tidas como mediúnicas – que como veremos já é bastante amplo -, mesmo reconhecendo a existência de várias outras manifestações religiosas que estão presentes em relação à discursividade sobre a loucura, tais como as igrejas evangélicas, católicas etc. Por uma questão de opção, de tempo e principalmente, por não terem aparecido diretamente nas nossas entrevistas, não aprofundaremos esta multiplicidade do discurso religioso sobre a loucura, que poderá ser realizado num outro momento.

Dentro das tradições das religiões mediúnicas que recorrem ao caráter sobrenatural da loucura, bem como ao recurso da oração e da reza como tratamento da loucura, encontraremos a presença do Espiritismo e da Umbanda, que serão religiões que abordaremos a partir de agora. Inicialmente vamos nos remeter ao Espiritismo, que segundo OLIVEIRA (2007) surgiu na França, fundado por Allan Kardec em meados do século XIX. Conforme o autor, a doutrina espírita demonstra que a vida atual seria herdeira das ações passadas e que a finalidade do indivíduo ao reencarnar seria evoluir espiritualmente e estabelecer o bem comum entre todos os homens, para poder alcançar dimensões superiores. Para isso, o homem teria sempre o livre-arbítrio como possibilidade de escolha do caminho para sua espiritualização. Kardec então postula que a doutrina espírita, unifica o caráter religioso, filosófico e científico numa só doutrina, sendo que este último se daria através da observação metodológica dos fenômenos mediúnicos.

OLIVEIRA (*op. cit.*) cita Sandra Jaqueline Stoll, quando refere-se ao caráter de inserção da doutrina espírita no contexto religioso moderno ao atender ao espírito científico do século XIX, reconciliando razão e fé, bem como inserindo a racionalidade no discurso moderno de religiosidade. Com isso o espiritismo atrairia diversos sujeitos sociais do meio científico, quando utilizariam o saber apresentado pelos espíritos no Livro dos Espíritos, escrito em 1858, para explicar as relações entre o mundo material e o mundo invisível.

Tal doutrina, segundo os estudos de Ubiratan Machado na obra “Os intelectuais e o Espiritismo”, citados por OLIVERIA (*op. cit.*), surgiria no Brasil ainda em sessões

secretas na Corte no início da década de 60 do século XIX, mas só em 1865 apareceria institucionalmente com a criação do primeiro centro espírita em Salvador, chamado de Grupo Familiar do Espiritismo, fundado por Luiz Olímpio Teles de Menezes. Seria este o responsável pela primeira edição do primeiro jornal espírita Echos de Além-Túmulo em 1869. Para o autor, a classe média, intelectuais, médicos, engenheiros e militares se interessariam bastante pela nova doutrina. Em 1875 seria lançada a primeira versão do livro dos Espíritos em português pela Livraria Garnier, que fora duramente repudiado pela imprensa, mas que esgotaria rapidamente a sua primeira edição.

Outro fato marcante para o desenvolvimento da doutrina espírita no país apresentado pelo autor seria a criação em 1884 da Federação Espírita Brasileira (FEB). OLIVEIRA (*op. cit.*) também aponta os estudos da Sandra Jaqueline Stoll que afirma outro elemento importante para o desenvolvimento do espiritismo no Brasil, se daria por conta do seu caráter religioso e assistencial que predominaria na feição brasileira do espiritismo e que diferenciaria o espiritismo brasileiro da vertente francesa, que teria investido mais no seu caráter científico. Segundo a autora, tal “abrasileiramento”, se daria pela intimidade em que o povo brasileiro se relacionaria com santos, eguns e orixás, o que possibilitaria inclusive, uma grande inserção das classes mais populares, rompendo com as barreiras das classes.

Esse processo de abrasileiramento do Espiritismo, seria interpretado por Stoll de três formas: Uma primeira iria para a direção de que a versão brasileira não adulteraria, diminuiria ou desviaria a versão original, mas apenas adequaria à realidade local; uma segunda que oporia espiritismo e as religiões afros; e finalmente uma última, que afirmaria a necessidade para a legitimidade do espiritismo na França, através do caráter científico, mas que no Brasil, por força do catolicismo popular e das religiões afros, haveria um “empretecimento” do espiritismo, como também um “embranquecimento” das religiões afros.

Conforme CÂMARA (1988) em relação a Campina Grande, o Espiritismo fora iniciado em 25 de maio de 1926, quando fora criado o primeiro centro espírita da cidade, o Solon de Lucena. Segundo o autor, meses depois seria fundada outra instituição, o Centro Santo Agostinho. Posteriormente eles se unificariam, formando a União Espírita Cristã. Em 5 de outubro de 1943, seria fundada a Liga Espírita Campinense. Segundo SOUSA (2003), haveria muito preconceito em relação ao

Espiritismo no seu nascedouro e por isso mesmo, antes mesmo da fundação do primeiro centro espírita, acontecera uma manifestação de repúdio ao espiritismo, promovida por uma recusa por parte do Monsenhor Sales em batizar uma criança, alegando que o padrinho seria espírita. Isso teria causado uma grande polêmica, o que gerara uma manifestação da população em apoio ao padre. A autora narra que mesmo assim o espiritismo fora ocupando o seu espaço, tendo sido fundada em 1974 a Associação Municipal do Espiritismo, entidade que passaria a exercer o papel de coordenadora do espiritismo no município substituindo a Liga Espírita da cidade.

Na atualidade o centro mais antigo da cidade seria a União Espírita Cristã, que surgira do centro Espírita Solon de Lucena e que ainda estaria em funcionamento. Segundo SOUSA (*op. cit.*), o presidente atual seria o senhor Alandec Miguel de Moraes, filho do fundador João Miguel de Moraes e que fora possivelmente um dos primeiros espíritas da cidade, pois juntamente com Protásio Ferreira, Severino Joaquim Pequeno, Manoel Araújo teriam sido os fundadores do centro espírita Solon de Lucena que funcionara à Rua Visconde de pelotas (atual Floriano Peixoto) , n. 46, no centro da cidade. Tal centro teria mudado de endereço e de nome após a fusão com o grupo espírita Santo Agostinho, transformando-se em União Espírita Cristã e passando a funcionar na Rua Tiradentes, n. 154. Para a autora não seria possível maiores informações sobre esta instituição, que representaria o início do espiritismo na cidade, devido incêndio no prédio da instituição causado por desocupados, que acabara por destruir atas e livros de anotações antigas.

Quanto ao que se refere às questões relacionadas com a loucura a leitura espírita está fundamentada na influencia dos espíritos na vida das pessoas. Para o espiritismo haveria uma preocupação bem mais ampla e abstrata em relação ao sentido e a finalidade da existência do espírito dentro de uma lógica racional e um objetivo de avanço espiritual, cuja perda de rumo produziria um estado de loucura. Segundo os próprios espíritos (in KARDEC, 2007, p.81), o espírito seria “o princípio inteligente do Universo”, como afirma a questão 23 do livro dos Espíritos, que foram criados por Deus, “simples e ignorantes”, com a finalidade de “chegar progressivamente à progressão pelo conhecimento da verdade, para aproximá-los de si”, conforme afirma o espírito na questão 115 (p. 125). Desse modo, os espíritos difeririam uns dos outros, através do seu processo evolutivo rumo à perfeição e pelas “provas” (questão 166) e “expições” (questão 167) a que estariam submetidos conforme a “justiça de Deus”

(questão 171), nas diversas vidas corporais às quais deveriam realizar. Tal justiça é que regeria a vida humana, através das diversas leis morais às quais se subdividiriam em Lei Natural, Lei de Adoração, Lei do Trabalho, Lei de Reprodução, Lei de Conservação, Lei de Destruição, Lei de Sociedade, Lei de Progresso, Lei de Igualdade, Lei de Liberdade e Lei de Justiça, Amor e Caridade. O desvio humano diante das mesmas determinaria o futuro do espírito, através do registro de seus erros realizado na sua própria consciência e no seu corpo espiritual ou perispírico, impelindo-o ao ressarcimento dos seus erros na direção do progresso espiritual.

Dentro de “O livro dos Espíritos” encontramos assim a teorização doutrinária que dá a base para a discussão sobre a loucura. No Livro dos Médiuns outro livro fundamental para a doutrina espírita, encontraremos a teorização específica sobre as manifestações mediúnicas, portal de entrada do contato dos espíritos com o mundo material, aonde seria oferecido no seu capítulo XXIII, as formas de obsessão simples, fascinação e subjugação como formas de interferência dos espíritos sobre os “encarnados”, levando-os a comportamentos tidos como enlouquecidos. Trata-se de estágios graduados de comprometimento e de interferência dos espíritos na vida daquele que seria tido como médium. No primeiro haveria a percepção de que estaria lidando com um espírito mistificador, mas não haveria um comprometimento em relação ao médium da sua consciência em perceber qual o tipo de espírito está lidando. Na fascinação haveria um aumento da influência do espírito sobre o médium, pois seria criada uma ilusão no pensamento do mesmo que lhe “paralisa de certa maneira a sua capacidade de julgar as comunicações” (KARDEC, 1989, p.277). Sendo assim, o médium veria parcialmente que estaria sob a influência espiritual, iniciando um processo de perda de contato com a realidade, onde o espírito começaria a dirigir a vítima como a um cego. Na subjugação encontraremos uma “paralisação da vontade da vítima, (...) esta se encontra, numa palavra, sob um verdadeiro jugo”. (*op. cit.*, p.278). A vítima de loucura pela subjugação agiria de forma absurda e comprometedora para ela, pela interferência absoluta do espírito que a subjugaria.

Além desse sentido de loucura temos também dentro da própria literatura espírita um novo significado dado à loucura. Em LUIZ (2007, p. 134) encontramos no capítulo intitulado “Espíritos dementados”, a figura de Malaquias que reivindicaria a posse de suas terras e dos seus escravos, mesmo estando na condição de espírito: “quanto às minhas terras e os escravos? Paguei bom preço ao Carmo Garcia”. Trata-se

de uma passagem em que Malaquias – espírito desencarnado - cobraria a posse de sua propriedade terrena, quando já estaria vivendo no plano dos espíritos. Fica evidente um deslocamento do sentido que se dá para a loucura dentro da interpretação espírita, que neste caso, se daria pela falta de contato e aceitação do espírito com a realidade do mundo espiritual e de espírito desencarnado. Aquele que havia morrido, não tinha consciência de sua nova realidade e reivindicaria as posses do que havia adquirido quando em vida, permanecendo aprisionado em sua identidade humana. Como resposta, o espírito Alfredo adota uma postura bastante inovadora para a época da narrativa espiritual, qual seja a de não entrar em confronto com o estado, digamos assim “delirante”, mas respeitando ao máximo a expressão de sua condição, segue afirmando: “Sim, Malaquias, você reclama com razão, mas sua saúde não permite o regresso apressado” (*op. cit.*, p. 134). Alfredo não busca mostrar autoritariamente a irreabilidade do desejo de Malaquias, mas busca mostrar-lhe outro caminho, reconhecendo a sua condição: “por que preocupa-se tanto, assim, com as terras e os escravos? Primeiramente a saúde, Malaquias; não esqueça a saúde!” (*op. cit.* p. 134).

Vemos nessa passagem da literatura espírita que além de ser apresentando uma resignificação da loucura, o espírito não busca impor a realidade espiritual ao espírito perturbado, que insistiria em manter-se no lugar de senhor. Nesse instante Alfredo dialogando com André Luiz, vai afirmar: “no círculo carnal, seriam todos absolutamente normais; no entanto, aqui, são verdadeiros loucos”(*op. cit.*, p. 137). Há portanto uma inversão do sentido para a loucura, que seria o daquele que passaria a viver na erraticidade, sem a consciência de que estaria imerso em tal realidade.

A saída que o espiritismo apresentaria para as duas condições de loucura se daria através da consciência da realidade evolutiva do espírito, esteja ele dentro da realidade do mundo material dos encarnados ou dentro da realidade do mundo espiritual dos desencarnados. O significado da loucura estaria na ausência de perfeição espiritual. O próprio André Luiz no primeiro capítulo do livro “Nosso Lar” narra a sua própria realidade enlouquecida como espírito, quando durante o período de oito anos em que ficara nas regiões umbralinas³⁴ do plano espiritual sentia-se “amargurado

³⁴ O umbral refere-se às “zonas inferiores”, citada pelo espírito André Luiz logo no primeiro capítulo de sua obra (LUIZ, 2007). Segundo o autor, esta zona diz respeito a uma região trevosa em que ficam os espíritos perturbados, que se distanciaram das leis de Deus. Existe a possibilidade de tais espíritos saírem desta zona a partir do instante em que tomem consciência de que lá estão pela sintonia

duende nas grades escuras do horror. Cabelos eriçados, coração aos saltos, medo terrível senhoreando-me, muita vez gritei como louco” (LUIZ, 2007, p.15). O autor espiritual desta obra narra a sua realidade como de sofrimento, dor, desânimo, nas quais ouviria gargalhadas sinistras, via rostos animais, escuridão e na qual se perguntaria pela família, filhos, encontrando-se num estado em que preferiria “a ausência total da razão, o não-ser”(op. cit, p. 15). Ele fala da relatividade dos seus saberes filosóficos, políticos, científicos, do seu letramento religioso e do seu saber institucionalizado no Evangelho e do Velho Testamento, da sua condição social e familiar bem estabelecida, dos seus títulos universitários, que não conteriam a luz no coração e em nada o ajudariam naquele momento. Há assim na doutrina espírita um deslocamento do sentido para a loucura, para a qual todos estariam irremediavelmente propensos, devido ao não cumprimento das Leis divinas e da lei do amor, único caminho que proporcionaria o avanço espiritual e a blindagem ao enlouquecimento espiritual e material.

Tais condições de loucura como um estado temporário do espírito que não estaria trilhando o caminho da evolução espiritual, por estar em desacordo com a lei divina também não invalida a existência do louco com limitações físicas e materiais, que acabariam impossibilitando o exercício da sua racionalidade e da capacidade de amar, conforme fica muito clara na resposta que KARDEC (2007, p. 246) obtém dos espíritos quando os questiona sobre a condição dos loucos cuja causa seriam físicas:

Eles têm almas humanas, muitas vezes mais inteligentes do que pensais, mas que sofrem da insuficiência dos meios de que dispõem para se comunicar (...) são espíritos em punição que habitam corpos de idiotas. (Espírito)

A loucura para a doutrina espírita poderia se dar por motivos orgânicos e físicos, como limite temporal para que o espírito possa pagar os seus erros graves, “uma expiação imposta pelo abuso que fizeram de certas faculdades. É uma pausa temporária”, como afirma a questão 373. O espírito estaria expiando um erro grave privado temporariamente de sua capacidade mental sadia e pagando por seus débitos anteriores. Como também poderia se dar por influência de algum espírito a partir do mundo dos espíritos.

emocional que teriam com tal ambiente. Nos capítulos 1 e 40 desta obra o espírito descreve as condições dos frequentadores de tais ambientes.

Em meio a estes aspectos filosófico, religioso e científico do espiritismo há uma proposta de tratamento para a loucura, no qual se buscava eliminar a influência imediata do espírito junto ao encarnado, possibilitando a continuidade do aperfeiçoamento espiritual de ambos. Em relação a Campina Grande, temos a narração de como se dariam tais tratamentos nos primeiros centros espíritas da cidade de Campina Grande no começo do século passado. Conforme o senhor Evilásio, nascido em 1909, espírita desde meados da segunda década do século XX, tal tratamento “era feito com simplicidade, toalhinha forrada no chão. Fazia aquelas preces e a pessoa recebia ajuda”.

Segundo ele, em 1938, quando viera para a cidade e começara a atividade espírita, se encontrara com o médium Antônio Severino que seria na época o presidente do centro Espírita José de Alencar, que ficava perto da estação de trem da cidade. As atividades da reunião mediúnica no centro espíritas daquela época, segundo o senhor Evilásio, iniciar-se-iam com o comentário de uma passagem evangélica e na segunda parte da reunião seriam feitas as consultas. Segundo ele “tinha os médiuns consultistas (...) eram cinco, seis, oito médiuns na mesa, fazendo as consultas. Tinha o endereço (...) recebiam as entidades (...) e doutrinavam”.

Conforme senhor Evilásio existiria o mesmo modelo atual, no qual tinham os médiuns, o doutrinador, o pessoal da sustentação e do apoio. No tratamento da época, além da doutrinação, também seria utilizada a água fluidificada e muitas vezes, a depender da entidade que estaria obsediando, seria necessário que o médium botasse a mão na cabeça do paciente. No que diz respeito à loucura, o senhor Evilásio afirma que já haveria naquela época o tratamento da loucura dentro do espiritismo:

Entrevistador- naquele tempo o senhor viu daqueles casos do povo ficar meio, meio louco, que o povo dizia: ‘fulano tá doido’?

Senhor Eudes: muito. Muito. Tratava como doido. Que era doido.

Entrevistador- ai como era que fazia?

Senhor Eudes: levava para o centro. Dava passa e doutrinava, fazia a doutrinação através do médium e de espíritos. (...) tinha caso de chegar amarrado (...) soltava. Mandava soltar e arroteava de médium, dava passe, fazia oração e doutrinava, fazia doutrinação. Quando saía, saía prá casa solto. Bonzinho.³⁵

O senhor Evilásio tem hoje 101 anos e está falando de uma época em que não haveria ainda na cidade instituições médicas que pudessem dar conta especificamente

³⁵ Do acervo particular da videoteca do professor Evilásio

da temática da loucura. Dessa forma, o que existiria seria o tratamento espiritual, realizado nos centros espíritas da cidade, cujos efeitos seriam positivos em relação à manifestação enlouquecida do médium. Segundo ele, o tratamento espírita daquela época incluiria passes, doutrinação, água fluidificada e orações. Percebemos então que na primeira metade do século XX, o discurso sobre a loucura espiritual já fazia parte do contexto de Campina Grande.

Por outro lado, temos em Campina Grande outra experiência institucional que extrapola a experiência do centro espírita na sua relação com a loucura. Trata-se da instituição chamada de Hospital Espírita Mundo Novo - HEMN. A referida instituição fora fundada pelo capitão reformado do Exército Brasileiro, o mineiro Capitão Leandro, que criara inicialmente o Centro Espírita Celestial em 1948, que funcionara na rua do fogo, no Bairro do Tambor, mas que anos depois, entre as décadas de 50 e 60, fora transformado na instituição popularmente conhecida como Hospital Espírita. O referido hospital teria um caráter religioso, filantrópico, eclético, não profissional e não acadêmico, que “permitia uma circulação holística de conceitos do Esoterismo, do Hiduísmo, da Ufologia, da Astrologia ou até da Umbanda, itens que não se restringem a Allan Kardec ou a obras do cânone das federações espíritas”, como afirma Ednaldo, um dos seus ex-vice-presidentes. De todo modo, mesmo com uma característica eclética, o hospital espírita se utilizaria da leitura espírita da loucura, conforme vemos na fala de Ednaldo:

As causas espirituais endógenas e exógenas (principalmente estas) eram, portanto, os fatores mais visados no tratamento. Obviamente, os pressupostos são as teses kardecistas a) da reencarnação, b) da existência dos espíritos (vida após – e antes da – morte) e c) da interação entre os “mortos” e os “vivos” (entre outras teses do Espiritismo). Esses pressupostos, que não são considerados na medicina comum, explicam o relativo sucesso do tratamento psiquiátrico empregado no Hospital Espírita, já que, particularmente na loucura, verificou-se que as causas espirituais predominam sobre as estritamente somáticas. (Ednaldo)

Vemos que o fundamento da teoria espírita que sustenta a existência da vida material e do mundo espiritual seria utilizado dentro do hospital espírita para dar sustentação à prática mediúnica ali aplicada. O sentido da vida espiritual no pós-morte seria fundamental para tratar das influências dos espíritos na vida dos encarnados, causando-lhes o enlouquecimento:

Em centenas de casos lá tratados, era verificada, tanto nos casos reversíveis como nos irreversíveis, a presença de espíritos indutores, em maior ou

menor número, com carga psíquica sempre intensa e mórbida, associada ao passado espiritual do paciente.(Ednaldo)

A loucura seria concebida como uma desarmonia fundamental com as leis divinas, que possibilitaria um desequilíbrio consciencial, cujos efeitos levariam o indivíduo a comportamentos enlouquecidos dos mais diversos, recebendo o tratamento específico doutrinário:

As doenças em geral eram percebidas como desarmonias do espírito perante as Leis que regem a consciência, disso derivando as mais diversas formas de efeitos e de sintomas do corpo. A loucura, especificamente e sintomas associados ao sistema nervoso como a esquizofrenia, a própria epilepsia e as neuroses em geral, eram tratados no Hospital Espírita principalmente com a terapia da prece, do passe e da desobsessão.(Ednaldo)

Vemos aqui que a perspectiva de tratamento espírita utilizado no hospital espírita diria respeito à solução da influencia dos espíritos e se utilizaria de recursos como preces, passes e desobsessão, tratamento esse também confirmado por Emília, médium e trabalhadora voluntária do hospital na época, que chegara ao mesmo com 17 anos levada por um sofrimento obsessivo. Segundo ela, o tratamento “se constituía de passes, desobsessão e água fluidificada” ao qual ela própria fora submetida, acabando por ficar curada. Para Emília, um estágio da obsessão espiritual muitas vezes se transforma em possessão, que seria: “a influência negativa de um ou mais espírito sobre o encarnado, dominando a sua vontade, seus pensamentos.”

Como exemplo de cura ocorrido no hospital Emília cita o caso da menina Rosinha, que tinha 12 anos, vindo de Alagoa Nova, vivia perseguições espirituais, realizando inclusive fenômenos de polteirgest em que faria pegar fogo na casa em que trabalhava no que teria causado a morte de duas crianças. Emília relata que a médium ficara “fora de si, despida, cantando, falando bobagens”. Entretanto, depois do tratamento espiritual, ela conseguira se reequilibrar, tomar conta de sua vida e desenvolver atividades diversas.

Ednaldo também se refere a diversas curas ocorridas no hospital espírita, mas que infelizmente a instituição não documentara, acabando por se perder no tempo. Entretanto, ele também se refere ao caso citado por Emília, de uma jovem “do interior que sofria com fenômenos ‘inexplicáveis’ diversos de ‘efeitos físicos’ em torno de si” e que passara a colaborar com os próprios trabalhos no hospital após a cura. Também

cita o caso de “uma senhora que foi trazida pela Polícia com ‘surto de loucura’ e que retomou a normalidade com uma simples sessão de desobsessão”.

Através desta colocação, percebemos que haveria um reconhecimento da atividade realizada pelo hospital espírita até por alguns órgãos institucionais do Estado, bem como um reconhecimento por parte de seus próprios trabalhadores dos efeitos de cura dos casos ali tratados. Entretanto, o reconhecimento das atividades desenvolvidas não se dariam sem as mais diversas oposições, seja pelo caráter religioso espírita que entraria em combate com os preceitos da igreja católica, levando a muitos religiosos chamarem os trabalhadores do hospital de “religiosos fanáticos, de macumbeiros”, como afirma Emília; seja pelo caráter de cura espiritual que seria combatido pela própria medicina, ao chamar Capitão Leandro de charlatão, conforme afirma Emília: “a classe médica que o chamava de charlatão”; seja pelo caráter eclético de suas atividades espirituais, que incluiria por vezes guias espirituais que “aplicavam técnicas próprias da Umbanda, inclusive com a participação de Preto-velhos e Caboclos”, como afirma Ednaldo, que acabaria por ser questionado pelo próprio campo federativo da doutrina espírita da cidade. Tal realidade acabaria produzindo um campo complexo de forças, que por vezes produzia alianças ou confrontos dos mais diversos. Mesmo assim, “seja pela persistência do fundador, seja pelo reconhecimento de parte da população em face dos serviços não remunerados prestados pela instituição, o hospital se manteve e prosperou enquanto existiu.”, como finaliza Ednaldo. De todo modo, a leitura espírita estava inserida no complexo jogo de forças pela verdade sobre a loucura na cidade, fato que se daria desde o início do século XX.

O Louco possuído II

Em relação ao discurso sobre a loucura por parte da Umbanda, que faz emergir o sujeito da loucura que se encontra também inserido no amplo contexto da religiosidade, perceberemos certa diferenciação e ao mesmo tempo uma aproximação com o sujeito da loucura espírita. Segundo PRANDI (1990), a umbanda seria uma religião brasileira com raízes africanas que surgira no Rio de Janeiro, quando fora fundado o primeiro centro de umbanda, a partir de uma cisão com um centro kardecista, que rejeitaria as manifestações mediúnicas dos caboclos e dos guias negros.

O candomblé africano já misturara elementos católicos e do espiritismo francês tomaria uma feição genuinamente brasileira através da umbanda. A umbanda surgiria então de uma cisão com o espiritismo, ao mesmo tempo preservaria vários de seus fundamentos. OLIVEIRA (2007, p.64), apresenta o início da umbanda do seguinte modo:

Zélio de Moraes, aos 17 anos, começou apresentar alguns distúrbios os quais a família acreditou que fossem de ordem mental e encaminhou o rapaz para um hospital psiquiátrico. Dias depois, não encontrando os seus sintomas em nenhuma literatura médica, foi sugerida à família que lhe encaminhasse a um padre para um ritual de exorcismo. O padre, por sua vez, não conseguiu nenhum resultado. Tempos depois Zélio foi levado a uma benzedeira conhecida na região onde morava que lhe diagnosticou o dom da mediunidade e lhe recomendou que “trabalhasse” para a caridade

Vemos aqui na origem da umbanda, uma ruptura inicial com o espiritismo, um questionamento da eficiência da medicina psiquiátrica, como também um confronto com o saber da religiosidade católica, todos tidos como ineficientes para resolver o problema mediúnico de Zélio. Segundo ROHDE (2009) as manifestações do jovem Zélio de Moraes aos 17 anos de idade, se apresentariam na forma de paralisia ou de epilepsia, levando-o à reunião mediúnica kardecista, na qual teriam se manifestados espíritos de negros. Tais manifestações seriam interditadas pelo espiritismo e em decorrência disso, teria havido uma reunião em 15 de novembro de 1908, onde surgiria a primeira manifestação do Caboclo das Sete Encruzilhadas. Tal entidade teria saído em defesa das manifestações dos espíritos de negros e de índios, que seriam discriminadas pelas reuniões kardecistas, anunciando a criação da Umbanda como espaço legítimo para manifestação de tais entidades.

A umbanda surgiria então a partir de um confronto e de uma “bricolagem”, como afirma o antropólogo Renato Ortiz, citado por OLIVEIRA (2009), com os diversos saberes com os quais se compõe e ao mesmo tempo se diferencia, quais sejam os ameríndios, o católico, o africano e o kardecista. Seu surgimento iria tentar responder a problemática não respondida por tais saberes.

Por outro lado, a própria influência africana que iria possibilitar o surgimento da umbanda no Brasil, teria uma composição étnica e também religiosa muito variada. Segundo OLIVEIRA (2007, p.38), compunham-se de sudaneses que representaria aqueles grupos que vieram da África Ocidental, que corresponderiam os iorubas ou nagôs, jejes, fanti-achantis e bantos, que “englobavam as populações oriundas do

antigo reino do Congo, que hoje compreende as regiões localizadas no atual Congo, Angola, Gabão, Moçambique e Zaire”. Embora todos fossem provenientes da África, teriam rituais religiosos distintos.

A partir do século XVII, início da expansão da importação dos negros para o Brasil, até o século XIX esses grupos entrariam no Brasil, trazendo consigo toda a sua diversidade cultural e religiosa, no que fariam surgir o que se denominou de Candomblé. Lentamente iria sendo produzida a mistura de etnias africanas, que se somariam ao caldo cultural de índios e brancos, produzindo uma rede diversa dentro de uma realidade cultural múltipla e um contexto geográfico multifacetado. Para OLIVEIRA (2007), não haveria uma doutrina nacional que agregasse e integrasse toda a diversidade multiformatada que misturariam as tradições africana, indígena, kardecista e católica.

Diante desse quadro, PRANDI (2004) afirma que “no início do século XX, enquanto os cultos africanos tradicionais eram preservados em seus nascedouros brasileiros, uma nova religião se formava no Rio de Janeiro, a umbanda”. Para o autor, a umbanda surgiria como forma de expressão de uma identidade brasileira para essa multiplicidade tão diversa das manifestações africanas.

Quanto a isso, OLIVEIRA (2007, p. 56) chama a atenção para o fato do mito fundador da Umbanda se dar em 15 de novembro, destacando o aspecto político para o surgimento da umbanda. Ele engrossa o coro de vários autores que dizem que tal fato não se dera por coincidência. Para ele, “esta pista sugere que os umbandistas pretenderiam manter estreitas relações com o sistema de governo recém instalado”. RIVAS (2008) corrobora com este pensamento, afirmando o preconceito com os negros e suas religiões, pela incompatibilidade entre a civilidade representada pela cidade do Rio de Janeiro e a incivilidade dos negros e de suas práticas religiosas. Nada melhor do que fundar uma nova religião nesta cidade, favorecendo o embranquecimento da mesma e diminuindo assim a desqualificação que lhe seria atribuída. Quanto a isso, ISAIA (1999) em conformidade com Maria Luiza T. Carneiro, vai mostrar os estigmas e desqualificações impostos neste período aos sujeitos sociais que fariam parte da pobreza, dentre os quais se situariam o negro, o louco, a prostituta e o que ela vai chamar de “mandingueiros”, que equivaleriam aos macumbeiros, pais de santo, médiuns etc.

Dentro do contexto de banho de civilidade a que estaria submetido o Rio de Janeiro no início do século XX, estaria em curso o processo de ascensão da urbanidade e da medicina, bem como toda uma discussão acerca da ideia de progresso e da identidade nacional. Para RIVAS (2008) os fundamentos de civilidade da época, possibilitariam a patologização do negro e de suas práticas religiosas, destacando o surgimento das teorias científicas as de Nina Rodrigues com essa finalidade:

(...) que se dedicava a medicina legal, com ênfase em psiquiatria e antropologia. Usava em seus estudos a base da psiquiatria europeia, com o conceito de degeneração voltado para a noção de doença mental. O culto de possessão era considerado patologia.(*op. cit*, p. 105)

Tais teorias também são citadas por ISAIA (1999, p. 100) que se utiliza dos estudos de Maria Luiza T. Carneiro, quando mostra que o negro seria visto como improdutivo e perigoso com base na sustentação científica das teorias de Nina Rodrigues. Ele estudara a criminalidade dos negros bahianos, explicando tais condições de periculosidade pelos seus aprisionamentos ao “primitivo sistema de crenças, valores e normas e impedia a sua plena integração à sociedade”. Os transe de candomblé seriam vistos então como “desarranjos psíquicos” que impossibilitariam o negro se integrar à civilização. O autor também se refere aos estudos de Silvio Romero e Euclides da Cunha, que “salientavam as idiossincrasias do mestiço como fator inibidor do ‘progresso’ nacional”.

A umbanda surgiria então, em 1908 como uma religião que possibilitaria o que Ortiz, citado por ROHDE (2009) vai chamar de embranquecimento da religião afro, dando-lhe, o que ISAIA (1999) vai chamar de um caráter brasileiro, fundamental para a ideia de progresso, cientificismo, evolucionismo e de nacionalismo presentes nas instituições nacionais do início do século. Tal leitura está de acordo com Schwarcz, citado por ROHDE (2009, p. 84), que se refere à lógica identitária da recém criada religião, como uma forma de diferenciação com as práticas “bárbaras, fetichistas, primitivas das macumbas, candomblé e outros cultos chamados genericamente de magia negra”.

A repercussão da emergência da Umbanda no Brasil, a partir desse jogo de forças em que estaria inserida e como resposta identitária e abasileirada ao estigma impostos às religiões afros, expressaria o atendimento ao esforço de civilidade, que só repercutiria na cidade de Campina Grande, várias décadas depois da sua fundação no Brasil. Segundo Pai Peixoto, antigo pai de santo de Campina Grande, sua chegada se

daria através de Mãe Marlene. Para ele, antes dela “tinha espírito juremeiro, de acender cachimbo, fazer coleta, mas do santo não entendia. De santo ninguém entendia. Ai ela veio, começou”. Pai Peixoto afirma que as atividades desenvolvidas com a jurema, seriam uma tradição que remontam aos povos indígenas e que posteriormente seriam incorporadas à religiosidade popular misturando-se aos cultos afro-brasileiros. Seriam remanescente indígenas que acabariam por ser incorporado pelos cultos afros como a Linhagem da Jurema, embora para alguns, possa não ser umbanda propriamente.

Pai Peixoto reconhece a existência da Jurema antes de Mãe Marlene, mas apresenta como início dos trabalhos da umbanda em Campina Grande o momento da sua chegada na cidade. Ela teria vindo de Recife, filha de Mãe Lídia, que seria irmã de santo de Lula da Mangueira. Lula Mangueira por outro lado, seria o pai de santo de Pai Pedro, outro pai de santo antigo de Campina Grande, que teria chegado mais ou menos na cidade na época de Mãe Marlene. Os dois seriam irmãos de santo, sendo os precursores da umbanda em Campina Grande. Pai Peixoto embora não saiba precisar a data da chegada de Mãe Marlene a Campina Grande, afirma que quem teria trazido a mesma para a cidade, teria sido o tenente Ricardo. Tal informação também está presente na fala de Pai Paulo, quando afirma que:

Ela foi mãe de santo de todo mundo aqui de Campina Grande. Eu sou raiz dela ainda, que ela é minha avó de santo. ...então era foi a fundadora. Ninguém é anterior a minha mãe de santo. É a fundadora. (Pai Paulo)

Como Mãe Marlene já morrera e não podemos obter as informações diretamente dela, não temos a data exata da sua chega à cidade. Seus próprios filhos de santo não sabem responder. Mas segundo informações de Pai Paulo, teria sido na década de 40 que ela viera para a cidade. Por outro lado, Pai Pedro, pernambucano que nascera em 1928, viera para Campina Grande aos 5 anos de idade, tendo começado a sua atividade mediúnica na década de 40, aos 16 anos de idade. Seriam eles os pioneiros da umbanda na cidade.

Teríamos assim, na década de 40 o início da atividade umbandista na cidade. Uma época em que ainda não existiria a Federação, onde os terreiros pediam licença à polícia para poderem funcionar, como afirma Pai Pedro:

Agora nós tinha a licença. Quando queria fazer uma reunião, comunicava o delegado, nera? Para não vim aborrecimento.(Pai Pedro)

Por outro lado, figuras da própria polícia frequentariam o terreiro, como era o caso de Emílio do Oriente e Ciço que seriam investigadores de polícia. “Eram tudo fi de santo meu”, afirma Pai Pedro. Várias outras figuras importantes das mais diversas instituições participariam das atividades dos terreiros. Exemplo disso, seria o caso do diretor do fórum que por ser amigo de Pai Pedro, o ajudara a registrar o seu terreiro no cartório. Pai Pedro também fala do genro do governador, que seria advogado e que o livrara de uma prisão injusta.

Neste aspecto, haveria uma semelhança entre espiritismo e umbanda, pelo fato das perseguições sofridas quando das suas chegadas à cidade. Quanto a isso, diz Pai Pedro: “porque nesse tempo não tinha federação. A licença era da polícia”. Pai Patrício afirma que:

Quando Mãe Marlene chegou em Campina Grande, Marlene apanhou! Marlene foi espancada! (...) ela fazia e fazia. E que quando ela chegou que abriu o terreiro dela (...) abria um cantinho e começava a trabalhar e vinham as perseguições. E ele, - o delegado Luiz de Barros – foi um dos tais que perseguiu. E ela botou de frente essa questão. Foi testa de ferro e disse que ele não viesse, porque não viesse, porque ela resolvia. Ele e outros delegados da época e outras pessoas mais famosas, que tinha poder no Estado, botaram prá ferver em cima dela e ela botou o caldeirão em cima desse povo.(Pai Patrício)

Em meio a todo o preconceito social e perseguições em relação às práticas umbandistas e espiritistas no seu nascedouro na cidade de Campina Grande encontramos toda uma afinidade doutrinária em relação às concepções reencarnacionistas, cármicas, evolucionistas, comunicabilidade com os espíritos etc., cuja diferenciação se dará no campo da manifestação de espírito como Preto Velho, que não seriam autorizados a manifestarem-se no espiritismo. Outra diferenciação se daria no ritual realizado pelas duas religiões, que no caso da umbanda se daria de forma festiva, através de músicas e danças.

Tais diferenciações repercutem no entendimento do que seria loucura, mas muito mais nas práticas relacionadas com o tratamento da loucura. Vamos encontrar dentro da umbanda, a diferenciação conceitual da loucura material e a loucura espiritual. A loucura espiritual, conforme nos fala Pai Paulo, representante da Federação da Umbanda de Campina Grande, seria proveniente da mediunidade não trabalhada:

Umas pessoas espíritas, quando não se cuida, não se trata, que começa a desacreditar através da religião do espiritismo, que nós não escolhe, que nós não escolhe, agente é escolhido, agente começa a levar....é desacerto. E vem

a fraqueza dos nervos, que o espírito ataca os nervos, agente começa a ver bicho. Como é o sentido dos bicho? Se alevanta do chão. Bastante italiana, sai também do chão, também serpente, altas serpente grande. E nisso, a pessoa se não entender o que é o espiritismo, passa prá loucura. Entonce que se chama como fosse um lubizome, na vista do ser humano.(Pai Paulo)

Segundo o pai de santo, a faculdade mediúnica seria uma condição dada que exigiria certa crença e um cuidado daquele que a possui, sob a pena de enlouquecer, vendo coisas desagradáveis como bichos mais diversos. Há em sua fala um tom aterrorizante para aquele que se depara com a condição de loucura espiritual. Ele segue afirmando a saída para tal condição:

Entonce, para que não venha acontecer mais isso, agente procura um terreiro de umbanda, ou candomblé mesmo, prá vim tratar. Agente se trata com médico, o médico passa a sua medicina, seu remédio. Não tem remédio que controle a mediunidade forte que teja perturbada! O que pode controlar é o tratamento espiritual. (Pai Paulo)

É importante apontarmos para o fato de que na relação entre o saber médico e o saber umbandista, diante do problema da loucura espiritual, o primeiro é desqualificado na sua competência em dar a solução. A loucura espiritual, que só diria respeito à capacidade mediúnica de ver fenômenos imateriais e não poderia ser tratada com substâncias materiais da medicina. Como a causa da loucura não estaria em fatores de ordem médica, mas em fatores de ordem espiritual que lhe possibilitaria ver bichos, seria necessário que o médium absorvesse a visão de mundo e de sujeito da umbanda para poder se tratar. Nestas falas apresentadas até aqui, podemos perceber claramente a construção subjetiva do sujeito social da loucura numa leitura umbandista, que nascera no Rio de Janeiro, subjetivado na cidade de Campina Grande e dando significado espiritual e mediúnico para a loucura, em meio ao confronto com outros saberes.

Quanto ao início das manifestações da loucura espiritual, que expressam percepções e comportamentos socialmente não aceitos e espiritualmente perturbados do médium, verificamos a recorrência de experiências que reportam ao surgimento durante a infância e que os levariam a um comportamento bizarros. No caso de Pai de Santo Patrício, temos:

Eu era uma pessoa, eu perdia a consciência. (...) eu dava um soluço e esse soluço entrava meses desacordado. Tomava aquele soluço. Pronto. Eu dava aquele soluço, apagava. Como alguém que tivesse me desligado alguma coisa, uma tomada. Tava vivo, tava ali, mas sem consciência. (Pai Patrício)

O referido Pai de Santo, afirma ter apelado então para o saber médico, mas este fracassara em seu tratamento. A sua mãe trabalharia como lavadeira na casa de uma médica pediatra, mas que esta não conseguira curá-lo, por se tratar de uma loucura espiritual. Pai de santo Paulo diz que:

Eu comecei com 7 anos de idade, eu comecei a ter o dom espiritual. Já tinha já visões e tudo mais. Mas eu via as pessoas e conversava com aquelas pessoas do além, do outro mundo. Não era assombroso. Mas quando veio a loucura, veio alvoroço. Tudo se transformou em animal. Tudo bicho.(Pai Paulo)

Na fala deste Pai de Santo, fica claro que a atividade mediúnica não é concebida como um estado de loucura, mas que quando não exercida, produziria a loucura espiritual. Ficar inconsciente, comunicar-se com outras pessoas, ver e ouvir bichos, ficar paralisado representariam manifestações de uma loucura espiritual de um médium que não exerceria a sua mediunidade, que não cumpriria com as ‘obrigações’, sendo assediado por espíritos obsessores. Vejamos o que afirma o Pai Paulo, sobre sua própria experiência:

É ver bicho, ataca os nervos e a pessoa não consegue dormir direito. É tipo de lezeira. Leso, vê pessoas suas se transformar em animal. E o pior de tudo que ataca mais à noite. Como? No momento que a mente está querendo adormecer. Para dormir. Relaxar. Mas aí é no momento que você começa a ver suas pessoas, sua família se transformar em animal. A pessoa que tá dormindo junto de você, a pessoa se transforma. Acontece de muita gente matar uma pessoa que tá dormindo, problema de loucura espiritual, prá quem não conhece. (...) porque muitas vez eu vi essa mulher se transformar, à noite. Tava dormindo e tive aquele choque, como fosse um choque térmico, Tum! Quando olhava prá ela, ela tava virada num animal. A primeira vez eu dei um murro nela. É porque ela se transformou num logo. Uns dentão. E agente vê no escuro. Pior que é no escuro. (...) eu ai, puft!. Ela deu um grito: -tá batendo neu!? -tô batendo num bicho! (Pai Paulo)

A saída para esta realidade seria o tratamento espiritual e para isso, seria necessário que o médium fosse a um terreiro, para que pudesse ser iniciado um ritual de cura espiritual através dos recursos estabelecidos dentro da umbanda, como afirma o Pai de Santo Paulo: “eu cuido da vida, com banho, com erva, defumador, tudo isso”. O tratamento que é oferecido pela umbanda possui outro elemento importante que é apontado pelo Pai de Santo Paulo:

Chega na mão da gente, agente cura. Com simples ervas, banho e obrigações. Obrigações de fruta, cura muitas pessoas.(Pai Paulo)

Diversos recursos da própria natureza serviriam para a produção de uma reação que acarretaria uma limpeza no processo obsessivo, possibilitando a cura através do

afastamento do espírito obsessor, curando assim a loucura espiritual. Em tal ritual, a realização das “obrigações”, seria feita através de práticas simples como banhos e de defumações, conforme a fala do Pai de Santo Paulo:

Prá ser tratado, agente quando tem esse problema de loucura espiritual, quando agente vai ao pai de santo, eles vem os banho de limpeza primeiro, prá tirar os obsessores, porque quando agente enlouquece, o anjo da guarda dagente, que é o orixá, se afasta. Aí encosta em nosso corpo os obsessores. Espíritos de loucura. Aí o pai de santo vem com um banho de limpeza, do nosso orixá, para que o orixá volte a tomar conta da gente de novo. A se tomar de conta e afastar aqueles obsessores perturbadores. (Pai Paulo)

Tais práticas também se realizariam através de rituais mais complexos, com a utilização de animais em sacrifício, como vemos a seguir, na fala de Pai Paulo:

O que vem mais outras obrigações, é como fruta, é, bicho de pena, doação de bicho de pena, prá cobrir Exu, o que Exú é responsável pela vida do ser humano. (...) é galinha. Bode. É sacrifício dano uma vida prá salvar outra. Não dando outro ser humano. É dando obrigações. Porque existe aquela coisa, quando a pessoa faz dar uma galinha, um frango ao Exu, ao Orixá, ele vai se alimentar daquele bicho. O sangue lá. Que quando não se dá, que ele pousa no nosso ourí (parte superior da cabeça), chama o juízo, né? Na linguagem popular, ele vai puxar as nossas energia do ourí, aí vem a loucura, o cara começa a ficar zomzo, tonto, vendo coisa e mais coisa, aí vem a fraqueza dos nervo.(Pai Paulo)

Através da prática desse tratamento, que obedeceria a uma sessão específica para aquele que se encontraria enlouquecido, buscar-se-ia afastar os espíritos perturbadores, atrasados, os eguns, os obsessores, com a finalidade de que possam se aproximar os defensores, os anjos da guarda, tais como iemanjá, orixalá, ou o próprio guia, como o caboclo, o preto velho, o mestre. Nesse momento, segundo Pai Paulo, a loucura se acabaria, pois os espíritos atrasados se afastariam. Seria necessário que ocorresse uma sessão específica para o tratamento espiritual, onde estariam presentes os assistentes da casa para ajudar o tratamento realizado pelo pai de santo. Em rituais com bichos, as obrigações ficam mais complexas, exigindo auxiliares para ajudar no ritual, pois o animal se esforçaria para não ser sacrificado:

Porque os médicos não tem os seus enfermeiro? Mesmo assim, o pai de santo. Tem que ter as pessoas prá ajudar ele. Porque se for prá passar um bicho a pessoa passa, mas se for prá cortar? Quem vai segurar o bicho? Se for um bode? Ninguém segura um bode só. Porque o bicho vai espernear. E na obrigação, agente não pode deixar o bode berrar, porque se o bode berrar, quem vai se embora é a cabeça de quem tá cortando a cabeça do bode. (Pai Paulo)

Vemos aqui a absorção do discurso médico pelo discurso umbandista na sua lógica de um tratamento que necessita de auxiliares para ajudar, como o médico seria ajudado pelo enfermeiro. Segurar o animal e cortá-lo em função da cura, faz parte da ritualística médica e umbandista. Para a umbanda o sangue cumpre com a finalidade de curar a loucura espiritual causada pelos espíritos obsessores. Quanto a isso, temos a seguinte fala do Pai Paulo enaltecendo a capacidade de um colega Pai de Santo durante o ritual:

O homem se agarra com um boi, assim, ele se agarra com um boi, ele sangra um boi agarrado. Você vai ficar impressionado quando vê Pai Pedro. e quando ver um ritual dele. Que eu mesmo não tenho coragem de fazer aquilo ali. E não tenho. Eu me agarro com uma praga de um boi nada rapaz. Ele se agarra com um boi. Dá uma chave assim no boi e o boi não se mexe não e mete a faca.(Pai Paulo)

Vemos neste ritual de sangue a exaltação do Pai Pedro que o realiza, cuja finalidade seria a de fazer com que o anjo da guarda possa se aproximar daquele que sofre da loucura espiritual, pois assim afastaria os espíritos que estariam perturbando o médium doente. No ritual há uma valorização da força física que daria maior condição de força espiritual ao Pai de Santo para curar. Segundo ele, este tipo de ação “traz os seus orixás que é de origem”, expulsando os espíritos perturbadores, “para que essa pessoa seja tomada pelo seu devido orixá e fique aí, uma flor, para nós”, conclui o Pai Patrício.

Para a umbanda seria desse modo que se construiria a autoridade do pai ou da mãe de santo, fundamentais para que o tratamento seja bem realizado, pois produziria uma força espiritual misteriosa. Como se trata de um tratamento espiritual, alguns teriam maior força espiritual para a cura, como seria o caso da Mãe Marlene, que segundo Pai Patrício, seria um mistério como atuaria para curar, conforme vemos a seguir:

Também ninguém sabia o que é que ela fazia. Dava três rodada no doido, o doido se recuperava. Tchau, pronto. Isso aí são fenômenos, sabe, que ninguém sabe explicar o porque. São os mistérios. Ninguém sabe explicar isso aí. (Pai Patrício)

Dentro do ritual umbandista haveria certa necessidade de manter um mistério em meio aos fenômenos apresentados. Tal atitude reforça o misticismo, idolatria, veneração e a hierarquia em torno daqueles que conseguiriam realizar as proezas de cura. Alguém que tivesse a capacidade de “dar rodadas no louco”, fazendo-lhe

recuperar-se da sua loucura sem apelar para nenhum requisito da moderna ciência ou da racionalidade, seria alguém respeitado, não existindo nenhuma explicação científica para sua faculdade. No próximo item, veremos a emergência de um saber que se posicionará na direção contrária do saber umbandista de manutenção do mistério, assumindo-se como um saber científico moderno na sua forma em lidar com a loucura.

1.3.Como réu: O Louco criminoso e inimputável

Um último aspecto importante para a diversidade de construção dos sujeitos sociais da loucura na cidade de Campina Grande até meados do século XX, dirá respeito ao sistema jurídico-legal. Neste sentido, o histórico do sistema de leis e legislações vai significar a loucura de diferentes formas no país, alcançando a cidade de Campina Grande, fazendo emergir novos sujeitos sociais da loucura.

A partir de agora, analisaremos este processo a partir de um olhar específico sobre as práticas discursivas jurídicas. REIS FILHO (1968), ao referir-se às primeiras organizações municipais brasileiras, cita Raymundo Faoro quando afirmaria que a ordem jurídica no primeiro século seriam o das Ordenações Afonsinas e depois as Ordenações Manuelinas. Somente em 1603 é que predominaria as ordenações Filipinas. Nessas duas primeiras ordenações não vamos encontrar nenhuma referência à loucura nem tão pouco vamos relacioná-las com Campina Grande, já que a mesma ainda não estaria aldeada nesta época³⁶. Quando olhamos mais detidamente as Ordenações Afonsinas³⁷ no seu capítulo 4, quando fala do direito civil, não vamos presenciar a figura do louco. Já nas Ordenações Manuelinas³⁸ que fora promulgada em 1521 substituindo as Ordenações Alfonsinas, também não encontraremos nenhuma referência à figura do louco relacionado ao direito civil.

³⁶ Segundo Almeida (1962), Campina Grande fora aldeada em 1697, transformara-se em vila em 1790 e tornara-se cidade em 1864.

³⁷ Ordem jurídica que surge no século XV a partir de Afonso II. In <http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/afonsinas/l1ind.htm>, acessado em 01-06-2011

³⁸ Nova codificação que leva o nome de D. Manuel I. In <http://www.ci.uc.pt/ihti/proj/manuelinas/ni.htm>, acessado em 01-06-2011

Durante o período colonial a ordem jurídica funcionaria com as Ordenações do Reino e nestas, a loucura só viria a ser nomeada de forma específica, a partir das ordenações Filipinas, conforme vemos a seguir em seu Livro 4, artigo 103:

Dos curadores que se dão aos pródigos e mentecáptos:

(...)Mandamos que tanto que o Juiz dos Órfãos, souber que em sua jurisdição há algum Sandeu, que por causa de sua sandice possa fazer mal, ou dano na pessoa, ou fazenda, o entregue a seu pai, se o tiver, e lhe mande de nossa parte, que dali em diante ponha nelle boa guarda, assi na pessoa, como na fazenda; e se cumprir o faça aprizoar, em maneira que não possa faz mal a outrem.

E se depois que lhe assi for encarregada a guarda do dito seu filho, ele fizer algum mal, ou dano a outrem na pessoa ou fazenda, o dito seu pae será obrigado a emendar tudo, o satisfazer pelo corpo e bens, por a culpa e negligência, que assi tere em não guardar o filho.

E os bens que o Sandeu tiver, serão entregues ao dito pai per inventário feito pelo Serivão dos Orfãos, e o Juiz ordenará certa cousa ao dito pai per que o haja de manter.³⁹

Destacamos nestes dispositivos jurídicos, a emergência da nomeação que seria dada àqueles tidos como loucos, como mentecáptos, desassisados, desmemoriados e finalmente de sandeus. Para efeito de tais nomenclaturas, o significado que lhes seria dado, enunciaria o mal que pudessem fazer aos outros, bem como a responsabilização do pai, pela culpa e negligência que teriam na guarda do seu filho. O pai passaria a ser a figura que teria que cobrir o mal que o filho viesse a praticar em sua sandice. Temos então dois elementos importantes na entrada de tais nomenclaturas na colônia: primeiro o sentido de responsabilidade paterna e o segundo de maldade que pode ser realizada pelo sandeu. Tais dispositivos jurídicos já diferenciariam em nota o que seria demência do que seria desmemoriado dos loucos ou desassisados:

Desassisados e desmemoriados.

Desassisado propriamente, falta de siso e de juízo, louco completo.

Desdemoriado, falta de memória, esquecido, propriamente o idiota, o demente.

José da Fonseca, no seu Dicionário de sinônimos, faz a seguinte distinção entre demência e loucura:

“a demência é a abolição total da faculdade de raciocinar; é um estado de estupidez em que a inteligência se esvaece; (...) a memória se diminui e transtorna, apresentando só idéias inconexas e disparatadas, que o demente se obstina em olhar como muito razoáveis

Nesta qualidade coovem a demência com a loucura; com a diferença que aquella costuma nascer da fraqueza e debilidade e esta de excesso, de arrebatamento, de furor.

³⁹ In <http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/l4p1005.htm>, acessado em 01-06-11

Assim que, se costuma chamar loucura em seus excessos, ao estro, ao furor poético, a toda paixão exaltada, que arrebatava até ao delírio, e comete ações culpáveis e desordenadas.⁴⁰

Temos aqui a diferenciação e a conceituação inicial entre os desmemoriados e desassisados por parte do sistema jurídico-legal. Os desmemoriados seriam aqueles que tendo uma diminuição do raciocínio, acabariam tornando-se demenciados, enquanto que os loucos, ou sandeus, ou desassisados seriam aqueles que estariam movidos pelo excesso, tendo ataques de arrebatamento, de furor, movidos pela paixão exaltada que os levariam ao descontrole. Tais ordenações predominariam durante todo o período colonial, ditando e nomeando sujeito da loucura que ocupariam um lugar discursivo e social.

Quando do surgimento do Império, perceberemos uma nova nomenclatura dentro do Código Criminal de 1830 em seus artigos 10, que usaria a categoria de “loucos de todo gênero”, para aqueles indivíduos que teriam cometido algum tipo de crime:

Art. 10 Os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem lúcidos intervallos, e nelles commetterem o crime.

Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas famílias, como ao Juiz parecer mais conveniente.⁴¹

Vemos então que todas as nomenclaturas anteriormente apresentadas para significar a loucura, resignificaria com o termo “louco de todo o gênero”. Carregando ainda os sentidos anteriormente apresentados de perigo, mas agora sendo classificadas as suas ações como crimes, com a possibilidade de um espaço específico para os mesmos e de responsabilização das suas famílias pelos seus atos. Tal denominação permaneceria mesmo com o surgimento do Código Civil de 1916, que em seu Capítulo I, artigo quinto, falaria dos incapazes de exercer os atos da vida civil e dentre outros estão os “loucos de todo gênero”, conforme vemos a seguir:

Art. 5. São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

II - os loucos de todo o gênero;⁴²

⁴⁰ In <http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/l4p1005.htm>, acessado em 01-06-11

⁴¹ In http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LIM/LIM-16-12-1830.htm, acessado em 02-06-11

⁴² In <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L3071.htm>, acessado em 02-06-11

O louco é inventado ao longo do sistema jurídico-legal do Brasil no período colonial, passando pelo império, com um sentido de perigo e posteriormente de crime, até finalmente na República, com o código civil de 1916, ainda nomeado de “louco de todo gênero”, ser tido como incapaz do exercício dos atos civis. Tal resignificação teria a finalidade de resguardar os seus direitos civis e penais, anulando-lhes a condição do exercício da vida civil.

Não encontraremos nenhum registro desses tipos históricos nas narrativas históricas dos autores tradicionais de Campina Grande. Recorremos então ao depósito do fórum Afonso Campos da cidade de Campina Grande, na busca de retratar a emergência desses sujeitos na cidade. Encontramos então o mesmo silêncio presente nas narrativas históricas em torno dos mesmos, já que não existe nenhum registro ou arquivos deste período colonial da cidade ou mesmo do período do império, no qual esteja mantida a memória discursiva sobre a sua presença na cidade. Há um absoluto silêncio da justiça borboremense sobre esses casos nesses períodos mais remotos.

Por outro lado, a partir do início do século XX, teremos o processo de ascensão das instituições médicas e jurídicas na cidade, em meio à presença do louco andarilho e do louco possuído. O avanço das instituições jurídicas e médicas, possibilitariam a emergência desse novo sujeito da loucura que seria o louco inimputável e perigoso em Campina Grande. No processo de modernização da cidade, o aparelho judiciário constituir-se-ia como mais uma tecnologia⁴³ fundamental e dentro dele, o dispositivo⁴⁴ dos Manicômios Judiciários iria lentamente ganhando maior importância.

Há um caráter de destaque para o surgimento desse dispositivo que faria a associação entre a justiça e a medicina. Segundo Simonetti, citados pelos estudos de CORREIA (2011), o momento inaugural do manicômio judiciário no mundo, se daria quando do atentado à vida do Rei Jorge III, na Inglaterra do século XVIII, em que aquele que cometera tal ato, seria declarado louco e internado em uma seção especial

⁴³ Segundo CASTRO (2009), Foucault define as práticas como o seu campo de estudo e nelas, as tecnologias irão funcionar como táticas, ou meios e estratégias ou fins para o exercício do poder. Neste sentido a confissão seria uma tecnologia da verdade, enquanto que a análise seria uma tecnologia do sexo. Seriam as tecnologias que possibilitariam a análise do poder.

⁴⁴ Para CASTRO (opus cit), o dispositivo é uma rede de relação que tem como função estratégica, responder a uma determinada urgência, como no caso do controle da loucura pelo dispositivo manicomial.

do manicômio de Bedlem. Na Inglaterra surgiria então uma lei específica para disciplinar o “louco” que cometesse atos criminosos, a “Insane offender’s Bill”, como também seria neste país que surgiria a primeira instituição específica para interná-los, a “Criminal Lunatic Asylum”. A experiência inglesa seria aperfeiçoada ao longo do século XIX quando seria criada o “Manicomio Criminal de Estado”, em 1857. Tal experiência se expandiria pela Europa, a exemplo da França, que em 1876 criaria a sessão para loucos criminosos na Bicêtre e da Alemanha, que a partir de 1870 criaria também seus espaços específicos. Essa experiência se ampliaria ainda mais pelo mundo, até que finalmente na segunda metade do século XIX, ela chegaria aos Estados Unidos, onde seria criado no Estado de New York o primeiro manicômio criminal. No Canadá, em 1877, ela se iniciaria com a criação do Asilo Rockwood. A segunda metade do século XIX seria assim, o período em que haveria uma proliferação dos manicômios judiciários em todo o mundo.

Segundo a autora a partir de 1920 tal experiência chegaria ao Brasil. Para ela, Teixeira Brandão ainda no final do século XIX, começaria a solicitar a criação de Manicômios Judiciários para a internação do “louco criminoso”. Tal lógica seria corroborado por Juliano Moreira no início do século XX, que separaria os loucos dos loucos criminosos. A psiquiatria começaria a reivindicar que os loucos criminosos não fossem internados em Casas de Correção, nem tão pouco em asilos. Inicialmente seria criada a Seção Lombroso, nos Hospício Nacional dos Alienados, para finalmente em 10 de maio de 1921, ser inaugurado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, que segundo CARRARA (2010), seria o primeiro manicômio judiciário do Brasil e de toda a América Latina. Em meio a isso se seguiria um processo de inauguração dessas instituições em diversos Estados, tais como o de Barbacena em Minas Gerais, em 1929 e o Manicomio Juidiciário de São Paulo em 1933.

O sentido de delinquência, periculosidade e de criminalidade através da loucura criminosa seria então associado ao conceito de loucura, dando-lhe não só o sentido de doença, mas do que a autora chamaria de “prevenção de crimes futuros”. Com isso se depreenderia do ato, para se deter no exame do próprio sujeito, determinando o crime não mais pelo ato praticado, mas pela sua própria personalidade.

Em Campina Grande o processo de deslocamento do significado de loucura para a emergência da loucura criminosa se daria em decorrência da inauguração do Manicômio Judiciário da Paraíba em 16 de agosto de 1943. Segundo SILVA FILHO

(1998), essa instituição seria o primeiro manicômio judiciário inaugurado nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, com destaque para o status de mais moderno para a época, vindo a atender às demandas do novo Código Penal Brasileiro de 1940.

Mesmo antes da inauguração deste dispositivo, já seria possível percebermos a presença do saber médico influenciando os inquéritos através das realizações de exames médico, que naquele momento ainda não seriam especializados. Exame de corpo de delito já seria realizado na década de 30, conforme vemos no processo número 399 do ano de 1933, que traz a denúncia do promotor público da Comarca de Campina Grande ao Juiz de Direito em relação a Jorge, que aos 16 anos de idade teria cometido o delito de deflorar e engravidar a menor Jacira, empregada doméstica da casa do seu tio. Após a denúncia no início do mês de maio, o delegado de polícia nomeia então dois peritos médicos:

Nomeio peritos aos Srs. Drs Joel e Jailson, para hoje, no Hospital Pedro I desta cidade, a procederem o exame de corpo de delito na pessoa de Jacira, em presença de duas testemunhas, igualmente notificadas sob as formas da Lei: Cumpra-se. Tenente Jarbas, Delegado de polícia.⁴⁵

Feito esta nomeação, encontraremos dentro do processo o “Auto de exame de defloramento” que assim se expressa:

Aos seis dias do mês de maio do ano de mil novecentos e trinta e três, no Hospital Pedro I, desta cidade de Campina Grande, onde se achava o segundo tenente Jarbas, Delegado de Polícia desta cidade, comigo escrivão effectivo de seu cargo, adiante declarado, os peritos notificados, doutores Jailson e Joel, profissionais, e as testemunhas que este assignam, todos residentes nesta cidade, à dita autoridade, compromissou aos peritos, que prometeram bem e fielmente cumprir o seu dever, e encarregou-lhes de procederem o exame de defloramento na pessoa da menor Jacira, e de responderem os quesitos seguintes: 1. Se houve com effeito defloramento; 2. Qual o meio empregado; 3. Se houve copula carnal; 4 se houve emprego de violência para o fim libidinoso; 5. Qual o meio empregado, se força física, se outros meios que privassem a mulher de suas faculdade e assim da possibilidade de resistir e defender-se; 6 o defloramento há quantos dias aconteceu; 7 qual a idade da offendida. Feito o compromisso, passaram os peritos a fazer o exame ordenado, e a concluindo, declararam que, a examinariam a pessoa da menor Jacira, do sexo feminino, de idade de vinte anos, presumíveis, de cor parda, de estatura média, de nacionalidade brasileira e nella verificaram que a mesma, portadora de defloramento inteiro, com hymen roto, dando livre passagem a cavidade vaginal; com gravidez de seis meses mais ou menos; passando a responder os quesitos do seguinte modo: 1. Sim, ao 2. Corpo duro e resistente como pênis em erecção; ao 3. Provavelmente sim; ao 4. Iguoramos; ao 5. Prejudicado; ao 6. Muito tempo; ao 7. Mais ou menos, vinte anos. E nada mais havendo a tratar, mandou a autoridade encerrar este auto, que rubrica à margem e

⁴⁵ Processo com o número de registro 399, do ano de 1933

assigna no final com os peritos e testemunhas. Eu, Jaime, escrevão effetivo o assino e subscrevo.⁴⁶

Analisando este documento, perceberemos o vínculo entre a medicina e a justiça, através da presença do exame de corpo de delito, que neste caso seria de defloração, como uma tecnologia de produção de subjetividade, da qual emergirá o criminoso deflorador de menores, através do dispositivo do inquérito jurídico. O saber médico se insere na justiça como elemento que favorece a construção do sujeito infrator. Para que se torne elemento do regime de verdade tipificado pela lei, o corpo seria invadido pelo saber médico através do exame, que assumindo a condição e o status de um discurso verdadeiro, determinaria a sua condição. Em meio à terceira década do século XX, a medicina na cidade já comportaria hospital e médico para a realização da perícia médica. Existiria em Campina Grande o Hospital Pedro I, no qual atuariam diariamente profissionais para a realização da perícia solicitada pela justiça.

Entretanto, para que o sujeito criminoso tipificado como deflorador fosse definitivamente caracterizado, seria necessário que além do exame físico da vítima, a medicina também contribuísse com o exame mental do réu. Encontramos mais adiante neste processo o exame mental do suposto sujeito criminoso. Far-ia-se necessário saber se o mesmo tinha perfeitas condições mentais para responder por seus atos delituosos de defloração. Para se certificar de tais condições, o Juiz de Direito da Comarca de Campina Grande, Dr. Jonas, recorreria aos peritos não especializados na medicina mental, Drs Jailson e Joel:

Mando aos Drs. Jailson e Joel aos quaes nomeio peritos, que sendo-lhes este apresentado indo por mim assignaddo e em seu cumprimento procedam a exame psychologico, pedagógico e de idade no menor Jorge, que lhes será igualmente apresentado, e respondam aos seguintes quesitos:

1. Qual a idade do accusado Jorge?
2. O menor é physica e mentalmente são?
3. No caso negativo, de que soffre? e precisa de trataemnto immediato?
4. Se desenvolvimento, physico e mental, está proporcional á idade?

CUMPRAM – Campina Grande, 20 de Junho de 1933⁴⁷

Em resposta à solicitação do Juiz, temos o laudo apresentado pelos peritos, agora em documento oficial do Estado da Parahyba do Norte, da Directoria Geral de Saúde Pública, do Centro de Saúde de Campina Grande:

⁴⁶ Processo com o número de registro 399, do ano de 1933

⁴⁷ Processo com o número de registro 399, do ano de 1933

Do exame procedido na pessoa do menor Jorge, por mandado do Dr. Juiz de Direito desta comarca, de 20 do corrente ano, os abaixo assignado declaram em resposta aos quisitos propostos o seguinte:

Ao 1. Dezesete annos approximadamente;

Ao 2. Sim

Ao 3. Prejudicado

Ao 4. Sim.

Campina Grande, 22 de Junho de 1933.

Assinatura dos peritos.⁴⁸

Vemos então que a medicina mental, mesmo ainda não especializada e através de um exame mental bem simples começaria a fazer um esforço de intervir no discurso jurídico, mesmo antes da chegada dos primeiros psiquiatras, da criação do primeiro hospital psiquiátrico na cidade e até mesmo, antes da criação do manicômio judiciário no Estado. Embora ainda não fosse oficial a chegada da psiquiatria em Campina Grande, o discurso médico já funcionaria como um regime de verdade sobre a loucura, preparando-lhe as condições para a construção do discurso psiquiátrico forense. O saber médico não especializado funcionaria como referência para a tomada das decisões judiciais, como vemos na fala do juiz, ao proceder sua sentença, como vemos a seguir:

Quanto ao defloramento da vítima:

Nenhuma dúvida resta quanto ao defloramento de Jacira. É circunstância diretamente provada nos autos, conforme se verifica do auto de exame de defloramento.⁴⁹

Quanto à saúde mental do réu, “O réu foi submetido a exame psicológico, pedagógico e de idade”⁵⁰. Quanto à criminalização do réu através do exame:

Respondendo ao sexto quesito, disseram os peritos que o defloramento datava de muito tempo. Está assim evidentemente provado um dos elementos da figura delituosa do art. 267 da Consolidação das Leis Gerais, no qual foi captulada a infração atribuída ao réu.⁵¹

O saber médico esboça as condições de possibilidade para o surgimento efetivo do saber psiquiátrico forense, começando a respaldar as decisões judiciárias e ocupando o lugar discursivo de verdade sobre a loucura. Este o exame de corpo de

⁴⁸ Processo com o número de registro 399, do ano de 1933

⁴⁹ Processo com o número de registro 399, do ano de 1933

⁵⁰ Processo com o número de registro 399, do ano de 1933

⁵¹ Processo com o número de registro 399, do ano de 1933

delito da medicina e o exame mental, são decisivos para que o réu seja absorvido. Vemos o início da inserção das práticas discursivas da medicina mental nos processos jurídicos, que demandariam a implantação dos Manicômios Judiciários no Estado e que viria a acontecer dez anos depois em João Pessoa.

Somente com a chegada da instituição do Manicômio Judiciário é que teremos a presença e o avanço do saber psiquiátrico de forma mais sistematizada e especializada. Verificamos o aprimoramento das técnicas do exame mental, quando do funcionamento do manicômio judiciário, em que essas atividades passariam a ser realizadas por profissionais especializados. Percebemos isso através da análise dos arquivos, como no caso de Ricardo⁵² que fora denunciado procedente do interior da Paraíba em meados da década de 40, acusado de ter atacado com uma foice o vizinho de sua propriedade rural, já que o mesmo iria construir uma casa em um local que supostamente lhe pertencia. Foi procedido o exame de sanidade mental do mesmo, sendo anexado o laudo ao seu processo. O laudo apresentado pelos médicos do manicômio Judiciário apresentar-se-ia dentro dos padrões de um exame propriamente psiquiátrico para a época. Denominado de Laudo de Exame psiquiátrico, ele traz no seu corpo elementos denominados de “Inspeção geral”, onde se descreveria a tipologia constitucional do paciente, ou seja, a sua condição física, que no caso de Ricardo seria:

Atlético, mucosas visíveis coradas, cabelos e pelos implantados e distribuídos normalmente, pele íntegra, dentes em bom estado, não apresentando distorções nem estigmas físicos degenerativos.⁵³

Um segundo elemento do laudo psiquiátrico seria a “Anamnese”. Nesta encontraremos elementos relacionados à família do paciente, onde se descreveria as condições de saúde do pai, da mãe e dos irmãos. Neste caso, vemos o destaque para a presença de “um irmão faleceu alienado, recluso à Colônia ‘Juliano Moreira’”⁵⁴. A seguir temos os “Antecedentes pessoais”, onde seriam descritos a história de vida do paciente em relação às doenças infantis. Também se levantaria dados da história sexual do paciente, que no caso teria tido o “primeiro coito com mais de vinte anos; antes se

⁵² Prontuário n. 68

⁵³ Prontuário n. 68

⁵⁴ Prontuário n. 68

satisfaria com animais e com masturbação”⁵⁵; Um quarto ponto do laudo de exame psiquiátrico seria os “Antecedentes Sociais”, onde seriam descritos elementos de sua vida social, tais como trabalho, escola, relacionamento amoroso, amizades, diversões e relacionamentos de uma forma em geral. Dentro desses elementos, seria destacado que o mesmo teria um perfil bastante isolado, seja de mulheres, pois aos 50 anos ainda não havia casado, seja de amigos, pois “tinha poucos amigos, não gostava muito de festas (...) era calmo, metido consigo próprio e indiferente”⁵⁶. O ponto que se segue no exame psiquiátrico será o da “História Criminal”, onde o próprio paciente descreveria as condições do crime cometido. Neste caso, o mesmo fala das condições de desavenças com o vizinho que não lhe permitira demarcar a sua propriedade, conforme estaria descrito na escritura. Além disso, ele teria começado a construir uma casa no local em discórdia, o que o teria levado a cometer o delito. Temos como ponto seguinte a “Versão Oficial do crime”, onde seriam narrados data e local dos fatos, bem como as motivações do ato delituoso, que aqui é apresentado como “sem nenhum motivo justificado”⁵⁷. Logo a seguir, em a “Doença Atual”, será destacado que o paciente se dizia taxado “de maluco, de doido, afim de o colocarem fora da comunidade”⁵⁸. Segundo ele, a intenção deles seria a tomar a sua terra, pois o sabiam como “trabalhador e honesto, progressista e individualista”⁵⁹. Fala então que por isso mesmo, fora internado, seis anos antes na Colônia Juliano Moreira, mas que recebera alta. A partir daí o laudo afirma que o paciente relataria que “seus inimigos não o deixavam em paz e além do mal que faziam, ainda por cima, o atormentavam de noite dirigindo-lhe insultos”⁶⁰. No ponto seguinte temos o “Exame somático”, onde são descritas as condições dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, gênito-urinário e do sistema nervoso do paciente. Todos estariam em condições adequadas de funcionamento. O penúltimo ponto do Laudo psiquiátrico, temos o “Exame Mental”. Aqui seriam destacadas as impressões do médico diante do paciente, que no caso, teria as

⁵⁵ Prontuário n. 68

⁵⁶ Prontuário n. 68

⁵⁷ Prontuário n. 68

⁵⁸ Prontuário n. 68

⁵⁹ Prontuário n. 68

⁶⁰ Prontuário n. 68

“vestes compostas e em bom estado de higiene”⁶¹. Também são avaliadas as condições em que o paciente fornece as informações, que neste caso, o médico evidencia “a escassez dos elementos fornecidos”⁶². Neste ponto destacamos:

Informa mal sobre o seu passado, vivendo, como vive, interiorizado e alheio ao meio ambiente. Desorientado no tempo, meio e espaço e para a sua própria situação mórbida. Tenção nula, quer espontânea e quer solicitada. Raciocínio perturbado pelo delírio de perseguição, ideias de prejuízo e as múltiplas alucinações do ouvido e da cenestesia. Memória lacunar, tanto retrógrada, como anterógrada. Seu estado mental atual, além de interiorização, do mutismo, da falta de iniciativa, das estereotípicas, e dos alheamento do meio ambiente, caracteriza-se, principalmente, pelos distúrbios ideativos e senso-perceptivos. Trata-se de um indivíduo muito alucinado; com alucinações auditivas de feitiço imperativo, onde há insultos, elogios e ordenações misturados; com alucinações da cenestesia, onde há sensações de beliscões, choques elétricos e alisamentos; com delírios de perseguição e ideias de prejuízo, onde o paciente sente-se perseguido por inimigos invejosos que o querem furtar, apossar-se do que é seu envolvendo-o numa trama complicada taxando-o de louco e alienando-o do convívio social e, como consequência disso, vê-se malbaratado, expoliado e empobrecido. Não há ideias de grandeza, mas verifica-se, também, abaixamento do nível intelectual, em que o observado crê no absurdo de suas ideias, nos seus inimigos, que agem na sombra, sentido-os, apenas, pelos males que causam. Na seção, ouve as vozes elogiosas ou insultadoras, mas procura “se controlar” (sic) e não explica como elas podem se fazer ouvir dentro no próprio estabelecimento. Diz que essas vozes se iniciaram, primeiro com um zumbido nos ouvidos, depois foram adquirindo corpo e, finalmente, passou a caracterizá-las, fielmente, podendo hoje em dia, afirmar, com precisão, o autor ou autora delas. Às vezes, ouve a voz de pessoa de sua família, “dando algum recado” (sic), mas essas manifestações adquirem maior intensidade, à noite, ou quando o paciente se acha sozinho.⁶³

Percebemos nesta etapa a ascensão do saber especializado da medicina psiquiátrica sobre o paciente, caracterizando-o como uma pessoa interiorizada, desorientada, com raciocínio perturbado, distúrbios alucinatorios e delírios de perseguição. Tais condições serão fundamentais para a finalização do exame psiquiátrico que se dará na etapa a seguir através do “diagnóstico”. Todas essas etapas serão fundamentais para diagnosticar e enquadrar o indivíduo numa categoria nosográfica, construindo um sujeito social da loucura a partir da junção do saber médico com a normatividade jurídico-legal. O momento do diagnóstico é o momento da captura e da invenção desse sujeito. Nele, o psiquiatra exerce todo o poder-saber da

⁶¹ Prontuário n. 68

⁶² Prontuário n. 68

⁶³ Prontuário n. 68

psiquiatria para determinar a nosografia classificatória da sua profissão, como vemos a seguir:

DIAGNÓSTICO:- Pelo exposto, verificamos que a personalidade de AAS se caracteriza: (1) alucinações do ouvido e da cenestesia; (2) delírio de perseguição sistematizado; (3) abaixamento do nível intelectual; (4) mutismo, alheamento e falta de iniciativa; (5) estereotipia. Não encontramos perturbações afetivas nem associação extravagante de ideias, motivo porque a Esquizofrenia deve ser afastada. Os elementos acima falam a favor de uma Parafrenia ou Delírio sistematizado alucinatório crônico, abstraindo a questão das Psicoses de decadência por causa da evolução da doença e por causa da idade do paciente, cinquenta anos. Somos, pois, de opinião, que se trata de uma Parafrenia, pois que o delírio sistematizado alucinatório crônico além de ser muito raro, é mais encontrado em personalidades com cultivo mental. Sendo uma doença incurável para a nossa experiência atual, somos ainda da opinião eu o paciente é irresponsável e deve continuar recluso no Manicômio Judiciário. João Pessoa, 23 de setembro de 1948. Dr. Roberto.⁶⁴

O poder médico psiquiátrico através do seu saber determina um lugar de sujeito, assujeitando-lhe também a um espaço físico, que por suas palavras se torna por tempo indeterminado. A partir deste momento fica claro que tudo o que o paciente-réu ou louco-criminoso haja dito ou feito, será usando contra ele mesmo na construção de sua identidade. Alucinar, delirar e alhear-se do mundo são características que lhe determinam um lugar de sujeito louco-doente-perigoso para a sociedade, com um alerta de que poderá a qualquer momento cometer atitudes criminosas. A lei o protege como inimputável, mas ao mesmo tempo o segrega do convívio social, pela sua condição de periculosidade.

Quantos foram os que ao longo do tempo foram submetidos a tal categorização, resolvendo o problema dos familiares, dos vizinhos, da sociedade, dos juízes, dos advogados e dos psiquiatras, haja visto que na confluência, no conflito e no exercício de seus poderes, vão determinar-lhes um lugar no mundo? Não sabemos quantos. Até mesmo, quando efetivamente tais procedimentos se iniciaram não sabemos, pois não tivemos o acesso direto aos arquivos do Manicômio Judiciário. Os prontuários que aqui apresentamos, foram selecionados e fornecidos pelo filtro de uma funcionária que, sabedora da nossa demanda de casos de pessoas internas naquela instituição provenientes da cidade de Campina Grande, buscou e nos forneceu os casos selecionados por ela mesma.

⁶⁴ Prontuário n. 68

A realidade é que a prática discursiva que fora inaugurada com a instalação do Manicômio Judiciário faz o deslocamento do conceito de loucura para o louco inimputável na cidade de Campina Grande. Sua finalidade de tratamento é transformada em um local de reclusão sem fim e sem tempo de reclusão determinada. É assim que encontraremos no final da década de 50 do século passado, o paciente Robson⁶⁵, que houvera sido internado no Manicômio Judiciário desde 1957, sendo diagnosticado como “Personalidade Psicopática, de tipo ‘perverso’ com implicações do ‘explosivo’”⁶⁶. Tal nosologia lhe oferece a condição de um doente com “alto índice de periculosidade social” e mesmo depois de dois anos de “tratamento”, o louco-criminoso permanece no mesmo estado inicial de internação. Também encontraremos neste mesmo período o caso de Rosenberg⁶⁷ que um ano depois de sua internação, permanece nas mesmas condições da sua entrada, tendo sido diagnosticado como “oligofrênico, do grupo da idiotia”, o que leva o psiquiatra a seguinte conclusão: “o paciente é irresponsável. É perigoso à sociedade e por isso, deve permanecer recluso indefinidamente”⁶⁸.

Estes dois últimos casos em que os pacientes são examinados para atender à solicitação judicial, em função da verificação de suas condições após um período de tratamento, expressam o deslocamento do conceito de loucura para o de periculosidade e de criminalidade, com a pretensa finalidade de protegê-los de si mesmos. Isso faz deles objeto de disputa e de cooperação entre a medicina e o direito, conforme a configuração dos fatos e do jogo de poder-saber que sejam evidenciados dentro do processo.

Tais casos ocorridos já no final da década de 50 abriram espaço para as condições da emergência de uma associação também entre o saber psiquiátrico emergente na cidade de Campina Grande, associar-se também ao discurso do louco-criminoso. Vemos isso claramente acontecer, quando do processo de Renato⁶⁹, em que são nomeados os peritos:

⁶⁵ Prontuário n. 112

⁶⁶ Prontuário n. 68

⁶⁷ Prontuário n. 381

⁶⁸ Prontuário n. 381

⁶⁹ Processo n. 40

Em 13 de setembro de 1963.

Ilmos. Drs. Eder e Eutáquio:

Pelo presente, comunico que nomeei V.Sen. peritos (...) de procederem o exame de sanidade mental da pessoa do detento Renato, atualmente recolhido à Casa de Detenção, nessa Cidade, respondendo a prática de crime nesta Comarca, como autor de assassinio de que foi morto o Cônego OCO. Igualmente, nesta data, estou dirigindo ofício ao Administrador da Casa de Detenção para providenciar a remoção do referido detento ao Hospital Pedro I, onde será submetido a exame.

Sem outro motivo, aproveito o ensejo para apresentar a V. Sem. Os meus protestos de apreço e consideração

João – Juiz de Direito.⁷⁰

A presença dos doutores Eustáquio e Éder será constante em relação aos processos na justiça, nesta década, não só os que estejam relacionados a questões de crimes, mas também os relacionados a questões de interdições. Os mesmos tem em comum os fatos de serem profissionais especializados no saber psiquiátrico e de residirem na cidade. Quanto a isso, conforme o levantamento realizado no depósito do judiciário da cidade de Campina Grande, temos durante o final da década de 60 - década da institucionalização do saber psiquiátrico na cidade - e o início da década de 70, a presença constante desses dois profissionais como peritos. Somente a partir da década de 80 é que teremos o aparecimento de novos profissionais das novas gerações da psiquiatria como peritos, a partir da ampliação do saber psiquiátrico na cidade, como veremos a seguir.

⁷⁰ Processo n. 40

CAPÍTULO II – NA BANCA DO MÉDICO

Vimos no capítulo anterior que em meio a vários sujeitos sociais da loucura em Campina Grande, ocorre a emergência do discurso psiquiátrico na cidade através das práticas jurídicas, inventando o do sujeito social da loucura inimputável. Tal processo embora não represente a institucionalização deste saber como prática de cura favorece as condições de possibilidade para que outro sujeito social da loucura possa se institucionalizar e tornar-se hegemônico: o louco doente mental. Veremos neste segundo capítulo, o processo de construção desse sujeito, através da institucionalização do saber psiquiátrico na cidade.

2.1. As condições de produção do doente mental

Segundo SILVA FILHO (1998) em 1963 teríamos a data oficial da inauguração do Instituto Psiquiátrico Pinel - IPP -, pelo Dr. Eustáquio. O referido hospital teria iniciado a sua construção em 29 de outubro de 1961, ocupando uma área de 70 hectares no bairro da Liberdade em Campina Grande. Três anos mais tarde, em 17 de dezembro de 1966, Dr. Éder teria inaugurado o Instituto Psiquiátrico Esquirol, no centro de Campina Grande. A inauguração desses dois hospitais psiquiátricos no início e na metade da década de 60 representa a invenção de um fato diante do qual, uma rede de poder, de discurso e de práticas psiquiátrica será institucionalizada, possibilitando a emergência e a produção em série do louco doente mental na cidade de Campina Grande.

Analisaremos inicialmente as condições de possibilidade para a emergência do doente mental na cidade de Campina Grande. Conforme vimos anteriormente, já estavam inventados o louco andarilho, o louco possuído e o louco inimputável na cidade, mas os mesmos não apresentavam características hegemônicas de um sobre os demais, embora este último passasse a representar a atuação do Estado sobre a loucura. Entretanto, vão se formando as condições apropriadas para que surgisse em Campina Grande a instituição hospitalar psiquiátrica, produtora do louco doente mental. Discutiremos tais condições que possibilitaram a emergência e a hegemonia institucional do hospital psiquiátrico, para finalmente nos debruçarmos no processo inevitável de desconstrução interna e externa ao próprio saber psiquiátrico hegemônico. Vejamos então, quais as condições de possibilidade para a emergência do

doente mental em Campina Grande, além da já citada anteriormente, através das demandas do sistema jurídico-legal.

-Ecos do saber psiquiátrico

Diante do que expusemos até aqui, percebemos a visibilidade e a emergência do louco andarilho, do louco possuído e do louco criminoso no período próximo aos anos 60 na cidade de Campina Grande. Temos respectivamente a presença da loucura nas condições sociais das ruas, as condições da loucura entregue à práticas religiosas, bem como nas condições das demandas das práticas judiciais, sendo que nesta, já começava a se esboçar a prática do exame mental. A realidade do primeiro, entregue ao contexto social historicamente precário ou do segundo, sob as condições das práticas religiosas tidas como não científicas, não possibilitavam a emergência de uma aliança por parte do Estado em relação às suas práticas referentes à loucura.

Por outro lado, a figura do louco criminoso e perigoso, que emerge a partir das práticas do sistema jurídico-legal possibilita a emergência de um saber especializado da medicina mental, dando margem a um processo de aliança entre Estado e saber científico. No entanto nessas condições, o saber psiquiátrico estava submetido às práticas judiciais, sem uma autonomia na direção de um tratamento da loucura.

Quanto a isso, ao olharmos para a história da institucionalização da psiquiatria no país, bem como para a sua pactuação com o governo brasileiro, perceberemos uma enorme distância entre a realidade brasileira e a cidade de Campina Grande. No que se refere ao país, COSTA (1976, p. 23) vai inicialmente afirmar que:

Até a segunda metade do sec. XIX, os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro, não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica.

RUSSO (2002, p. 10), também corrobora com tal afirmativa, chegando a dizer que “o surgimento da psiquiatria coincide com o aparecimento do hospício”, onde se repetiria a lógica pineliana de libertação dos loucos acorrentados e de ascensão da ciência sobre os mesmos na sua forma específica de tratamento. A partir desses pressupostos de que o louco perambulando pelas ruas da cidade representa a ausência de assistência médica e de que a psiquiatria surge com a instalação do hospício e podemos considerar que no período próximo às comemorações do centenário de Campina Grande, a realidade institucional do saber psiquiátrico na cidade se

enquadraria na realidade do Rio de Janeiro em meados do século XIX, onde não existiria uma assistência médica específica para a loucura, como também nenhuma instituição para o tratamento do louco.

Para esses autores, o surgimento da psiquiatria no Brasil teria se dado então em dezembro de 1852, já no início da segunda metade do século XIX, com a inauguração do Hospício Pedro II. Mas antes mesmo dessa institucionalização, conforme afirma ODA (2005), desde a década de 30, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro criada em 1929 já faria críticas aos tratamentos dispensados aos loucos nas Santas Casas, através do médico José Francisco Xavier Sigaud, um dos fundadores das Sociedade de Medicina e responsável pela saúde no Pedro II. A própria SMRJ, daria início a uma campanha pela criação de um hospício de Alienados na Corte, num esforço para retirar o tratamento da loucura da esfera da caridade.

Segundo ODA & DALGALLARRONDO (2004), após a criação do Hospício Pedro II, durante o segundo Reinado (1841-1889) iniciar-se-ia um processo de criação de hospícios no Brasil, nos quais apareceriam os seus correspondentes em São Paulo, em Pernambuco, no Pará, na Bahia, no Rio Grande do Sul e no Ceará. No quadro abaixo, produzido por Moreira e Medeiros (in ODA & DALGALLARRONDO, 2005, p. 986) podemos ver a cronologia da criação das primeiras instituições para alienados no Brasil:

PROVÍNCIA	ANO	ESTABELECIMENTO
São Paulo	1852	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo
Pernambuco	1864	Hospício de Alienados de Recife-Olinda (da Visitação de Santa Isabel)
Pará	1873	Hospício Provisório de Alienados
Bahia	1874	Asilo de Alienados São João de Deus
Rio Grande do Sul	1884	Hospício de Alienados São Pedro
Ceará	1886	Asilos de Alienados São Vicente de Paulo

A criação de tais hospícios seria marcada por uma disputa no poder institucional sobre o tratamento da loucura entre a religião e a medicina. Temos o

início de um período de transição do controle sobre a loucura entre o poder religioso e o poder psiquiátrico que pretendia ascender ao controle médico de tais instituições. Conforme colocamos anteriormente, para RUSSO (1993, p. 9), o acontecimento de inauguração do Hospício Pedro II, seria o momento inicial da psiquiatria no país, pois segundo ela, antes “de 1852 a psiquiatria enquanto especialidade ainda não existia entre nós”. RUSSO (2002) ainda afirma que com a proclamação da República, quando ocorreria a transformação do Hospício Pedro II em Hospício Nacional dos Alienados, fato que aconteceria em 1890, haveria uma ascensão definitiva do saber psiquiátrico naquela instituição, em detrimento do controle religioso. PAULA(2009) corrobora com esta ideia, afirmando que dois meses apenas após a instauração da República teríamos a primeira reforma legal que criaria a assistência médica e legal de alienados e a desanexação do hospital dos alienados da Santa Casa de Misericórdia. Isso marcaria o fim da lógica religiosa portuguesa de cuidar da loucura que funcionara no Brasil desde o período colonial até o final do período monárquico. A partir da leitura de MACHADO (1978) e de ODA & DALGALLARRONDO (2004) podemos verificar que será neste momento que o saber psiquiátrico passa a ser progressivamente hegemônico sobre a loucura, poder que se ampliaria ao longo do século XX com a pactuação concretizada deste saber com o governo.

Neste sentido, ao observarmos a realidade borboremense a partir das narrativas históricas tradicionais que afirmam a inexistência na cidade de instituições psiquiátricas hospitalares durante todo o período que antecede os anos 60 do século XX e seguindo a concepção de Russo, quando afirma que a psiquiatria seria inaugurada ao ocorrer a institucionalização manicomial, podemos dizer que embora essa não fosse a realidade de outras cidades brasileiras, a realidade de Campina Grande, ainda era a da não hegemonia do saber psiquiátrico na cidade, como a de sua própria inexistência institucional. Os sujeitos sociais da loucura andarilha e da loucura possuída estavam presentes na ordem social, sem haver nenhuma hegemonia de nenhum deles, nem qualquer pactuação ou aliança com o governo. Mesmo o sujeito inimputável, que surge estabelecendo laços entre as práticas jurídicas e o saber psiquiátrico, não se apresentava como um sujeito hegemônico.

No que se refere à entrada do saber psiquiátrico na cidade com a finalidade de tratamento e de cumprir com a função de exclusão e isolamento da loucura, fazendo emergir institucionalmente o louco doente mental, perceberemos todo um processo

lento e gradual de acontecimentos ocorridos no Brasil durante o século XIX, que não repercutirão direta e imediatamente na realidade borboremense. Tais repercussões aconteceriam inicialmente, através dos primeiros pacientes que, diferentemente de Cecília neta do fundador da Aldeia que fora enviada para a Santa Casa de Igarassu, seriam enviados para o Hospital da Visitação em Recife. Quanto a isso, conforme nossas fontes orais, já seriam enviados pacientes para o Hospital da Visitação em Recife, bem como para o Juliano Moreira em João Pessoa, desde o início do século XX.

Conta-nos dona Irene, senhora de 79 anos em 2010, que sua tia enlouquecera no final da década de 30 e que fora enviada para a Tamarineira em Recife:

A tamarineira. (...) minha tia morreu louca lá, a que me criou, que eu fiquei com parece de oito pra 10 anos. Ela enlouqueceu e ainda tratei dela cinco anos dela louca. (...) não tem nem notícia não. Deve ter morrido lá, que ninguém teve mais notícia. Eu era pequena ainda. (Dona Irene)

A realidade da tia de dona Irene expressa a emergência lenta e gradual do saber psiquiátrico na cidade de Campina Grande nos anos 30 com a finalidade do tratamento. Tal realidade propunha a exclusão do convívio social e familiar do louco, com o seu isolamento no hospital psiquiátrico. O louco doente mental estaria submetido a esta condição hospitalar, possibilitando às famílias a desobrigarem-se de qualquer responsabilidade e contato sobre os mesmos, acabando por não terem mais notícias suas. Claro que devemos levar em conta as dificuldades de locomoção da época, pelas formas de transporte e pela distância que existia no início do século para se chegar à capital pernambucana, bem como o sacrifício que seria para a família em visitar a um doente internado naquela cidade. Isso produzia o distanciamento apesar do vínculo existente entre a doente e os demais familiares, ao mesmo tempo que seria motivo de uma demanda futura por um hospital na cidade.

No caso da tia de dona Irene, que acabara ficando confinada no hospital psiquiátrico de Recife, a sua loucura seria transformada em doença mental, já que na capital pernambucana existiria um dispositivo institucional que representaria a aliança entre o Estado e o saber psiquiátrico. Se permanecesse em Campina Grande, a sua realidade social na cidade seria a de louca andarilha ou de louca possuída. Dona Irene relata que sua tia fora enviada para o hospital porque teria começado a manifestar comportamentos bizarros:

Ela começava a escolher o feijão, ai pronto, boazinha, boazinha. Ai você dizia que ela não tinha nada. Ai com pouco ela começava: coçava a cabeça e puxava o cabelo. Ali eu já sabia. Ali eu já tirava tudo de perto dela. E com licença da palavra, ela botava coco dentro das panelas. (Dona Irene)

Sendo enviada para a Tamarineira, tais comportamentos bizarros eram interpretados não sob o olhar religioso, mas do saber da psiquiatria. A sobrinha de dona Irene, mesmo em tenra idade, já perceberia quando a tia começava a ter comportamentos diferentes e até perigosos. Ela retiraria todos os objetos que estavam perto dela, como forma de proteção dela e dos familiares. Diante dessas condições de perigo pelo seu comportamento e do recurso do isolamento oferecido pelo saber psiquiátrico através de instituições como a Tamarineira, a família de dona Irene acabaria optando por internar a sua tia no hospício de Recife, definindo assim o significado de sua loucura enquanto doente mental.

Este saber ainda não institucionalizado em Campina Grande irá progressivamente ampliando o seu campo discursivo e entrando no imaginário das pessoas da cidade. Prova disso seria a referência que dona Irene faz da música de Jacson do Pandeiro: “surgiu até uma música de forró, que eu acho que é de Jacson do Pandeiro, que dizia assim: na Tamarineira...”. Quanto a isso, na entrevista do psiquiatra Dr. Eusébio, ele também a isso se refere, dizendo:

É, na verdade, pelo que eu recordo e recordo isso através de minha mãe, ela se referia, que à época, ou seja, antes da instituição coercitiva, do ‘eu vou te internar no IPP’, era muito comum que nas famílias, como forma de ameaça prá toda e qualquer pessoa que praticasse alguma modalidade de desvio, fosse aplicada essa diretriz ou fosse feita essa advertência: ‘se vc insistir, eu vou lhe internar no Pindobal.’ (Dr. Eusébio)

O discurso psiquiátrico inicia assim o seu percurso em Campina Grande, como uma instituição intimidadora e excludente que ameaçaria retirar as pessoas de suas realidades locais, inserindo-as numa zona “pindobalense”, da qual não se poderia sair, servindo como referência pedagógica para aqueles que cometessem qualquer rompimento com a ordem estabelecida.

O Hospital da Tamarineira, antigo Hospital da Visitação, seria a primeira instituição médica a disseminar o discurso psiquiátrico em Campina Grande. Nesta instituição não existem registros de pacientes do século XIX, já que os arquivos do mesmo teriam sofrido com inundações ocorridas na cidade de Recife, conforme nos esclarecera Vasco, funcionário do referido hospital e responsável pelo arquivo dos

prontuários. Neste setor existe um arquivo morto cujas primeiras fichas e prontuários datam do início do século XX.⁷¹ Sendo assim, não nos foi possível afirmar o momento exato em que os primeiros pacientes de Campina Grande que foram levados para tal hospital. Entretanto, já na década de 30 alguns poucos casos de pessoas da região borboremense já eram constatadas naquele hospital, como é o caso de Vitória que fora internada em 27 de março de 1934, sendo diagnosticada como prébiosfrênica. Seu exame mental afirma que:

A paciente acha-se desorientada no espaço e no tempo. Conta uma história muito complicada e sem fim a respeito da sua vida. Não faz trabalho de espécie alguma; vive indiferente ao meio, não conversando com nenhuma companheira, fala muito sozinha, para si, (...) não tem jatismo, porém só toma banho e muda a roupa porque a obrigam a isso; não costuma brigar com as companheiras; dorme e alimenta-se bem; diz que nessa casa um bicho que era um homem transformado rompeu-lhe a roupa toda; diz que não ouve voz algum; diz que viu um príncipe que desencantou no Paraíba; é paciente portadora de idéias absurdas e um pouco de fabulação, levando-nos ao diagnóstico de Presbiosfrenia, tem anorexia auto-augerada e retrógrada para as datas.⁷²

Vemos aqui com a aplicação do exame mental, a invenção do paciente psiquiátrico pela nosografia psiquiátrica. Mesmo não tendo em Campina Grande profissionais e uma instituição específica do saber psiquiátrico que pudessem cumprir com o papel de categorizar, excluir e diagnosticar os comportamentos do louco, ou seja, de realizar o exame psiquiátrico, a Tamarineira cumpriria com a esta função de difusão do discurso psiquiátrico na cidade, já que seus familiares voltavam para Campina Grande trazendo consigo a leitura psiquiátrica dos loucos, com sua nosográfica que os categorizavam como doentes. O prontuário desta paciente possui uma série de informações que lhe dão um significado, um ordenamento, uma localização, uma classificação, que marcará o seu lugar dentro do Hospital e na sociedade como doente mental. Como exemplo disso temos o seu número de prontuário e de sua sessão que são informações específicas para o controle do hospital. Mas temos também informações referentes a sua classe social cuja condição seria de indigente. A partir daí, dados como nome, cor, idade, sexo, filiação, estado civil,

⁷¹ Na tamarineira existe um arquivo morto, no qual são guardadas as fichas dos prontuários de antigos pacientes. Fizemos uma busca completa em todas as fichas deste arquivo, buscando encontrar pacientes antigos da região de Campina Grande.

⁷² Prontuário n. 974.

profissão, religião, instrução, naturalidade, residência, requerente da sua entrada e data da entrada, da saída, da transferência ou do falecimento, produzem um sujeito da loucura doente mental, cujo complemento final seria dado através do diagnóstico médico. Para a realização deste diagnóstico, seria necessário um saber específico, que só a medicina psiquiátrica seria capaz de realizar. É assim que Vitória emergirá com uma nova identidade médico-mental de Prebiosafrênica, batismo realizado pela competência e pela autoridade do médico psiquiatra. Toda uma estratégia do exame mental do médico é construída para justificar tal diagnóstico, tais como “antecedentes hereditários”, “antecedentes pessoais e collaterais”, “antecedentes sociais”, “história da doença atual”, “exame somático”, “exame neurológico”, “exame mental”, “exames complementares”, tais como “teste psicológicos de inteligência e de idade mental”, bem como “exame de sangue e fezes”⁷³.

Há assim um esforço em extrair ao máximo as informações no exame do paciente e mesmo que ele não seja capaz de confessar-se doente mental, aqueles que dele fala, poderiam dizer por ele. Em todo caso, o seu próprio comportamento e sua própria aparência também o fariam. Tudo, portanto, o denunciaria na sua doença. Vale ressaltar o absoluto silêncio sobre sua própria condição a que seriam submetidos os pacientes. No caso da paciente Vitória não seriam prestadas nenhuma informação sobre o seu estado e sobre a aplicação do seu tratamento, não constando nada a esse respeito em seu prontuário. Ela seria diagnosticada como Prebiosafrênica pelo saber médico, que cumpre com a sua finalidade maior de classificação do paciente. É importante notar que em meio a tal classificação uma série de silêncio vão se estabelecendo, dentre eles, os motivos da morte de Vitória aos 53 anos, as formas de tratamento aplicado, seja medicamentoso ou de eletrochoque etc, bem como as consequências desse tratamento.

Mas são evidenciadas as condições de doente ao longo de todo o exame que possibilitem ao médico a construção de uma segurança sobre a sua nosografia. Nos antecedentes pessoais, teria “um irmão meio alienado”; Na história da doença atual, temos as seguintes observações do médico:

⁷³ Vide modelo de prontuário em anexo XV

Nunca sofreu do juízo, apenas a alguns dias, à noite, um animal apareceu e abriu sua cabeça; ela quase morreu e ficou muito doente da cabeça e das costas.⁷⁴

Quanto ao exame somático, temos:

Mucosas visíveis coradas. Dentadura irregular, dentes mal implantados e mal conservados. Pele seca e enrugada. Manchas hipocrônicas nas mãos. Gânglios palpáveis.⁷⁵

No exame neurológico são apresentadas as seguintes informações:

Marcha indecisa. A doente oscila ao andar. Amaurose do lado direito. Pupila esquerda deformada.⁷⁶

E finalmente no exame complementar, temos a “idade mental de seis anos e dois meses e QI de 38”⁷⁷. Para fechar a construção de um sujeito da doença mental, são encontrados nela amebas, vermes e oxiúros.

Para que registrar as estratégias de tratamento de tal paciente? O quadro que ela apresenta até aqui já expressa a situação de alguém que não pode se enquadrar na ordem social. Sua condição de indigente que beira a morte, suas heranças hereditárias, sua história de vida, sua condição física, sua realidade neurológica, suas condições psicológicas e até microbiológicas, todas juntas, expressam a realidade de alguém que justifica a exclusão social, o isolamento e finalmente a morte silenciosa. O hospital cumpre então com seu papel.

Ao longo da nossa pesquisa nos arquivos da Tamarineira, perceberemos que somente a partir da década de 40 é que teremos uma progressiva ampliação dos casos de pacientes da Paraíba e de Campina Grande internados naquele hospital. Na década de quarenta encontramos Valério⁷⁸, militar, que iniciara a sua doença no próprio quartel do exército, aonde começara a ter umas coisas “esquisitas”. Dizia-se muito nervoso, tremendo muito quando viria uma briga e chorando muito quando via a bandeira brasileira. Se visse um defunto ficaria vendo-o por vários dias. Diria que

⁷⁴ Conforme prontuário n. 974.

⁷⁵ Conforme prontuário n. 974.

⁷⁶ Conforme prontuário n. 974.

⁷⁷ Conforme prontuário n. 974.

⁷⁸ Conforme prontuário n. 9249.

queria pensar em uma coisa, mas não conseguiria, pois pensaria em outras antes e que “fez coisas sem estar no seu juízo normal, como que fora de si”⁷⁹.

Todas essas informações servem de dados e informações que são colocados pelo examinador, para evidenciar sua doença. Até mesmo atitudes do paciente são destacadas pelo médico, quando afirma que enquanto escreveria, o paciente começara a solfejar uma canção e que no final do exame chorou, porque pensou na sua casa. Tudo, absolutamente tudo o que o paciente diga ou faça, é utilizado pelo olhar atento do examinador, que no final lhe dá um diagnóstico de confusão mental alcoólica. Com base nesse diagnóstico, são incluídas no seu tratamento cinco sessões de eletrochoque, com alternância inicial de um dia da primeira para a segunda, de três dias da segunda para a terceira e de quatro dias nas três últimas. Não existe nenhum dado que discuta os motivos ou os efeitos de tais eletrochoques, mas somente o de que o paciente fora transferido para a indigência, por ser considerado incapaz para o serviço militar. Novamente o silêncio é o que impera. Também não existe nenhum profissional que esteja assumindo o seu caso. As anotações do decurso são as seguintes:

02/08/44

Paciente agitado. Chora. É necessário mantê-lo no aposento. Depois do primeiro choque (eletro-convulsoterapia) encontramos-no no corredor da sessão e sorridente: “que fizeram comigo? Senti o senhor passar aquela pomada e acordei na cama. Não senti mais nada”. Perguntaram-lhe: quer fazer de novo aquele tratamento? Respondeu perguntando: “que tratamento?”

03/09/44

Doente apresenta-se com algodão na entrada do conduto auditivo. Explica que um outro doente falecido há dias fez-lhe proposta querendo coagi-lo a (pederastia).

Em 03/10/44

Manteve-se nas duas noites anteriores, muito agitado, batendo a porta do quarto. Hoje acusa alucinações cinestésicas: “a cabeça e os olhos estão não sei como, parece querem queimar-se a barriga”.⁸⁰

É interessante notarmos que são registradas poucas informações da primeira sessão de eletrochoque e quase dois meses da última sessão do eletrochoque, não há um acompanhamento dos efeitos de tais procedimentos, nenhum questionamento sobre sua eficácia, nenhum questionamento sobre o diagnóstico dado. Também não são dadas nenhuma informação ao paciente sobre o seu tratamento. Tal desinformação

⁷⁹ Conforme prontuário n. 9249.

⁸⁰ Conforme prontuário n. 9249.

sobre o mesmo é tão grande, que quando lhe é perguntado sobre o seu próprio tratamento, ele simplesmente responde com outra pergunta: “que tratamento?”⁸¹

Das poucas informações sobre os efeitos do eletrochoque temos as que são registradas um mês após a última sessão, em que o paciente não se encontraria mais no quadro apresentado na primeira sessão, deixando de ser agitado e choroso, para um estado de alucinação, dizendo-se perseguido por um paciente morto. Isso demonstra a eficiência do tratamento na produção da loucura em séria que é capaz de retirar o sujeito de uma situação “anormal” de choro e de agitação, para um estado alucinatório. Embora ele tenha ficado no hospital por praticamente dez anos, ele recebe alta do hospital, com pouquíssimas anotações sobre o mesmo, não se sabendo a sua verdadeira condição naquele instante, nem os motivos de sua alta.

Também vamos observar isso no caso de Venância⁸² que entrara no hospital em 27 de outubro de 1944 aos 23 anos de idade e é diagnosticada como psicose de involução. A paciente não apresenta no seu prontuário informações mais detalhadas:

ANTECEDENTES PESSOAIS E COLLATERAIS: Nasceu à termo. Parto e gestação normais. ANTECEDENTES SOCIAIS: Criada pela avó, em ambiente familiar. Índole calma. Frequentou escola. Frequentou igreja regularmente. Nunca assistiu a sessões espíritas, nem outras práticas. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Refere dor pelas pernas, pela cabeça. Dorme bem. Alimenta-se regularmente. EXAME SOMÁTICO: Tipo bem constituído. Musculoso, corado. Sem anormalidades. EXAME MENTAL: apresenta calma e quieta...alegre. responde-nos, não toma a palavra. Informa sorridente que vai casar-se com um engenheiro: “ele quer e eu não queria, mas vou casar-me”.⁸³

Não existe informação quanto ao tratamento a que fora submetida. Também não existe um quadro que justifique a sua internação, no entanto, ela acabaria por falecer às 12 horas de 06 de setembro de 1945, sem maiores justificativas para o que tenha desencadeado a sua morte. Isso exemplifica outra qualidade dos hospitais psiquiátricos, que é a produção da morte em séria, encontramos uma grande quantidade de pacientes que entram e acabam morrendo no hospital. Quanto à década de 50, encontramos o caso de Victor⁸⁴ que fora diagnosticado como alcoolismo. Encontramos

⁸¹ Conforme prontuário n. 9249

⁸² Conforme prontuário n. 4972

⁸³ Conforme prontuário n. 4972

⁸⁴ Conforme prontuário n. 15.819

dois outros casos dessas décadas: Varlei⁸⁵ que fora diagnosticado como Psicose Maníaco Depressiva e cuja situação de agressividade em casa e na hora do internamento o fizera permanecer sempre amarrado. Por isso mesmo, teriam sido “preciso para a internação de 3 empregados, os quais o conduziram levantado do solo”⁸⁶. Esse paciente fora encaminhado para o serviço de eletroconvulsoterapia por 15 vezes. Sendo que não existe nenhuma descrição de sua situação, nem durante os eletrochoques, nem ao término do mesmo. Três meses depois ele receberia alta.

Finalmente encontramos para essa década, o senhor Wilson⁸⁷ com 75 anos de idade fora diagnosticado como Demência Senil, não possuindo nenhuma informação sobre o mesmo, somente a que se refere ao Exame mental. Sobre ele, que entrara no hospício em 28 de julho de 1953, diz-se apenas que estaria gravemente enfermo e que não colaboraria com o examinador, sendo que dois dias depois desse exame, ele viria a falecer. O único paciente do início da década de sessenta que encontramos fora Valentino⁸⁸, que aos 19 anos de idade, fora diagnosticado como Esquizofrênico (paranóide). Tido como doente à 15 anos rasgaria suas roupas e ficaria andando pelas ruas, no sol e na chuva, sendo que tal paciente já haveria sido internado em João Pessoa por duas vezes. Ele passara menos de dois meses no hospital e fora submetido a seis sessões de eletrochoque.

Conforme vimos o paciente Valentino fora internado em João Pessoa por duas vezes. Esta era também uma realidade possível para os loucos doentes mentais da cidade de Campina Grande, pois o Hospital Juliano Moreira já estava em funcionamento na Paraíba desde 23 de junho de 1928 (SILVA FILHO, 1998, p.78). Buscamos então, ter acesso aos pacientes de Campina Grande que teriam sido internados neste hospital. Depois de uma longa peregrinação, em que esperávamos por horas para falarmos com a pessoa responsável pela autorização do acesso, recebíamos a informação de que não seria esta pessoa a indicada para dar a autorização. Éramos encaminhados para outra pessoa. Depois de muito tempo de espera e de vários retornos ao hospital, tivemos o acesso ao arquivo morto do hospital. Deparamo-nos então com a

⁸⁵ Conforme prontuário n. 15.517

⁸⁶ Conforme prontuário n. 15.517

⁸⁷ Conforme prontuário n. 15.132

⁸⁸ Conforme prontuário n. 1168

ausência de quaisquer arquivado dos prontuários, tendo somente o arquivo de fichas dos pacientes que continham informações superficiais sobre os mesmos tais como ano da internação, nome do paciente, idade, cor, estado civil, profissão, escolaridade, sexo, data de entrada, data de morte, data da fuga, data da alta, diagnóstico e o responsável. A partir desta realidade de informações muito sumarizadas não pudemos fazer um estudo sobre os mesmos, saindo nos questionando sobre as dificuldades a que fomos submetidos para termos o acesso definitivo aos arquivos do hospital e a não organização e a manutenção da memória dos pacientes que por lá passaram. Ou seja, novamente o grande silêncio que imperava em torno daqueles que se responsabilizavam pelos loucos. Além disso, segundo uma das funcionárias responsável pelo arquivo, também houvera um incêndio que acabaria fazendo com que os prontuários desaparecessem.

Através dessas duas instituições psiquiátricas que têm como característica em comum a administração direta do estado sobre a loucura no início do século XX, teremos o início da produção do sujeito social da loucura doente mental na cidade de Campina Grande, conforme casos apresentados até aqui. Pela condição inicial da sua emergência, pelo fato de que na cidade ainda não teria uma instituição hospitalar específica que tratasse do louco doente mental, isolando-o do convívio social e familiar e por conta de não existir uma política do governo nacional e local atuando diretamente na cidade de Campina Grande, tal sujeito não era hegemônico sobre o louco andarilho e o louco possuído. Entretanto, outras condições além da emergência e da circulação desse discurso do louco doente mental na cidade serão fundamentais para que ocorresse o processo de ascensão do saber psiquiátrico e da predominância do louco doente mental em Campina Grande, conforme veremos a partir de agora.

-A problematização do urbano

Voltando-nos ainda para a realidade da cidade no período que antecede a chegada da década de 60, buscaremos outras condições que possibilitassem a emergência do sujeito louco doente mental, efetivamente institucionalizado na cidade. Vimos nos textos dos narradores tradicionais da história de Campina Grande que haveria sempre o aspecto recorrente da precariedade das ruas da cidade ao longo de sua história. Tais condições urbanas precárias surgem nas narrativas históricas no período

que antecede os anos 60, junto com as narrativas históricas do louco andarilho, dando as condições de possibilidade da emergência na cidade da problemática das ruas de Campina Grande, fato que já ocorrera décadas atrás em outros centros urbanos do país.

Se as narrativas históricas foram escritas em um período de quase 20 anos e nelas seria evidenciado o problema histórico da urbanidade da cidade, o que elas acabam realizando na verdade é contar o passado, evidenciando um problema do presente em sua própria época, com um objetivo futuro. Vejamos que Pimentel escreve a sua narrativa em 1958, Almeida em 1962, Silva Filho na década de 60, mas só publicada em 2005, e finalmente, Câmara em 1943, sendo este o que mais se distancia da década de 60, período do centenário da cidade. Os demais estão totalmente inseridos no contexto de comemoração do centenário de Campina Grande. Podemos afirmar que os problemas que os mesmos apontam em seus textos, representam os problemas predominantes e possíveis para serem pensados em suas épocas, dando-se em torno da questão do ordenamento do espaço urbano da cidade.

Segundo SOUSA (2003) já a partir do início da década de 30 o espaço urbano de Campina Grande viria a ser problematizado, com evidentes medidas de organização através do então prefeito Antônio Pereira Diniz, que baixara o decreto nº 51 com teria a finalidade do embelezamento das ruas do centro da cidade. Através desse decreto só estaria autorizado a construção ou a reconstrução de imóveis com mais de um pavimento. A preocupação do prefeito seria expressamente colocada em referência ao fato de que a cidade se distanciaria no seu aspecto material das cidades importantes do país. Em meio ao projeto de reorganização urbana o projeto se propunha a terraplanar, alinhar, calçar, sanear e nivelar as ruas da cidade. Além disso, o prefeito proporia também o embelezamento das praças, a transferência do meretrício para uma zona afastada, a construção da penitenciária Pública do Monte Santo em área também afastada da cidade, a destruição da cadeia que se situaria no centro da cidade, a construção da praça Clementino Procópio e a implantação do sistema de saneamento da água da cidade.

O referido autor cita ainda a manchete de jornal da época, a exemplo do Jornal de Campina, n. 2, de 05 de fevereiro de 1933, que traria o seguinte destaque: “Campina Grande vai entrar no plano de urbanização das grandes cidades brasileiras” (opus cit, p. 62). Segundo o autor, Nestor Figueredo, arquiteto e urbanista renomado à época que fizera a reforma urbana de várias capitais do Nordeste a exemplo de Recife, seria

convidado pelo interventor Gratuliano de Brito e pelo Secretário do Interior e Segurança Pública da Paraíba Argemiro de Figueredo, para transformar Campina Grande numa cidade moderna, haja visto o seu potencial e a sua importância comercial crescente.

Para SOUSA (*op. cit.*) este processo seria resultado do projeto urbanizador e higienizador iniciado no Brasil ainda no século XIX, com uma inspiração civilizatória e progressista e que começara na França e na Inglaterra, baseando-se na medicina social, higienista e sanitarista. Com ele, se buscava valorizar os centros das cidades, criando simultaneamente os subúrbios, como espaços periféricos dos desocupados. Ao chegar em Campina Grande no início da década de 30, este projeto urbanizador se expandiria com o prefeito Vergniaud Wanderley, amigo do então governador Argemiro de Figueredo que seria o responsável pela chamada “revolução urbana de Campina Grande”. Ele afirma que a ação de Vergniaud Wanderley na reformulação da cidade seria tão agressiva e violenta, que chega a chamá-lo de um “algoz” da cidade no final de 1935. Segundo citações do autor, o próprio prefeito se assumiria como violento no processo de organização e embelezamento da urbs.

Nesse contexto, os autores tradicionais da história da cidade inserem-se neste processo discursivo de urbanização da cidade, evidenciando a precariedade histórica das condições das ruas da cidade, em meio a um contexto que antecede a celebração do seu centenário. Trazendo a tona toda uma discussão sobre a problematização urbana de Campina Grande desde o período da aldeia. Por outro lado, também vamos encontrar em suas narrativas, a ênfase nas iniciativas de solucionar o problema a partir do século XX.

É desse modo que vemos em PIMENTEL (1958) o destaque às iniciativas de urbanização da cidade, cognominando o então gestor da cidade do início da década de 40, prefeito Vergniaud Wanderley, de “o Pereira Passos⁸⁹ de Campina Grande”. O referido autor não só põe em evidência o processo de organização urbana, como também, conforme afirma SOUSA (2003), faz a defesa das ideias de urbanização da

⁸⁹ Segundo PATTO (1999), Francisco Pereira Passos fora o prefeito do Rio de Janeiro que levava a efeito em 1903 o processo urbanizador da cidade denominado de “o bota-abaixo”, dentro do quadro de medidas drásticas sanitaristas e urbanistas para modernização do Rio de Janeiro, com a finalidade diminuir o chamado “caos urbano”, onde imperavam as epidemias e os problemas de saúde. Medidas autoritárias com abertura de avenidas, alargamento de ruas, criação de praças, calçamento de ruas etc são exemplos de ações desenvolvidas por Pereira Passos.

cidade, desde a época de Antônio Pereira Diniz, atuando como fiscal da execução do decreto N° 51 pelos prefeitos seguintes para que a cidade pudesse se modernizar.

CÂMARA (1988) também destaca a organização urbana de Campina Grande deste período, bem como a participação de Vergniaud Wanderley neste processo. Ele chama a atenção para a desapropriação de casas e o prolongamento das ruas Floriano Peixoto, Venâncio Neiva, João Lourenço Porto e o alargamento das ruas Paulo de Frontim, Cardoso Vieira e Maciel Pinheiro, denominando tais modificações em Campina Grande de “carioquização da urbs”, como uma referência explícita ao processo ocorrido no Rio de Janeiro no início do século XX.

Percebemos então que, o problema urbano de Campina Grande é um problema que estava no discurso dos historiadores tradicionais e na agenda da administração pública nas décadas que precederiam os anos 60 do século XX. A preocupação com o embelezamento, o ordenamento e a limpeza das vias públicas na busca de uma cidade moderna, associava-se à condição de visibilidade do louco andarilho, dada por Pimentel, nas figuras da Rainha Joana, do Mudinho que o trem matou e do louco Guarda Roupa. Evidentemente na sua condição maltrapilha, mau-cheirosa e desordenada, conforme vimos anteriormente, eles perturbavam a lógica urbanista em curso, fazendo-nos refletir sobre a carência de instituições na cidade que pudessem dar conta desses sujeitos nessa nova ordem urbana. Não nos parece por acaso que Pimentel inventa a figura do louco andarilho na sua narrativa histórica, em um tempo em que o problema da realidade urbana estava sendo debatido e num período próximo as comemorações do centenário da cidade. Uma questão fica implícita em relação a isso, que é o fato de como organizar a cidade, se os loucos perambulam pelas ruas livremente, sem uma instituição que lhes possa dar abrigo.

Encontraremos em CÂMARA (1988) a expressão clara dessa demanda explícita pela presença da medicina mental na cidade, relacionando-o diretamente com a condição para o progresso e o desenvolvimento da cidade. Quando esse autor finaliza a sua narrativa, ele o faz com a apresentação das condições para que Campina Grande pudesse se desenvolver, com investimentos dos governos federais, estaduais e municipais para realizar os vários melhoramentos que a cidade necessitaria. Dentre todas as propostas que CÂMARA (*op. cit.*, p. 53) apresenta, há uma demanda específica relacionada com a institucionalização da medicina mental na cidade, como

efeito do processo de organização da cidade naquele momento e nas décadas a seguir, conforme vemos no item seis:

6° - Assistência social por meio de hospitais de pronto socorro, asilos, isolamentos, creches, maternidades, manicômios, etc. etc.;

Trata-se do reclame definitivo e direto da narrativa histórica deste autor sobre a cidade, mostrando que já existiam as condições discursivas sobre a necessidade de instalação definitiva e institucionalizada do saber psiquiátrico na cidade.

-O problema da saúde da população

Por outro lado, além da narração das condições urbanas históricas precárias que faz emergir o problema urbano, junto com a condição de visibilidade do louco na rua, demandantes pela instalação do manicômio, também percebemos ainda nas narrativas dos historiadores tradicionais a apresentação de outra problemática recorrente na cidade, que são as condições da saúde da população na cidade. Encontramos em Câmara e Almeida referências aos diversos momentos de predomínio das pestes em Campina Grande, seja na condição de aldeia, de vila ou de cidade. Entretanto, será em SILVA FILHO (2005) que teremos um maior aprofundamento das condições da saúde da população, pois o mesmo trará os vários momentos em que as doenças apareceriam na vila, como por exemplo em 1853, com a febre amarela; a ocorrência do cólera-morbo em 1856, que fora destacada pelo presidente Pinto e Silva e que fora realizado um levantamento de 1.395 homens livres e 152 escravos que morreram, sendo 870 homens e 677 mulheres. É interessante notar que encontramos na narrativa de Silva Filho além desse detalhamento estatístico das mortes, também um detalhamento em relação às medidas tomadas por parte das autoridades. Como exemplo a conclusão do cemitério velho e a exigência para que os defuntos fossem enterrados em covas bastante fundas.

Além disso, encontramos ainda na narrativa deste referido autor as primeiras iniciativas por parte do governo para o combate as doenças ainda no século XIX, demonstrando que o problema da saúde começava a se tornar um problema de governo. Conforme vemos no relatório do presidente Araújo Lima, que apresenta toda

a preocupação governamental com o estado em que ficara a vila com a incidência do cólera-morbus em 1862:

Constrange-me o coração noticiar que a mortalidade na vila de Campina Grande(...) Nesta vila foi encarregado do serviço médico o dr Manoel Carlos Gouveia e para distribuição de socorro foi nomeada uma comissão, à qual foram remetidos medicamentos, dinheiro e virtualhas. (opus cit., p. 56)

É pouco provável que o médico encaminhado pelo presidente da província fosse um médico diplomado. Entretanto, o encaminhamento de um médico por parte do presidente Araújo Lima para Campina Grande já manifesta o início de uma preocupação por parte do governo com a saúde da população, assim como de um reconhecimento da medicina como um saber competente para minimizar o sofrimento da população.

Esta realidade que começava a acontecer no interior da Paraíba representava na verdade todo um processo de ascensão do saber médico, que ocorrera em todo o país desde o início do século XIX, que também se justificaria pelo discurso de precariedade das condições de saúde da população no país. Segundo COSTA (1989, p.53) esta seria a realidade de “inércia que banhava o mundo colonial”. Para a historiografia brasileira, tal realidade só começaria a se transformar a partir do período joanino, quando se iniciaria um processo de mudanças marcantes nas normatizações na organização das cidades, vilas e aldeias. Conforme COSTA (1999), cujo discurso se afina com os autores históricos deste período, este seria um século de profundas mudanças que alteraria as relações metrópole-colônia em todo o mundo.

MACHADO (1978) fortalece o coro discursivo dos pensadores que destacam que a transferência da corte para o Brasil em 1808 seria fundamental para o início da estruturação das cidades brasileiras, apontando também para um o processo de constituição do Estado brasileiro, onde a medicina estaria no centro. Para ele, o fato da medicina praticada até então ser exercida por curadores, jesuítas, pagés e cirurgiões práticos, com a existência muito pequena de médicos diplomados, dificultaria a pactuação do Estado com a medicina no ordenamento das cidades. Haveria, portanto, a necessidade de um maior controle e uniformização da atividade médica e da sua formação, para um maior avanço da medicina. A Fisicatura, que seria o órgão estatal responsável até então pelo controle do exercício da medicina não obtivera sucesso na sua função, diante das múltiplas práticas médicas existentes.

PRIORE (2009) contribui com esta análise de Machado fazendo uma análise da medicina portuguesa até o século XVIII e constatando os problemas do seu atraso científico, da falta controle para o seu exercício médico e do seu apelo a elementos mágicos e religiosos, como o curandeirismo, demonismo etc. Para a autora, o predomínio de tais elementos na prática médica no Brasil até o final do século XIX estaria expresso pela fala do bispo do Pará, quando este afirma no final do século XVIII que seria “melhor tratar-se a gente com um tapuia do sertão, que observa com mais desembaraçado instinto, do que com o médico de Lisboa” (opus cit. p. 88). Segundo ela, os regulamentos dos físicos e cirurgiões-mores seriam inoperantes diante da medicina praticada sem nenhum fundamento científico.

Para MACHADO (1978) a prática médica curandeirista, mágica, ritualística, sobrenatural e fetichista deste período que seguiriam incontrolláveis à Fiscatura, contradizia-se com a necessidade do Estado intervir e controlar o exercício e a formação dos médicos, para que estes pudessem contribuir com a melhora das condições da saúde da população. Com isso, a saúde se transformaria em objeto do poder central. A medicina vai assim, impondo-se como uma nova forma de saber sobre as doenças e da saúde, interferindo diretamente nas cidades e nos modos de vida da população. Mas o processo de ascensão do saber médico se daria de forma complexa e não uniforme em todo o Brasil. Segundo o próprio MACHADO (*op. cit.* p. 229):

A deficiência e morosidade das comunicações, a desorganização administrativa e os interesses políticos dificultam a penetração da racionalidade médica na população através instrumentos legais de poder.

Longos anos se passariam até que o problema da saúde da população e de higiene das cidades se ampliasse e o saber médico pudesse se expandir por todo o território brasileiro. Quanto ao contexto da Paraíba, encontraremos em AGRA DO Ó (2006), quando discorre sobre o adoecimento na Paraíba imperial, o relato do quadro social precário em que relaciona medo, doença, morte e costumes, que criaria as condições discursas apropriada para “o surgimento de enunciados higienistas que desclassificavam as estratégias então características do funcionamento da vida social”. (p. 35). Citando Antunes, ele afirma que seria desse modo que o médico surgiria como “sujeito da saúde” dos indivíduos e da coletividade, utilizando-se dos recursos disciplinadores dos corpos.

SOARES JÚNIOR (2011, p.33) cita os estudos de Castro, quando afirma que somente em 13 de agosto de 1849 é que a Assembleia Legislativa da Província da

Paraíba criaria a figura do médico da Província, quando em seu artigo primeiro estabelece:

Haverá nesta província um Médico Público com o ordenado de um conto de rei anual, pago a custa dos cofres Provinciais: o nomeado para este lugar será escolhido dentre os médicos formados em quaisquer Academias, ou Brasileiras, ou Estrangeiras, e em igualdade do mérito será preferido o que for natural da Província

O referido ato jurídico-legal que representa a invenção oficial do saber médico na Província da Paraíba, bem como do início da pactuação entre o Estado e a medicina corresponde ao efeito da discursividade de todo processo narrado por Machado anteriormente que chegaria à Província da Paraíba. Entretanto, apesar deste ato legislativo inaugurador apresentado pelos estudos de Soares Júnior, este processo de ascensão da medicina se daria de forma lenta e contraditória.

A primeira dessas contradições seria a de que, embora fosse atribuição desse médico atender aos doentes da Província, visitar Casas de Misericórdia, prisões públicas, ir até aos lugares afetados por epidemias e tratar das questões de higiene, as condições de transporte para o deslocamento e realização de tais atribuições não seriam oferecidas. Além disso, ele também deveria assistir à Inspetoria de Higiene, órgão ligado à Inspetoria de Saúde Pública, que seria responsável pela higienização da cidade, mas que só funcionaria em casos excepcionais. Um último aspecto contraditório seria a de que o primeiro médico que atuara na direção da Inspetoria de Saúde Pública, de 1847 a 1870, o senhor João José Innocêncio Poggi, não seria formado em Medicina.

Tais contradições que marcariam o início da ascensão do saber médico na Província da Paraíba dificultariam e lentificariam ainda mais a ascensão dessa racionalidade científica no ordenamento das cidades. Tal realidade não se modificaria ao longo do século XIX, nem mesmo com a entrada de médicos diplomados no serviço, que já passariam a reivindicar em 1884 a criação de um serviço de higiene pública, pelo então Dr. Abdon Felinto Milanez. Ele que fora o segundo inspetor de saúde pública, teria diploma de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia. Mesmo assim, conforme Soares Júnior, durante todo o Império e mesmo com a chegada da República, a realidade de insalubridade não se modificaria na Província. Segundo ele, os médicos seriam um produto raro neste período na província e somente no século seguinte é que produziriam uma medicina disciplinar dos corpos e uma educação higienista.

Por outro lado, o avanço da problemática histórica da saúde da população, bem a ascensão do saber médico dentro do próprio Estado, acabaria repercutindo nas realidades interioranas mais distantes. É deste modo que perceberemos esta realidade da predominância das doenças e do medo do adoecer, inserida nas narrativas históricas sobre a cidade de Campina Grande, transformando a doença e as condições higiênicas da população em um problema. A narrativa de ALMEIDA (1962) expressa bem essa realidade de medo das doenças, como vemos no episódio narrado pelo relatório do administrador dos Correios em meados do século XIX, quando em 30 de novembro de 1857 o servidor público Manoel Pereira do Nascimento, seguindo para o interior da Paraíba, seria acometido de febre e não conseguiria acolhimento em nenhuma casa de Campina Grande. Incapaz de reagir à doença e sem nenhum compadecimento, ele seria colocado em baixo de uma árvore longe do povoado, até chegar à morte doze dias depois. Tal situação de medo em relação às doenças se estenderia mesmo na entrada do século XX, conforme vemos na invasão dos ratos na cidade apresentada por SOARES JÚNIOR (2011, p.52) no início do século passado, onde o terror fora o sentimento predominantemente vivido pela população, pelo receio de contrair a peste bubônica que assolara o município. Segundo Soares:

Campina Grande parecia estar longe dessa referência, pois a insalubridade gerou a proliferação da doença, que, por conseguinte, fez de seus habitantes. (...) As ruas da Rainha da Borborema vivenciaram o desfile dos ratos rumo aos monumentos de lixo próximos à casa do Monsenhor Salles. Uma cidade suja em que porcos e ratos disputavam espaço, como se as ruas estivessem livres de homens e carros e não se soubesse —mesmo o que é calçada e o que é rua.

As condições precárias da urbe, os graves problemas sanitários e as doenças da população, seriam problemas que fundamentariam a entrada do saber médico, a partir de uma pactuação com o Estado na organização e higienização das vilas e cidade. A situação histórica de imundície e de doenças de Campina Grande, tornadas visíveis por seus historiadores tradicionais, seriam as condições de possibilidade apropriadas para que o Estado fizesse uma intervenção lenta e gradual sobre a mesma, com a entrada da formação discursiva médica no ordenamento social de Campina Grande.

É dessa forma que teremos em Dr. Chateaubriand Bandeira de Mélo, uma das primeiras referências na história do sujeito da saúde em Campina Grande. O mesmo seria fundamental para o processo de ascensão do saber médico na cidade de Campina Grande, já que fora nomeado como delegado de hygiene da delegacia distrital em

Campina Grande. O referido médico que emerge como o sujeito social da saúde na cidade, fora um médico que nascera em 1855, tendo terminado o curso Medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1884, vindo clinicar em Campina Grande no início do século XX. (DINOÁ, 1993)

Além de médico o mesmo tivera uma trajetória ativa na política, pois fora um dos fundadores do Partido Republicano de Campina Grande, tornando-se deputado Estadual e posteriormente Deputado Federal, sendo o primeiro representante da cidade no Parlamento Nacional. Segundo o autor, Dr. Chatô como fora conhecido, morreria em 1936, aos 80 anos, causando enorme pesar em toda a cidade. É interessante notar que não encontramos nenhuma referência neste autor às atividades desenvolvidas pelo Dr. Chatô na condição de delegado da higiene, entretanto, será ele que iniciará o processo de união entre o saber médico e a administração pública para interferir na cidade.

Diante das condições que estavam estabelecidas para a cidade pelos historiadores tradicionais, haveria a necessidade pelas medidas higiênicas da medicina social e da organização urbana. Com Dr. Chatô teremos o início dessas ações no campo da saúde e a partir dele, novas figura importantes darão continuidade entre a aliança entre a medicina e o governo. Outra figura destacada da medicina que também vai estabelecer uma participação política na cidade é Dr. Elpídio de Almeida. O mesmo se formara em Medicina em 1918 no Rio de Janeiro e iniciara a sua atividade médica na cidade na década de 20 do século passado. Ele também fora vereador em 1929, prefeito da cidade de 1947 até 1951, deputado federal, novamente prefeito de 1955 até 1959, quando aos 66 anos se afastara da política.

Conforme suas próprias palavras em sua narrativa histórica, ele seria o “primeiro prefeito eleito no regime instituído pela Constituição de 1946” (ALMEIDA, 1962, p.308), sendo um partícipe ativo da vida política da cidade. Elpídio de Almeida também seria responsável pela organização da medicina na cidade, sendo aquele que fundaria e o seria o primeiro presidente da Sociedade Médica de Campina Grande, em 4 de maio de 1941, instituição que seria fundamental para a organização da medicina na cidade.

As condições históricas precárias da saúde da população, a emergência do problema de higiene e das doenças e a invenção do sujeito social da medicina como o portador da solução de tais problemas, serão fundamentais para possibilitar o

fortalecimento da crença de que a medicina moderna teria o saber necessário para a cura das doenças, devendo ser aliada do poder governamental. Tais condições serão fundamentais para que seja inventado na cidade outro problema de ordem médica, ainda mais especializado, que seria o da doença mental.

-A política pública e a legislação nacional sobre a loucura nos anos 60

Para RUSSO (1993) o surgimento do Hospício Pedro II ainda no período do Império se daria por uma atuação direta do imperador, que o construiria com toda uma arquitetura de imponência e beleza, para marcar a sua ascensão ao trono. Tal iniciativa de investimento direto do governo central daria início a um processo de intervenção do poder governamental na loucura. Esta iniciativa se ampliaria posteriormente, com a chegada da República. MESSAS (2008) afirma que logo após a proclamação da República, somente cinquenta e sete dias se passariam para que fosse promulgado o decreto n. 142, que seria a primeira norma jurídica republicana relacionada com o campo mental no Brasil. A marca jurídica central de tal decreto seria a ruptura que estabeleceria com o saber religioso, fazendo a desanexação do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Hospício Pedro II, que se transformaria em Hospital Nacional de Alienados. Trata-se do instante em que o governo se aliaria ao saber médico, rompendo definitivamente com o modelo caritativo de cuidar do louco. Surge então o “alienado mental” como figura hegemônica. Segundo o referido autor, em 21 de junho de 1890 também seria aprovado o Decreto n. 508, que no seu artigo 3 afirmaria definitivamente o saber psiquiátrico como aquele que daria conta da assistência aos alienados. Neste instante os médicos assumiriam definitivamente a assistência e a direção do hospital, justificados pelas suas competências e estudos comprovados.

Para MACEDO (2006) nesse movimento de ascensão e de vinculação do saber psiquiátrico com a chegada da República, teríamos o destaque para a figura de Teixeira Brandão, que seria o primeiro catedrático de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Iniciar-se-ia um processo de uma legislação específica para os doentes mentais no Brasil, sendo ele o relator do Decreto 1.132 de 1903, que fora promulgado

pelo presidente Rodrigues Alves e que reorganizaria a assistência aos alienados, com uma influência marcante da legislação francesa. Tal medida unificaria a assistência em todo o país, estimulando a construção de asilos estaduais. Para a autora, este decreto também fundamentaria a “verdade” sobre o louco a partir do saber médico, sendo ele o profissional responsável pelo parecer que autorizaria a internação.

Após esse período inicial, que MESSAS (2008) estabelece como correspondendo entre 1890 a 1910, teríamos o período seguinte que corresponderia a 1911 até 1945 e que ele chamaria de um “Período de ampliação da ação estatal”. Tal período se caracterizaria por ações cada vez mais autoritárias, intervencionistas e antiliberais na saúde. Dentro deste período destacamos do ponto de vista legislativo, o surgimento dos decretos 5.148 de 1927 e o decreto 24.559 de 1934, que detalharemos a seguir. Antes falaremos da alteração do ponto de vista teórico. Este novo período seria marcado pela presença do médico Juliano Moreira que seria o responsável por trazer a inovação da psiquiatria alemã ou a psiquiatria kraepeliana para o Brasil, conforme afirma AMARANTE (1994). Com isso, teremos a ascensão de uma hegemonia do saber psiquiátrico voltado para um olhar organicista, bem como a decadência de uma leitura de Teixeira Brandão na leitura francesa da loucura.

Com a chegada de Juliano Moreira e o consequente e paulatino afastamento da psiquiatria francesa nas três primeiras décadas do século XX, conforme afirma FACCHINETTI (2011) teríamos além da importância do Estado na Higiene Mental da população, uma aposta nos ideais cientificistas da psiquiatria organicista que se tornaria cada vez hegemônica na sua aliança com o governo.

Nesse período encontramos a repercussão de tais mudanças inclusive nos termos utilizados para a loucura. Vemos a mudança do nome de alienado para psychopathas no Decreto nº 5.148 de 10 de Janeiro de 1927, que reorganizaria a Assistência a Psychopathas no Distrito Federal; no Decreto n. 17.805 de 23 de maio deste mesmo ano que regulamentaria a execução dos serviços da assistência aos Psychopathas e no Decreto n. 24.559 de 3 de julho de 1934, que disporia sobre a profilaxia mental, dando assistência e proteção aos psicopatas e fiscalizaria os serviços de psiquiatria.

Para MESSAS (2008) tal modificação produziria um alargamento no alcance do governo. Ele cita Portocarrero que aponta tal mudança como marca da presença de Juliano Moreira, produzindo um alargamento conceitual do termo de alienado, para o

grupo de sujeito imprecisamente denominados de psychopathas, dentre os quais estariam incluídos os alcoolistas, sífilíticos e epiléticos, que apresentariam não uma perda de realidade, mas desvios de comportamentos. Isso permitiria uma intervenção bem mais ampla do governo, que na sua assistência não se restringiria somente ao espaço asilar. Neste sentido, podemos ver a ampliação do poder psiquiátrico sobre os diversos tipos sociais presentes nas ruas, transformando aqueles que estivessem na condição de andarilhos, em sujeitos doentes mentais, sob o referendo do próprio governo.

Para MESSAS (2008) a partir de 1946 teríamos o início de um novo período em relação a elaboração das leis relacionadas com a loucura no Brasil, que se estenderia até 1982. Ele afirma que tal período se iniciaria com o fim da II grande Guerra onde estaria presente um forte sentimento humanista em todo mundo, quando seria inclusive redigida os direitos fundamentais da pessoa humana. Para o autor apesar de termos neste longo período de tempo, a presença de diversos tipos de governo, que iriam desde o populismo, o desenvolvimentista e o militar, a marca central de todos eles, seria a presença de um modelo de assistência psiquiátrica, que seria iniciada com o decreto 22.561 de 7 de fevereiro de 1947, onde o governo passaria a ofertar benefícios fiscais aos empreendedores privados que tivessem iniciativas de criar estabelecimentos hospitalares. Este seria o ato inaugural do discurso oficial do governo que inventaria o louco como mercadoria⁹⁰. Tal ato produziria segundo dados apresentado por Messas, uma ampliação de tais serviços, pois em 1941 haveriam 65 hospitais psiquiátricos no país, sendo 31 públicos e 34 privados. Vinte anos depois, existiriam 140 hospitais, sendo 86 privados e 54 públicos, numa evidente privatização do tratamento psiquiátrico e ampliação da loucura como mercadoria.

Ainda dentro deste período encontraremos outro marco para a ampliação deste novo modelo de assistência psiquiátrica. Com a publicação do decreto 49.974 de 21 de Janeiro de 1961, que em meio ao uma normatização geral da saúde, discorreria sobre a loucura, pactuando este modelo privado com o Estado, pela ampliação das instituições de assistência privadas, que a partir da agora se dariam através de convênios com o

⁹⁰ São vários os estudos que apontam para o processo de transformação da saúde mental em mercadoria. Destacamos aqui a discussão de MÂNGIA(2003), quando aponta para o processo de transformação da saúde mental, como um objeto rentável, fazendo com que ela apareça como uma mercadoria entregue às forças do livre mercado. Nessa mesma linha de pensamento temos os estudos de DAL POZ, LIMA E PERAZZI (2012) e de SILVEIRA E BRAGA (2005).

Ministério da Saúde. MESSAS (2008) apresenta dados que confirmariam a expansão do louco como mercadoria no governo militar, que continuaria apostando neste modelo. Segundo ele, em 1971 já existiriam no país 340 hospitais psiquiátricos, dos quais 277 seriam privados e 63 seriam públicos. Ele chama a atenção para o fato de que após quarenta anos, o número de hospitais psiquiátricos teria sextuplicado, sendo que os hospitais privados cresceriam em quase onze vezes e os hospitais públicos cresceriam em duas vezes.

TENÓRIO (2002) também corrobora com essa análise de Messas, quando afirma que teria sido sobretudo a partir dos governos militares que o modelo privatista de assistência teria se ampliado, com uma crescente ampliação de clínicas e hospitais conveniados e um direcionamento do investimento público para o setor privado. Haveria assim, uma hegemonia da figura do louco como doente mental e como mercadoria, que se expandiria no país. Vemos assim que o discurso oficial do governo, privilegiador do saber psiquiátrico organicista, utiliza-se de uma concepção ampla de loucura enquanto doença mental e enquanto mercadoria, buscando estimular a prática profissional hospitalocêntrica na produção de lucro, perdurando desde meados da década de 40 até o início dos anos 80. Esta realidade de estímulo e ampliação por parte do governo para o saber psiquiátrico organicista, privatista e hospitalocêntrico, marcará as condições do surgimento institucional da psiquiatria na cidade de Campina Grande.

-A chegada de médicos especialistas em loucura

As condições que apresentamos até aqui favorecem a emergência institucional da psiquiatria na cidade, pois o discurso psiquiátrico já estava presente na cidade através dos pacientes enviados para os hospitais de João Pessoa e de Recife; o espaço urbano já surgira como uma problemática de governo a anos, com uma demanda pelo manicômio; já emergira o sujeito da saúde que unira a medicina e a administração pública para organização da urbe e a resolução do problema do adoecimento da população; já estava inventado o louco andarilho nas ruas na contramão dos riscos urbanos; já estava inventado o louco possuído, cujo tratamento se daria dentro de um modelo não cientificista; já existia uma legislação nacional que estimulava a ampliação do modelo psiquiátrico hegemônico, organicista, hospitalocêntrico e privatista pelo país.

Finalmente, teremos também a circulação do saber psiquiátrico sobre a loucura nos jornais da época, como no caso da reportagem do Diário da Borborema, de 1958, na sexta feira, 07 de novembro de 1958 N. 321, Ano II, segundo Caderno, onde o discurso psiquiátrico assim se apresentava:

Hitler doente mental desde 1943

Detmold (I.F.) – Hitler era doente mental desde 1943 e seu lugar teria sido numa clínica, declarou o médico sueco F. Kersten no Congresso de Juristas, reunido nesta cidade. Kersten, que durante a guerra foi médico particular do chefe da Gestapo, ressaltou que vira pessoalmente um relatório médico, conforme o qual Hitler não mais se curou completamente após forte colapso nervoso em 1943. O colapso foi consequência de uma sífilis mal tratada, adquirida durante a Primeira Guerra Mundial.

Sofrendo de dores de cabeça insuportáveis, Hitler costumava bater com a cabeça contra a parede, 50 a 60 vezes em seguida. Os delírios produzidos durante tais ataques, foram datilografados pelos seus auxiliares e propagados mais tarde como “inspiração da providência”.⁹¹

Vemos que a própria mídia local já discursava sobre o saber médico em diagnosticar e categorizar o doente mental. Considerando tudo isso, restaria o surgimento de figuras médicas com formação específica na medicina psiquiátrica, com interesse econômico e profissional em fundar um hospital e com alianças políticas suficientes para que houvesse a institucionalização do saber psiquiátrico. É desse modo que encontraremos as atividades clínicas inaugurais da psiquiatria na cidade através do Dr. Eustáquio e de Dr. Eder nas áreas de neurologia e de psiquiatria. Dr. Eustáquio, afirma que já chegara a Campina Grande com uma formação em psiquiatria, pois antes mesmo de ter terminado o curso de medicina, que ocorreria em 1955, quando surgira “a oportunidade de estagiar na Tamarineira. Fiquei como residente interno morando no hospital por um ano e meio”. Nesse período teria sido assistente do Dr. Andrade Lima que fora, segundo ele, presidente da Sociedade Panamericana de Psiquiatria e diretor do Instituto de Psiquiatria do Recife. Após terminar o curso de medicina Dr. Eustáquio afirma ter ido para o Instituto de Neurologia do Rio de Janeiro, “que era pertencente à Universidade Federal do Brasil”, onde passaria dois anos morando no próprio hospital, tendo feito contato com professores como Leme Lopes, que chefiara o serviço de Psiquiatria da Casa de Saúde Dr. Eiras. Teria voltado então para Campina Grande, sendo nomeado pelo Dr.

⁹¹ Diário da Borborema, de 1958, na sexta feira, 07 de novembro de 1958 N. 321, Ano II, segundo Caderno

Reginaldo, senador e primo do seu pai, para trabalhar no SAMDU⁹² “que funcionava em frente ao prédio do Pedro I, por traz da atual delegacia de polícia”. Dr. Eustáquio afirma que teria conciliando o trabalho simultâneo entre sua clínica particular, à rua Venâncio Neiva, n. 112 e atividade no Hospital Alcides Carneiro.

Como os casos da minha especialidade, Neurologia e Psiquiatria, foram aumentando gradativamente aos poucos e poucos, eu fui abandonando a ideia de voltar para o Rio de Janeiro, porque aqui tinha o convívio da família e condições para implantar este serviço que chegaria ser de grande importância não só para Campina Grande, como para outros municípios do Estado e até cidades de outros Estados. (Dr. Eustáquio)

Segundo ele, “os casos de neurologia e psiquiatria em Campina Grande, passavam frequentemente pelas minhas mãos e eu fui me tornando conhecido em toda a Paraíba”. O saber psiquiátrico começaria a se expandir na cidade, agora com a atividade profissional especializada, dentro de seu projeto de tornar-se o discurso hegemônico sobre a loucura em Campina Grande.

Por outro lado, outro médico contemporâneo a Dr. Eustáquio, também começaria a sua atividade profissional com a psiquiatria na cidade. Trata-se do Dr. Éder que se formara em medicina dois anos antes de Dr. Eustáquio, mas que à semelhança dele, iniciara as suas atividades clínicas no Hospital Alcides Carneiro, atendendo aos casos psiquiátricos, sendo que já atuaria no setor privado à três anos⁹³. Segundo sua filha Pâmela, Dr. Éder faria o curso de medicina em Recife, na Universidade Federal de Pernambuco e conforme ela mesma afirma, “depois ele terminou, fez a residência lá na Tamarineira e depois ele fez na época, nos servidores, que é o IPASE, no Rio de Janeiro”. Segundo a Revista comemorativa, Dr. Éder teria vindo para Campina Grande em 1955, aonde fundara a sua clínica particular na cidade, situada na Siqueira Campos. Quando o espaço físico da mesma se tornaria insuficiente, o mesmo se transferiria para o Hospital Pedro I, aonde atenderia por dez anos, até que finalmente se instalaria de forma definitiva na rua Getúlio Vargas.

Existem algumas semelhanças entre as formações de Dr. Eustáquio e Dr. Éder. Ambos cursariam medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, realizando seus estágios na Tamarineira, bem como complementariam seus estudos em instituições do Rio de Janeiro. Além disso, ambos não teriam nascido em Campina

⁹² Serviço de Assistência Médica de Urgência

⁹³ Conforme revista comemorativa dos 35 anos do IPE.

Grande, sendo os primeiros responsáveis por trazerem o conhecimento em psiquiatria para a cidade. Ainda sobre as semelhanças entre eles, quando os mesmos teriam retornado para Campina Grande, começariam a atuar em serviços públicos tais como o SAMDU e o IPASE e ao mesmo tempo nos serviços privados dos seus consultórios particulares. Vale notar também outra característica que consideramos importante quanto às semelhanças entre os dois que seria o caráter particular e privatista em que ambos iriam desenvolver as suas atividades profissionais, levando a loucura para dentro da lógica do mercado. Do ponto de vista teórico ambos teriam uma fundamentação centrada numa psiquiatria organicista. Finalmente um último ponto importante no que se refere às semelhanças entre os dois, seria que ambos apontariam para um crescimento rápido do atendimento na clínica individual, condição que os fariam ampliar suas atividades na cidade.

A presença desses dois profissionais e o consequente crescimento de suas clínicas individuais seria fundamental para a criação por parte do Dr. Éder do Instituto Psiquiátrico Esquirol da Borborema em 23 de setembro de 1966 e por parte de Dr. Eustáquio do Instituto Psiquiátrico Pinel em 1963. Tal ascensão seria relatada por Pâmela:

Ele botou uma clínica pequena, ali na praça Clementino Procópio. O consultório dele era ali. Começou a fazer e começou a ver a necessidade de criar uma coisa maior, tamanha era a demanda e nessa casa – referindo-se à Instituto Psiquiátrico Esquirol -, ele criou um local de atendimento maior.(Pâmela)

Quanto a isso, a revista comemorativa dos 35 anos (2001, p.03), afirma:

Em pouco tempo o número de pacientes aumentou muito, de forma que a clínica da Siqueira Campos não oferecia mais acomodações suficientes.

Tal crescimento não seria evidenciado apenas em relação a Dr. Éder, mas também se apresenta recorrente no discurso de Dr. Eustáquio, que também evidencia o aumento dos atendimentos no consultório. Vejamos o que diz o próprio médico:

A clientela foi aumentando consideravelmente, numa média de no mínimo trinta consultas por dia. Aí necessitou de um maior espaço. Quando eu fui construindo gradativamente o hospital.(Dr. Eustáquio)

No final da década de 50 e no início da década de 60 se mostraria como o momento propício para o surgimento do saber psiquiátrico de forma institucionalizada

e para o estabelecimento de sua hegemonia discursiva na cidade, num processo de empoderamento deste saber, pois como afirma a própria revista comemorativa, “o médico, no entanto, se impôs por seus conhecimentos”. O discurso psiquiátrico se tornaria hegemônico em relação à loucura e seu discurso se expandiria na invenção institucionalizada que faz do sujeito da doença mental, se destacando como sujeito hegemônico e preponderante para se pensar a loucura na cidade.

A herança psiquiátrica inaugurada por Pinel na França chega às terras borboremenses através de Dr. Éder e Dr. Eustáquio. Embora às diversas modificações ocorridas no próprio saber psiquiátrico durante as várias décadas de seu surgimento; embora as diferenças da política brasileira de saúde mental da época; embora as especificidades da realidade borboremense e finalmente, embora as características de cada um dos seus dois representantes iniciais na cidade, perceberemos a emergência definitiva do discurso psiquiátrico na cidade, buscando impor o seu saber e sua hegemonia sobre a loucura.

Dr. Eustáquio se proporia a instalar uma instituição psiquiátrica de maior porte⁹⁴, vinculando-se ao curso de medicina da cidade que seria fundado alguns anos depois, Dr. Éder trilha a direção de criação de uma instituição de menor porte, com uma atuação e uma área física hospitalar um pouco mais restrita no centro da cidade.

Quanto a uma possível influência política para que Dr Eustáquio pudesse criar o hospital em Campina Grande, seria importante apontarmos que, o senador Reginaldo que era primo do seu pai, tinha conhecimento das políticas nacionais para lidar com a loucura. Segundo SILVA FILHO (1998), na década de 30 como governador, ele participara da inauguração do Pavilhão Sanatório Clifford, em João Pessoa. Naquele momento, tal política priorizaria a iniciativa pública para os hospitais psiquiátricos, mas que no início da década de 60, apresentava-se absolutamente dentro de um modelo privatista. Como Senador da República durante este período, ele teria conhecimento disso, podendo favorecer e influenciar a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos na cidade, haja vista existir em Campina Grande um parente seu com formação psiquiátrica, bem como uma carência de instituições que pudesse tratar os loucos. Ele seria inclusive o responsável pela vinda do Rio de Janeiro e consequente acomodação em Campina Grande de Dr. Eustáquio, no início de suas atividades na área psiquiátrica.

⁹⁴ A área do hospital seria de aproximadamente 70 hectares numa região periférica da cidade

Não vemos por isso mesmo, como coincidência a data que faria surgir a institucionalização da psiquiatria em Campina Grande, com a inauguração do Instituto Psiquiátrico Pinel em sete de setembro, data em que simultaneamente se comemora a Independência do país. A República Brasileira naquele momento ofereceria novas condições na política de saúde para os seus loucos, que difeririam totalmente das praticadas no período da fundação do Pedro II, no Rio de Janeiro, a mais de cem anos atrás.

Consideramos que a partir dessa condição da existência na cidade de sujeitos sociais profissionais na área de psiquiatria, bem como a partir da existência de uma política nacional para a loucura dentro de um modelo organicista, hospitalocêntrico e privatista e das demais condições apresentadas por nós até aqui, vai ser possível a emergência definitiva do sujeito social da loucura, o louco doente mental e mercadoria, de forma institucionalizada na cidade. O Instituto Psiquiátrico Pinel e o Instituto Psiquiátrico Esquirol, vão representar o acontecimento institucionalizado do poder psiquiátrico voltado para o mercado e para o louco doente.

Por isso mesmo encontramos o discurso de elogio às políticas governamentais modernas do governo brasileiro para lidar com o tratamento da loucura na década de 60, que se expressaria no discurso do dr. Eustáquio em relação ao apoio recebido pelo governo da época:

Porque aqui tinha o convívio da família e condições para implantar este serviço que chegaria ser de grande importância não só para Campina Grande, como para outros municípios do Estado e até cidades de outros Estados. (...) Eu fui construindo gradativamente o hospital.(...) Naquele tempo o governo estimulava a psiquiatria. (Dr. Eustáquio)

Dr. Eustáquio acabaria tecendo um elogio aos governos de Juscelino, de João Goulart e Jânio Quadros e mais especialmente ao governo militar, que teriam dado muito incentivo para a criação dos hospitais psiquiátricos. Haveria assim um evidente reconhecimento por parte de Dr. Eustáquio aos governos do período desenvolvimentista e do milagre brasileiro, por suas políticas públicas em relação à loucura, que acabariam por favorecer-lhe na implantação desse modelo na cidade. Tanto os governos do período desenvolvimentista, como os governos militares seriam determinantes para a valorização da psiquiatria organicista, hospitalocêntrica e privatista, implantada em Campina Grande por ele e pelo Dr. Éder.

2.2. O fortalecimento do saber psiquiátrico: emergência da formação médica

O modelo organicista, hospitalocêntrico e privatista vai reger a emergência e o exercício institucionais do saber psiquiatria na cidade a partir da década de 60. Por outro lado, novos aliados institucionais do saber psiquiátrico surgirão para a expansão do discurso psiquiátrico na cidade. Tais aliados advirão especialmente a partir da fundação da Faculdade de Medicina na cidade. Através dela, serão atraídos novos psiquiatras para a cidade, como também terá início um processo de formação e divulgação do conhecimento psiquiátrico na cidade através da disciplina de Psiquiatria, como parte da formação médica. Tal curso teria sido criado em 1964, mas só viria a funcionar em 1968, conforme documento curricular apresentado por Dário, coordenador do curso de Medicina em 2011:

Em 31 de janeiro de 1964, na Sociedade Médica de Campina Grande, sob a presidência do Dr. Raul Dantas foi realizada uma Assembléia Geral Extraordinária para a criação da Sociedade Mantenedora da Faculdade de Medicina de Campina Grande. O Dr. Elpídio de Almeida foi seu primeiro presidente. Havia três anos que a comunidade borboremense reclamava a criação de uma Faculdade de Medicina. Através da Lei nº 2 de 29 de janeiro de 1965, a Prefeitura Municipal de Campina Grande doou à Faculdade de Medicina um terreno localizado no núcleo de Granjas Santo Izidro no bairro de Bodocongó, com uma área de 46.800 m². O Decreto 63.412 de 11 de outubro de 1968 autoriza o funcionamento da Faculdade de Medicina de Campina Grande, tendo como seu primeiro Diretor o Dr. Olímpio Bonald Filho. Em 1973, na gestão do Dr. Firmino Brasileiro Silva formou-se a primeira turma e a comunidade borboremense recebeu cinquenta novos médicos.⁹⁵

Segundo o documento haveria uma demanda reprimida de médicos na cidade, tendo uma correlação de 1 médico para 1.420, considerando-se somente a população de Campina Grande. No que se refere a esta relação no Estado da Paraíba, teríamos 1 médico para 6.500 habitantes. Na época a OMS recomendaria que esta relação fosse de 1 médico para 921 habitantes. Tais dados justificariam a criação do curso e o seu funcionamento a partir de 1968. Se haveria uma demanda em relação à figura dos médicos na cidade, o que diríamos então sobre a demanda em relação ao médico psiquiatra? A fundação da Faculdade de Medicina de Campina Grande supriria tais

⁹⁵ Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina.

demandas, fortalecendo a hegemonia do discurso médico na cidade, como também do discurso psiquiátrico sobre a loucura.

A abertura desta faculdade estaria dentro do movimento de inauguração de instituições de ensino superior no Brasil, que se iniciara com a chegada da corte em 1808, onde seriam criadas as Faculdades de Medicina da Bahia e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, ainda no século XIX. BEZERRA (2000) discorrendo sobre o surgimento das primeiras escolas de ensino superior na Paraíba, refere-se à Escola de Agronomia do Nordeste – EAN – como a primeira das escolas de ensino superior na Paraíba que teriam surgido em 1934, na cidade de Areia. Para o autor, ela seria inaugurada pela força da influencia política de José Américo de Almeida, pois pela demanda de outros seguimentos do Estado solicitariam a criação da Faculdade de Medicina ou de Direito. Somente a partir de 1947 é que seriam criadas em João Pessoa instituições de Ensino Superior, como a Faculdade de Ciências Econômicas, Faculdade de Medicina, Faculdade de Direito, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Filosofia, Faculdade de Enfermagem etc. O autor cita os estudos de Espínola, para referir-se que tais iniciativas teriam sido dadas a partir de iniciativas privadas. Exigências do mercado e das associações profissionais, tais como o Tribunal de Justiça, a OAB, a Associação Médica etc. cobrariam profissionais qualificados.

Finalmente em 1955 onze instituições de ensino superior já existiriam no Estado. Segundo o autor, neste mesmo período, Juscelino Kubitschek com uma política desenvolvimentista para a indústria determinaria a expansão do ensino superior. Iniciar-se-ia então o processo de federalização das instituições de ensino superior, na qual a Universidade da Paraíba acabaria por ser federalizada em 1960. Em Campina Grande já fariam parte da Universidade da Paraíba a Faculdade de Ciências Econômicas.

A Faculdade de Medicina de Campina Grande não poderia ter participado deste movimento de federalização, pois ainda não teria sido criada. No entanto, ela participaria desse processo de expansão e de criação das instituições de ensino superior no Brasil e na Paraíba, que ocorreria a partir da demanda de mercado e das associações profissionais, quando viria a ser inaugurada em 1968 e somente em 1979 é que seria autorizada a sua federalização.

A partir da sua instalação seria possível a expansão do discurso psiquiátrico, mesmo antes do período de sua federalização. Um de seus pioneiros no ensino da

psiquiatria da cidade seria um médico psiquiatra vindo do Recife chamado Dr Paulo Eugênio Sette. Vejamos o que diz Dr. Eufrásio sobre isso:

No dia seguinte ao chegar em Campina Grande, estava eu chegando ao hospital - Instituto Psiquiátrico Pinel - e encontrei e encontrei Dr. Paulo Eugênio Sette, que era o professor da Faculdade de Medicina de Campina Grande. Uma pessoa que me conhecia lá do Pedro II, uma pessoa magrinha, de cultura fenomenal, grande amigo, aí quando Paulo me viu aqui, Dr. Paulo me viu aqui, aí disse: ‘mas Eufrásio, você por aqui? Rapaz, amanhã logo de manhã você vai estar lá me auxiliando no curso de psiquiatria. Então, eu cheguei num dia e no dia seguinte eu ingressei na carreira de professor da Faculdade de Medicina de Campina Grande. (...) dr Paulo Sette vinha de Recife. Então eu comecei como auxiliar de ensino. Depois passei a professor assistente e chegou a um ponto que Paulo disse assim: ‘olha, eu não preciso mais vir a Campina Grande. Eufrásio, ele tem capacidade, conhecimento, formação’. Aí eu fui nomeado, numa faculdade particular, professor adjunto.(Dr. Eufrásio)

Assim, através da Faculdade de Medicina de Campina Grande o saber psiquiátrico se difundiria e se ampliaria, inicialmente pelo Professor Paulo Eugênio Sette, que viera de Recife, mas que não firmara moradia na cidade. Entretanto, o Dr. Eufrásio, também vindo do Recife, acabaria o substituindo no ensino de psiquiatria na recém criada Faculdade de Medicina. Conforme o próprio Dr. Eufrásio afirma, sua chegada se daria logo no início da década de 70: “eu trabalhei em Campina Grande na primeira fase de 1970 a 1974”. Dr. Eufrásio chegaria a Campina Grande exatamente no período de dois anos posteriores a abertura do curso da Faculdade de Medicina de Campina Grande. Iniciaria assim, através da disciplina de Psiquiatria da ainda Faculdade de Medicina de Campina Grande, o período da formação dos médicos psiquiatras na cidade, a partir da difusão do ensino do conhecimento psiquiátrico. Em 1974 chegaria a Campina Grande o psiquiatra dr. Eudes, formado pela UFPE que ensinaria na Faculdade de Medicina: “quando eu vim prá Campina Grande, para ensinar na Faculdade de Medicina, que era particular, só posteriormente vai ser encampada pela Federal”. Dr. Eudes passaria então a fazer parte uma terceira geração de professores da Faculdade de Medicina.

Quando ocorre a federalização da Faculdade de Medicina em 1979, o seu currículo seria reformulado, saindo de um sistema de módulos temáticos, para um sistema de disciplinas. Entretanto, o saber psiquiátrico continuaria na grade curricular, como um saber específico. Se na década de 60 teríamos a marca da inauguração do saber psiquiátrico na cidade através da sua institucionalização do Instituto Psiquiátrico Pinel, do Instituto Psiquiátrico Esquirol e da Faculdade de Medicina, na década

seguinte teríamos a proliferação desse saber através de vários profissionais formados na Faculdade de Medicina de Campina Grande. Tal saber sofreria um processo crescente de entrada de novos profissionais, tais como a Dra. Dirce, que se formaria em 1972 na UFPE e se tornaria especialista em Psiquiatria em 1975, passando a lecionar na Faculdade de Medicina em 1979. Com a Dra. Dora que também se formara em Medicina pela UFPE em 1973 e se tornaria especialista em clínica psiquiátrica em 1974.

Esse grupo de professores: Dr. Eufrásio, Dr. Eudes, Dra. Dirce e Dra. Dora, juntamente com Dr. Denilson, representariam a primeira grande ampliação do saber psiquiátrico na cidade, que iriam suceder o que Dr. Eusébio chama de primeira geração de psiquiatras, que seria formada pelos doutores Eustáquio e Éder. Entretanto, segundo o próprio Dr. Eusébio, dois outros profissionais da psiquiatria fariam parte dessa segunda geração de psiquiatras da cidade. Nas suas palavras, estes seriam o dr. “IC, psiquiatra, hoje residente em Brasília e JFC, que no caso era oriundo da UFPE”. Os mesmos teriam tido uma passagem muito curta pela cidade de Campina Grande. Entre essas duas gerações de psiquiatras, encontraremos o Dr. Dalton e o Dr. Dantas, que atuavam no Instituto Psiquiátrico Esquirol.

A partir desses espaços institucionais, tais como o Instituto Psiquiátrico Pinel, o Instituto Psiquiátrico Esquirol e o curso de medicina da Faculdade de Medicina de Campina Grande e com essas duas gerações de psiquiatras, cujas formações teriam em comum a Faculdade de Medicina e da Tamarineira, surgiriam novos sujeitos da psiquiatria na cidade de Campina Grande. É quando teríamos a terceira geração de psiquiatras, formada pelos médicos psiquiatras Dr. Eusébio, Dr. Denirval e Dra. Doralice. O primeiro recebera o título de especialista em Psiquiatria, em 1982, pela Associação Brasileira de Psiquiatria, através de prova de títulos, pela apresentação de trabalhos escritos e participações em congressos da área de psiquiatria. Quanto aos dois últimos profissionais da psiquiatria, os mesmos fariam residência psiquiátrica no Instituto Pinel da UFRGS. Finalmente, juntando-se a estes profissionais, mas fazendo parte do Instituto de Psiquiatria Pinel, mais dois outros profissionais comporiam a quarta geração de psiquiatras da cidade, que seriam a Dra. Denise e o Dr. Dagoberto. Uma característica comum a todos estes últimos profissionais da psiquiatria, seria o fato de que todos teriam sido formados pela Faculdade de Medicina de Campina Grande, fato que os diferenciariam dos profissionais das gerações anteriores, haja vista

que os mesmos teriam tido formação na Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco.

O discurso de expansão que é atribuído à presença de todos esses profissionais na cidade, expressa claramente que a psiquiatria, enquanto saber hegemônico sobre a loucura desde os anos 60, expandia-se intensamente até a chegada da década de 80, possibilitando a hegemonia do sujeito social da loucura doente mental sobre os demais sujeitos sociais da loucura existentes, seja ele o andarilho ou o possuído. Entretanto, em meio a essa aparente unidade, fissuras e cisões vão ocorrendo no próprio universo do saber psiquiátrico, produzindo-lhe abalos e rupturas, conforme veremos a seguir.

2.3. A deformação da face interna do saber psiquiátrico

Da forma que apresentamos a ascensão do saber psiquiátrico na cidade de Campina Grande, poderíamos concluir que tal saber, ao emergir, se amplia de modo uniforme, linear e contínuo. Dissemos da sua hegemonia, exatamente por se tratar de um saber que pactuaria em sua emergência institucional na cidade, com os interesses do governo. Neste momento, analisaremos tal saber, não mais sob a ótica de um saber uniforme e unitário, mas a partir das fissuras, rupturas e descontinuidades existente no mesmo, a partir de um jogo de forças que surge por dentro desse próprio saber.

Inicialmente destacamos a luta pela paternidade da psiquiatria na cidade, que existe entre as duas figuras responsáveis pela sua emergência. Conforme vimos anteriormente, Dr. Eustáquio e Dr. Éder são colocados como os dois personagens mais importantes para a emergência da institucionalização da psiquiatria na cidade. Para além disso eles acabarão por disputar o lugar de primeiro psiquiatra da cidade e assim sendo, o lugar de pai da psiquiatria borborense. Quanto a isso, Dr. Eustáquio é concludente na sua expressão de que “quem foi o primeiro a vir com isso (psiquiatria) na cidade fui eu”. Por outro lado, conforme a revista comemorativa dos 35 anos (2001, p. 03) temos o seguinte enunciado:

A história do tratamento psiquiátrico em Campina Grande não poderia ser contada sem falar no médico Dr. Éder. Ele não só foi o responsável pela instalação do Instituto Psiquiátrico Esquirol, como também foi o pioneiro na psiquiatria no município⁹⁶.

⁹⁶ Revista comemorativa dos 35 anos do IPE, p. 03

Esta situação de disputa pela paternidade da psiquiatria na cidade de Campina Grande é a expressão inicial do jogo de luta interna que a psiquiatria toma, quando da sua emergência na cidade. Na nossa sociedade, a marca da paternidade e do pioneirismo é a marca da afirmação e do poder.

A loucura é inventada em Campina Grande em meio a essa luta pela paternidade, trazendo consigo a característica de uma loucura que se transforma em mercadoria e que está submetida à ordem mercadológica. Neste sentido, temos uma maior importância em afirmar o pioneirismo da psiquiatria borboremensense, pois aquele que se apresentasse como o primeiro, demonstra maior poder e competência, para ocupar maior espaço dentro do mercado, agregando valor à sua prática profissional. Esta condição produz uma disputa interna entre as instituições e entre os profissionais da psiquiatria já no seu nascedouro, construindo uma série de fissuras que corroem o saber psiquiátrico por dentro dele mesmo.

Por outro lado, além desse jogo de poder em relação à paternidade da psiquiatria, bem como às disputas mercadológicas, presenciaremos outro elemento que produz fissuras internas ao próprio saber psiquiátrico, quando no próprio processo de expansão das práticas psiquiátricas, que se refere às disputas teóricas internas ao saber psiquiátrico. Tal processo torna-se possível a partir da chegada e da formação de novos profissionais no campo do saber psiquiátrico da cidade.

Olhando para a formação profissional dos diversos profissionais da psiquiatria, podemos esclarecer melhor o que afirmamos agora. Quando a psiquiatria foi inventada na cidade de Campina Grande, traz consigo toda a história da psiquiatria mundial e brasileira, instalando-se inicialmente dentro de um modelo organicista, que é hegemônico desde o seu nascedouro. Segundo Dr Eusébio, Dr. Eustáquio e Dr. Éder atuavam dentro de um modelo de psiquiatria “tipicamente organicista, ou melhor dizendo, exclusivamente organicista”. A geração imediatamente posterior à geração desses dois pioneiros, também faria quase que o mesmo percurso de formação dos patriarcas: Faculdade de Medicina de Pernambuco e estágio na Tamarineira.

Entretanto, tal semelhança se limita a este ponto. As gerações que se sucedem, aprofundam as fissuras teóricas e as transformações das práticas discursivas da psiquiatria exclusivamente organicista. Tal processo de transformação, ampliação e ramificação do saber do campo profissional dos psiquiatras, configura uma forma de expansão rizomática e descontínua. Tais transformações aconteceram a partir da

formação que cada profissional faz ao longo de sua carreira profissional, o que ocasiona descontinuidades no modelo hegemônico de psiquiatria.

Como exemplo, façamos uma análise da formação do Dr. Eufrásio, que é o psiquiatra mais próximo da primeira geração e cuja formação obedeceria ao percurso de formação médica pela Faculdade de Medicina de Pernambuco, estagiando no Hospital da Tamarineira, também no Hospital Pedro II e no Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro da UFRJ. Com um perfil inicial bem dentro de uma psiquiatria clássica, Dr. Eufrásio faria várias outras formações em diversas áreas, que rompem com este modelo clássico organicista. Segundo ele mesmo, tais formações o aproximariam do psicodrama artístico de grupo, da psicologia transpessoal de Pierre Weil, da análise de mandalas de Stanislaw Grolf e da antipsiquiatria de David Cooper e Ronald Lang.

Tais influências teóricas põem a prática psiquiátrica de Dr. Eufrásio em um caminho diverso do caminho apresentado pelos primeiros profissionais da psiquiatria na cidade, gerando impasses e confrontos que se não se apresentavam no embate direto, se davam no enfrentamento subterrâneo. Vejamos a fala seguinte:

Logo que cheguei, Eustáquio me nomeou como chefe de clínica e eu comecei a trabalhar, e dentro do possível, a empreender reformas, nesse sentido, de uma melhor dispensa humanitária aos paciente. (...) então, eu comecei a trabalhar no hospital, como eu vinha do Rio e sempre tive umas ideias assim, vou usar uma palavra, uma ideia humanista pro tratamento do doente mental e me doía eu ver aquela situação dos doentes todos, fechados, colocados em camas.(Dr. Eufrásio)

Vejamos que ainda estamos nos primeiros anos da década de 70, o hospital ainda não tinha completado uma década e já teríamos um questionamento das práticas realizadas dentro dele, a partir da formação de um profissional que tivera influência de diversos autores no campo do saber psiquiátrico, questionadores do saber hegemônico da psiquiatria clássica organicista.

Podemos também observar na formação profissional da Dra Dirce e da Dra. Dora que a psiquiatria organicista sofrerá novas fissuras, por força da influência da psicanálise e da psicologia social na formação dessas duas profissionais. Ambas se formariam pela Universidade Federal de Pernambuco, sendo que a primeira seria especialista em Teoria Psicanalítica pela Universidad Pontificia de Comilas, na Espanha em 1990 e doutora em psiquiatria pela Universidad Complutense de Madri. Percebemos que a sua formação em Teoria psicanalítica se daria no final da década de 80, período que fora áureo da psiquiatria clássica na cidade. Já o percurso da Dra. Dora

será semelhante ao de todos os psiquiatras da cidade até então, pois também se graduaria em medicina pela Universidade Federal de Pernambuco. Também teria especialização em Clínica Psiquiatria pela Universidade Federal de Pernambuco e especialização em Psiquiatria pela Universidad Complutense de Madrid. O diferencial que percebemos na formação de Dra. Dora seria o seu mestrado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, ocorrido também no final da década de 80. Com isso temos um processo de transformação do saber psiquiátrico a partir da formação dessa profissional, quando os conhecimentos da Psicologia social passavam a alterar a ordem de saber estabelecido. Quanto a isso, a referida psiquiatra teria apresentado um trabalho no grupo de estudos do Instituto Psiquiátrico Pinel, cuja fundamentação teórica estaria dentro da perspectiva de Erving Goffman, teórico que discute a temática da loucura e do manicômio, fazendo uma crítica à psiquiatria. Conforme Dr. Eusébio afirma:

Lembro bem inclusive que esse foi um trabalho lá apresentado pelo doutora Dora, onde ela fazia exatamente alusão à teoria de Goffman que é uma teoria sobretudo de fundo social. (Dr. Eusébio)

O trabalho a que o psiquiatra faz referência abordaria a questão do “itinerário clínico”, como um conceito goffmaniano no qual os familiares das pessoas com demanda psiquiátrica buscariam inicialmente o tratamento religioso, para depois buscarem o tratamento da psiquiatria. Neste sentido, a partir da sua formação em Psicologia Social, a referida psiquiatra produz transformações para o saber psiquiátrico local, produzindo fissuras e descontinuidades no exercício do seu saber-poder.

Nas gerações posteriores também perceberemos um processo de transformação do saber psiquiátrico através do psiquiatra Dr. Eusébio. Vemos isso no seu processo de formação que se daria na direção dos mais diversos campos do saber. Tal psiquiatra talvez seja aquele que mais produziria rupturas teóricas no saber psiquiátrico clássico. Vemos isso no percurso de sua formação acadêmica ainda como estudante de medicina, iniciado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba pois já aí, ele rompe com o modelo da psiquiatria clássica, quando ainda na faculdade, lê e se interessa pela obra freudiana, fato que o teria levado a ser advertido pelo seu mentor no saber psiquiátrico na época, professor Eudes:

Todas as vezes que ele me flagrava lendo alguma obra de Freud, ele me dizia: ‘deixe de ler isso e vá ler Kurt Scheneider. Vá ler os grandes

mentores, digamos assim, de uma psiquiatria tipicamente organicista'.(Dr. Eusébio)

Desse modo, a partir de uma autonomia, Dr. Eusébio já apresentaria interesse por teorias que, como no caso a psicanalítica, fazem frente a uma formação tipicamente organicista. Nas palavras do próprio Dr. Eusébio, antes mesmo do seu ingresso na faculdade de Medicina, ele já se interessaria pela leitura de Jung e de Freud, sendo que com o início de sua formação em medicina, tais leituras se aprofundariam ainda mais, “de maneira que nem sempre escutei os conselhos do mestre”, diz ele, referindo-se a não ler somente Kurt Scheneider. Como efeito de tal desvio de percurso que tal psiquiatra faz em relação a uma psiquiatria organicista, teremos o deslocamento do sentido da loucura para outros campos teóricos. Neste sentido, Dr. Eusébio é aquele que dentro da psiquiatria borboremense, produz rupturas mais marcantes na sua formação teórica em relação à psiquiatria organicista. Do ponto de vista de sua pós-graduação, ele faria uma especialização em psicanálise, um mestrado em Sociologia e um doutorado em Sociologia, todos na UFPB, sendo que nesse último momento, teria tido a orientação do professor Diniz, cuja orientação seria marcada predominantemente pelo campo teórico foucaultiano. Este seria inclusive o momento culminante de sua formação acadêmica e de rompimento definitivo com o saber psiquiátrico, já que desde a década de 80 já possuía leituras da obra de Foucault. Tanto assim que ele afirmaria em relação a um trabalho escrito na Revista publicada pelo Instituto Psiquiátrico Pinel, em 1981:

Existindo também um trabalho muito simples, numa perspectiva foucaultiana que foi elabora por mim e um outro trabalho numa linhagem psicanalítica.(Dr. Eusébio)

Vale resaltar o fato que embora Dr. Eusébio não apresente uma escolha definitiva em relação a uma teoria específica, trabalhando sempre de uma forma eclética, já no início da década de 80 apresentaria interesse pela teoria foucaultiana, teoria que faria uma ruptura profunda com a ordem discursiva psiquiátrica organicista.

Outro aspecto importante que marca a possibilidade de rupturas internas no saber psiquiátrico clássico na cidade de Campina Grande é a existência do grupo de estudos dentro do próprio Instituto Psiquiátrico Pinel. É importante lembrar que tal grupo de estudos seria contraditoriamente patrocinado e estimulado pelo proprietário do Instituto Psiquiátrico Pinel, Dr. Eustáquio. Conforme afirma o psiquiatra Dr. Eudes:

Eustáquio era, como pessoa, ele sempre foi um democrata. (...) o hospital era um espaço aberto e Eustáquio também não ligava não. (...) porque Eustáquio, eu digo sempre, é uma pessoa interessante, é uma pessoa paradoxal. (Dr. Eudes)

Tal paradoxo em relação ao funcionamento aberto do grupo de estudos, onde caberiam todas as teorias e todos os saberes sobre a loucura, também seria citado por outras pessoas, como a psicanalista Patrícia, quando fala sobre a multiplicidade teórica dentro do grupo de estudo, dizendo ser “então era um negócio assim, paradoxal”. Tal paradoxo se dá exatamente entre a prática de tratamento do hospital, fundamentalmente organicista e a abertura ao pronunciamento de outras formas teóricas, embora a divergentes com as práticas hospitalares. A psicanalista afirma que “Dr. Eustáquio, ele acolheu muita coisa que tinha a ver com a reforma”. Segundo o psiquiatra dr. Eudes:

O centro de estudos do Instituto Psiquiátrico Pinel é um marco na psiquiatria de Campina Grande justamente pelo aspecto eclético que tinha. (Dr. Eudes)

Conforme afirma o psiquiatra, todos os temas seriam discutidos neste grupo de estudos e não somente aqueles que estariam relacionados com a psiquiatria. Além disso, o centro de estudos promoveria apresentações teóricas em várias áreas, o que incorporaria o perfil de seu coordenador, Dr. Eusébio, conforme vemos na fala do psiquiatra Dr. Eudes, quando refere-se ao grupo de estudos:

Que promovia concursos em áreas interdisciplinares, quando nem se falava em interdisciplinaridade. Os alunos apresentavam trabalhos, no modelo dos trabalhos de conclusão de curso, tanto de serviço social, enfermagem, psicologia e mesmo de psiquiatria e de medicina. (Dr. Eudes)

O centro de estudo daria voz a outros saberes, possibilitando o confronto e o embate teórico. Exemplo disso seria o caso da psicanalista Patrícia que fizera sua primeira palestra em Campina Grande neste centro de estudos, cujo tema seria ‘Ana O, o caso que teria levado Freud à Psicanálise’. Além do conhecimento psicanalítico e de outros campos do saber científico como a enfermagem, o serviço social e a psicologia, o centro também abriria espaço para outros campos do saber não científico, tais como a interrelação entre a psiquiatria com o espiritismo e com o candomblé. Além disso, elementos da tradição religiosa oriental também seriam trazidos, pois como afirma o psiquiatra Dr. Eudes:

Eu cheguei e tinha assim: ‘meditações sobre o tantra’. Eu disse: meu Deus do céu, que diabo é isso: meditações sobre o tantra?’ então, nesse dia eu não vou perder. E aí Eusébio levou um guru prá fazer uma palestra lá.(Dr. Eudes)

Pessoas e ideias seriam levadas para o centro, tais como professores marxistas ferrenhos e professores de economia. Segundo o psiquiatra Dr. Eudes “era um espaço livre, de confronto do saber”. Além disso, o hospital e seu proprietário promoveriam eventos e palestras que expressariam exatamente o paradoxo apontado anteriormente. Como exemplo temos o financiado de um evento pelo hospital, I Encontro Norte-Nordeste de Psiquiatria e Saúde Mental, que teria ocorrido na década de 80 e que segundo Dr. Eudes, tivera grande repercussão, pois no mesmo teria tido a presença de Alfredo Moffatt⁹⁷. Tal presença seria confirmada pela psicanalista Patrícia e também pela enfermeira e professora Darlene, que diz com espanto: “Eustáquio traz Moffatt prá Campina Grande!”. O espanto da referida profissional se daria por saber do confronto teórico que causaria esse teórico com a prática psiquiátrica dominante no hospital. Além de Moffatt, teríamos também a presença em Campina Grande de Denise Jodelet⁹⁸, citado por Dr. Eudes, pela psicanalista Patrícia e por Dr. Eusébio, e que segundo as palavras deste último:

É hoje o principal nome internacional na pesquisa das representações sociais e que fez inclusive uma palestra nesse centro de estudos.(Dr. Eusébio)

Vemos que havia um espaço teórico muito amplo e aberto para se discutir novas teorias no Instituto Psiquiátrico Pinel, discussões que podiam ser de ordem religiosa, no âmbito da antipsiquiatria ou das teorias sociais sobre a loucura. Por mais que tais discussões pudessem parecer quase que “exclusivamente teórica”, como afirma Dr. Eusébio, estas acabavam produzindo o encorajamento de novas experiências sobre a loucura e o questionamento das práticas organicista do hospital, alimentando insatisfações, dissidências e dissensões.

⁹⁷ Alfredo Moffatt é autor do livro *Psicoterapia do oprimido*, discípulo de Pichón Rivière e fundador da Escola de Psicologia Argentina.

⁹⁸ Denise Jodelet é uma das teóricas da representação social, autora do livro *Representação social: Fenômenos, concepção e teoria*.

Quanto a tais insatisfações, vemo-las presentes já desde a década de 70, quando o psiquiatra Dr. Eufrásio afirmaria a sua posição em relação ao tratamento dado no hospital aos seus paciente:

Me doía eu ver aquela situação dos doentes todos, fechados, colocados em camas, nem camas. (...) sem o mínimo de condições de assistência.(Dr. Eufrásio)

A psicanalista Patrícia quando fala sobre o método de tratamento que seria realizado no hospital demonstra também a sua resistência ao mesmo ao afirmar que “agente não concordava com praticamente nada”. Refere-se então sua posição contra a aplicação dos eletrochoques:

Agente era contra o eletrochoque. Agente tinha uma discussão muito severa contra o eletrochoque. (...) então na nossa ala, na ala que eu e Dra. Dora tava junto, agente aboliu o eletrochoque. (psicanalista Patrícia)

Vemos assim que a resistência teórica que seria debatida no grupo de estudo acabaria repercutindo na prática cotidiana no hospital. Por conta de tal realidade, como afirma a enfermeira Darlene, existiria uma insatisfação geral que se juntaria com uma insatisfação dos próprios funcionários do Hospital que não concordariam com os métodos aplicados naquela instituição:

Dentro do Hospital, era uma parte dos funcionários de lá, que não concordavam. (Darlene)

Haveria uma insatisfação interna, contida, que era construída em meio à própria hegemonia do saber psiquiátrico. E tal resistência acabava por se ampliar com a chegada ao hospital dos alunos e estagiários das mais diversas áreas das universidades da cidade. Junto com eles e com seus professores, vinham as críticas quanto aos métodos de tratamentos, bem como as tentativas de reformulações, como foi o caso da psicanalista Patrícia, que junto com a psiquiatra e psicanalista Dra. Dora, teriam iniciado uma comunidade terapêutica dentro do próprio hospital.

Por fim, um último aspecto que consideramos importante para o processo de corrosão interna do saber psiquiátrico diz respeito ao contexto liberal a que esta profissão estava submetida. Se por um lado temos o exercício profissional em instituições hospitalocêntricas como neste caso o Instituto Psiquiátrico Pinel, que faria o aglutinamento entre os diversos profissionais do saber psiquiátrico, numa polifonia

que aglutinaria os diversos profissionais, por outro lado, cada profissional desses tinha a sua atividade paralela numa clínica particular. Esta condição coloca a todos em confronto direto no livre mercado, cuja capacidade de diferenciação do seu concorrente e de maior domínio do saber psiquiátrico produzirá um profissional com maior capacidade de cura e de maior clientela.

Além disso, alguns prestariam alguma atividade paralela, exercendo cargos em alguma instituição pública de ensino superior, como seria o caso de Dra. Dirce, Dra. Dora, Dr. Eudes e Dr. Eusébio. Ou então desenvolveria atividade ambulatorial pelo Estado, como seria o caso de Dr. Eusébio, Dra. Doralice e Dr. Denirval, que trabalhariam no serviço de psiquiatria do posto de saúde do catolé.

Há assim uma diversificação do espaço e de atuação profissional que iriam lentamente esvaziando a aparente unidade profissional. Quanto a isso, Dr. Eudes faria referência a essa perda de unidade em tom nostálgico, que aconteceria em relação a esta instituição:

De um grupo que era padrão prá todas as outras especialidades, em termo de unidade, de projeto, eu diria até em nome de uma certa ousadia, de vaidade de cada um, em somar, começou a dividir.(Dr. Eudes)

O referido psiquiatra aponta a direção a que cada profissional acabaria tomando:

Eusébio, que tava fazendo mestrado em Sociologia; Dirce tinha ido prá Espanha; Dr. Denirval tava mais preocupado com as clínicas dele, Eudes tava mais preocupado com a faculdade; e Dra Dora que estava lá, tinha conseguido retide na universidade. (...) Isso fez com que o hospital também sofresse gradativamente um processo de enfraquecimento. (Dr. Eudes)

Esta situação de perda de unidade evidenciada pelo Psiquiatra Eudes, que fora possibilitada pela abertura ao mercado de trabalho para os profissionais da psiquiatria, desfaria a unidade profissional entre os mesmos, enfraquecendo-lhes o poder hegemônico e fragilizando também o próprio modelo hospitalocêntrico, organicista e privatista. Porém, tal processo não se daria somente por fatores internos à profissão, como veremos a seguir.

2.4.A desconstrução da face externa do saber psiquiátrico

Falamos anteriormente sobre a ascensão do saber psiquiátrico e do doente mental, cuja consequência foi uma marginalização do louco possuído e do louco andarilho. Vimos o processo de hegemonia desse saber pela sua pactuação com a política de governo. Finalmente, vimos o processo de desconstrução desse saber a partir das diversas rupturas internas ao próprio saber psiquiátrico. Agora veremos os fatores externos ao saber psiquiátrico, que vão produzir a desconstrução de sua hegemonia. Tal processo estará ligado ao saber religioso que fora marginalizado e silenciado pela ascensão do saber psiquiátrico.

Percebemos ao longo do nosso estudo, a existência de diversas estratégias elaboradas pelo saber espiritual para ocupar o lugar de poder diante do saber médico psiquiátrico. Uma delas estaria na composição e assimilação entre os dois saberes. A outra estaria no confronto direto dos mesmos e finalmente a última estratégia estaria na insubmissão subterrânea do saber espiritual com o saber psiquiátrico.

Na composição entre os saberes temos uma atitude de assimilação do discurso do saber médico por parte do saber espiritual, produzindo um entrelaçamento entre os dois saberes, mas com a presença de uma disputa. Quanto a isso, vejamos inicialmente o discurso religioso, quando se refere ao processo de interação entre esses saberes, através da fala do Pai de Santo Patrício:

Porque um doido não come, um doido não dorme. Agente manda prá um hospital psiquiátrico, mas um psiquiatra não manda prá nós. Porque acha que agente não somos formado na medicina, não tem a condição de tratar, segundo eles. Mas agente prá se formar meu fi, é 7 anos. Um médico é 4 ou é 5. Agente dá muito pulo prá se formar dentro do candoblé. (Pai Patrício)

Pai Patrício expressa claramente o conflito entre os saberes psiquiátrico e o saber dos terreiros, fazendo um paralelo entre a formação do médico e a formação do Pai de Santo, que no seu entendimento seria muito mais demorada e portanto, supostamente mais difícil. Ele assim produz uma assimilação do modelo de formação médica, para produzir uma valorização e um empoderamento do seu saber, apontando certo ressentimento pela desvalorização exercida pelo saber psiquiátrico, quando não encaminha para ele, os pacientes que tal saber não conseguiria curar. Há um esforço em demonstrar que ambos os saberes têm uma formação específica e que o pai de santo é detentor de um saber capaz de realizar um tratamento e produzir a cura. Alinhar o saber do terreiro com o do psiquiatra é uma forma de produzir poder para sua atividade na umbanda. Vemos isso ocorrer não só na comparação com os anos de

formação desses dois profissionais, mas também na comparação que é feita com o próprio tratamento, conforme vemos em Pai Pedro:

É como se vai ao médico, ele não exige exame de sangue, de fezes, de urina, de coração? Tudo ele exige? Eu tem que vê aquela origem, se eu posso entrar naquela origem. Se tem a parte espiritual, é parte material. Que for parte espiritual, eu tem que estudar pra ver como é que cura aquela pessoa. Se for medicina, eu mando pro medico, que o médico é quem vai resolver, que eu não vou resolver aquilo que eu não conheço. ...não enganar ninguém. (Pai Pedro)

A partir da diferenciação da loucura espiritual em relação à loucura material, o referido Pai de Santo demonstra que caberia ao médico realizar os exames para o tratamento da doença material, mas que caberia ao pai de santo realizar o tratamento espiritual na busca pela origem do problema da loucura espiritual. Há uma clara assimilação do discurso médico, quando se refere a um exame para poder tratar. Tal assimilação talvez seja mais claramente expressa através do próprio nome dado o Centro Espírita Celestial, que ao se tornar uma instituição de maior porte em meados do século XX, a partir das iniciativas do Capitão Leandro, passa a se chamar Hospital Espírita Mundo Novo, ou simplesmente Hospital Espírita.

Por outro lado, também percebemos esse processo de empoderamento de um saber que é colocado à margem, através de uma crítica e de uma confrontação direta em relação ao saber psiquiátrico, especialmente no que se refere ao tratamento e ao uso da medicação, como afirma Pai Paulo:

Entonce que veio logo a loucura. A loucura veio forte e quando eu tinha entrada no hospital, entrei sem conhecer ninguém. Sem conhecer ninguém. E haja remédio, tomar remédio forte. Aldol, piridom, fenegam, apriquitil, e foi cada vez mais o remédio aumentando e nada de eu ter conserto. (...) mas acontece, pelos tempo que eu passei tomando medicamentos, aí arriou os nervos, acabou-se os nervos. (...) Mas não sou um homem mais prá trabalho. Se eu subir numa escada fico tremendo prá cair. Eu digo, relaxou os nervo (...) por conta da medicação. Remédio todim forte, que apliquitil era de 100. (Pai Paulo)

O referido Pai de Santo confronta o saber psiquiátrico no uso medicamentoso que realizara e pelos efeitos produzidos nele, produzindo-lhe doença e impossibilitando-o de trabalhar. O saber psiquiátrico é confrontado e criticado na sua capacidade de produzir a doença mental. Vemos a ampliação desse confronto na fala de Pai Paulo:

A primeira vez eu passei 13 dias internado. Foi quando eu vi a visão. Quando eu vi a visão, que me acordei, o mestre pedindo pra fazer a minha obrigação e botar tudo de volta, no seu devido lugar. Entonce, eu falei prá mulher a mulher, disse: ‘rapaz... Acredite em mim. Que eu to aqui não é por loucura material não. É loucura espiritual’. Entonce ela foi assinar o termo de responsabilidade. A médica psiquiátrica. E quando chegou a médica disse ‘a senhora tá doida? Tá mais doida do que ele.’ Aí o que aconteceu, que ela disse: ‘oi, se esse homem sair daqui, botar o pé daqui, prá li, se ele matar um, ele volta prá aqui e a senhora vai prá a cadeia. A senhora vai presa’. Ai ela olhou assim, ‘Paulo, olha o que tu tá fazendo?’. Eu disse: ‘não rapaz, acredite em mim. Vá embora. Senão eu pulo. Vou me embora’.(Pai Paulo)

Percebemos neste momento um confronto e um embate direto entre os dois saberes, bem como a produção dos seus respectivos sujeitos loucos. O Pai Paulo afirma que tem loucura espiritual e que seu mestre o pedira para fazer as obrigações para se curar e a médica ameaça a sua esposa, por estar querendo tirá-lo do tratamento medicamentoso e hospitalar. Ambos buscam a imposição do seu próprio regime de verdade a loucura. Se depois de tais confrontos, o pai de santo acaba saindo, se tratando espiritualmente e ficando bom, o saber psiquiátrico acaba perdendo poder. E fora assim que ocorrera, o que o faz desqualificar o saber médico, dizendo:

Esses remédio não me controlava, deixava eu mais agitado. Não queria ver ninguém, não queria ter palestra com ninguém. Eu andava todo duro, todo me tremendo. (Pai Paulo)

Finalmente vemos outra forma de empoderamento do saber espiritual sobre o saber psiquiátrico, que se dá através da estratégia de insubmissão subterrânea e não explícita ao médico. Vejamos o que afirma Pai Paulo:

Quando a família já conhece, enlouqueceu com o orixá, interna um dia. Mas puxa pró hospital e pro lado espiritual. Terreiro. As pessoas cura, se trata.(...) Porque o seguinte é esse: porque o médico nunca vai saber que você tá se tratando fora. Ele quer saber o dionísico dele. Que tá passando o seu remédio, tá tratando, como é que você tá tomando o remédio. (Pai Paulo)

Esta é uma forma de diminuir o poder do saber médico, não realizando um embate direto, enfraquecendo-o ao realizar um outro tipo de tratamento paralelo, sem a sua recomendação e a sua anuência. Isso diminui o poder do saber psiquiátrico, nas suas certezas e na sua hegemonia. Nas três situações, a margem entre o saber médico e o saber espiritual vai se decompondo e as verdades que o saber psiquiátrico possui vão sendo colocadas em cheque. Em todas essas formas de confrontação, existe um conflito e uma resistência sem uma cooperação explícita do saber psiquiátrico.

Porem, temos ainda uma última forma de diminuição do poder hegemônico da psiquiátrica, que ocorre através da assimilação do saber espiritual por parte do saber psiquiátrico. São situações em que tais saberes se misturariam, conforme vemos a seguir na fala de Pai Paulo:

Começou as perturbações. Imediatamente veio as perturbações. E eu achava que não ficava bom, mais nunca mais. Ai comecei a me tratar. Depois eu fui prá o Hospital, passei mais 62 dias. Ai comecei a me tratar. Teve médico lá que era espírita e disse assim: ‘seu Paulo, não se enfie nesse remédio não. Porque o seu problema é outro.’ (...) ele disse, “seu Paulo, é mediunidade. Trate dela que você fica bom.” (Pai Paulo)

Nesta situação deparar-nos-ia com a fala de pai de santo, apontando um profissional da psiquiatria que reconheceria o saber religioso, bem como o limite do tratamento psiquiátrico para a loucura espiritual, encaminhando o referido Pai de Santo para um tratamento mediúnico para que possa ficar bom. Vemos a intenção da penetração do saber religioso nas entranhas da prática médica, influenciando no rumo e na direção do tratamento, ainda na fala do Pai Pedro ao se referir aos encaminhamentos de paciente para seu terreiro:

Eles faziam tudim. Chegava aqui dava um banho, defumador, aprontava direito. (...) quando era no domingo de tarde, reunião, ele mandava 10, 12 doido prá aqui. Quando era no domingo, chegava aqueles 10, 12 doido, deixava aqui, assistia a parte espiritual, isso, aquilo outro. Quando era de tarde o carro vinha buscar e levava tudim.(Pai Pedro)

Esta prática se repeteria, como fala Pai de Santo Pedro:

Tem doutor H, que eu nem conheço muito, é aquele lá do hospital X: ‘foi Dr.H que mandou aqui, prá o senhor examinar essa história.’ (Pai Pedro)

Percebemos nestas falas que há aqui uma tentativa de composição entre os dois saberes por parte de um saber tido como inferior. Percebemos que embora um saber que se diga hegemônico e que se expresse como um saber absolutamente definido em si mesmo, sofreria e exerceria a influência de outros saberes. Desse modo, mesmo aqueles que aparentemente estariam submetidos a um lugar socialmente desvalorizado, exerceria o seu poder sobre o saber hegemônico, agora de forma marginal ou subterrânea, como seria o caso do saber sobre a loucura praticados nos terreiros.

Aprofundaremos este processo de transformação do saber psiquiátrico a partir dessa influência externa de outros saberes, agora tidos como científicos, que aconteceria em Campina Grande a partir da década de 80, através da chegada na cidade de novos saberes sobre a loucura, que produziriam novos enfrentamentos, novos embates, novas configurações de forças e novas rupturas, conforme veremos a seguir.

CAPÍTULO III – NO DIVÃ OU NO BANCO DA RUA

Nos capítulos anteriores pudemos ver o processo de construção de sujeitos sociais da loucura na cidade de Campina Grande inventada na década de 60, que parte de uma condição inicialmente plural. Através de uma configuração de múltiplos fatores, teremos a ascensão do saber psiquiátrico organicista como um saber hegemônico sobre a loucura na cidade, em detrimento do louco andarilho e do louco possuído. Por outro lado, vimos o processo de transformação do saber hegemônico a partir de rupturas internas e externas ao próprio saber psiquiátrico. Tal realidade produziria uma situação de marginalização do saber religioso, construindo preconceitos sociais em relação à loucura possuída.

Quanto a isso, VELHO (1979) discorrendo sobre o problema da intolerância e do preconceito que seria historicamente criado em torno de um comportamento desviante, aponta para o fato de que o predomínio da perspectiva médica da loucura produziria a figura do anormal, que neste caso passaria a ser o louco andarilho e o louco possuído. GUEDES (*op. cit.*, p.88), quando trata da questão da relação entre a umbanda e a loucura, explicita a discussão sobre o esforço do saber médico em combater o saber da umbanda sobre a loucura no início da década de 70, com uma notícia veiculada num jornal médico:

Ao certificar-se no hospital psiquiátrico estadual – na Tamarineira, subúrbio do Recife – de que 70% dos internados lá diariamente são pacientes em transe por delírios influenciados por pais-de-santo, O deputado e médico Dr. Manoel Gilberto Cavalcanti denunciou a situação no plenário da AL pernambucana, e agora sustenta campanha contra os terreiros de macumba. (...) A indicação do Dr. Manoel Gilberto à AL tem número 1.274/72 e começa pedindo ao plenário que apele ao secretário de Segurança Pública só conceder nova licença de funcionamento a condomblés no Estado a chefes ou proprietários possuidores de carteira de saúde expedida pela pasta estadual competente e com prévio parecer do departamento de psiquiatria e higiene mental da SS. (...) Citando o professor Pedro Cavalcanti, discípulo de Ulisses Pernambuco, na sua tese *O estado mental dos médiuns*, frisa que os frequentadores de terreiros são ‘todos oligofrênicos sem vontade ou raciocínio’.⁹⁹

Fica muito claro que a oficialização do saber médico em relação a sua inserção na política governamental, produz uma leitura do comportamento mediúnico um comportamento desviante, bem como um sentido de superioridade da leitura psiquiátrica da loucura. Tanto assim que não existe em nenhum momento

⁹⁹ Pulso, na edição de 10 de novembro de 1972

financiamento público para que o louco continue nas ruas, nem tão pouco para que receba um acompanhamento através dos terreiros ou dos centros espíritas.

Em Campina Grande o reflexo desta postura preconceituosa e de uma intolerância em relação ao saber religioso sobre a loucura, se expande para outros saberes que vão se instituindo para falar sobre a loucura na cidade, conforme vemos na fala da psicóloga e psicanalista Pâmela:

Eu acho que essa questão da religião, ela tem dois lados. Um é esse, não é? Porque tem muito paciente aqui, que quando vem, já vem do centro de macumba ‘não sei de que’, já foi tomar passe, porque aquilo era encosto, aquilo era um demônio, aquilo era um espírito ruim, ‘não sei que, não sei que’. Esse lado eu acho muito danoso. Porque eu acho que reforça um Grande Outro perseguidor. Reforça. Ao mesmo tempo, tem uma busca por um pai. Que eu acho que apazigua. Se esse, esse Deus, Jesus, seja lá o que for, que eles procuram, fizer esse papel, de um nome do pai e houver um apaziguamento, por que não? Então, depende do que você faz com isso aí. (Pâmela)

Vejamos que agora não estamos tratando mais do saber psiquiátrico explicando e exercendo o seu saber-poder sobre a loucura possuída de forma explícita, mas trata-se agora da psicanálise e da psicologia, que ocupam o posto de saber sobre a loucura possuída, mantendo-a num lugar de estigma social. Após explicitar o seu preconceito, ao afirmar que encosto seria “muito danosa”, ela impõe o saber explicativo da sua teoria como um regime de verdade, ao afirmar que a leitura da loucura possuída produto de um “Grande Outro perseguidor”. Trata-se da manutenção da hierarquização dos saberes, produtora do preconceito e de um estigma social sobre a loucura possuída, que se manteria agora sob o formato explicativo da psicanálise, compondo uma nova configuração de luta pelo saber sobre a loucura, que incluiria agora novos e antigos sujeitos sociais da loucura.

A chegada desses novos saberes sobre a loucura produzem também novas configurações de forças, que incluem o louco andarilho, o louco possuído, o louco inimputável e o louco doente mental, mas que também faz emergir novos sujeitos sociais da loucura, compondo novos embates em meio a um complexo jogo de forças. Veremos a partir de agora a concretização deste processo, que acaba reformulando a hegemonia do saber psiquiátrico na cidade.

3.1. A emergência de novos sujeitos da loucura.

No campo institucional, vimos que o surgimento da Sociedade Médica de Campina Grande, dos hospitais psiquiátricos e do Curso de Medicina de Campina Grande, possibilitaram a emergência e o fortalecimento da hegemonia do saber psiquiátrico na cidade. Este modelo reproduz a lógica de implantação institucional do saber psiquiátrico no Rio de Janeiro, ainda no século XIX, quando surge a Sociedade Médica, as instituições de ensino e finalmente o hospício. Tal realidade se mantém estável até meados da década de 70 e o início da década de 80, mas irá se transformando lentamente.

A partir do final da década de 70 e o início da década de 80 várias instituições vão sendo criadas na cidade no campo do saber sobre a loucura. Destacamos os cursos de Psicologia e de Enfermagem da UEPB, o curso de História da UFCG e o Instituto Borboremense de Psicanálise que produziram novos paradigmas sobre a loucura, fazendo emergir diversos sujeitos sociais que entram em confronto direto com o sujeito hegemônico da psiquiatria.

Iniciaremos nosso estudo, a partir da institucionalização da Psicologia na cidade, que se dá através do curso de Psicologia da UEPB e os sujeitos sociais da loucura que dela emergiram. Após a década de 80 a cidade de Campina Grande associara ao título de grandeza comercial que era portadora, ao status de grandeza como cidade universitária. Neste período surgiram vários cursos universitários na UFPB, campus II e na então Universidade Regional do Nordeste, que se tornaria posteriormente UEPB. Com a abertura constante de novos cursos, novos saberes surgiram no cenário das ciências humanas e sociais, como também das ciências *psis* para falar sobre a loucura, produzindo um deslocamento conceitual no significado da loucura.

O curso de Psicologia na então Fundação Universidade Regional do Nordeste (FURNE), surge em 1977 pela RESOLUÇÃO/URNE/CONSEPE/027/77, sendo reconhecido em 25 de outubro de 1984 pelo MEC, através da Portaria Ministerial n. 440¹⁰⁰. Tal fato possibilita o surgimento no cenário borboremense de novos sujeitos sociais para falar sobre a loucura de modo diferenciado do discurso psiquiátrico

¹⁰⁰ Conforme Projeto Político Pedagógico do curso de Psicologia

clássico. Isso produz um impacto maior do que ocorrera com a disciplina de psicologia médica do curso de medicina, que naquele curso, além de ser dada por vezes por psiquiatras, seria tida como “tamborete” na grade curricular da formação do médico.

Com o surgimento do curso de Psicologia, esta ciência teria mais autonomia em relação ao saber médico, passando a formar profissionais nesta área. Inicia-se com isso, um período de possibilidade de confronto entre esses saberes, pela necessidade de formação dos primeiros psicólogos na cidade, já que antes disso, esses profissionais vinham de fora. As atividades “confessionárias” de aconselhamento psicológico passam a ser realizadas agora por psicólogos, pois até então seriam feitas por instituições religiosas ou pelo próprio saber médico, conforme afirma Dr. Eusébio, que destaca a figura de Dr. Soares neste mister:

Ele cumpria com funções de conselheiro, participando de encontros de jovens, clube de mães, em que essas pessoas faziam, digamos assim, uma espécie de higiene mental. (Dr. Eusébio)

Sendo assim, a Psicologia vai ocupando o seu espaço de ciência moderna na cidade entre outros campos do saber. Entretanto, para ocupar tais espaços a psicologia experimenta confrontos, disputas e resistências ao mesmo tempo que vai produzindo novos sujeitos sociais que se contrapõe ao modelo hegemônico, conforme veremos a partir de agora:

-O louco rejeitado ou o louco foracluído

Conforme acontecera com a disciplina de psicologia médica, presente no currículo do curso de medicina, que possibilitara a entrada da teoria psicanalítica dentro do contexto médico-psiquiátrico, o curso de psicologia seria outro *locus* privilegiado para o início do processo de formação de psicólogos clínicos com base nessa teoria. Neste caso, entretanto, a formação não se daria com base na formação do psicanalista propriamente, mas do psicoterapeuta que adotariam a teoria psicanalítica como opção teórica. Cabe aqui fazermos essa distinção, em relação à formação do psicanalista, já que teríamos dois sujeitos sociais da loucura distintos, que embora utilizem a teoria psicanalítica como seus fundamentos teóricos, têm um olhar diverso sobre a loucura.

A partir do espaço institucional e acadêmico do curso de psicologia, a psicanálise assume um caráter complementar na formação do psicólogo, quando teremos o processo de ascensão do sujeito da loucura regredida. Por outro lado, através da institucionalização do Instituto Borboremense de Psicanálise, fundada no Brasil em 1995 e cuja Delegação seria instalada em Campina Grande por volta de dois anos mais tarde, teremos a institucionalização da loucura foracluída, através da formação do psicanalista com fundamentação teórica na psicanálise lacaniana.

Amplia-se o quadro institucional das ciências ditas *psis*, compondo novas configurações e novas disputas sobre a loucura. Se na década de 60 se iniciara a formação de psiquiatras na cidade através do curso de medicina, na década de 70 se iniciaria o processo de formação de psicólogos que fundamentam sua prática clínica na teoria psicanalítica, através do curso de psicologia. Finalmente, na década de 90 se iniciaria o processo de formação de psicanalistas lacanianos na cidade, através do Instituto Borboremense de Psicanálise.

Embora tenhamos esse enorme espaço de tempo para o surgimento institucional entre a disciplina de psicologia médica, o curso de psicologia e a Instituto Borboremense de Psicanálise, tais formações só seriam possíveis a partir do surgimento dos primeiros psicanalistas radicados na cidade. Neste sentido, temos novamente toda uma dificuldade em precisar quem teria sido o primeiro psicanalista, fato que se dividiria entre a professora Patrícia, o professor Fausto e a psicanalista Paula.

Dentro do contexto médico a psicanálise surge com a rápida participação de JFC, no curso de medicina e com a chegada da psicanalista Patrícia, que lecionaria a disciplina de psicologia médica, representando uma das primeiras psicanalistas da cidade. A referida professora chegaria a Campina Grande em 1980¹⁰¹, tendo feito Graduação em Psicologia na Universidade de Colônia, na República Federal da Alemanha de 1971 a 1974. Fizera mestrado nessa mesma universidade, que durara do ano seguinte até 1977. Realizaria o seu doutorado na área de psicologia social na Universidade de Colônia e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Em todos esses cursos, seus textos monográfico, dissertativo e de tese, estariam sempre relacionados com a temática da psicanálise e ainda na Alemanha começaria a sua atividade clínica ligada a uma instituição psicanalítica, que segundo ela, já seria feita

¹⁰¹ Conforme currículo Lattes e entrevista

com supervisão clínica. Sendo assim, a referida professora ao chegar à cidade de Campina Grande vinda de forma definitiva no primeiro ano da década de 80, traria consigo toda uma fundamentação psicanalítica, que passaria a inserir no curso de medicina.

Dentro do contexto do curso de Psicologia, o Professor Fausto seria também um dos primeiros psicanalista da cidade, pois o mesmo chegaria a Campina Grande em 1982, se autoafirmando psicanalista. Português, nascido na Freguesia de Mar, município de Esposende, ensinara na Faculdade de Letras de Luanda. Suas formações e atividades profissionais como professor se dariam a partir de 1975, com as seguintes nomeações:

Nomeado Leitor pelo Instituto de Alta Cultura, hoje Instituto Camões, órgão governamental português, para a PUC, Porto Alegre. Aqui continua os estudos e tira: Especialização em Psicologia Social; Especialização em Psicologia da Personalidade; Mestrado em Psicologia Educacional; Doutorado em Psicanálise Social; Doutorado em Teoria e Crítica Literária(...) em 1982 ingressa na Universidade Estadual de Campina Grande/Pb, onde, em 2004, se aposenta como professor titular.¹⁰²

Como vemos o professor Fausto que chegaria à cidade de Campina Grande de forma definitiva para ser professor do Departamento de Psicologia em 1982, traria também no seu currículo atividades relacionadas a uma formação em psicanálise, apresentando-se como tal e atuando clinicamente nesta direção, ao desenvolver atividade de formação do psicólogo clínico, cuja fundamentação seria a teoria psicanalítica. Segundo Dr. Eusébio:

o primeiro psicanalista, ou pelo menos a primeira pessoa a se apresentar, a autorizar-se, como diria Lacan, psicanalista aqui em Campina Grande, foi o professor Fausto.(Dr.Eusébio)

Isso provoca uma discussão e um embate em torno do que seja um psicanalista, pois o professor Fausto se autorizaria a falar desse lugar, tendo em seu currículo atividades acadêmicas que o relacionaria com a psicanálise e participando da formação de psicólogos e psicoterapeutas com base na teoria psicanalítica. Temos assim um conflito entre os profissionais das ciências *psis*, que neste caso se daria exata e especificamente em meio ao próprio saber psicanalítico, na medida em que a condição autônoma do professor Fausto seria questionada por aqueles que participariam de

¹⁰² in <http://poetasdobrasil.blogspot.com/2010/04/antonio-soares-antonio-filipe-sampaio.html>, acessado em 22-02-11

forma mais ativa e filiada a uma escola que institucionalizasse o saber e a formação do psicanalista.

Vejamos o que diz a psicanalista Pâmela, ligada ao Instituto Borboremense de Psicanálise a respeito da formação e da identidade do psicanalista:

A formação em psicanálise implica num tripé, que é a sua própria análise, que ela tem um fim, mas que não implica que você terminou a sua análise que você não tem mais o que resolver. Não tem mais questões com o inconsciente. Não. Pode ser que sim. Mas a orientação de Freud e hoje mesmo da escola lacaniana é que você retorne a cada 5 anos, prá ver alguns pontos que tão pendentes, que você possa elaborar melhor aquilo. Então, a sua própria análise, a questão epistêmica de você estudar, de você escrever, de apresentar trabalhos, tem toda uma inserção nesse sentido de participar dos encontros e tal, e a questão...sim, e a supervisão. (psicanalista Pâmela)

Estas condições constituiriam as regras gerais para se tornar psicanalista, para aquele que assume o olhar institucionalizado de uma escola de psicanálise. Em tais condições seriam necessário uma análise pessoal, a participação teórica e a supervisão, dentro de uma ordem hierárquica escolar, que funcionariam como tecnologias para a produção do sujeito social do psicanalista. Tais condições seriam um processo infundável que inseriria o profissional indefinidamente na escola, que seria a responsável pelo reconhecimento do seu investimento. Neste sentido, a partir deste olhar não seria possível ser psicanalista fora dessa ordem institucional e escolar, como vemos a seguir, na fala da psicanalista Pâmela:

Então...é muito fácil dizer ‘eu sou psicanalista’. Eu sempre digo isso. Difícil é ser. Eu posso dizer ‘eu sou psicanalista’. Sim, mas qual é a formação? Faz aonde? Não é: fez! Não é fez a formação! É: Faz! Que uma formação prá mim é sempre no presente. Tá sempre ‘onde é que você faz a sua formação?’. (...) eu só reconheço como psicanalista, sinceramente, as pessoas que estão na escola. Que fazem a sua formação. Então eu diria que tem muitas poucas pessoas aqui, que fazem. (...) Então eu não diria que é psicanalista. Agente pode dizer que é um estudioso da psicanálise. Agente poderia dizer que tem uma prática da psicanálise, mas não tem a formação. Então, eu não sei dizer a você. (Pâmela)

Há claramente um atrelamento à condição de psicanalista a uma ordem institucional, na qual o sujeito seria mantido num estado infinito de questionamento sobre o seu lugar na psicanálise e sua condição de psicanalista. Esta situação o põe numa ordem identitária e das escolas¹⁰³, cujo fundamento seria a de que “fora da escola

¹⁰³ Quanto a isso temos a crítica de FIGUEIREDO (2009), quando discute que a era das escolas teria acabado, portanto das identidades fechadas como as lacanianas, kleinianas, winnicottianas etc não poderiam existir mais. Ele afirma que no momento atual, as filiações dogmáticas, partidárias por escolas

não haveria salvação”. Por isso mesmo, a postura assumida por Fausto, quando se autodenomina como psicanalista à revelia de uma Escola, seria problemática, conforme questiona a psicanalista Patrícia:

Mas, quando eu vim prá cá, o professor Fausto já se dizia psicanalista. E eu sei que ele tinha grupos de estudos. Não tenho certeza, mas eu acho que professor Fausto já tinha o trabalho dele. Eu não considero Fausto psicanalista, porque eu não sei a que instituição a que ele pertence. Ele não tava filiado a uma instituição. Mas também não pode dizer que não é. Não é? Ele era um cara autônomo. Não sei que filiação. Eu tava ligada aos lacanianos. No centro de estudos freudianos em Recife. (Patrícia)

Essa discussão em torno do seja um psicanalista é interessante, mas não nos propomos discuti-la neste momento. Queremos somente apontar esse embate entre os próprios psicanalistas que chegam à cidade, na configuração do contexto das ciências *psis*, confronto que acaba respingando e complexificando o entendimento do que seja loucura, além de ampliar o raio de luta entre os saberes sobre a mesma, até mesmo dentro do aporte teórico freudiano.

Por outro lado, teremos a presença da psicanalista Paula nos primórdios deste saber na cidade. Ela também é inserida nesse contexto inicial dos anos 80, como alguém detentora de uma formação com base na teoria psicanalítica, tendo iniciado o curso de Psicologia na UFPE e terminado na UFPB, onde a sua formação já se dera dentro da teoria psicanalítica. Segundo a própria Paula, seu desejo em se tornar psicanalista se daria antes mesmo da sua entrada no curso de psicologia e se estenderia após a conclusão do curso, pois no início da década de 90 teria ido para a Inglaterra, onde fizera Especialização em Psicoterapia Psicanalítica, no Friern Hospital na Universidade de Londres.

Paula faria um percurso que criaria uma terceira via de desenvolvimento da psicanálise em Campina Grande, já que a mesma acabaria por ligar-se a um dos pioneiros da psicanálise na Paraíba, o psicanalista Luiz Andrade. O referido psicanalista fora um dos fundadores do pensamento psicanalítico na Paraíba ainda na década de 70, tendo caminhado na vertente teórica da abordagem lacaniana da psicanálise. Sob a influência do professor Luiz Andrade, Paula que iniciara suas

e teóricos, perdem força e vizibilidade em função das demandas clínicas contemporâneas e da reinvenção da própria psicanálise.

atividades profissionais numa perspectiva da psicoterapia psicanalítica, acabaria por reforçar o campo discursivo da psicanálise lacaniana na cidade.

Todos esses profissionais da psicologia comporiam com os psiquiatras da segunda geração em diante, cuja formação também se daria na teoria psicanalítica, um quadro complexo e heterogêneo de profissionais *psis* envolvidos com a psicanálise em Campina Grande no início dos anos 80. Isso dificultaria ainda mais a determinação daquele que teria sido o pioneiro em trazer a teoria psicanalítica para a cidade. Entretanto, é importante apontarmos que no instante em que a psiquiatria estaria alcançando o seu ponto máximo na cidade, ou seja, o início da década de 80 seria quando se iniciaria a explosão do conhecimento psicanalítico em Campina Grande, agora não mais exclusivamente no universo médico, mas também no universo da psicologia e da formação do psicanalista. De todo modo, a disciplina de psicologia médica, o curso de psicologia e posteriormente o Instituto Borboremense de Psicanálise, seriam as instituições que dariam sustentação à entrada e ampliação da psicanálise na cidade, num processo lento e gradual a partir da década de 80.

No âmbito do curso de Psicologia, segundo a professora Sofia, a formação clínica em seu início, teria somente a opção de base psicanalítica. Conforme ela afirma “era dito que a supervisão em psicologia clínica era com base psicanalítica”. Conforme a professora, a formação seria dada pela psicóloga clínica Sandra, cujo perfil seria da clínica psicanalítica, pois “não tínhamos na cidade, àquela época, nenhuma ou nenhum psicanalista”. Para a professora Marta, outra formadora desta mesma época fora a professora Regina, que vinda de João Pessoa, entraria na antiga Furne, hoje UEPB, juntamente com a professora Sandra¹⁰⁴.

No universo dos profissionais formados pelo curso de psicologia através de uma formação clínica de base psicanalítica, radicados na cidade, a professora Sofia, seria a pioneira, na medida em que recebera uma formação de base analítica, tornando-se supervisora nesta área, junto com o professor Fausto. Quando terminara o curso em 1982, ela aprofundaria a sua relação com a teoria psicanalítica, ao iniciar um mestrado em psicologia na cidade de João Pessoa, que terminara em 1988. No ano seguinte iniciaria o seu doutoramento em Psicopatologia Clínica, pela Université Paul Valéry, obtendo o título de doutora em 1993. Podemos citar também dois outros profissionais

¹⁰⁴ Estabelecemos o critério neste texto de que para poder ser visto como pioneiro, o profissional necessitaria morar na cidade.

que se envolveram com a psicanálise neste período. Trata-se da professora Giovana que fora formada no curso de psicologia em 1985 e que posteriormente se tornaria professora e supervisora do curso e o professor André, que se formaria em 1983 e também trabalharia na área psicanalítica, mas que falecera em 1998.

Por outro lado, a partir do Instituto Borboremense de Psicanálise, temos o surgimento de novos psicanalistas, como seria o caso de Pâmela e Letícia que seriam ambas formadas pelo curso de psicologia, mas fariam a opção por romper com a perspectiva psicoterápica, optando pela formação como psicanalistas dentro do Instituto Borboremense de Psicanálise. Temos assim uma ruptura que vai para a direção da formação de psicoterapeutas ou de psicanalistas. Essa ruptura se daria basicamente através de dois olhares distintos relacionados com a loucura que marcariam a psicanálise em Campina Grande. De um lado temos as psicoterapias de base analíticas, as psicoterapias dirigidas ao insight, as psicoterapias dinâmicas e as psicoterapias de apoio e do outro lado as perspectiva de uma psicanálise lacaniana, adotada pelo Instituto Borboremense de Psicanálise e pela psicanalista Paula.

Com tal polarização de abordagens psicanalítica, temos no primeiro grupo aqueles que não se propoem a uma formação de analistas, mas de psicoterapeutas que se inserem no contexto de formação profissional dos psicólogos e dos psiquiatras. Nesta linha de pensamento, há uma maior aproximação com a teoria freudiana, com a psicologia do ego e com o aconselhamento psicológico, utilizando-se elementos conceituais fundamentais da psicanálise, tais como os da primeira tópica freudiana – inconsciente, pré-consciente e consciente –, da segunda tópica – id, ego e superego – das três teorias das pulsões, dos mecanismos de defesa, da teoria do desenvolvimento psicosssexual, das teorias da angústia, da transferência e contratransferência etc.

Neste contexto o entendimento do conflito psicótico seria interpretado da forma explicativa freudiana (FREUD, 1976), no qual o conflito se daria através de forças do id com o mundo externo, mas cuja proposta psicoterápica não se remeteria a ir além de uma estratégia de apoio, na medida em que para o próprio pensamento freudiano, a transferência não seria possível de ser estabelecida. A partir desta leitura, embora se faça uma análise teórica sobre o sujeito da loucura, não haveria uma perspectiva clínica de atuação efetiva para uma prática psicoterápica com este sujeito. Trata-se do sujeito regredido a estágios infantis, mas cuja incapacidade transferencial impossibilitaria qualquer atividade clínica sobre o mesmo.

Tal posição teórica acaba aliviando o embate teórico com a psiquiatria, na medida em que se recorreria ao medicamento como uma possível saída para o tratamento paralelo do louco no momento do surto. Vejamos o que diz professora Giovana em relação a essa questão:

A relação da clínica de psicologia com os psiquiatras era muito boa, inclusive nós atendíamos diversos pacientes psicóticos após a saída do surto, é claro. (Professora Giovana)

Segundo a professora Giovana seria comum a parceria do psicoterapeuta de base analítica com o psiquiatra, na situação de tratamento do louco em estado de surto psicótico. Tal realidade expressa muito mais uma postura cooperativa do que de confronto teórico. Tanto é assim que ela afirmaria:

Houveram vários casos de clientes entrarem em surto enquanto o tratamento psicológico era feito, aí então, entrávamos em contato com familiares para que o levassem ao psiquiatra que o acompanhava. (Professora Giovana)

Há uma postura efetiva não só de não confrontação, mas de reconhecimento da necessidade da atuação do saber psiquiátrico diante do louco que regride a estágios primitivos do desenvolvimento infantil, que necessitaria do acompanhamento psiquiátrico e da medicação. Entretanto a relação não se dera de forma tão harmoniosa assim. Conforme a professora Sofia, o processo de construção do espaço do psicoterapeuta se daria através de uma disputa constante:

Assim que conclui a faculdade em 1982, havia uma disputa acirrada entre psicólogos e psiquiatras. Parecia impossível trabalhar junto! Hoje em dia observo que os “psis” de forma geral convivem sem tantas tensões, os psiquiatras fazem o tratamento medicamentoso e os psicólogos fazem o acompanhamento psicoterápico, mesmo os que utilizam a base psicanalítica. (Sofia)

Vemos assim que a relação entre os psicoterapeutas e os psiquiatras desde o início da década de 80, quando os psiquiatras estariam em seu momento áureo na cidade e quando os psicólogos começariam a exercer a sua prática psicoterápica, se daria de forma tensa e de luta. Fica claro que haveria um reconhecimento na atribuição profissional de psiquiatria, que deveria ser a de aplicar a medicação no momento oportuno. A partir de um reconhecimento por parte do psicoterapeuta de base analítica da função específica do saber psiquiátrico diante do paciente que regredira, a função do psicoterapeuta, conforme a professora Sofia, seria a de fazer “uma escuta adaptada à situação do sujeito ‘louco’”.

No processo psicoterápico a função do terapeuta seria o de dar um apoio a uma estrutura egóica incapaz de dar conta do seu conflito, não encaminhando o processo psicoterápico na direção de um insight¹⁰⁵. Vemos então que embora haja uma luta pela ocupação de um lugar profissional, a psicoterapia de base analítica não se proporia ao confronto direto com o saber psiquiátrico no exercício de sua função medicamentosa.

Por outro lado, veremos nos psicanalistas com formação lacaniana uma postura totalmente diversa dos psicoterapeutas de base analítica. A perspectiva lacaniana estabeleceria não só um enfrentamento e um confronto em relação à psiquiatria clássica, como também com a abordagem psicoterápica de base analítica, na medida em que esta última acompanharia o recuo freudiano em relação às psicoses, recorrendo ao conhecimento psiquiátrico como forma de recurso terapêutico.

Esta seria inclusive a crítica lacaniana em relação à Freud, como afirmaria a psicanalista Patrícia: “Freud achava que era uma temeridade agente trabalhar com a psicose, agente teria que ter cuidado com a psicose.” Segundo o argumento dos lacanianos, para Freud a neurose de transferência não seria possível e por isso mesmo, a experiência clínica ficaria impossibilitada, fato que estaria confirmado pelo não atendimento de um caso de psicose pelo pai da psicanálise, conforme afirma a referida psicanalista:

Mas ele nunca atendeu mesmo um caso, nem descreve um caso em sua totalidade como ele faz nos casos de neurose (...) eu não estou falando do conhecimento, que Freud avançou bastante no estudo dele de entender a psicose. Mas ele não tinha muito, os psicanalistas não tinham essa experiência clínica com a psicose. (...) Freud dizia ‘cuidado com a psicose’. (Psicanalista Patrícia)

Há uma leitura por parte dos lacanianos dos limites dados pela psicanálise freudiana em relação à psicose. Será então, a partir de tais limitações, que Lacan desenvolveria a teoria das psicoses dentro do contexto psicanalítico. Existe um reconhecimento e um respeito em relação à posição e a contribuição freudiana quanto às psicoses, conforme afirma a psicanalista Patrícia:

Apesar de mesmo em Freud, já em Freud e Lacan, se compreender a psicose não como um déficit, mas como uma saída (...) então, é uma visão, vamos

¹⁰⁵ Seguimos aqui a discussão realizada por DEWALD (1981), que dentro da abordagem dinâmica da psicoterapia, estabelece a diferenciação entre a psicoterapia de apoio. Enquanto que na primeira se buscaria explicitar os mecanismos de defesa do ego, na segunda teríamos o reforço do mesmo, como forma de resolução do conflito psíquico.

dizer assim, não deficitária da psicose, como era na psiquiatria. (Psicanalista Patrícia)

Mas ao mesmo tempo existe um entendimento de que existiria um avanço com a teoria lacaniana sobre a teoria freudiana: “então, Lacan começa onde o Freud, vamos dizer assim, é, Freud chegou até lá, não pode avançar”, conclui a psicanalista Patrícia. Esse vai ser inclusive o elemento que produz a diferença entre a teoria do louco rejeitado e a teoria do louco foracluído.

Teremos uma radicalização por parte da leitura lacaniana em relação ao saber psiquiátrico organicista. Através do argumento de que a direção do tratamento freudiano seria mais na direção da neurose, Lacan afirmaria o tratamento psicanalítico das psicoses: “Os primeiros textos de Lacan são textos sobre a psicose”, diz a psicanalista Patrícia, afirmando a priorização que Lacan daria a esta estrutura clínica, citando como exemplo os casos Aimée¹⁰⁶ e das Irmãs Papin¹⁰⁷. Isso justificaria a transformação dos elementos conceituais da psicanálise freudiana operada por Lacan, tais como o do mecanismo fundamental explicativo das psicoses, que seria em Freud a rejeição e para Lacan a forclusão, que se referiria, especificamente à “exclusão do uso de um direito que não foi exercido no momento oportuno”, conforme afirma ZIMERMAN (2001, p.153). Tal exclusão diria respeito à rejeição de um significante primordial, que no caso seria o “nome do pai” e que, segundo LAPLANCHE (1992) poria o sujeito fora da ordem simbólico. Sem o recurso do nome do pai que barraria o gozo, o sujeito encontraria as saídas inventivas da psicose para construir a sua subjetividade.

Desse modo, o entendimento da psicanálise lacaniana em relação ao sujeito da loucura forcluído, seria o de que o seu sintoma manifestaria uma significação singular para ele mesmo, que estaria impossibilitado de metaforizar. Diz a psicanalista Pâmela:

Quando o neurótico diz ‘ah! Meu mundo acabou’, ele diz metaforicamente. O psicótico o mundo acabou mesmo. caiu na cabeça dele. Não tem essa capacidade de metaforizar.(Pâmela)

¹⁰⁶ Aimée é o nome fictício de Marguerite Anzieu. Trata-se de um caso clínico da tese de doutorado de LACAN (1987), que marca a sua entrada na psicanálise, inaugurando assim na própria psicanálise a clínica da psicose.

¹⁰⁷ Segundo GUERRA & CARVALHO (2007), o caso das Irmãs Papin é um crime de homicídio praticado por duas irmãs, que dá suporte a Lacan no entendimento da paranóia.

Caberia ao psicanalista acolher e escutar a sua produção delirante, como uma produção inventiva que tenta dar significação ao seu conflito, fato que seria pouco importante para o psiquiatra, que utilizaria a medicação como forma de tratamento e de tamponar a manifestação sintomática. Desse modo, percebemos uma postura de oposição direta da teoria lacaniana em relação à loucura a partir de um olhar da psiquiatria clássica, mas também em relação a uma linhagem exclusivamente freudiana da loucura da psicoterapia psicanalítica. É assim que teremos a ampliação do complexo campo de forças entre os saberes sobre a loucura na cidade, que continuará se ampliando a partir de novos saberes que surgiram no curso de psicologia, como veremos a seguir.

-O louco autoatualizado

Outro sujeito social da loucura que seria inventado na cidade e que tem relação direta com a formação do psicólogo realizada no curso de psicologia da então FURNE, seria o louco autoatualizável, que surgiria a partir da abordagem psicoterápica centrada na pessoa - ACP. Trata-se de uma formação iniciada em pela professora Roberta, que se formara em 1982, na turma pioneira do curso de psicologia, quando ainda não existiria formação em Centrada na Pessoa nesta instituição. Em meados da década de 80, quando já seria professora da UEPB, a professora Roberta, teria participado de vários eventos e feito a leitura de várias obras nessa abordagem psicológica. Com a morte do professor André na década de 90, que daria supervisão em clínica psicanalítica no Departamento de Psicologia, a professora Roberta seria finalmente convidada pela professora Giovana para dar a supervisão na abordagem centrada na pessoa na clínica de psicologia. Sendo assim, enquanto que a professora Gilberta trouxera a abordagem Centrada na Pessoa para João Pessoa, seria a professora Roberta que traria a abordagem centrada na pessoa para Campina Grande.

Segundo CAMPOS (2005) a abordagem centrada na pessoa chega ao Brasil na década de 60, no auge da ditadura militar. Citando Boanaim Jr, que se refere à matriz americana da psicologia humanista, com forte influência do movimento da contracultura naquele país, ele mostra que a psicologia humanista surgiria no Brasil, como alternativa psicoterápica para aqueles que não podendo deixar o país naquele período, não conseguiam amá-lo, pelo aparato repressivo que era imposto. No *setting*

se poderia ser adversário do regime, sem maiores riscos à vida. Sendo assim, citando os estudos de Ferreira Neto, o autor afirma que seria assim que se daria um *boom* nos serviços das psicoterapias no Brasil, dentre elas a psicoterapia rogeriana:

Um grupo considerável de pessoas passou a ser frequente consumidor dos serviços psicológicos prestados pelos profissionais da psicologia.(*op. cit.* p.3).

Neste contexto e nesta década é que surgiria a psicoterapia rogeriana nas capitais mais importantes do Brasil, surgindo inicialmente, segundo CAMPOS (*op cit.* p.04) com o trabalho de Mariana Alvim, que houvera conhecido Rogers em 1945, em Chicago, onde tomara conhecimento da não diretividade, trazendo-a para o Brasil dois anos depois. A referida psicóloga não teria formando nenhum grupo de trabalho e de formação específico, não possibilitando a difusão do saber rogeriano naquele momento.

Segundo CAMPOS (*op. cit*), a disseminação da teoria rogeriana se daria com maior força em 1963 quando na UFMG, Rogers começaria a ser discutido no curso de Psicologia daquela universidade. Em Recife, nessa mesma década seria oferecido nas disciplinas obrigatórias no curso de psicologia da Faculdade de Psicologia, assuntos relacionados à teoria rogeriana, o que acabaria disseminando o conhecimento sobre essa psicoterapia por várias cidades do Nordeste. O responsável por tal disseminação seria o professor Lúcio Campos, cuja formação em terapia rogeriana seria feita nos EUA, trazendo-a para o Instituto de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, do qual fora fundador. Segundo CAMPOS:

A psicologia humanista proposta por Carl Rogers pôde, na minha interpretação, ser perfeitamente entendida como uma aliada nas lutas contra a desumanização, as opressões, as injustiças; como uma das possíveis formas de resistência aos abusos do regime. (Opus cit, p. 08) .

Tal abordagem chegaria à faculdade de Psicologia de Campina Grande da então FURNE em meados da década de 80, trazendo uma nova leitura para a loucura na cidade, produzindo mais uma ruptura no modelo hegemônico da psiquiatria clássica de pensar a loucura. A abordagem rogeriana no seu enfoque teórico e na sua concepção de homem e de prática psicoterápica favoreceria a um novo entendimento sobre o louco, pelo olhar da filosofia humanista, existencial e fenomenológica. A partir de sua concepção de homem, a abordagem centrada na pessoa, confrontaria o modelo organicista de fazer ciência, pela priorização que esta daria ao cientificismo e à técnica.

Com ROGERS (1977) elementos conceituais como a da “não diretividade”, onde o papel do terapeuta não estaria direcionado para a realização de perguntas, interpretações e conselhos; de “*approche*” com seu sentido de aproximação, de abordagem, de via de acesso, ou seja, o modo de abordar um assunto, em que se buscaria evocar a noção de pessoa e não da técnica, acabaria por produzir uma leitura de homem que confrontaria o modelo organicista da psiquiatria hegemônica. Isso ficaria claro, quando Rogers fala da noção de tratamento:

Quanto à noção de “tratamento”, assim como as noções conexas de “paciente”, de “enfermidade”, de “cura”, não exprimem em nada as concepções rogerianas. Estes termos pertencem ao vocabulário biológico, médico e patológico. Não estão de acordo com a concepção de conflito psíquico como sendo de origem interpessoal, e não necessariamente “anormal”. (opus cit. p. 26)

Eis que percebemos claramente o conflito das concepções da teoria rogeriana com o saber psiquiátrico organicista, trazendo para o plano interpessoal e retirando do plano unicamente orgânico a discussão sobre o conflito humano e da loucura. Dentro dessa linha de raciocínio da abordagem rogeriana, há uma nova concepção para a capacidade humana:

O ser humano tem a capacidade, latente ou manifesta, de compreender-se a si mesmo e de resolver seus problemas de modo suficiente para alcançar a satisfação e eficácia ao funcionamento adequado. (*op. cit.*, p.39).

Por isso a importância da noção da “tendência à atualização” do organismo, no qual o indivíduo asseguraria a sua “conservação e o seu enriquecimento do eu”. Mais especificamente em relação à visão de processo terapêutico, na abordagem rogeriana, a ênfase seria dada não mais à técnica, mas às atitudes do psicoterapeuta dentro do processo, que seriam capazes de criar uma “atmosfera” afetiva calorosa em relação ao paciente, dando-lhe “segurança” e tranquilidade emocional para a reorganização das suas atitudes.

As capacidades pessoais do terapeuta seriam fundamentais para o processo, caminhando em paralelo à sua formação profissional. Dentre tais capacidades, teríamos a capacidade empática, de intuição, de autenticidade, concepção positiva e liberal do homem, maturidade emocional e compreensão de si. Estas seriam fundamentais para que o psicoterapeuta pudesse desenvolver a terapia rogeriana na direção de uma relação psicoterapêutica com qualidade. O terapeuta deveria então compreender, tolerar, respeitar e aceitar incondicionalmente o cliente em sua totalidade.

Estes fundamentos da psicoterapia centrada na pessoa, que dariam a base da postura do terapeuta diante dos casos clínicos, seriam fundamentais para os casos por ele enquadrados dentro da neurose ou da psicose. Encontraremos assim, trabalhos com esquizofrênicos desenvolvidos pelo próprio Rogers e narrados no livro “De pessoa para pessoa”, onde o mesmo fala da sua necessidade em ampliar o seu trabalho para as fronteiras de pacientes psicóticos. Dentro da sua construção teórica, na qual nem o conhecimento do terapeuta, nem o seu conceito intelectual da terapia e nem suas técnicas, seriam fundamentais para o sucesso do seu trabalho, pois o fundamental seriam as suas atitudes de ser verdadeiro, autêntico, congruente, empático e aceitar incondicionalmente o cliente, estimulando-o a extrapolar o seu próprio universo particular.

O sentido da loucura se deslocaria assim para uma concepção humanístico-existencial, trazendo consigo elementos discursivos que se contraporiam ao modelo médico de tratar da loucura. Professora Roberta exemplifica a abordagem da loucura em relação a teoria rogeriana, com o próprio trabalho de Rogers, que “traz relato de várias pesquisas científicas, com o estudo da intervenção psicoterápica com o esquizofrênico”. Ela cita o livro a que nos referimos anteriormente “De pessoa para pessoa”, no capítulo intitulado “Algumas Lições de um Estudo de Psicoterapia com Esquizofrênicos”, onde consta um resumo de um artigo publicado em 1962 no “Pennsylvania Psychiatric Quarterly”, em que Rogers se preocuparia com a aplicação dos conceitos de sua abordagem nos casos de loucura.

Neste trabalho Rogers discute a aplicação da sua abordagem no tratamento da loucura, retirando algumas lições sobre o trabalho da sua abordagem terapêutica com esquizofrênico. O criador da abordagem centrada na pessoa centraliza a sua abordagem muito mais na transformação da atitude do terapeuta e na relação que este estabeleceria com o cliente, do que nas técnicas que utilizaria para que pudesse haver alguma mudança. O pai da Abordagem Centrada na Pessoa diz que tais atitudes tornariam possível atingir a pessoa humana, desqualificando todo e qualquer rótulo que lhe seja atribuído. Para atingir a tal objetivo o terapeuta deveria desenvolver habilidades nele mesmo que possibilitariam perceber a pessoa humana que estaria por traz do silêncio, das alucinações, da hostilidade, da indiferença, dos delírios etc.

Há uma responsabilização do terapeuta para estabelecer uma relação de pessoa a pessoa, fato que tornaria possível ocorrer o sucesso do processo terapêutico. Rogers

cita um exemplo de um caso de um paciente que não se comunicaria, sendo retraído e indiferente, chegando a apresentar impulsos suicidas e que ele acabara informando-lhe: “sei que você não se importa consigo, não se importa de todo, mas só quero que você saiba que eu me importo”. (ROGERS, 1991, p. 223) Segundo Rogers, após tal colocação, o paciente entraria numa torrente violenta de soluços profundos, passando a interagir com ele.

A importância que seria dada ao relacionamento terapêutico e a figura do terapeuta, bem como de entrar em contato com a pessoa, que estaria presente no processo direcionado com os neuróticos, também estaria presente no processo com pacientes psicóticos, embora haja o reconhecimento de que os desafios seriam enormes. Para ele, a diferença entre as desordenações psicóticas e as neuróticas se dariam muito mais no campo da graduação do que no campo da espécie, não sendo necessário a aplicação de algum processo especial para os casos de psicose. Em ambos os casos, far-se-ia necessário que o terapeuta estivesse atento aos seus sentimentos e ao significado dos conteúdos quando do estabelecimento dos contatos. Seria importante que o terapeuta se colocasse como uma pessoa na relação, sem ameaçar ou exigir do paciente, mas mostrando-lhe que estaria “aqui”, que estaria “oferecendo um relacionamento”, que seria ele próprio “uma pessoa” com sentimentos e percepções e que seria “sensível” ao cliente, querendo que ele esteja “disposto a revelar sobre si mesmo”.(op cit., p.219).

A partir de tal postura, o terapeuta aprenderia novos comportamentos que o impediriam de se impor ao cliente, nem de pensá-lo teoricamente, mas de estabelecer um relacionamento com o mesmo, um encontro existencial. Rogers daria ênfase à postura de aprendiz e de uma exploração de uma vivência relacional com o cliente psicótico, tomando como base uma atitude terapêutica relacional.

Haveria assim um descentramento da figura do profissional, da técnica e da teoria para o processo e para a relação, retirando-se a hegemonia e a dominação do saber superior do profissional, em função do nivelamento relacional entre o terapeuta e o cliente. Isso romperia com o modelo de interação da psiquiatria clássica para pensar a loucura, confrontando-lhe os pressupostos fundamentais, gerando um embate. No que se refere a questão desse embate, perceberemos a sua existência na seguinte fala da professora Roberta em relação à psiquiatria:

Com o saber psiquiátrico? Sempre foi difícil. Sempre foi. Eu fiz uma pesquisa num hospital psiquiátrico, lá no Instituto Psiquiátrico Esquirol, a muitos anos atrás. Primeiro, prá entrar no hospital foi muito difícil. Tentei nos dois hospitais e o Instituto Psiquiátrico Pinel negou completamente a entrada minha e dos meus alunos. Isso foi em 93 prá 94.(professora Roberta)

Os acessos aos espaços psiquiátricos, conforme as palavras dessa psicóloga seriam sempre difíceis, seja para fazer pesquisa, seja para fazer algum tipo de discussão de caso. Como vimos anteriormente, no segundo capítulo, haveria uma democracia no campo da discussão teórica no grupo de estudos do hospital psiquiátrico, mas quanto se tratava de se questionar as práticas, tal democracia teórica não se sustentaria. Havia uma hierarquização do saber, no qual o saber psiquiátrico clássico predominaria. E quanto à relação com os psiquiatras, a professora Roberta fala dessa hierarquização:

E eu precisava dialogar com os psiquiatras, mas eles sempre maltratavam. (...) eles tratavam àquela época, o psicólogo como profissional de segunda ordem. Eles achavam que a saúde mental era uma prerrogativa do psiquiatra. Do médico e não do psicólogo. Naquele tempo. Eu senti muito fortemente isso. (professora Roberta)

O psiquiatra ocupava o lugar daquele que detinha o saber absoluto sobre a loucura e sobre o seu tratamento. O saber de outras profissões ficaria em segundo plano, não sendo necessário dialogar com outras categorias, que segundo a fala dessa psicóloga, seria tida como uma profissão de segunda categoria. Isso produziria um ressentimento em relação ao saber psiquiátrico, como fica bem claro nas palavras colocadas anteriormente. Não seria possível nenhum questionamento do que seria feito com o tratamento dos pacientes, o que geraria sempre um conflito, como vemos a seguir na fala da professora Roberta:

Teve um embate mesmo com os médicos, que muitas vezes agente ia conversar, questionar o tratamento, que vi coisas, barbaridades lá dentro e eles assim, eu notava que naquele momento, eles não tavam, nem sentiam a vontade prá dialogar comigo. Diziam que sim, mas não. No fundo não me davam muita bola, como se diz. E queriam se fechar prá que eu não me metesse muito, porque não queriam que eu visse as coisas. Mas era tão obvio as coisas ali. Os desmantelos. (Roberta)

Dentro do poder psiquiátrico, não haveria disposição alguma de questionamento do que seria feito, mesmo que as coisas fossem feitas desmanteladamente, como afirma essa psicóloga. Com uma formação humanístico-existencial, ela se incomodaria com as condições de tratamento no hospital

psiquiátrico, com o descaso que seria dado aos pacientes, que acabariam repercutindo no descaso por outras profissões, conforme ela afirma:

Era medicação prá todo mundo. A mesma medicação igual. A bandeja enferrujada prá sair distribuída a mesma medicação prá todo mundo. Todo mundo tomava a mesma coisa. Não tinha preocupação com diagnóstico. Quem fazia a papeleta era o enfermeiro. (Roberta)

Haveria uma produção da loucura em série, massificada. Não precisaria atender aos preceitos diagnósticos, pois a medicação poderia ser distribuída de forma uniforme, sem seguir aos preceitos médicos mínimos, tais como os da higienização da bandeja que distribuiria os remédios. Para a professora Roberta, o saber de uma psicologia humanista, cujo olhar confronta o saber médico, não poderia se calar e não questionar:

E quando eu ia ‘mas e aquilo ali? E aquilo outro? Mas e se fosse por aqui? Não! Mas isso não dá certo’. Então o meu saber, o saber que nós estávamos construindo, não era levado em consideração.(...) O desvalor era uma coisa assim muito mais presente. (...) mas sempre agente nota que tem um embate. Agente tem que saber muito e tem que se impor muito. (Roberta)

Por não sentir o seu saber ouvido, apareceriam as atitudes de desvalorização da sua profissão, como forma de fazer calar as questões que poderiam por ela ser levantadas. Pondo tal saber como uma prática profissional tida como de segunda ordem, o saber psiquiátrico lhe diminuiria as forças e os questionamentos. Entretanto, o processo de emergência de novos saberes sobre a loucura continuaria se processando, produzindo o surgimento de uma rede de confrontos externos ao saber psiquiátrico, como veremos no próximo item.

-O louco noético

Outra forma de oposição ao saber psiquiátrico que se estabeleceria no curso de Psicologia da UEPB seria através da formação em Logoterapia. Tal abordagem iniciaria na UEPB em 1988, com a chegada do Professor Luiz, mas somente integraria no currículo do curso, como Estágio Supervisionado em 1993. O professor Luiz faria a sua faculdade de Psicologia no Instituto Superior de Ensino Celso Lisboa, no Rio de Janeiro, de 1976 até 1981. Com uma formação filosófica informal, se interessaria pela psicologia humanista, aproximando-se então do pensamento de Viktor Frankl. Rogers já estaria presente nos currículos dos cursos de psicologia, mas não se falaria ainda em

logoterapia. Quando ainda estaria fazendo a sua formação, professor Luiz diz que houve o I Encontro Brasileiro de Logoterapia no Rio de Janeiro, em 1986. Ao participar desse encontro, ele se ligaria definitivamente a uma formação em Logoterapia.

Com a sua vinda para Campina Grande em 1988, o professor Luiz seria o pioneiro da abordagem logoterápica no Nordeste. Ele traria consigo uma abordagem que nascera com Viktor Frankl, a partir de sua experiência no campo de concentração durante a segunda grande guerra. Segundo GOMES (2004) a logoterapia fora iniciada enquanto prática no Brasil no início dos anos 80, pois antes só existiria como referências em aulas de Psicologia ou de algumas religiões. Em 1984, quando aconteceria o I Encontro Latino-Americano Humanístico Existencial na PUC-RS em Porto Alegre que teria sido presidido pelo próprio Viktor Frankl, esta abordagem seria iniciada oficialmente no Brasil. A presença do pai da logoterapia se daria através do convite da professora Izar Aparecida de Moraes Xausa, uma das pioneiras da abordagem no Brasil. A partir deste encontro, seria publicado o primeiro livro sobre a logoterapia no Brasil, “A psicologia do sentido da vida”, em 1986 e realizar-se-ia também o primeiro curso de Especialização em Logoterapia.

Conforme LUKAS (1986, p.23) após o aparecimento da logoterapia no cenário mundial, depois da segunda guerra, tal abordagem se difundiria com bastante sucesso nos Estados Unidos. Entretanto, a logoterapia só viria a se institucionalizar tardiamente, não só em relação às outras Psicologias Humanistas, como também em relação às outras psicologias. Tanto assim, que ao observarmos todos os clássicos textos sobre teoria da personalidade que surgiriam entre as décadas de 60 e 80, tais como Hall & Lindezey, Fadman & Frager, Marx & Hillix, Burton, Davidoff, Bock & Schultz, não encontraremos nenhuma referência à logoterapia. Seria somente a partir do I Congresso Mundial de Logoterapia, que ocorreria em 1980 em San Diego, na Califórnia, que a logoterapia começaria a aparecer no cenário mundial como uma abordagem institucionalmente constituída.

A década de 80 seria então o instante da emergência do saber logoterápico no cenário mundial e posteriormente, no cenário brasileiro e borboremense. Ela traria consigo uma nova forma de abordagem psicoterápica, que seria a terapia do sentido. Para Frankl, a logoterapia se fundamentaria em filósofos como Bergson, Husserl, Max Sheler, Heidegger, Jaspers e Marcel, Sócrates, Agostinho, Pascal e Kierkegaard.

Frankl apoiaria a sua reflexão de homem e de psicoterapia nos conceitos de “liberdade da vontade, a vontade de sentido e o sentido da vida” (*op cit.*, p. 24). Assim, ele afirma (*op. cit*, p. 24):

A liberdade de vontade significa liberdade da vontade humana, e a vontade humana é a vontade de ser finito. A liberdade do homem não é estar livre de condições, mas, antes, estar livre para tomar uma posição em quaisquer condições que porventura o cerquem. (Frankl)

Quanto à vontade de sentido, Frankl afirma que:

Não é somente expressão de minha concepção do mundo privada e pessoal, mas também o resultado de investigação psicológico-experimental. (...) chegar a ser, me parece, uma compreensão da estrutura. James C. Crumbaugh e Leonard T. Maholick definem vontade de sentido como capacidade propriamente humana de descobrir estruturas de sentido, não só no real mas também no possível. (Frankl)

Em relação ao axioma do sentido da vida, temos o sentido incondicional da vida, com LUKAS (*op. cit.* p.25):

Não há situação na vida que realmente seja sem sentido. Atribui-se isto ao fato de que os aspectos aparentemente negativos da existência humana – em particular aquela tríade trágica que reúne sofrimento, culpa e morte – também podem ser transformados em algo positivo, numa realização, se se vier ao encontro deles com atitude e postura correta. (Lukas)

Vemos que os pressupostos axiomáticos da logoterapia em relação ao sentido de homem e da psicoterapia implicariam em uma concepção positiva de homem e da vida, cuja transformação se daria através da prática clínica da psicoterapia, na busca pelo objetivo da cura, pela utilização de uma metodologia e técnicas que transformassem a imagem do homem adotada por ele mesmo. Nessa perspectiva LUKAS (*op., cit.*, p. 26) afirma que “a vida vale ser conservada”. Sendo assim, a concepção de homem da logoterapia teria, para além das dimensões somáticas e psíquicas, a dimensão espiritual, no qual estariam presentes:

As decisões pessoais da vontade, intencionalidade, interesse prático e artístico, pensamento criativo, religiosidade, sendo ético e compreensão do valor. (Lukas)

Na dimensão “noética”, seria onde a logoterápica apoiaria a sua atuação, com um olhar de uma psicoterapia espiritual, através de seus métodos e técnicas, tais como o diálogo socrático, a desreflexão, a modulação de atitude, a técnica do denominador comum e a intenção paradoxal. Trata-se de técnicas que buscariam ajudar o sujeito a encontrar o seu sentido da vida, fazendo-lhe refletir na sua auto-observação e

possibilitando-lhe ver os valores positivos da vida, responsabilizando-o pelos seus conflitos e encarando com desejo o que tanto teme.

Dentro desse contexto de elementos conceituais da logoterapia em relação ao homem e ao processo psicoterápico, encontraremos em ALVERGA (1997, p. 63), a referência sobre a abordagem logoterápica em relação à loucura. Ele cita os estudos de Roberto Rodrigues, no livro “Fundamentos da Logoterapia, volume II, capítulo X”, onde a loucura seria assim definida:

Uma falta da autocrítica sobre a irrupção de uma situação comportamental, cognitiva e emotiva de caracteres próprios e sem possibilidades de adequação aos vínculos ambiental, social e intra-psíquico. (Roberto Rodrigues)

ALVERGA(*op. cit.*) utiliza-se desse conceito para afirmar da incapacidade que os pacientes psicóticos possuiriam durante os seus surtos em perceberem as suas bizarras condutas, pensamentos e emoções. Neste sentido, percebemos que o olhar para o qual o referido pensador logoterápico dá para a loucura, seria o de que o louco como uma pessoa que no momento de surto não conseguiria perceber ou fazer uma autocrítica sobre comportamentos, sentimentos e cognições.

A seguir, o autor utiliza-se do pensamento do próprio Frankl, quando definiria a loucura como um “padecimento fenopsíquico e somatogênico, o que significa que há sempre uma origem somática na psicose”. (*op. cit.*, p.63). Conforme a própria definição de Frankl, podemos ver que ele faria uma leitura da loucura como uma doença cuja origem se encontraria no próprio corpo. Como ele próprio o diz (in LUKAS, 1986, p. 148), ocorreria na psicose “um efeito somático sobre o psíquico”, que Lukas, denominaria de origem somatogênica, ou seja, teria uma origem patológica somática. Nestes casos, entraríamos no âmbito do sofrimento inalterável. Ele chama de espada de Dâmocles¹⁰⁸, o efeito hereditário que se abateria sobre as gerações, cuja presença de fatores desencadeantes, tais como stress psíquico poderiam levar a surtos e até mesmo à desintegração da personalidade.

Segundo LUKAS (*op. cit.*) na neurose, as dimensões noética e psíquica poderiam ser abordada de forma conjunta, ou seja, com o estado psíquico geral

¹⁰⁸ Alusão a Dâmocles, que segundo KURY (1990), fora posto no lugar de Dionísio por um dia, para usufruir do seu poder e autoridade. Desistira do lugar ao perceber que sobre ele é colocada uma espada amarrada somente por um fio de cabelo de cavalo, o que o faz desistir das belas garotas, do luxo e da comida do lugar ocupado. Faz alusão então à insegurança dos que detêm grande poder e aos sentimentos de danação iminente.

adequado, podendo-se realizar um trabalho na direção do sentido. No psicótico, onde a dimensão psíquica se acoplaria à dimensão noética, se a primeira estiver enlouquecida, a segunda se tornaria também impossibilitada. Deveria haver um desacoplamento psique/espírito para que o “espírito” não se entregue às figurações e miragens da psique. Para Frankl, a logoterapia no trabalho com as psicoses seria:

Essencialmente a terapia na parte que resta sã e é, propriamente, o tratamento de atitude na parte que resta sã no doente em face da que ficou doente no homem. Porque a parte que resta sã não é susceptível de doença e a parte que ficou doente não é capaz de tratamento no sentido de uma psicoterapia. Antes pelo contrário, só é acessível a uma somatoterapia (in Lukas, 1986, p. 153)

Frankl traz assim a necessidade de um trabalho medicamentoso complementar, por conta de uma causa somática da psicose, que dificultaria a prática logoterápica em chegar minimamente à força desafiadora do espírito. Segundo o autor, tal força não deixaria de estar presente no louco, conforme podemos ver a seguir nas afirmações de LUKAS (*op. cit.*, p. 154):

Ao psicótico, ao contrário do neurótico, há de lhe ser dada consciência de que está doente (e de que não é responsável por estar doente) e por esse motivo ele não tem nenhuma outra tarefa senão suportar tudo isso com paciência ou deixar passar; mas ao mesmo tempo tem de ser feito um apelo à “força desafiadora do espírito” – daquele “espírito que também é capaz de provocar para esta doença espaços livres e fases sadias, e para esses espaços e fases ainda possibilidades de sentido. (Lukas)

Vemos então que haveria uma aposta por parte da logoterapia em relação ao processo psicótico não no sentido de cura, mas no sentido de aproveitamento dos espaços saudáveis para que seja realizada a força desafiadora do espírito. O psicótico apesar de ser visto com seus sofrimentos, cujas origens seriam de ordem hereditária e biológica, seria incluído no acervo das estratégias psicoterápicas da logoterapia, através dos passos que seriam apresentados a seguir por LUKAS (*op. cit.*, p. 155):

1. Identificar a miragem (quando possível) e contornar ou desativar a ilusão por meio de atitudes corretas;
2. Encorajá-los para uma resistência paciente nas fases más e dirigir-lhes a atenção para as fases boas da vida;
3. Nas fases boas, apresentar possibilidades de sentido a fim de que estas de algum modo ainda “irradiem” sobre as fases más.

Lukas oferece exemplos do trabalho da logoterapia com a psicose, nos quais seriam realizadas essas etapas. Temos o caso da paciente depressiva que começara a tratar em 1980, com a qual buscara aproveitar no processo terapêutico, os momentos

sãos de sua vida. Além disso, buscara também fortalecer um treinamento preventivo da paciente para que quando retornasse os sinais da depressão, ela corresse imediatamente para o hospital. Por fim, a terapeuta fala que buscara uma profilaxia para o suicídio, através do seu amor ao filho.

Toda essa leitura da logoterapia em relação à loucura seria encontrada no discurso do professor Luiz, que chega à cidade de Campina Grande no final da década de 80. Quanto à esquizofrenia, ele diz:

Ela é uma somatose. Uma organose. Quer dizer, ela tem uma etiologia somatogênica e também fenopsíquica. Fenopsíquica porque ele utiliza o método fenomenológico. (...) é um modo de ser no mundo. É um modus patológico. (...) mas para ele é uma somatose, quer dizer, a etiologia, ele tá dentro daquela tradição de psiquiatria alemã que considera a esquizofrenia, a etiologia da esquizofrenia orgânica. (professor Luiz)

Vemos que existe no discurso do professor Luiz as mesmas referências apresentadas anteriormente em relação ao olhar da psicose como de origem orgânica, formando um modo de existir patológico. Ele complementa dizendo:

É uma morte antecipada. É uma morte em vida. Porque há uma hipotonia da consciência, quer dizer, uma passivização de todos os fenômenos psíquicos e também todo um embotamento da consciência mesmo. (...) tem momentos de lucidez onde ele pode criar uma obra de arte, ele pode através da ocupação, da terapia ocupacional fazer algo, ou mesmo na medida em que ele tá sempre voltado prá uma tarefa. (...) por isso ele diz que isso aí não adocece. Essa dimensão, que é uma dimensão fundamentalmente humana, por isso que ele chama de espiritual, ela não adocece. (professor Luiz)

Quanto ao processo logoterápico para a psicose, professor Luiz aponta para a dimensão anteriormente citada como noética, caracterizada como dimensão espiritual, onde se teria um espaço de lucidez do psicótico, não submentida à doença, nem a perda de consciência e que possibilitaria ao mesmo ter uma capacidade produtiva e criativa.

No que se refere ao tratamento de algum paciente psicótico, o professor Luiz cita o caso de um paciente seu que tivera um surto psicótico, fracassando no casamento e que houvera perdido o emprego a quatro anos, quando viera consultar-se com ele. Professor Luiz faz uma crítica ao saber psiquiátrico, pelas condições que este paciente chegou até ele, pois conforme afirma “ele vinha prá mim do psiquiatra, ele vinha bastante dopado”. Há uma crítica inicial à psiquiatria por produzir um estado de dopagem no paciente, impedindo o tratamento psicoterápico, fato reclamado pelo próprio paciente:

Toda sessão ele trazia, ele reclamava do psiquiatra, porque ele vinha bastante dopado. Ele se acordava de manhã, tomava o remédio, caminhava um pouco, depois ia dormir. De tarde ele vinha prá terapia, semanalmente. Mas ele se queixava disso. (professor Luiz)

Apesar de uma crítica ao exagero na medicação, não existe na fala do professor Luiz um confronto direto com a psiquiatria tradicional. Isso se dá por conta de que na leitura logoterápica da loucura há um reconhecimento da origem somática, o que passa a exigir o tratamento medicamentoso. Ele fala que o paciente fora submetido ao trabalho logoterápico e que ele como terapeuta fizera o confronto dos seus sintomas que se manifestavam através de pensamentos ruins, negativos e destrutivos. Segundo ele “a análise existencial é uma relação de encontro confrontado” e ele fizera tais confrontos dos pensamentos ruins do seu paciente. Exemplifica a confrontação quando dizia ao paciente que desconhecia os seus pensamentos, quando o mesmo afirmava que as pessoas saberiam o que ele estaria pensando. No final do tratamento logoterápico, professor Luiz afirma que “a medicação e a psicoterapia ajudou e ele se recuperou”.

Vemos que embora haja uma crítica para os excessos da psiquiatria tradicional, não existe uma confrontação direta por parte da logoterapia com este saber, a não ser na situação em que haja um excesso na medicalização do paciente. Por outro lado, o professor Luiz cita que em 1993, trouxera para Campina Grande um psicólogo de São Paulo, que estaria se especializando com o tratamento da esquizofrenia na Itália, onde segundo a narrativa do professor Luiz, ele dizia sobre o seu tratamento com psicóticos:

Ele saía do ambiente onde ele estava e eu caminhava com ele até a casa dele onde ele tinha que ir. E eu tinha que simplesmente acompanhá-lo. Eu não podia interrompê-lo de forma nenhuma. Eu vinha com ele na rua. E somente acompanhando. Prá onde ele quisesse ir, até onde ele chegar no destino dele. Ele tava fazendo uma experiência (...) ele já tava muito adiantado quando a reforma chegou aqui e começou a se discutir. (...) eles eram tratados de uma forma já aberta, na comunidade e que você respeitava o ser assim dele. Se ele vinha caminhando, aonde ele quisesse ir, aonde ele fosse.(professor Luiz)

Podemos perceber neste relato, um confronto direto da prática logoterápica com a forma de tratamento psiquiátrico clássico. Acompanhar pacientes pelas ruas, ou pelos espaços que o mesmo queira percorrer experimentando a rua, não é uma prática que se insere no cotidiano do saber da psiquiatria clássica que busca o isolamento e a subordinação ao hospital, sem nenhuma possibilidade de circulação livre na comunidade. Portanto, apesar de fazer uma aliança com o saber psiquiátrico, há uma restrição à prática cotidiana do saber psiquiátrico por parte da logoterapia.

-O louco cuidado

A partir de agora faremos um percurso no qual começaremos a sair do reduto das ciências *psis*, como um campo de saberes que se confrontam com o discurso psiquiátrico e buscaremos outros discursos que inventam novos sujeitos sociais da loucura, mas que não estão diretamente relacionados ao sujeitos inventados por estas ciências, nem tão pouco resumidas aos seus embates. Entretanto, a presença desses novos saberes distantes dos saberes *psis* discutindo a loucura, complexifica ainda mais o jogo de saber-poder na cidade e causando fissuras profundas no saber hegemônico da psiquiatria clássica.

Desse modo é que saindo do curso de psicologia e das ciências *psis*, mas permanecendo ainda no cenário da UEPB na área de saúde, encontramos outro campo do saber de confronto com o saber psiquiátrico clássico e suas práticas e tratamento em Campina Grande, que seria o saber da enfermagem. Tal saber si institucionaliza na cidade em 1978, através do Decreto n. 82.373 do Ministério da Educação, que reconheceria o curso de enfermagem do CCBS da UEPB¹⁰⁹. Tal autorização se daria na UEPB pela RESOLUÇÃO/ UEPB/CONSEPE 07/78. Após o início de suas atividades, que ocorrera em 4 de março de 1974, o curso teria sofrido duas reformas curriculares, possuindo inicialmente a disciplina de enfermagem psiquiátrica, que se transformaria posteriormente na disciplina de Enfermagem em Saúde mental, cuja ementa vemos a seguir:

O normal e o patológico. Estrutura do funcionamento psíquico. Teoria da crise. Níveis de atenção e saúde mental. A clínica psiquiátrica: supervisão e assistência. Programas e movimentos da reforma da assistência psiquiátrica.¹¹⁰

Percebemos a partir desta modificação ocorrida em 1996, que a nova disciplina Enfermagem em saúde mental, introduz na prática da enfermagem, uma crítica à assistência psiquiátrica na medida que possui elementos teóricos dos movimentos da

¹⁰⁹ Conforme o Projeto Político Pedagógico do curso de enfermagem.

¹¹⁰ Conforme o Projeto Político Pedagógico do curso de enfermagem.

reforma psiquiátrica em curso no país. Conforme a professora Darlene, a transformação de tais disciplinas produziria uma profunda ruptura:

Ai agente deixa a enfermagem psiquiátrica e assume enfermagem em saúde mental. Isso muda radicalmente. Fazer saúde mental, antes agente tava preocupado com a patologia. A enfermagem psiquiátrica, então, agente tava preocupado com a assistência, por exemplo, a pessoa portadora de qualquer afecção psiquiátrica. Quando agente muda o eixo pra saúde mental, agente tem uma concepção de promoção de saúde, prevenção. (professora Darlene)

Percebemos no discurso da referida professora que a retirada da disciplina de enfermagem psiquiátrica, bem como a entrada da disciplina enfermagem e saúde mental, produziria uma alteração paradigmática na formação do enfermeiro que trabalha com a loucura, pois introduziria um olhar não mais direcionado para a patologia e para a forma de assistência, mas um olhar de promoção da saúde. Ou seja, além do primeiro aspecto de introdução de elementos da reforma psiquiátrica, também temos a mudança de olhar que não mais se direcionaria para a doença, mas para promover a saúde do paciente. Neste aspecto, tal mudança antecederia não só ao início do processo de implantação da reforma psiquiátrica na cidade – que discutiremos posteriormente –, como também, como afirma a professora, anteciparia o próprio surgimento da legislação sobre a saúde mental na cidade.

Por outro lado, antes mesmo do surgimento da disciplina enfermagem e saúde mental com sua transformação de paradigma, a existência da própria disciplina de enfermagem psiquiátrica já possibilitaria um tal embate com a psiquiatria clássica, na medida em que privilegiaria o caráter do cuidado com o louco, como atividade fundamental do profissional da enfermagem, fazendo um contraponto com a ideia de tratar do saber psiquiátrico.

A presença da ideia do cuidado como atividade básica do enfermeiro e o seu possível embate com o campo de saber médico nos remete a uma discussão histórica sobre a emergência do saber da enfermagem e mais especificamente do saber da enfermagem psiquiátrica, que nos deteremos a partir de agora. Segundo PADILHA & MANCIA (2005), a enfermagem seria uma atividade profissional moderna, inaugurada por Florence Nightingale no século XIX ao criar a primeira escola de enfermagem no hospital St. Thomas, em Londres, em 24 de junho de 1860. A partir da experimentação de uma experiência religiosa com as Irmãs de Caridade São Vicente de Paulo, em Paris e de sua própria formação aristocrata que lhe dera oportunidade de estudar vários idiomas, religião, matemática e filosofia, ela organizaria um hospital na Guerra da

Criméia em 1854, onde diminuiria em cerca de 40% da mortalidade. Suas ideias no campo da educação da enfermagem preparariam as enfermeiras para realização do serviço nos hospitais, para o atendimento aos doentes pobres em suas casas e para o ensino da profissão.

Tal profissão, surgida em plena ascensão da modernidade, se arvoraria do cuidar como seu fundamento. Conforme afirma AMBROZANO (2012, p. 01) a enfermagem seria:

A ciência do cuidar, do cuidar humano, do cuidar planejado, sistematizado, organizado. Do cuidar científico. Um cuidar analisado, avaliado e implementado pela assistência de enfermagem. Que sabe ver o cliente em todas as suas necessidades, aplicando o cuidado.

É desse modo que o cuidar em enfermagem, cuja fonte inicial se daria na esfera religiosa, ao surgir a modernidade, se estabeleceria no campo dos saberes científicos, como uma atividade com um método e técnica. BATISTA (2001) realiza uma síntese desse processo destacando os estudos de Rezendo, quando apontaria o capitalismo como um elemento central para esse processo, que com sua lógica utilitária e de divisão de tarefas, imporia novos elementos para a prática e a formação dos novos enfermeiros. Além disso, ela cita os estudos de Waldow, que destacariam o caráter do corpo enquanto fonte de lucro, seja para aquele que cuida, seja para aquele que necessitaria contratar o trabalhador saudável. A enfermagem que nascera sob a motivação da guerra, iria cada vez mais se transformando, para finalmente atender também o mercado e a saúde pública.

A referida autora utilizar-se-ia ainda dos estudos de SILVA (*op. cit.*) que nos ajuda a apontar para a realidade do Brasil. Para ela, a Enfermagem profissional surgiria no país na terceira década do século XX, com a criação da Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública por iniciativa de Dr. Carlos Chagas. Tal institucionalização da enfermagem no país marcaria o avanço de um olhar técnico-científico mecanicista para a saúde, adotando um modelo biomédico que valorizaria a técnica curativa da doença e desvaloriza o cuidado com o doente.

Esta forma técnica de exercer a enfermagem passaria a seguir um modelo que CAPRA (*op. cit.*) refere-se como cartesiano, que se preocuparia com os procedimentos a serem executados, no seu passo a passo, na sua descrição e na sua especificidade, bem como no material a ser utilizado, conforme apontam Almeida e Rocha, citados por BATISTA (*op. cit.*, p.39). Tais estudos evidenciariam a preocupação com a maneira da

execução da tarefa e a sua consequente economia de tempo e de movimentos, esquecendo-se do cuidado no seu caráter humano com o paciente.

Conforme Collière citado por BATISTA (*op. cit.*, p.40), a partir da década de 60 iniciaria um processo questionador dessa concepção do cuidar, que evidenciaria a necessidade de revalorização do cuidado com o paciente com a finalidade de atender suas necessidades individuais, familiares e comunitárias. Isso produziria no Brasil a partir da década de 70, uma reviravolta na forma do cuidar a partir de teorias como a teoria da motivação humana de Maslow e do olhar de João Mohana, quanto a importância das necessidades psicobiológicas, psicossocial e psicoespiritual. Esse seria um período de modificação em relação à condução do cuidar, com reflexão sobre a prática profissional da enfermagem, ao mesmo tempo em que surgiriam vários cursos de pós-graduação em enfermagem a partir da década de 80.

Tal movimento acarretaria uma crítica forte sobre as práticas mecanicistas da enfermagem, produzindo um processo de humanização do modo de cuidar, introduzindo elementos que aproximariam o cuidador daquele que seria cuidado, dando ênfase às condições em que se exercitaria o cuidado, bem como à relação de assistência interativa mais humanizada. Haveria assim uma preocupação com as atitudes do cuidador, que buscariam “resgatar o cuidar/cuidado na sua dimensão integral através de aspectos como o toque, propiciando uma relação mais próxima e afetiva”, como afirma Waldow, citado por BATISTA (*op. cit.*, p.43).

Neste processo, podemos afirmar que o cuidado começaria a sair da lógica tecnicista e mecanicista para uma lógica humana e relacional, onde os afetos seriam revalorizados e o calor humano do assistente seria importante para o assistido. O paradigma cartesiano que dominara o início da enfermagem passaria a ser questionado, mudando-se o curso do olhar mecanicista, na busca de novas estratégias e valorização do humano.

Esta realidade de embate entre formas de cuidar seriam fundamentais para produzir um efeito importante também no cuidado com o louco, como uma especialidade dentro da enfermagem. A enfermagem psiquiátrica que nascera no Brasil, segundo OLIVEIRA (2003) dentro do próprio hospício e junto com o próprio saber médico-psiquiátrico, iria inicialmente depositar no médico o poder da condução do processo de tratamento do louco. Haveria assim uma subordinação da enfermagem

psiquiátrica diante do saber médico, sem uma especificidade teórica própria da profissão.

Isso se daria pelo fato apontado por SOARES (2008), quando afirma que as primeiras atividades profissionais da enfermagem em hospitais psiquiátricos no final do século XIX para o início do século XX seria tido como um trabalho inferior, sofrendo grandes preconceitos, pelas condições da realização de tal trabalho e também pelo próprio público alvo a que se direcionava. Além do mais, o ingresso nessa atividade profissional naquele momento, se daria mais por necessidade econômica de sobrevivência do que por escolha vocacional.

A enfermagem psiquiátrica que nasceria no Brasil em tais condições, estaria ainda órfã das ideais modernizadoras da profissão, submetendo-se ao império do saber psiquiátrico de forma absoluta. Por isso mesmo, ocorreria um atraso na inserção da temática da loucura nos currículos de formação dos enfermeiros, que segundo OLIVEIRA (2003), só iria acontecer em 1949. Segundo ele, seria somente neste ano que a Escola de Enfermagem Anna Nery, que inauguraria o ensino de Enfermagem no país em 1923, passaria a colocar no seu currículo a temática da loucura, com o início do Estágio no Centro Psiquiátrico Nacional Engenho de Dentro.

É neste momento que a temática do cuidar, mesmo que de uma forma ainda cartesiana, alcançaria a loucura. Segundo SOARES (2008), em seu início, tal enfermagem por estar submetida ao poder médico, seguiria os ditames iniciais de uma psiquiatria francesa e só posteriormente, se afinaria com a psiquiatria organicista e alemã. Neste contexto, a função do enfermeiro seria a de auxiliar e garantir a realização do serviço médico psiquiátrico organicistas.

Para a autora, a partir da década de 50, surgiriam os primeiros trabalhos que continham formulações próprias da enfermagem psiquiátrica, sem uma atitude de subserviência ao saber médico. Mas somente a partir da década de 60 é que a enfermagem psiquiátrica seria capaz de conduzir uma discussão a cerca da questão do relacionamento entre o enfermeiro e o paciente psiquiátrico, o que possibilitaria trazer a discussão do cuidado manicomial à tona, gerando os primeiros conflitos com o saber médico estabelecido e com a própria forma de cuidar cartesianamente.

Desde então, a enfermagem psiquiátrica, dentro do seu processo de desenvolvimento e de ênfase com o cuidado humanizado, criaria uma linha de conflito e de ruptura na relação com o saber médico-psiquiátrico estabelecido, que cada vez

mais se ampliaria. O início desse processo em Campina Grande se daria com a chegada da primeira enfermeira psiquiátrica da cidade, que segundo a professora Darlene se chamava professora Andréia:

A primeira foi Andréia. Andréia foi a primeira. Andréia, agente não tem uma distância etária muito grande não. Mas Andréia foi minha professora. Aqui, eu não sou da primeira turma, já tinha uma turma, duas turmas anteriores à minha. E Andréia já trabalhava na época no Instituto de Psiquiatria Esquirol. (professora Darlene)

Para a professora Darlene, a enfermagem psiquiátrica entra na cidade de Campina Grande, através da professora Andréia, que teria sido a primeira profissional nesta área efetivamente. Ela daria aula na disciplina ainda no início do curso de enfermagem da UEPB, até então FURNE, como também trabalharia no Instituto Psiquiátrico Esquirol e possivelmente no Instituto Psiquiátrico Pinel. Não temos notícia da prática da enfermagem da referida professora, mas poderemos perceber a utilização da ideia do cuidado humanizado com louco com a própria professora Darlene, já no início dos anos 80. Ela se formaria em 1982, indo fazer residência em psiquiatria em João Pessoa, no Juliano Moreira e no Manicômio Judiciário. Seria exatamente sob o impacto dessa residência que a referida professora iria refletir sobre a prática da enfermagem inserida no contexto médico-psiquiátrico, como vemos a seguir:

Chocante! Chocante! Muito chocante! Houve um acontecimento no manicômio judiciário, que eu considero emblemático, de uma dessas tomadas de decisões. Era um final de tarde, quando agente recebe, eu conto a vc, porque prá mim ele é emblemático, como ponto de ruptura com a psiquiatria. E essa pessoa chega prá ser hospitalizada e ele é manicômio judiciário, ele vem condenado, ele tem uma pena e havia um protocolo de atendimento que já produziu na gente um estranhamento pelo horário de chegada. Ele chega entre cinco e cinco horas da tarde, o que não é usual. Eles trabalham no horário da justiça, mas eles chegam no final de tarde, vem transferido do interior e é aquele homem. A documentação tá tudo normal, o médico assina a admissão e é um homem grande, jovem, negro. Tem o cabelo de carapinha. E é colocado, era usual, durante 15 dias, eles permaneciam em quartos isolados, isolados num quarto, eram celas, celas como hoje agente não encontra nem no presídio. Mesmo que não chegasse agitado. Isso fazia parte da rotina, da rotina de receber no manicômio judiciário. Então ele era, foi retido, retirado as suas vestes normais, vestido as vestes institucionais, eles passavam por uma revista. Aquela coisa bem que agente vê em filmes. Entrega tudo, retira tudo o que é seu. Veste a roupa institucional, passa por uma revista e foi colocado no quarto individual. Fisicamente saudável, jovem, não havia razão prá nenhuma preocupação. Madrugada, 5, 6 horas da manhã, também é usual, quem trabalhou em hospital psiquiátrico, grito, agente escuta. Não tão freqüente, quanto muitas vezes, se quer, a memória dagente quer lembrar. Mas vc escuta. E é igual a choro de menino. Vc aprende a decodificar. É um choro

produzido por um quadro de alucinação, é um choro que ele quer atenção e assim por diante. Era diferente. E aí eu chamei um dos vigilantes, eram vigilantes, era um presídio e pedi prá ele ir à cela. Ele foi e voltou: 'é melhor a senhora ir lá'. 'o que é que tá acontecendo?' 'eu não sei, o homem tá lá num canto de parede'. Eu fui, era tão alto que eu tive que subir num banquinho prá ver pela grade. E essa criatura negra, tava completamente, uma luzinha alta lá em cima, ela brilhava. Eu digo, 'o que danado é isso?'. Eu digo 'abra'. Quando nós nos aproximamos, era sangue. Ele tava lavado de sangue. Lavado. Eu fiquei tão, é emblemático assim, aquela pessoa grande, um quarto escuro, e cheira, sangue tem cheiro. E eu pedi ao vigilante 'segure ele e traga prá cá'. Quando o vigilante se aproxima, agente vê algo brilhante na mão dele e ele dá um corte assim, na altura do pescoço. Aí o vigilante recuou e disse 'ele tá armado e ele não vai me machucar, mas ele tá se machucando'. De novo, na mesma hora, ele dá um corte. Meu Deus. Aí a essa altura agente já chama, o manicômio é vizinho a Juliano Moreira, a equipe da Juliano Moreira vem. Quem conseguiu deter essa pessoa, por incrível que parece foi um outro paciente. Que pegou um colchão, foi assim, abraçou ele, isso já 5, 6 horas da manhã, foi que se conseguiu. Foi muito feio. Era uma coisa muito feia e agente absolutamente impotente. O que ele tinha era, lembra da época em que óleo, óleo de cozinha era em lata? Ele tinha uma tampa de lata e ele se cortava, se cortava, se cortava, foi emblemático. Naquele momento me veio assim, primeiro a decisão: eu não fico aqui. Não fico. Não é aqui o meu lugar, não foi prá isso que eu terminei um curso, nunca, nunca, nunca. E realmente fui prá casa muito chocada, mas 4 dias depois fui lá e digo: olha, eu não vou ficar não. 'vai ficar, não vai ficar'. Eu digo: vou nada. Vou me embora.(professora Darlene)

A professora Darlene se mostra profundamente impactada pela experiência vivida na realidade do manicômio psiquiátrico, às voltas com um louco inimputável que buscava se matar. Ela volta então para Campina Grande, trazendo consigo todas as angústias provenientes dessa experiência, para dentro do curso de enfermagem psiquiátrica, juntamente com as ideias do cuidado com o louco e da ineficiência do sistema em lidar com o mesmo. Conforme ela mesma afirma, isso produz confrontos:

Eu tive enfrentamentos. Fiz enfrentamentos. Agora eu vou te contar aonde. No hospital. No hospital. No hospital foram feitos alguns enfrentamentos, que hoje eu olho prá traz e digo; alguns enfrentamentos eram extremamente necessários. Outros aconteciam porque eu era muito imatura, porque eu queria mudar o mundo, porque eu achava que uma andorinha faria uma reforma psiquiátrica. São clássicos os enfrentamentos. Hoje eu lhe digo e você sabe disso, não é o enfrentamento médico e enfermeira, é o poder. acho que tem briga por poder. é um único objeto, cada um quer sua partizinha. E agente vai se enfrentando. Certo? Vc associa isso a classicamente uma história de compreensão do enfermeiro da equipe de enfermagem como mero executor de ordens médicas. Como se nós não pensássemos. Agente, ele prescreve e agente faz. Sim. Alguém tem que prescrever, eu não sou formada prá prescrever. Mas eu sou uma pessoa suficientemente crítica prá entender o que é que tá sendo prescrito. Então lá, especificamente na Juliano Moreira, foram feitos alguns enfrentamentos. Lá no Francisco Pinto, no centro de saúde do catolé, não. Não vou mentir prá vc que eu tinha grandes enfrentamentos. Agente tinha por exemplo, concepções diferentes. Os médicos, mais pontuais. Mesmo aquela equipe jovem com vontade de fazer, era como se a grande atividade médica, fosse a

prescrição do medicamento. Agente cabia muito mais, essa coisa de chegue, venha, enquanto eu explico, como vc toma o medicamento. Agente fala um pouco sobre sua vida. E tava além de nessa época ter feito psicologia ou não. Mas se vc me perguntar, isso eu to falando Darlene, se haviam enfrentamentos históricos, sim. (professora Darlene)

Percebemos a partir do discurso da professora uma insatisfação em relação ao tecnicismo e a subserviência ao saber médico por parte do saber da enfermagem, gerador de conflitos e enfrentamentos que estariam presentes também na própria formação dos novos enfermeiros, na medida em que a mesma chega a Universidade em 1982. Através dela a academia passaria então a ser um *locus* de formação dos enfermeiros no cuidar humanizado do louco. Deste lugar, é que a mesma afirmaria:

O tempo todo. E falo hoje com muita autoridade, depois de 29 anos aqui dentro, nós ensinamos a cuidar. Isso que é o centro. (professora Darlene)

A referida professora traz consigo a prática da enfermagem fundamentada na crítica ao olhar patologizante da medicina e o entusiasmo pela atividade de cuidar. Traz também a crítica à própria prática mecanicista do enfermeiro, pela relação que o mesmo muitas vezes estabelece com a tecnologia:

Alguns não vão conseguir manter isso que é o ideal que sustenta realmente a profissão, que é o cuidado, independente de como a doença vai evoluir. Há outras áreas que vão passar por uma dificuldade maior. Por exemplo, quanto maior a tecnologia, mas sedutora ela vai ser e menos o cuidado pro sujeito. Onde é que agente entra mais com essa conversa de humanização? Aonde tem mais tecnologia. Ela é muito sedutora, ela exige muito da enfermagem, se você imaginar hoje o que é um enfermeiro de centro cirúrgico, de hemodinâmica, um enfermeiro de uma hemodiálise, então agente sabe que a responsabilidade por aquelas máquinas que em alguma UTI, que é uma tecnologia de cabeceira tão pesada e cuja responsabilidade é nossa, é a sobrevivência do sujeito, mas as máquinas tem que funcionar, aí você tem um descompasso. Ao invés de olhar o sujeito, agente pega a equipe olhando a máquina. Aí é preciso estar o tempo todo conversando com essas pessoas. É extremamente importante que a manutenção da aparelhagem seja mantida, mas ela só tem sentido porque tem alguém em cima da cama. Aí você vê coisas assim que chocam. Profissionais excelentes, técnicos excelentes. Desumanizados. (professora Darlene)

O discurso da referida professora aponta para um olhar que fundamenta o cuidar no centro da atividade de formação e profissional do enfermeiro. Para ela a transformação do olhar mecanicista para o olhar humanizado estaria no centro da atividade do enfermeiro, pela mudança da observação da máquina pela observação do homem. Neste sentido, a atividade do cuidar seria fundamental:

O cuidar atravessa tudo. É transversal, ele atravessa tudo. Por exemplo, agente não chama o cuidar, mas assistência de enfermagem. Quando agente usa a palavra assistência, está implícita a ideia do cuidar. Ainda no ciclo inicial que agente chamava de básico, o aluno é colocado com aquelas disciplinas, agente tem um eixo de humanização. (professora Darlene)

Cuidar seria uma atitude transversal que evidentemente estaria presente na atitude do profissional de enfermagem que trabalharia não mais com enfermagem psiquiátrica, mas com enfermagem na saúde mental. O louco deixaria de ser um louco objeto, para se transformar no louco cuidado, dentro de um processo de humanização da própria atividade profissional do enfermeiro. Tanto assim que a própria professora Darlene afirma:

Agente aqui, antes de saber qual é a patologia, nós tentamos ensinar ao aluno, que seja qual for a patologia, nós chegaremos e vamos cuidar. (professora Darlene)

Estaria inventado o louco cuidado e o embate entre a enfermagem da saúde mental e o saber psiquiátrico organicista na sua busca pelo trabalho com um cuidado humanizado com a loucura, pelo combate a hierarquização do saber sobre o louco e a tecnificação da atuação profissional com o mesmo. Na condição de formadora de outros enfermeiros a atuação da referida professora atingiria também o campo da formação do próprio profissional da enfermagem, que deveria romper com uma formação tecnicista, estabelecendo uma relação de cuidado humanizado com o louco. Tal enfrentamento iria repercutir na transformação inclusive da ementa da disciplina de enfermagem psiquiátrica que introduziria elementos de vanguarda da reforma psiquiátrica. Mas o processo de combate ao modelo hegemônico de uma psiquiatria organicista não terminaria com o aparecimento do louco cuidado, conforme veremos a seguir.

-O louco indisciplinado

Um outro discurso que emergiria na cidade de Campina Grande estando fora do campo das ciências psis e que seria fundamental para a confrontação do poder hegemônico da psiquiatria organicista em Campina Grande, surgiria a partir do curso de História da então UFPB, hoje UFCG. Trata-se do curso de Licenciatura Plena de História, que seria criado em 19 de abril de 1979, pela Resolução n. 136 do

CONSUNI, sendo reconhecido pelo MEC em 08 de janeiro de 1982, conforme portaria n. 17¹¹¹. Neste curso encontraremos mais uma discursividade que se contraporá ao modelo dominante de psiquiatria através das discussões teóricas do pensamento foucaultiano, trazidas e sistematizadas academicamente pelo professor Diniz. O referido professor seria historiador formado pela FURPE em 1982, hoje UEPB, tendo feito um início de carreira acadêmica na UFPB, iniciada em 1984. Ele realizara cursos, palestras, seminários, seja dentro da própria realidade universitária, em disciplinas de graduação ou de pós-graduação, seja dentro ou fora dos muros da academia, onde a marca central seria o olhar crítico sobre os discursos hegemônicos da psiquiatria.

Durante o seu mestrado em história iniciado em 1983 na UNICAMP, professor Diniz manteria o primeiro contato com a abordagem foucaultiana, divergindo da sua leitura histórica até então marxista, o que lhe produziria uma alteração no curso na sua formação como historiador, iniciada na UEPB:

Eu entrei um marxista na Unicamp, e lá eu conheci tanto Thompson, o Edward Thompson, como Foucault na cadeira de historiografia brasileira. Era interessante, a historiografia brasileira não tinha nada de historiografia brasileira. O Ítalo Tronca nos deu prá ler Foucault e foi aí que eu o conheci. (professor Diniz)

Este encontro entre o professor Diniz com as teses foucaultianas no início dos anos 80 coincidiria com o que apontamos anteriormente em relação ao momento áureo da psiquiatria na cidade. Um ano depois da sua entrada na UNICAMP, o professor Diniz retornaria para Campina Grande, onde faria concurso na então Universidade Federal da Paraíba, em 1984, trazendo para dentro dessa instituição e para a cidade de Campina Grande, o conhecimento adquirido sobre o pensador francês. O efeito do seu contato com Foucault o modificaria em vários sentidos, como vemos a seguir:

Daí o fascínio que eu tive ao ler Thompson e ao ler Foucault. Que prá mim, o fascínio não foi só com o pensamento, foi com o estilo. A forma de escrever. Eu descobri que poderia escrever história bem escrita. Que se podia escrever história, bonita. Estética. Com uma narrativa extremamente agradável, artística, beirando a literatura. (professor Diniz)

O professor Diniz percebe que seria possível escrever textos científicos sem se preocupar com a densidade conceitual que encontrara nos textos econômicos e sociológicos que lera até então, voltando-se para a narrativa que beirava a atividade

¹¹¹ Conforme Projeto Político Pedagógico do curso.

artística. Além disso, o contato com Foucault produziria também um efeito transformador nele próprio, na medida em que Foucault, enquanto um teórico da margem, o ajudaria a resolver os seus conflitos sexuais advindo ainda da sua adolescência. No seu primeiro contato com o referido teórico, ao ler pela primeira vez livro “História da Loucura” quando o mesmo trata da exclusão da loucura, veria que a sua condição pessoal não seria um problema dele propriamente, mas histórica e culturalmente determinada e construída.

O primeiro livro que eu li dele, foi da história da loucura, que é um livro, além de ser um livro belíssimo do ponto de vista literário, é um livro de um impacto enorme, porque fala desse outro recusado. Desse outro completamente recusado pela sociedade da razão. Da norma. É um momento em que eu começo a ler obras que estão saindo na historiografia brasileira, como a obra da Maria Clementino sobre o juquerí, inspirado e Foucault e que vai falar dessa realidade do manicômio, essa coisa terrível, que é a realidade do manicômio. (professor Diniz)

Sua identificação com um teórico que trata do processo de exclusão e dos excluídos na sociedade moderna dar-se-ia especificamente através da temática da loucura. Neste processo, o manicômio que funcionaria como a instituição responsável pela exclusão do convívio social daqueles que não seriam aceitos pela sociedade moderna, sendo tipificados como loucos pela psiquiatria. Outra obra que também o marcaria profundamente seria o texto de Maria Clementina Pereira Cunha, sobre a história do Juquery, que apresentaria cartas escritas por internos, solicitando o resgate dos mesmos daquela instituição.

Na verdade, professor Diniz se apropriaria de um pensador que havia sido introduzido no Brasil na década de 70, através das duas vezes em que viera ao país neste período e que conforme afirma RAGO (1995), os pioneiros do seu pensamento no país dar-se-ia através das obras “Danação da norma” de Roberto Machado e “Ordem médica e norma familiar” de Jurandir Freire Costa, sendo ambos publicados no final dessa mesma década.

Tal pensador chegaria a Campina Grande quando professor Diniz entrara na UFPB em 1984, sendo este o professor que sistematizaria o pensamento foucaultiano academicamente no Curso de História da então UFPB. Após se credenciar no Programa de Pós-graduação em Sociologia, o referido professor introduziria também o pensamento foucaultiano na pós-graduação desta instituição. Conforme ele mesmo diz:

Eu que trouxe isso tudo prá Campina Grande. Eu sou a pessoa que introduzo essas leituras na graduação de história.(...) Eu foi que trouxe essas novas, orientações prá Campina Grande. Eu que introduzi esse novo olhar no curso, inclusive também no curso, na pós-graduação em sociologia. Porque em sociologia também, eu inicialmente dava tópicos especiais e nesses tópicos eu bagunçava com o coreto da sociologia. (professor Diniz)

Professor Diniz é assumidamente aquele que traria o discurso foucaultiano para Campina Grande, ao mesmo tempo que teria a convicção de que tal pensador causaria toda uma repercussão, “bagunçando” os campos dos saberes estabelecido, seja na história, que seria predominantemente marxista, seja na sociologia, que também viveria uma exclusividade teórica dentro de uma perspectiva de Karl Marx, seja na psiquiatria, cuja hegemonia seria da perspectiva organicista. Isso não aconteceria sem consequências, como ele próprio o diz:

E isso me causa, claro, por um lado uma grande adesão dos alunos, e por outro alguns problemas com os meus colegas. (...) inclusive num determinado momento, lançam mão do ataque pessoal contra mim. A história da homossexualidade, como sendo o ponto fraco e aquilo que inclusive explica a minha confusão mental e teórica. (...) Na verdade a minha teoria era prá resolver os meus problemas ou prá legitimar o que ele achava que era problema. (professor Diniz)

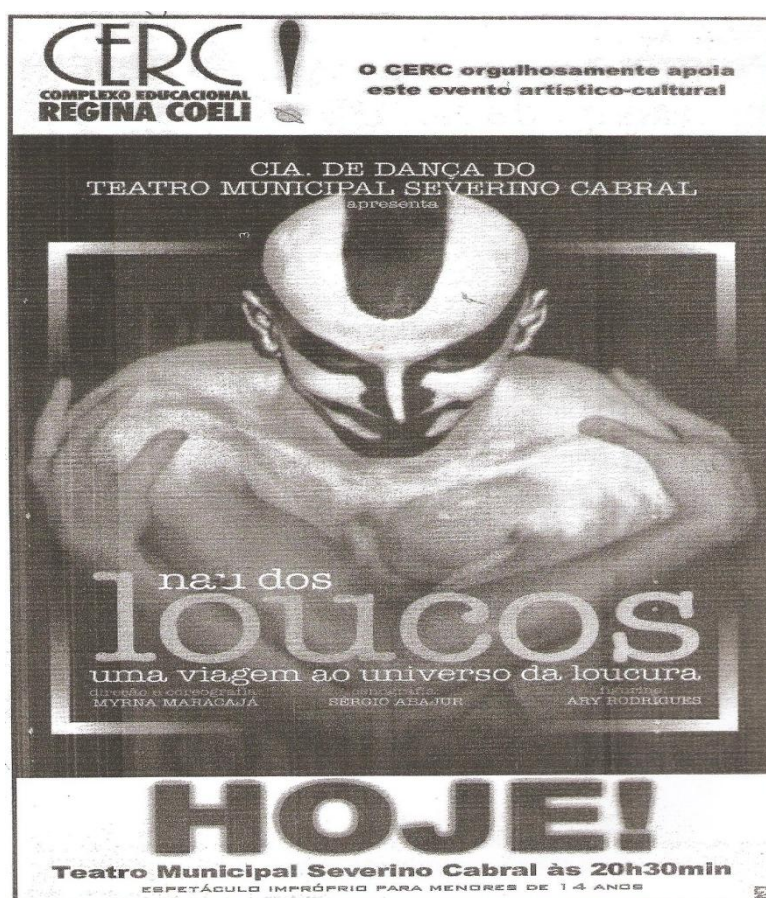
Diante disso, pela “confusão mental” e “teórica” de que seria portador, lhe restaria o conforto da adesão de alunos e orientandos que compartilhariam e difundiriam o saber foucaultiano por diversas instituições da cidade. Uns acabariam como professores do curso de história da UFPB; outros do curso de história da UEPB e outros ainda dos cursos diversos cursos dessas duas instituições, que não seriam especificamente do curso de história, como seria o caso do curso de Psicologia, no qual orienta o professor Eusébio, o professor Nivaldo e o professor Wilmar. Quanto a isso, ele cita a orientação do professor Eusébio que na defesa de mestrado fora profundamente provocativa, fazendo dela um grande acontecimento de morte, no que acabaria confessando-se: “eu sempre fui fascinado por essas criaturas, que são fora do lugar, inquietas, provocativas”.

Influenciado por Foucault, professor Diniz altera o curso de sua vida, acabando por redirecionar também o olhar teórico de muitos alunos das mais diversas áreas da cidade, com orientação de monografias, dissertações e teses, numa quantidade extremamente grande. Segundo ele próprio, entre graduação e pos-graduação, já teria orientado mais de cem trabalhos na perspectiva teórica foucaultiana. Além das orientações, encontramos também uma grande quantidade de palestras e eventos

realizados pelo professor Diniz na cidade de Campina Grande, que de alguma forma estariam ligadas ou a perspectiva foucaultiana ou mesmo à temática da loucura, conforme veremos a seguir:

Na verdade o meu nome associado ao pensamento de Foucault (...). eu fui chamado inclusive junto com Eusébio, pela diretora do teatro municipal, prá depois de uma peça de Artaud, que falava da loucura, eu e Eusébio comentar a peça, junto com os atores e com a plateia. Então assim, isso me deu muita, deu notoriedade na cidade em toda essa questão. (professor Diniz)

A peça em questão é a “Nau do Loucos”¹¹², conforme o cartaz a seguir:



Trata-se de um espetáculo que se proporia a utilizar-se da dança para denunciar a realidade do louco na nossa sociedade, com direção de Myrna Maracajá, cenografia de Sérgio Abajur e figurino de Ary Rodrigues e que no final teria um debate sobre a loucura, com as presenças de Dr. Eusébio, professor Diniz e um psiquiatra atuante na cidade. No debate a postura e a perspectiva adotada por Diniz seria

¹¹² Jornal da Paraíba, 22 de novembro de 2002, p. 04.

absolutamente dentro da crítica foucaultiana contundente em relação à hegemonia do saber psiquiátrico clássico sobre a loucura na sociedade moderna.

Em outra oportunidade professor Diniz lembra-se do convite que recebera de uma acadêmica da Faculdade de Medicina da então UFPB, onde falaria sobre o nascimento da clínica. Utilizando-se da teoria foucaultiana, professor Diniz faria uma crítica ao saber médico, transformando-se na referência crítica mais contundente do saber psiquiátrico na cidade, seja em espaços culturais, seja em espaços acadêmicos.

Quanto a emergência e a difusão do louco indisciplinar por parte do professor Diniz na academia, encontramos nos registros das suas aulas¹¹³, a crítica explícita ao saber psiquiátrico. Falando por exemplo, do conceito de deslocamento conceitual em Foucault, ele vai explicitar que uma palavra teria significados diferentes, dependendo do contexto em que esteja. Ele utiliza-se do conceito de loucura para exemplificar:

Por exemplo, aparentemente, quando você fala de loucura, você tá falando a mesma coisa, mas Foucault vai mostrar ao longo da História da Loucura, o quanto este conceito, ele tem sentidos diferentes. Ele vai sendo reapropriado e deslocado, de um lugar pro outro.(professor Diniz)

Em relação a história da loucura, em suas aulas, professor Diniz falaria desse processo de deslocamento que um conceito sofreria ao longo da história, em que os sentidos iriam sendo alterados, conforme o contexto em que o mesmo esteja inserido. Para ele, o objeto de análise do texto foucaultiano seria a loucura e não a psiquiatria:

Para Foucault não interessa a psiquiatria enquanto ciência, interessa a loucura enquanto objeto. Na verdade vai fazer uma história do objeto loucura. Como foi possível a loucura ser transformada em doença, e daí como foi possível surgir a psiquiatria. A psiquiatria foi possível, porque houve a transformação da loucura em doença, que nem sempre foi assim. A loucura nem sempre foi pensada como doença.¹¹⁴ (professor Diniz)

Segundo ele, quando a loucura se tornasse doença se inventaria a psiquiatria, como uma forma moderna e científica de se buscar dar conta do louco do doente. Neste contexto, se criaria uma hierarquização do saber psiquiátrico sobre o louco, onde o mesmo seria situado no topo da pirâmide, desqualificando todos os demais saberes. Tal

¹¹³ Curso de Seminários avançados em Sociologia, oferecido no Programa de Pós-graduação em Sociologia em 2002, pelo referido professor e gravado pelo pesquisador.

¹¹⁴ Curso de Seminários avançados em Sociologia, oferecido no Programa de Pós-graduação em Sociologia em 2002, pelo referido professor e gravado pelo pesquisador.

hierarquização subverteria os demais saberes e o método foucaultiano mostraria como que tal processo de dominação e de ascensão do saber psiquiátrico seria possível.

Foucault não tá trabalhando apenas com o discurso da psiquiatria, ou não tá trabalhando com o discurso da medicina, ou com o discurso da filosofia. Ele tá trabalhando com o discurso da pintura, da literatura. Todos esses discursos tem o mesmo valor na construção de um objeto. Na enunciação de imagens, na enunciação de palavras, de textos, de enunciados, sobre um determinado objeto. Então o louco é construído na pintura, na literatura, ele é construído na filosofia, ele é construído na medicina. O louco vai sendo construído por esses saberes. (...) ele vai dizer, vocês jamais vão chegar ao louco, o louco concreto, vocês jamais vão chegar a ele. O louco só nos chega através dessas imagens. Através dessas elaborações discursivas. (...) são várias camadas de saber que vai constituindo o louco.¹¹⁵ (professor Diniz)

A partir de um olhar que privilegiaria a psiquiatria organicista e poria a loucura na ordem discursiva não pluralizada, ele segue apontando para a perspectiva crítica em relação a hegemonia de um saber sobre a loucura, que seria capaz de dizer toda a verdade sobre o que seja a loucura:

Durante um certo tempo, durante um certo tempo houve uma espécie de luta, por uma definição do louco. O louco tem saber ou não tem saber? A desrazão é uma forma de saber? Ou não? Na idade média, por exemplo, chegava a se achar que o louco tinha muito mais saber, porque o louco era um iniciado. Era alguém que tinha acesso a determinadas regiões do mundo, que os mortais não tinham. É esse processo de rebaixamento da loucura que Foucault vai fazer na história da loucura. Como a loucura vai ser domada, como a loucura vai ser pensada paulatinamente como não saber, até chegar a nossa sociedade que vai ser doença. Nada do que o louco diga, nada do que o louco faça é razoável. O saber do louco é completamente desqualificado. Então a história da loucura de Foucault é a história do progressivo silenciamento do louco, pela razão. Um paulatino silenciamento da desrazão pela razão. É uma sociedade em que a razão vai ser cada vez mais imperativa e o desarazado vai ser jogado para a margem. O discurso desarazado só vai encontrar uma brexinha na modernidade, exatamente nas artes. (...) em determinado momento o louco vai ser colocado em navios e vai ser deportado das cidades, que é o primeiro fenômeno de exílio do louco. Exila o louco da convivência cotidiana. Que vai terminar com o hospício. Com o psiquiatra. A instituição psiquiátrica tem uma longa trajetória dessa forma de exílio, desse medo do louco, que vai progressivamente tomando conta da cultura ocidental. A cultura ocidental vai ter medo da desrazão e medo louco. O louco se torna insuportável. (...) a loucura tem um determinado saber. O mundo racional os tira de uma forma de saber, que é um saber desarazado.¹¹⁶ (professor Diniz)

¹¹⁵ Curso de Seminários avançados em Sociologia, oferecido no Programa de Pós-graduação em Sociologia em 2002,

¹¹⁶ Curso de Seminários avançados em Sociologia, oferecido no Programa de Pós-graduação em Sociologia em 2002,

Utilizando-se do pensamento de Foucault em aulas e palestras, professor Diniz faria a crítica ao saber psiquiátrico clássico, evidenciando que na modernidade o destaque dado para a racionalidade produziria uma exclusão da desrazão. Segundo ele, este processo possibilitaria a ascensão do saber psiquiátrico em relação à loucura, bem como a criação de instituições disciplinares, cuja prática do isolamento seria fundamental para o processo de enclausuramento da loucura e de ascensão do saber médico sobre a loucura na modernidade.

A percepção da loucura que leva a emergência da loucura e que leva a emergência do saber médico sobre o louco, não nasce no campo das teorias, mas nasce no plano da prática, na relação do louco com quem o interna. E aqui ele vai dedicar toda uma parte do livro às práticas de internação. Ele vai mostrar que inicialmente no ocidente, você tinha a internação dos leprosos. A partir do momento que você tem uma redução dos leprosos, os mesmos lugares que serviam para internação dos leprosos, vai servir para a internação dos desviados sociais de uma forma geral. Os maníacos, os pederastas, os sodomitas. (...) O louco vai ser mais um que vai ser colocado.(...) A partir do processo de industrialização, começa a haver todo um discurso, inclusive a nível de parlamento, que coloca que o Estado não pode continuar sustentando essa canalha todinha internada, e que essa canalha tem que ser separada em os que estão aptos para o trabalho e os que não são aptos para o trabalho, (...) o louco vai sobrar como aquele que vai ser internado praticamente sozinho, (...) e que portanto, vai ser possível uma observação mais detida. Enquanto o louco tava no meio daquela no meio daquela bagunça toda, você não tinha como desenvolver um saber, uma percepção muito mais aguçada, em relação a ele. No momento em que ele fica internado, há toda uma observação maior dessas pessoas, e um desenvolvimento, portanto de saberes.¹¹⁷ (professor Diniz)

Desse modo, a partir da ampliação do pensamento foucaultiano na academia e pela sua característica de confrontação direta com a psiquiatria hegemônica, o pensamento indisciplinar entra no embate com a psiquiatria clássica na cidade, construindo o sujeito social do louco indisciplinado, enquanto sujeito que se insubordinaria aos preceitos da medicina psiquiátrica organicista.

-O louco cidadão

Finalmente, discutiremos agora um novo sujeito social da loucura que está ligado às questões sociais, políticas e de cidadania e que por isso mesmo o chamaremos de louco cidadão. Este sujeito emerge em Campina Grande a partir da

¹¹⁷ Curso de Seminários avançados em Sociologia, oferecido no Programa de Pós-graduação em Sociologia em 2002,

discussão e luta direta pela implementação da reforma psiquiátrica na cidade, onde vários outros discursos, cenários e sujeitos da loucura citados até aqui, vão compor um complexo jogo de forças diante do louco doente mental que predominara até então, dentro de um modelo hospitalocêntrico e privatista. Psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, enfermeiros, professores, políticos, gestores municipais e nacionais, legisladores locais e nacionais, juristas, militantes da reforma psiquiátrica etc, configuram uma rede complexa de forças que vai possibilitar a emergência do louco cidadão em Campina Grande, a partir da ideia de militância e do surgimento do sujeito militante da reforma psiquiátrica, como veremos a seguir.

a) A formação do militante reformista

Para que surgisse na cidade a figura do louco cidadão seria necessário que surgisse a figura do militante da reforma psiquiátrica na cidade, como o sujeito social mais importante para a emergência do louco cidadão. Assim sendo, esse novo sujeito da loucura se difere dos sujeitos da loucura apresentados até aqui, porquanto ele é inventado através de uma participação política ativa e não se fundamentando unicamente numa prática teórica. Conforme vimos anteriormente, dentro do curso de enfermagem, surgira o louco cuidado, junto com a temática da reforma psiquiátrica na formação do enfermeiro. No curso de história, emergira o louco indisciplinar, surgido da discussão teórica em torno da temática da loucura, produzida por um dos pensadores que mais influenciaram a crítica em relação ao saber psiquiátrico e sua relação com a loucura, que fora Michel Foucault. Com o Instituto Borboremense de Psicanálise, teríamos a emergência do louco foracluído que surge do olhar psicanalítico lacaniano, propondo a avançar com a psicanálise na temática da loucura. Por outro lado, no universo do próprio curso de psicologia, teríamos as presenças dos loucos rejeitado, noético e autoautalizável com suas críticas à prática psiquiátrica organicista. Um fato em comum em todos esses contextos é a presença da discussão em maior ou menor grau da reforma psiquiátrica.

Entretanto, no curso de Psicologia e de Enfermagem temos uma maior projeção e sistematização dessa discussão. Enquanto que no curso de enfermagem vemos a oficialização dessa temática a nível de ementa disciplinar, no curso de psicologia a

discussão sobre a reforma psiquiátrica e sobre teóricos como Foucault e Basaglia é trazida pelo professor Eusébio e pela professora Teresa.

Quanto ao primeiro, observamos que se trata do psiquiatra responsável pela difusão do saber psiquiátrico no departamento de Psicologia, lecionando as disciplinas da área médica no curso, quais sejam Psicopatologia Geral I e II, Neuroanatomia e Elementos de Toxicologia, disciplinas essas que seriam retiradas do Currículo do Curso na reforma curricular efetuada em 1999. Quanto a isso diz o professor Eusébio:

Na verdade a disciplina de psicopatologia foi retirada pelo menos com esse nome, em decorrência do interesse cada vez mais visível do curso de psicologia assumir novas características, agora em moldes, sobretudo sociais e psicanalíticos. (professor Eusébio)

Professor Eusébio, que conforme vimos fizera a sua formação *strito senso* em Sociologia, não faz tal constatação em tom de crítica, mas muito mais de reconhecimento pelas características que o curso passaria a assumir. O mesmo fora um dos introdutores do pensamento foucaultiano no curso de Psicologia. Em 1981, quando ainda não seria professor do departamento de psicologia, o mesmo possuiria uma leitura inicial deste autor, pois como ele mesmo informa, o trabalho por ele publicado no Jornal do Instituto Psiquiátrico Pinel naquele mesmo ano, fora “um trabalho muito simples, numa perspectiva foucaultiana”.

A partir de 1983 até 1987 o referido professor cursaria mestrado em Sociologia e de 2000 até 2004 o doutorado em Sociologia, ambos pela Universidade Federal da Paraíba. Sendo assim, com uma formação *strito senso* dentro da área das ciências sociais e uma formação *lato senso* na área da psicanálise, que ocorrera de 1992 até 1993, o professor Eusébio se torna um crítico da psiquiatria clássica, chegando mesmo a dela se afastar na sua prática clínico-terapêutica em 2000, ano em que sairia para o seu doutoramento.

Por outro lado, como bem se refere o professor Eusébio, o curso de psicologia iria assumindo junto com a área clínica, organizacional e escolar, também uma feição social. Uma das professoras responsáveis por tal área é a professora Tereza, que entrara no departamento de psicologia em março de 1989, tendo uma formação fundamentalmente social, com mestrado em Serviço Social em 1990 e doutorado em Sociologia, obtido em 2002, pela universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho. Ela introduz a partir dos anos 90 questões relacionadas à reforma psiquiátrica, loucura

e antipsiquiatria, utilizando-se de teóricos como Basaglia e Foucault em sala de aula, nas disciplinas de Psicologia Social I, II e III.

Entendendo a psicologia social como um campo do saber no qual não se poderia “estudar/analisar/compreender o humano sem levar em consideração os aspectos psicológicos, biológicos, sóciais e históricos”, a professora Tereza conceberia a loucura como “fruto de um processo em que não se devem descartar os determinantes biológicos, psicológicos, sociais e históricos”. A atividade do psicólogo então favoreceria:

A criação ou manutenção de espaços coletivos (grupos) onde se possam utilizar ferramentas metodológicas que incrementem o desenvolvimento de uma consciência crítica, da autonomia e da participação em prol da organização comunitária e da solução dos problemas cotidianos. (professora Tereza)

A partir dessa concepção de loucura e da função da psicologia na busca pela ampliação da participação comunitária, a professora Tereza, faz a crítica do saber psiquiátrico clássico e introduz a importância das alternativas que seriam oferecidas pelo pensamento da antipsiquiatria ou da psiquiatria alternativa:

O saber psiquiátrico se fundamenta numa perspectiva biomédica, concebendo, dentre outras coisas, a loucura como doença e perdendo de vista a pessoa enquanto ser histórico-social. Alia-se, assim, as proposta da antipsiquiatria ou psiquiatria alternativa. (professora Tereza)

Com uma formação crítica em relação ao saber psiquiátrico predominantemente organicista, no qual a loucura seria vista do ponto de vista histórico-social, a referida professora extrapolaria o caráter professoral de ensino do olhar crítico sobre a psiquiatria em sala de aula, através de atividades de pesquisa e de produção científica na área da psicologia social que sustentassem um olhar crítico em relação à psiquiatria organicista. É desse modo que a referida professora introduziria os textos antipsiquiátricos e da psiquiatria alternativa para além das suas disciplinas no curso de psicologia, direcionando para a sua produção acadêmica a partir dos anos 2000, como vemos a seguir na produção acadêmica por ela mesma apresentada:

Construções discursivas sobre a reforma psiquiátrica: um estudo realizado com a população paraibana – PROPESQUI/UEPB ; As formas de lidar com a loucura em discursos da população PROPESQ/UEPB 2008/2009; Os sentidos da opção pela cura em terreiros de umbanda PIBIC/CNPq/UEPB – 2008/2009; a proposta das residências terapêuticas na cidade de Campina Grande: os sentidos atribuídos pela população – PIBIC/CNPq/UEPB – 2008/2009; Representações sociais sobre a loucura elaboradas por

familiares de usuários do CAPS – Orientação de pesquisa vinculada ao componente curricular Pesquisa e procedimentos Estatísticos II – 2009; “É como se fosse uma caverna escura”: representações sociais sobre saúde mental elaboradas por profissionais do PSF, Boqueirão-PB. Orientação de mestrado em saúde coletiva/UEPB, 2004; Os elos que nos cercam: representações sócias sobre a loucura elaboradas por familiares de usuários de instituição psiquiátrica – Trabalho Acadêmico Orientado (TAO) – 2003.

Este movimento de produção acadêmica, entretanto, não é uma característica somente da referida professora, dentro do CCBS da UEPB. Encontramos também na produção da professora Sofia, do professor Laércio, que fazem parte do curso de psicologia, trabalhos realizados que discutiriam a temática da reforma psiquiátrica. Tal fato inclusive não se restringiria ao próprio curso de psicologia já que outros professores de outros cursos, como a professora Sílvia e o professor Vamberto, ambos do curso de Enfermagem, que em conjunto com a professora Darlene, também passariam a orientar trabalhos nesta área. Vemos assim, uma progressiva abertura para a realização de trabalhos de PIBIC, de conclusão de curso e até de orientação de dissertações na direção da temática da reforma psiquiátrica se difundindo nesses dois departamentos.

Embora a importância da presença e ampliação do louco cidadão no espaço acadêmico da UEPB, se faz necessário apontarmos que o campo para a emergência de um louco cidadão na cidade não se daria unicamente no espaço da discussão teórico-acadêmica. A presença desse sujeito na academia, repercutiria na formação teórica de vários profissionais que contribuiriam para a construção das condições de possibilidade para a emergência do militante da reforma psiquiátrica na cidade, como é o caso de Raquel, psicóloga formada pela UEPB, que seria coordenadora do primeiro CAPS de Campina Grande e que teria feito parte da comissão de intervenção do Instituto Psiquiátrico Pinel e se tornado coordenadora de saúde mental da cidade. Nesta mesma perspectiva, teremos a referência da também psicóloga Renata, formada pelo curso de psicologia da UEPB, que acabaria sendo reconhecida como uma das primeiras militantes da reforma na cidade, tendo sido a primeira Coordenadora Municipal de Saúde Mental da cidade e que, segundo ela própria, fora “responsável pela entrada efetiva no município no processo da reforma”. A mesma reconhece que do ponto de vista teórico, o curso de psicologia a influenciara direta e decisivamente para torna-se militante da reforma psiquiátrica:

Inicialmente o meu envolvimento foi ainda na graduação, através das disciplinas Psicologia Social I, II e III, ministradas pela professora Tereza.

Através destas disciplinas pude, pela primeira vez, conhecer um pouco sobre a história da loucura e de algumas experiências revolucionárias como as de Alfredo Moffatt e Franco Basaglia. (militante Renata)

Percebemos então que, embora não existisse a formação do militante reformista na cidade, o curso de psicologia seria um desses espaços que favoreceriam a construção deste sujeito social sendo atribuído à própria Renata a condição de primeira militante da reforma em Campina Grande, como podemos ver na fala de Raquel:

A primeira reformista foi Renata, não por ter sido a primeira coordenadora de saúde mental, mas pelas suas ideias marcadas pelos objetivos da Reforma. Teoricamente ela preparou sua equipe, estudando Franco Basaglia, a Reforma Italiana e outros, e do ponto de vista do movimento inaugurou o primeiro CAPS da cidade. (militante Raquel)

Essa questão do primeiro militante da reforma na cidade abriria espaço para toda uma polêmica, pois quando a referida psicóloga aponta como critérios definidores da condição de militância, se dar através da absorção das ideias reformista buscando lutar para implantá-las na cidade, tais condições também podem ser atribuídas as outras figuras da cidade, como vimos ao longo deste texto. Neste sentido, vários outros profissionais citados até aqui, teriam a condição de serem também apontados como primeiro militante, tais como a professora Patrícia que, conforme apontamos anteriormente, fora professora do Curso de Medicina e trabalhadora do Instituto Psiquiátrico Pinel. Ela bem poderia estar no *hall* dos primeiros militantes da reforma na cidade, pois na década de 70 já realizaria atividades reformistas dentro do próprio Instituto Psiquiátrico Pinel, como ela própria afirma:

Eu tinha todo um trabalho já nessa luta antimanicomial, que era os trabalho do Cooper, do Lang, todo aquele trabalho que se fazia que se chamava de comunidade terapêutica. (...) Dora era quem tinha mais abertura, então nós pegamos na ala das mulheres, nós tentamos fazer, transformar numa comunidade terapêutica. (psicanalista Patrícia)

Vale lembrar que a mesma também seria uma das mentoras da reforma na cidade, influenciando inclusive a formação da própria Renata. Dentro dessa mesma linha de pensamento de que o militante seria aquele que trouxera a discussão e o questionamento teórico da atividade hospitalocêntrica, também poderíamos colocar o psiquiatra Dr. Eufrásio como um dos primeiros reformistas da cidade, já que o mesmo ainda no início da década de 70, quando começara a trabalhar no Instituto Psiquiátrico Pinel, teria uma leitura de Lang, de Cooper, dentro outros, sendo que este último

chegara a conhecer pessoalmente, começando a questionar o tratamento oferecido naquele momento:

Ai eu fiquei com a ala masculina e dr. Eustáquio com a ala feminina. (...) e uma ala de trancafiamento. Que sempre foi uma das características do hospital. (...) e sempre tive umas ideias assim, vou usar uma palavra, uma ideia humanista pro tratamento do doente mental e me doía eu ver aquela situação dos doentes todos fechados, colocados em camas. (Dr. Eufrásio)

Percebemos também na postura de Dr. Eufrásio a presença de um olhar da antipsiquiatria. Entretanto, não consideraremos nenhum desses personagens como reformistas, mas como sujeitos importantes que dariam as condições de possibilidade para a reforma ocorresse, já que os mesmos não teriam vínculos diretos com o movimento da reforma no Brasil.

Por outro lado, a atividade de Renata seria de fato uma ação diretamente ligada ao movimento de reforma psiquiátrica brasileira, já que a mesma atuaria por força do movimento que se iniciara no Rio de Janeiro, no final da década de 70. Por isso mesmo, reconhecemos em Renata a figura efetiva da primeira militante da reforma, quando a mesma ocuparia pela primeira vez na cidade, o cargo de coordenadora de saúde mental, concretizando a política reformista do governo federal na cidade, na busca pela transformação do modelo hospitalocêntrico.

b) Transformações, composições e alianças para uma ruptura

Além desses fatores referentes à discussão teórica e ao surgimento de uma militância política reformista, temos também outros fatores responsáveis para o surgimento do sujeito social do louco cidadão. Tais fatores dizem respeito às mudanças no campo político-governamental e jurídico-legal que possibilitariam o espaço institucional para a emergência desse sujeito. Eles seriam responsáveis pelas condições de possibilidade para que o louco cidadão tivesse maior visibilidade social.

Quanto ao aspecto político-governamental, podemos pensá-lo na direção de um processo de luta pela reformulação do modelo da política para a saúde mental, implantada pela política nacional de saúde mental a partir do governo federal, que posteriormente alcançaria a cidade de Campina Grande. A reformulação do modelo nacional referente à loucura decorreria de uma série de acontecimentos políticos que acabariam possibilitando a sua concretização, pelas condições dadas ao longo do

século XX. Vimos no capítulo em que tratamos da emergência do saber psiquiátrico na cidade de Campina Grande, todo o histórico que faria com que o modelo hegemônico que emergira na cidade, correspondesse ao modelo do louco doente mental e mercadoria. Também vimos com Messas que tal modelo seria absoluto no país até o início da década de 80, quando se iniciaria um novo período no contexto político nacional, que possibilitaria uma reformulação na política de saúde mental no país.

Do ponto de vista político, o país passaria por um processo de redemocratização, fruto de um esforço questionador da política militar do regime autoritário, que segundo LUZ (1991, p.83), seria “concentrador, centralizador, privatizante e ineficaz”. A autora se detém na análise do processo de crise do regime militar naquele momento, cuja lógica do lucro privado predominaria na política de investimentos do Estado na saúde, tornando-se ineficiente para a maioria da população. Isso produziria conflitos, quebra-quebras, denúncias de má qualidade dos serviços da saúde e reações dos movimentos sociais os mais diversos. Diante disso, o milagre prometido pelos governos militares, começaria a ser visto como uma miragem, produzindo uma onda de insatisfação e de agitação iniciada por estudantes, sindicalistas, cientistas, tecnocratas, associação de moradores, movimentos sociais diversos, igrejas, partidos políticos progressistas, com intensas manifestações pela busca pela transformação da política da saúde.

Além do mais, quando em 1982 teriam ocorrido as primeiras eleições livre para o Congresso e Assembleia Legislativa dos últimos vinte anos, as demandas por melhores serviços de saúde passariam a fazer parte dos programas de vários políticos, fazendo com que a temática da saúde pública fizesse parte da pauta política, como direito universal do cidadão. Este processo de transição de um regime ditatorial para uma realidade de estabilidade democrática levaria ao confronto no campo da saúde, entre o modelo que defenderia uma ideologia privatista, produtor de uma burguesia da saúde, em oposição ao modelo que prioriza o cidadão, defendendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Em meio a esse embate e a um processo de redemocratização do país, haveria uma redefinição do modelo de políticas de saúde no país que buscava unificar e a descentralização dos serviços de saúde, a hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos e a participação popular nos serviços de saúde. Tais condições fundamentadas na concepção de que a saúde seria um direito de cidadania.

Se no campo da saúde de forma geral, o cidadão estaria posto em evidência em meio a todo esse processo de transformação, no campo da saúde mental este processo também não poderia passar despercebido neste mesmo período. Para AMARANTE (1995) a busca por uma reforma do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, se iniciaria com a crise da DINSAM¹¹⁸, que seria o órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde mental no país. Segundo o autor em 1978, os profissionais e estagiários de unidades da DINSAM teriam deflagrado uma greve, denunciando a trágica condição dos pacientes e as precárias condições de trabalho dos profissionais nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. Seria assim que surgiria o MTSM¹¹⁹ como um movimento de luta contra o modelo privatista para a saúde mental, com uma crítica ao seu caráter não democrático para a elaboração dos planos governamentais para a saúde mental. A partir dele iriam se desenvolver uma série de denúncias e de eventos que buscariam a democratização dos serviços de saúde, desconstruindo o modelo hospitalocêntrico e privatista dos serviços de saúde mental.

Na busca de um novo modelo para a saúde mental no país que rompesse com o predomínio privatizante e hospitalocêntrico se iniciaria um combate pela desospitalização e pela implantação de uma proposta de alternativa ao serviço psiquiátrico oferecido. Seria assim que, segundo AMARANTE (1996, p. 16):

Neste novo cenário, o conceito de cidadania é, pois uma palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, devido à natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos.

Há aqui, no fundamento do pensamento e da militância reformista, uma demanda pela emergência de um novo tipo de loucura, o louco cidadão, que entraria em conflito direto com o louco doente mental, presente nos domínios hegemônicos da psiquiatria privatista e hospitalocêntrica que seria predominante no Brasil. Por isso mesmo a militância reformista articularia todo o esforço de constituição desse novo sujeito social da loucura, atendendo ao projeto mais amplo de consolidação da cidadania. O esforço seria o de fazer uma crítica ao modelo dominante “pelas características cientificamente estabelecidas quanto a categoria ‘doença mental’” (opus

¹¹⁸ Divisão Nacional de Saúde Mental

¹¹⁹ Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

cit. p. 17), que despojaria o louco de seus direitos jurídicos, políticos e civis, fazendo dele um não cidadão.

O enfrentamento se daria assim diante desses dois referenciais de loucura: o louco doente mental que virara objeto entregue ao livre mercado e o louco cidadão que necessitaria resgatar a sua cidadania e seus direitos civis. Diante disso, o movimento inicial do MTSM se transformaria em movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, sob a influência teórica não mais de origem francesa, como o era com Teixeira Brandão, nem tão pouco de influência alemã, como no caso de Juliano Moreira, no início do século XX. Agora a força teórica inspiradora teria suas origens na psiquiatria italiana de Franco Basaglia, a partir da sua experiência com a psiquiatria Democrática e com a rede de alternativa à psiquiatria, que culminara naquele país, com a promulgação da Lei 180 de 1978, que reorientaria a prática psiquiátrica na Itália. Seria exatamente esse modelo que influenciaria a reforma psiquiátrica brasileira, chegando finalmente ao surgimento da Lei 10.216, em 2001.

Assim, a hegemonia da figura do louco doente mental e mercadoria que se expandira até o início da década de 80 entraria em crise, quando da emergência de forças redemocratizadoras que buscariam a retomada da cidadania perdida com o governo militar. Para AMARANTE (1995) a reforma psiquiátrica brasileira surgiria definitivamente em meio a essa conjuntura de redemocratização do final dos anos 70, criticando também as instituições psiquiátricas clássicas que tinham uma ênfase na abordagem de tratar da loucura enclausuradamente.

Conforme afirma TENÓRIO (2002, p. 91) “a reforma psiquiátrica não pôde se furtar a enfrentar o problema das práticas de cuidado dirigidas aos loucos”. Seria inaugurada a era do louco cidadão com uma preocupação com o cuidado, com a sua recidadanização e a sua reinserção na família, no trabalho e na comunidade, como afirmaria a própria lei 10.216, no seu artigo 2. .

Por outro lado, toda essa construção nacional de uma política governamental federal para a saúde mental, traz-nos à reflexão sobre sua implantação em Campina Grande, opondo-se ao modelo hospitalocêntrico e privatista hegemônico na cidade. Encontraremos as primeiras ressonâncias desta lei na cidade da Borborema, inicialmente através da figura do Senador Felipe, que na época de sua aprovação no senado federal, cumpriria o seu mandato de Senador da República pelo Estado da Paraíba, iniciado em 1995 e que iria até 2003. No ano de 1999, conforme GENTIL

(1999) a Lei 3.657¹²⁰ de 1989 – como projeto inicial -, fora aprovada em plenário do senado em 20 de Janeiro, tendo que ser enviado de volta à Câmara Federal, para finalmente ser encaminhada para a sanção presidencial. Naquele momento, o Senador Felipe, ocuparia o cargo de 1º Secretário do Senado Federal¹²¹ e participaria da Comissão Diretora¹²² que seria a comissão responsável por administrar o senado, além de ter a incumbência de fazer a redação final dos projetos e das emendas aprovadas em plenário.

No caso a lei 3.657 aprovada pelo senado federal em 20 de janeiro de 1999, teria como relator da redação final do substitutivo do senado o próprio Senador Felipe, cuja reunião se dera na Sala de Reuniões da Comissão, em 21 de janeiro de 1999, conforme o parecer nº 43, de 1999, da Comissão Diretora. Sendo assim, nesta condição de relator da lei na Comissão Diretora, o senador da República Felipe teria obrigatoriamente contato com a mesma de modo privilegiado.

Além disso, a referida lei nº 10.216 conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, seria sancionada pela Presidência da República em abril de 2001, através do então presidente Fernando Henrique Cardoso, do mesmo partido do prefeito Bruno, filho do senador Felipe e o então prefeito de Campina Grande na época. Todos esses laços legislativos, políticos partidários e familiares com o processo de implementação da Lei 10.216 por parte da família do Senador Felipe, nos faz entender o comprometimento que o prefeito Prefeito Bruno assumiria em implantação da reforma na cidade, conforme veremos posteriormente.

Outro aspecto que nos levaria a pensar nessa articulação da família do Senador Felipe com a reforma na cidade, deve-se ao fato de que nos anos que iniciam o terceiro milênio, o próprio Prefeito Bruno teria vencido a eleição exatamente para o irmão do proprietário do maior hospital psiquiátrico da cidade e do interior do Estado, o Instituto Psiquiátrico Pinel. Talvez por isso a afirmativa do psiquiatra Eudes:

¹²⁰ Que se transformaria na Lei 10.216

¹²¹ in <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=230431>, acessado em 03-03-11

¹²² <http://www12.senado.gov.br/noticias/glossario-legislativo/comissao-diretora>, acessado em 04-03-11

“o hospital de Eustáquio foi eleito, eu diria também por uma questão política. Se os sopros políticos tivessem levado a eleições diferentes, o hospital não teria sido desativado”.(Dr. Eudes)

Como o dono do hospital era irmão daquele que disputara e perdera as eleições para Prefeito Bruno, motivos de alianças políticas não seriam assim elementos locais, que impediriam a implantação da reforma na cidade. Sendo assim, o Prefeito Bruno teria todas as condições políticas apropriadas para incentivar a implantação da reforma na cidade. Tanto assim que, para a psicanalista Patrícia, o idealizador da implantação da Reforma, teria sido exatamente o Prefeito Bruno:

Foi gestada (a reforma) na época do Prefeito Bruno (...) já começamos essa discussão enquanto ele era prefeito, ele me chamou. Prefeito Bruno sempre teve interesse o sentido de fazer alguma coisa pela saúde mental. Ele tinha essa sensibilidade. (psicanalista Patrícia)

Como haveria o conhecimento da Lei da Reforma por parte dos gestores municipais, as condições de liberdade política para a implantação da mesma, o desejo de implantá-la na cidade numa atitude de vanguarda e de inovação e por fim, uma assessoria com conhecimento e *status* acadêmico suficientes para a implantação, estariam dadas as condições políticas-administrativas adequadas para que a mesma ocorresse na cidade. Sendo assim, a psicanalista Patrícia seria responsabilizada pelo grupo político brunista para compor uma equipe de trabalho:

Naquela época, foi Rogério, que tava como secretário. Aí o Rogério me chamou e me pediu para fazer o projeto. Aí eu comecei a elaborar. E aí eu chamei uma equipe prá trabalhar e prá discutir. Nessa equipe eu chamei Renata e Renata trabalhou bastante comigo (...) eu fiz vários fóruns, agente fez várias discussões. (psicanalista Patrícia)

É neste contexto que temos a partir do ano 2000, um processo de produção de eventos que vão buscar promover a implantação da reforma na cidade. No bojo dos fóruns citados por Patrícia, encontraremos em SILVA (2007) o destaque da reportagem do Diário da Borborema na sua edição de 8 de março de 2002, quando fala do I Encontro Municipal de Saúde Mental. Este talvez tenha sido o primeiro grande evento na cidade que ocorrera ainda na gestão do Prefeito Bruno, no qual buscava se discutir, agregar e formar parcerias com os diversos profissionais para constituição de uma rede. Este encontro faria parte das ações da primeira coordenadora de saúde mental da cidade, a psicóloga Renata, que segundo ela própria diz:

Foi minha primeira ação efetiva como coordenadora de saúde mental. Lá, foi a oportunidade para reunir as pessoas interessadas na questão, reunir e conhecer. Foi um marco. (psicóloga Renata)

A reforma seria iniciada sob o aval político do Prefeito Bruno ainda no ano de 2002, que seria fundamental para começar a dar visibilidade a este projeto e de criação de uma rede de interesses e de iniciativas para a implantação da reforma. Além disso, a perspectiva de abertura desses novos serviços, com sua lógica de serviços substitutivos administrada pelo poder público, também possibilitaria retirar a verba pública do serviço privado, dando a chance do gestor público local aplicá-la diretamente e assim oferecer à população, a abertura de novas vagas de trabalho nos serviços públicos, bem como de ter maior visibilidade governamental. Tal condição atenderia ao interesse político do Prefeito Bruno, que seria o de ascender politicamente ao governo do Estado, conforme afirma a psicanalista Patrícia:

O Prefeito Bruno tinha essa abertura. E aí, quando ele foi pro governo do Estado, aí ele pediu prá eu fazer o projeto de saúde mental do governo dele. É um projeto bem avançado. (...) no dia que ele ganhou, ele disse: ‘Patrícia, nós vamos fazer a reforma neste Estado.’ E foi o Prefeito Bruno que sancionou a lei. Ele fez muito coisa, porque na época do Prefeito Bruno, a Paraíba chegou no primeiro lugar em implantação de CAPS. (psicanalista Patrícia)

A partir do fechamento do Instituto Psiquiátrico Pinel, foram abertas uma grande quantidade de vagas temporárias na secretaria de saúde de Campina Grande.¹²³ Para a seleção seria necessário apresentar o currículo e a realização de uma prova escrita. As vagas oferecidas somavam quase 100 profissionais, que estariam assim distribuídas: Médico clínico -2; Médico psiquiatra – 7; Auxiliar de enfermagem -25; Técnico em enfermagem -3; Assistente social -5; Auxiliar administrativo – 8; Auxiliar serviços gerais -7; Cuidadores – 12; Educador físico – 2; Enfermeiro -10; Farmacêutico -1; Fisioterapeuta – 2; Fonoaudiólogo – 2; Pedagogo – 3; Psicólogo – 7; Terapeuta ocupacional -3. Tal seleção valeria por um ano, sendo prorrogável por mais um ano. Entretanto, até hoje - 2013 - quase dez anos depois da abertura desta seleção, o concurso para efetivo não foi realizado.

¹²³ Jornal Correio da Paraíba, na edição de 12 de maio de 2005, dizendo que “Saúde de Campina Grande abre vagas temporárias”.

A partir da condição de gestor de Campina Grande, o Prefeito Bruno teria aspirações políticas maiores de ascender ao governo estadual, quando poderia implantar a reforma em todo Estado. Conforme podemos ver em GENTIL (1999, p.15), em outros Estados do Nordeste a lei estadual já estaria implantada, como Ceará com a Lei 12.151, 29/7/1993, Pernambuco com a Lei 11.064, 16/5/1994 e o Rio Grande do Norte com a Lei 6.758, 4/1/1995. Podemos assim observar a Paraíba estaria assim com vários anos de atraso na sua lei da reforma psiquiátrica.

Este descompasso da Paraíba em relação à Saúde mental, não se daria por conta da ausência do movimento de luta antimanicomial, mas por desinteresse político-administrativo de implantá-la no Estado. Conforme ROSAS (2001) já existiria o MLA - Movimento de Luta-antimanicomial - na Paraíba desde 1993, cujo núcleo formara-se neste mesmo ano, a partir da participação no I Encontro Nacional do movimento de luta antimanicomial em Salvador. Deste movimento surgiram algumas iniciativas de luta, tais como as discussões e denúncias sobre as condições dos internos dos hospitais Juliano Moreira e Sanatória Clifford; as promoções do I Fórum Estadual de Trabalhadores em Saúde Mental, a I Conferência Estadual de Saúde Mental, a I Feira de Amostra de Produtos e Experiências Antimanicomiais da Paraíba e o II Seminário Paraibano em Saúde Mental. Entretanto, apesar da realização de tais eventos, não se avançaria muito nos campos político, jurídico e governamental, conforme em outros Estados próximos à Paraíba. Faltaria ainda o interesse político-administrativo dos governantes do Estado para implantação da reforma e de um novo sistema jurídico-legal no Estado. Mas tal iniciativa não faltara ao futuro governador Bruno, pois já teria a experiência em Campina Grande para dar-lhe credibilidade.

Voltando-nos novamente para a realidade desta cidade, teremos a posse em abril de 2002, da então vice-prefeita Elis e a saída do então Prefeito Bruno para o governo do Estado. A partir dessa mudança na gestão municipal não teremos nenhuma alteração nas condições políticas favoráveis para continuação do processo investimento político e administrativo na reforma psiquiátrica na cidade. Pelo contrário, vemos então uma maior produção de eventos e de publicização das medidas reformistas em jornais da cidade, que alcançariam inclusive a sede do poder legislativo da cidade.

Segundo BRITO (2011) ao analisar as atas das sessões da Câmara Municipal em Campina Grande, durante o início dos anos 2000, se constataria que até o ano de 2002, a temática da loucura não estaria presente nas discussões gerais sobre a saúde na cidade.

Somente a partir de maio de 2002, com a sessão de homenagem ao dia de luta antimanicomial, é que tal temática apareceria. Seria exatamente neste instante que teríamos o início do processo de mudança no campo jurídico-legal, que se iniciara com as transformações no campo político-administrativo. Com a reforma chegando finalmente à Câmara Municipal, emergiria finalmente a figura do louco cidadão na cidade, através da 9ª Sessão Especial da Câmara Municipal, que se realizaria em 24 de maio de 2002, sob a presidência do vereador RSB, na qual estariam presentes 4 vereadores, o secretário de saúde do município, Dr. AL, a coordenadora de saúde mental, a psicóloga Renata e a psiquiatra FF, que faria a palestra do dia.

A sessão teria por objetivo discutir o dia de luta antimanicomial, debatendo e fazendo crítica às condições dos pacientes no Instituto Psiquiátrico Pinel, dando início ao processo de problematização do referido hospital, através das falas da palestrante e da coordenadora de saúde mental da cidade, sendo enfatizada a necessidade do resgate da cidadania do doente mental, nas considerações da vereadora MLB. Na fala do secretário de saúde do município, caberia a defesa da ampliação da discussão sobre o processo de antimanicomialização, apontando também o processo de instalação de um CAPS na cidade.

Vejamos que a reforma psiquiátrica, que entrara no discurso político-administrativo a partir da vontade política da sua implantação pelo Prefeito Bruno, alcança outros espaços como a sede do poder legislativo da cidade. É bom lembrar, que até maio de 2002 a cidade ainda não tinha uma legislação reformista específica sobre a saúde mental. Portanto, a entrada da discussão sobre a reforma psiquiátrica na casa que construiria legislações na cidade, seria um passo importante para a criação da referida Lei.

Desse modo, teremos no último mês deste mesmo ano o sancionamento e a publicação pela Prefeita Elis, da Lei N° 4068, que já teria sido votada e aprovada em outubro de 2002 pela Câmara de Vereadores, cuja autoria seria da Vereadora MLB. Tal lei fixa as diretrizes da saúde mental na cidade e cria no sistema jurídico-legal da cidade, o sujeito social do louco cidadão, contraposto ao louco doente mental e mercadoria. Esta lei dispõe sobre a promoção da saúde e reintegração social da pessoa portadora de sofrimento mental, conforme o artigo 2, determinando as ações e dos serviços substitutivos e dos hospitais psiquiátricos.

Encontraremos logo no seu artigo primeiro a referência ao louco-cidadão, quando afirma que “a atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão”¹²⁴. No que se refere à figura do louco doente e mercadoria, temos nesta lei um combate aberto em vários dos seus artigos, como no caso do artigo 3, quando diz que “os poderes públicos municipais, em seus níveis de atribuição, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos(...)”¹²⁵. No artigo 5, também vai nessa direção ao dizer que:

A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos.

Finalmente no artigo 24, parágrafo único, a lei preconiza que:

Fica proibido ao Município de Campina Grande, por sua administração direta, fundações, autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, nas quais detenham participação acionária, construir, ampliar, contratar ou financiar novos estabelecimentos, instituições privadas ou filantrópicas que caracterizem hospitais psiquiátricos.

Diante de todos esses artigos, ficam evidenciados que tal propositura legislativa busca a desconstrução do modelo de louco doente mental e mercadoria na cidade iniciado na década de 60, esforçando-se por instalar a figura do louco cidadão no campo jurídico legal, conforme determina diretamente o seu artigo 1, que citamos anteriormente. Este artigo é complementado pelo artigo 3 que diz da necessidade da “sua inserção na família, no trabalho e na comunidade”¹²⁶. Ao mesmo tempo, esta lei combate as práticas tradicionais do tratamento psiquiátrico clássico, tais como as de segregação, presente no artigo 6; as práticas psiquiátricas biológicas, como afirma o artigo 7; celas fortes, camisas de força, bem como outros procedimentos desumanos e violentos, conforme preconiza o artigo 8 e finalmente psicocirurgias conforme constamos no seu artigo 9. Sendo assim, todos os dispositivos que possam produzir o

¹²⁴ Lei Municipal de Saúde Mental, n. 4068

¹²⁵ Lei Municipal de Saúde Mental, n. 4068

¹²⁶ Lei Municipal de Saúde Mental, n. 4068

sujeito social doente mental são rechaçados por esta lei, para posteriormente, serem instituídos os dispositivos que produziram o louco cidadão.

Há um duplo combate expresso na lei 4068: o combate ao louco mercadoria, que é algo específico de Campina Grande pela existência de instituições psiquiátricas privadas, como também o combate ao louco doente mental, tratado pela a psiquiatria clássica, com os quais seriam utilizados as mais diversas técnicas invasivas e de controle, com base no discurso de uma psiquiatria organicista. Tal condição legislativa e jurídico-legal em 2002 será fundamental para que se possa ampliar os discursos do louco cidadão na cidade, confrontando-se com antigos discursos que circulariam a décadas. As transformações efetivadas nos campos político-administrativa e jurídico-legal acabariam por produzir a instalação na cidade do primeiro dispositivo institucional para produção do louco cidadão na cidade, com a inauguração do primeiro CAPS da cidade, o CAPS II Novos Tempos, aberto à comunidade no ano seguinte ao sancionamento da lei, ou seja, em dezembro de 2003.

SILVA (*op. cit.*), seguindo o argumento reformista Cirilo, afirma que esse serviço traria para Campina Grande uma inovação no atendimento ao portador de transtorno mental e romperia com o modelo hospitalocêntrico. Fica muito claro através da perspectiva apontada pelas autoras, que o embate que seria travado entre os modelos de sujeitos sociais da loucura hospitalocêntrico e da doença mental como mercadoria, em contra partida ao modelo que estaria afinado com a perspectiva reformista e predominante na política de saúde mental do Ministério da Saúde, que seria do louco cidadão. Posteriormente, seria inaugurado em 2004 o CAPSad, com a finalidade de “oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool ou drogas” (*opus cit* p. 90).

Este novo sujeito social da loucura que emerge em Campina Grande a partir das práticas político-governamental e jurídico-legal, acabando por se confrontar aberta e diretamente com o modelo hospitalocêntrico, se efetivaria definitivamente através do processo de interdição do Instituto Psiquiátrico Pinel. Para isso acontecer, são construídas estratégias no entorno das forças que buscam a hegemonia do louco cidadão sobre o louco doente mental, que buscam alianças com a população e com outras instituições da sociedade. Vejamos o que diz o então secretário da saúde da época, Carlos:

Convocamos uma entrevista coletiva, em que chamamos os diversos órgãos de imprensa, explicamos o que tava acontecendo, (...) então tivemos também a imprensa ao nosso favor. (secretário Carlos)

A participação da imprensa seria decisiva para o enfrentamento. Tanto assim que por vários dias, seriam espetacularizadas as condições dos pacientes no Instituto Psiquiátrico Pinel, conforme vemos a seguir, na seguinte chamada da matéria de primeira capa que circula na cidade neste período:

Doentes nus e abandonados levam o MS a intervir no Instituto Psiquiátrico Pinel. O interventor denuncia que situação extrapola limites da tolerância humana¹²⁷

A chamada de capa deste jornal associa-se a imagem fotográfica, escancarando a condição da loucura doença mental submetida ao hospital, literalmente nua e justificando a ação dos órgãos governamentais, que denunciam não a doença, mas o abandono e a nudez dos doentes pelo modelo hospitalocêntrico, conforme vemos na fotografia de capa:



Através do jornal, a loucura vira espetáculo midiático. Se na loucura andarilha da Rainha Joana, o excesso das roupas era o que lhe caracterizaria o rosto da loucura, para a loucura doença mental, transformada agora em espetáculo de mídia, temos o do corpo nu, denunciando a irresponsabilidade do saber psiquiátrico. Transformada em

¹²⁷Jornal Correio da Paraíba, de 28 de abril de 2005

objeto de cosumo de leitores e de escândalo de notícia de uma loucura abandonada, ela agora denuncia a incompetência do saber psiquiátrico. Nesta condição, vemos o rosto da brancura e da higiene vestindo bota, calça, blusa e boné branco, protegendo-se com luva, da sujeira dos corpos nus e das paredes sem pintura.

Na página interna deste mesmo jornal, vemos as informações mais detalhadas, onde percebemos o enunciado “doentes mentais são tratados como animais”. Na imagem fotográfica, temos o destaque do corpo nu, deitado ao solo, outro de perfil, com sua nudez semi explícita, grades de contenção delimitando o limite para o fluxo e o homem da segurança, expressando através da imagem embasada, sua condição de movimento.



Fizemos um levantamento nas edições deste jornal durante os meses de março, abril, maio, junho e constatamos que nos meses de março e junho, a temática da loucura não estava pautada nos noticiários deste jornal. Somente nos meses de abril e maio é que estas notícias aparecem de forma bombástica, a partir da pactuação buscada pelo secretário Carlos. Em abril ela aparece de forma denunciadora e em maio aparece da forma que se segue:

Irregularidade em instalação leva governo a descredenciar hospital
Secretaria da saúde de Campina Grande confirma problemas no tratamento de doença mental.¹²⁸

¹²⁸ Jornal Correio da Paraíba, 18 de maio de 2005.

Os laços de aliança se ampliam, buscando novas instituições estratégicas. É feita então uma articulação com o Conselho Municipal de Saúde, como um dispositivo institucional regulador da saúde no município, conforme afirma Carlos, ex-secretário de saúde do município:

Então prá reforma acontecer aqui, prá intervenção acontecer, o Conselho Municipal de Saúde, ele foi chamado. Nós fizemos reuniões no Conselho. É. E vale dizer, no primeiro momento o Conselho resistiu. Então tivemos resistências por parte do Conselho, num ou noutro momento. Que se viu que não era uma reforma político-partidária, que não era um movimento isolado, mas que fazia parte de uma mudança de concepção, nós tivemos o Conselho como aliado.(secretário Carlos)

A articulação política busca também o apoio religioso, conforme afirma Ricardo, um dos interventores:

Um deles que eu considere importante foi o do Bispo da Igreja Católica, que tinha acabado de assumir como Bispo. (...) parece que ele era um cara progressista e aí algumas pessoas da secretaria marcaram uma reunião, eu fui, nós fomos lá conversar com ele, lá na casa dele. Explicar a situação e ele falou: ‘não, eu quero visitar o hospital’. Então ele foi lá no hospital, olhou todos os pacientes, tentou fazer uma oração lá. (Ricardo)

Sendo assim, o referido bispo acaba pactuando com a ideia da reforma também. Mas a rede de alianças não termina aqui. No campo das artes, teremos a publicação do cordel¹²⁹ que vemos a seguir:

¹²⁹ “Novos tempos para o doente mental”, de autoria do poeta Manoel Monteiro, 2004



Vejamos alguns versos extraído do referido cordel:

A palavra manicômio/Causa arrepios na gente/Por ser um lugar
sombrio/Gradeado e repelente/ Com um saldo negativo/Em recuperar
doente.

Hospital Psiquiátrico/Ou Sanatório e Hospício/Aonde o doente é/Submetido
ao suplício/De ficar preso, não trazem/Um pingo de benefício

Construíram manicômios/Em toda Federação,/“Engaiolavam-se os loucos”,
/Em regime de prisão/Onde cada um custava/ Muito dinheiro à Nação.

O Estado fez os seus,/ Particulares também,/ O “negócio” era rentável,
/Nele a grana entrava bem/Aja internar paciente/Bom, não saia ninguém.

Por muito tempo aplicou-se/Tratamento linear:/Internações
prolongadas/Medicação cavalgar,/Sessões de choques elétricos,/Isolamento
exemplar.

A Lei – dez mil e duzentos/E dezesseis – dita norma,/Nela o Deputado
PAULO/DELGADO fez a REFORMA/PSIQUIÁTRICA que hoje/As novas
regras informa.

HUMANIZAR o contato,/Cuidar da CIDADANIA/E não, jogar o
doente/Numa cela escura e fria/Por tras de grades de ferro/À título de
terapia.

Melhor do que choque elétrico/Calmante forte e prisão/Dêem aos nossos
pacientes/Afeto e compreensão/Já disse lá no início:/FECHE AS PORTAS
DO HOSPÍCIO/ABRA AS DO CORAÇÃO.

Vemos nestes versos retirados do folheto de cordel a captura da poesia pelo discurso reformista, através da crítica ao manicômio como um lugar tenebroso, que não recuperaria os doentes, mas que promoveria na verdade o seu suplício. Também uma crítica em relação ao financiamento público de um negócio privado e ao tratamento que passaria a existir nessas instituições, tais como os medicamentos que uniformizariam a todos os doentes, o choque elétrico e o isolamento dos pacientes. Por outro lado, temos um elogio à Lei 10216 que buscava humanizar, cuidar e dar cidadania ao louco, numa convocação a atitude na qual se fecharia os hospitais para se abrir os corações.

Tendo como aliados os campos político-administrativo, a mídia, a religião, o conselho municipal de saúde, a arte, o modelo psiquiátrico vai sendo colocado finalmente na condição de “monstro”¹³⁰, indo definitivamente para o banco dos réus, para ser julgado por suas práticas diante do louco doente mental. Restava ainda aos reformistas a aliança definitiva com o poder jurídico, que daria a palavra final, julgando os atos do modelo hospitalocêntrico.

É assim que em 2004, seria aberto o processo de nº 2200, na 6ª Vara Federal da Paraíba contra o Instituto Psiquiátrico Pinel. Estariam assim estabelecidos os cenários da luta definitiva entre esses dois modelos de loucura. Na mesma medida em que percebemos um processo crescente que possibilitaria uma maior discursivização sobre esse novo sujeito social da loucura, teremos um processo inverso que buscava desconstruir o modelo dominante que se instalara na cidade a partir dos anos 60 do século passado.

Quando do seu surgimento, o modelo hospitalocêntrico serviria como resposta governamental aos problemas urbanos, de saúde pública da população e ao atendimento das demandas da população e das políticas governamentais da época. Agora tal modelo passaria a ser o problema para o próprio governo. O modelo dominante agora seria o da loucura cidadã, que se ampliara através do modismo

¹³⁰ Nos referimos ao monstro apresentado por Foucault (2001), quando a Revolução Francesa faz sua primeira monstrificação através da figura de Luís XVI que cai. Para o autor, a partir daí, surgem os inúmeros monstros através da psiquiatria. Neste momento em Campina Grande, é o próprio modelo psiquiátrico que descende da monstruosidade do Rei.

desencadeado pelo discurso de cidadania. Para a política oficial do governo, a resposta dada na década de 60 para o problema da loucura, não teria mais utilidade, transformando a presença do hospital psiquiátrico em uma instituição monstruosa. Por isso mesmo o IPP vai ao banco dos réus.

Na perspectiva da crítica e do ataque em relação ao modelo hospitalocêntrico que buscaria desconstruir o sujeito social da loucura da doença mental, alguns dispositivos estratégicos já estariam estabelecidos para a acusação. Consideramos que tais dispositivos estratégicos criados pelo próprio governo, seriam fundamentais para a se fazer a crítica do modelo hospitalocêntrico. Um desses dispositivos diria respeito ao processo avaliativo estabelecido pelo PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria. Segundo o próprio Ministério da Saúde¹³¹, o PNASH seria uma das ferramentas fundamentais para a reestruturação do sistema de assistência psiquiátrica no Brasil, dentro da intencionalidade da Política Nacional de Saúde Mental em reduzir de forma programada os leitos com qualidade baixa na assistência aos pacientes. O próprio ministério assumiria que através desse mecanismo, se tornaria possível o fechamento de leitos hospitalares, ao mesmo tempo em que seria implantado um sistema de serviços que funcionaria de forma aberta e com inserção comunitária.

O PNASH/Psiquiatria criado em 31 de janeiro de 2002 cumpriria com a função de fazer vistorias nos hospitais psiquiátricos, sejam públicos ou privados, tendo sido iniciado em 2002, 2003/2004 e 2006/2007, produzindo índices avaliativos da qualidade dos serviços oferecidos pelos hospitais. Questões como os aspectos gerais da assistência, o tempo de internação, quantidade de pacientes com longas internações, presença de projeto terapêutico dos pacientes, higiene, estrutura física, alimentação, profissionais envolvidos no tratamento, medicalização etc., seriam avaliados produzindo uma pontuação que qualificaria o hospital como bom, suficiente e de baixa qualidade. Na condição de suficiente, o hospital teria que fazer adequações para uma revistoria e na condição de baixa qualidade, deveria ser encaminhado para o descredenciamento do SUS.

Vejamos que a nível federal, a partir da criação da Lei 10.216 criada em 2001, temos um dispositivo jurídico-legal que redirecionaria a política de assistência aos loucos no país, rompendo com um modelo hospitalocêntrico, onde o louco seria uma

¹³¹ <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnash.pdf>, acessado em 03-01-2011

mercadoria e um doente mental. Com o dispositivo do PNASH/Psiquiatria, se passaria a ter um dispositivo qualificador do serviço oferecido a esses loucos pelos hospitais psiquiátricos existentes, numa intenção clara de problematização dos serviços produzidos, oportunizando o redirecionamento programado na lei nacional.

No que se refere à realidade de Campina Grande, o Instituto Psiquiátrico Pinel seria submetido ao processo instituído pelo PNASH/Psiquiatria. Já na sua primeira edição em 2002 ele se enquadraria “entre as dez piores instituições avaliadas no país, colocadas em processo de intervenção federal”, como afirma CIRILO (2006, p. 57). Vejamos que as condições teóricas sobre a crítica à psiquiatria, as condições políticas e de governamentalidade; as condições jurídicas e legais; as condições midiáticas, as condições de fragmentação da psiquiatria; as condições de abertura de um novo modelo institucional através da abertura dos CAPS e finalmente as condições de problematização do hospital com a efetiva discursivização sobre a precarização do serviço psiquiátrico por ele oferecido, acabariam colocando o Instituto Psiquiátrico Pinel no banco dos réus. A partir da avaliação do PNASH/Psiquiatria, seriam dados argumentos objetivos, que justificariam as medidas de intervenção do Instituto Psiquiátrico Pinel, que se iniciaria de forma oficial em 2004, com a abertura do processo na 6ª Vara Federal da Paraíba.

Aqui destacamos que um movimento inicial totalmente desinstitucionalizado como o MTSM, estaria agora totalmente inserido no campo institucional, recorrendo inclusive às práticas de poder de polícia do Estado e do inquérito, pela luta pela hegemonia. Um dos dispositivos por ele recorridos, seria o PNASH-psiquiatria, no qual o Instituto Psiquiátrico Pinel estaria caracterizado como em “péssimas condições de funcionamento”. Outros dispositivos seriam o Relatório nº 003/2001, de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, que também constataria diversas irregularidades, recomendando “medidas de humanização dos pacientes” com urgência. Temos também a auditoria que seria realizada pela equipe técnica de supervisão, que de forma conjunta entre a secretaria Estadual da saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, realizariam uma supervisão em 13 de maio de 2002, constatando ainda uma situação de “péssimas condições do hospital”. A reauditoria realizada por essa mesma equipe em 15 de abril de 2003 em que novamente seria constatado a “não humanização das condições dos pacientes”. E finalmente o “Relatório Técnico” da inspeção realizada pela AGEVISA/PB, realizada em 19 de novembro de 2004, que

também inspecionaria a estrutura física, os equipamentos e materiais e os procedimentos técnicos, caracterizando o Hospital como não oferecendo “serviços de qualidade aos seus usuários”, com base na Lei Estadual nº 4.427/82. Estavam dados os argumentos objetivos em vários níveis de inspeção governamental, que iriam caracterizar o problema proveniente do modelo de psiquiatria hospitalocêntrica e privada como ineficiente, apresentando-o como um problema para a sociedade.

Por outro lado, também são apresentados documentos que demonstrariam que a realidade da política nacional para a saúde mental estaria na direção contrária ao modelo hospitalocêntrico. De acordo com a política nacional da saúde mental e conforme os dados que seriam apresentados pela “Política de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Brasil”, fornecido pelo Ministério da Saúde, seriam demonstradas as diretrizes do ministério na direção de uma progressiva e gradual diminuição de leitos hospitalares, garantindo-se a assistência aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, com a criação de uma rede extra-hospitalar que atenderia esses usuários. Por fim seria expressa a defesa incondicional dos direitos humanos dos pacientes e dos seus familiares. Também seria demonstrado em números o processo de progressivo de redução de leitos psiquiátricos no país, quando em 1996, existiriam 72.514 mil leitos e em agosto de 2005, esse número cai para 47.017 e apresentados a lista de 16 hospitais já fechados em todo o país.

Desse modo, fica claro que a frente institucional que envolve os três níveis de governo, quando avalia o hospital como de péssima e até desumanas condições nos seus serviços prestados e na sua estrutura física, demonstra o interesse em transformação do modelo hospitalocêntrico existente. Diante disso, seria solicitada à autoridade judiciária a solicitação do descredenciamento do mesmo. Prevendo um aumento dos problemas com o fechamento imediato do hospital, solicita a nomeação de um interventor, na intenção de “assegurar a continuidade da assistência à saúde”.

Em meio ao ritual jurídico pré-estabelecido que asseguraria a livre defesa, abre-se o espaço para a contestação e para a defesa do hospital psiquiátrico transformado agora em réu. Inicialmente é apresentada em sua defesa, fazendo críticas às precárias condições da saúde no Brasil, citando a falta de leito, a escassez de recursos financeiros, atrasos nos repasses e baixos valores pagos pelos SUS aos conveniados, caracterizando o modelo de saúde pública como “falido” e responsabilizando a União por esse quadro.

Por outro lado, também rebate a possibilidade de intervenção no hospital, por se tratar de um hospital privado, sendo tal atitude “uma violência contra o direito de propriedade”. É questionado o caráter subjetivo do sistema de avaliação realizado pelo PNASH-psiquiatria, pois “pela opinião dos usuários, todos os itens avaliados obtiveram conceitos elevados (Excelente e bom), mas na opinião dos técnicos os conceitos foram ruim ou péssimo. “Quem está com a razão então?”¹³² Pergunta a defesa, com a intenção de desqualificar o dispositivo avaliador do Ministério da Saúde.

São evidenciados nos quase 50 anos de funcionamento do hospital, o reconhecimento que lhe fora dado de utilidade pública e o alcance que sua atividade teria a toda região polarizada por Campina Grande, bem como o esforço humanizador do seu tratamento médico por ele oferecido. Afirma ainda que com a chegada do SUS, se iniciaria a um processo de desequilíbrio nas finanças do hospital, semelhante ao que ocorrera com todos os outros hospitais no Brasil, pois o “SUS não cumpriria a sua parte na medida em que remunera mal o hospital”¹³³. É anexado o faturamento do SUS do período de 2001 a 2005; a lei nº 66 de 27 de abril de 1960, que reconhece a utilidade pública do hospital para a cidade de Campina Grande; declarações de familiares defendendo o não fechamento do hospital; relação dos funcionários do hospital e cópias dos mandados judiciais, com solicitações juízes, promotores de justiça e delegados de polícia para a internação de réus com problemas psiquiátricos no hospital.

Neste embate argumentativo no campo jurídico, fica muito evidente a defesa de dois modelos de loucura no Brasil. Um modelo que oferece serviços privados, que fora privilegiado pelas políticas governamentais anteriores ao processo de redemocratização no país, onde os serviços seriam pagos pelo governo federal, através de convênios com o ministério da saúde. Tal modelo ascendera no Brasil no pós-segunda grande guerra e que seria absoluto até a saída do governo militar, priorizando a loucura como doença mental e como mercadoria que deveria ser paga para ser tratada. Por outro lado, temos outro modelo que aposta na perspectiva da saúde como um direito básico do cidadão, que deveria ser dado pelo Estado, priorizando o modelo de loucura cidadã, que iniciaria sua ascensão a partir da queda do governo militar.

¹³² Processo nº 2200, de 2004, na 6ª Vara Federal da Paraíba

¹³³ Processo nº 2200, de 2004, na 6ª Vara Federal da Paraíba

Como resposta jurídica à queda de braços entre esses dois modelos, teremos a interdição do hospital, na decisão do juiz Carlos Henrique, em 29 de março de 2005, afastando imediatamente o administrador do Instituto Psiquiátrico Pinel de suas funções, até que fosse solucionada a situação do hospital ou então realizado o seu descredenciamento. Para isso, deveria assumir a administração do hospital, o interventor Ricardo, sendo que o descumprimento da determinação judicial levaria ao pagamento de uma multa diária de R\$1.000,00 (um mil Reais).

Estava assim decretado o veredito jurídico final, último aliado que restava para a composição de forças pela construção da hegemonia do modelo do louco cidadão em Campina Grande. Desta vez, através da interpretação do juiz, não prevaleceria o predomínio da propriedade privada, conforme afirma o interventor:

Eu atribuo isso um pouco a avaliação desse juiz. Talvez, aos advogados da união, que também tiveram competência prá dialogar, prá justificar, prá debater a questão. (...) e acho que esse juiz, pelo que eu conheci dele, pouquíssimo, era um cara assim, super imparcial, assim, mas que tinha um pouco esse olhar, falar: ‘olha, não é possível agente manter uma situação assim.’(Ricardo)

O fato é que, após o descredenciamento do Instituto Psiquiátrico Pinel, criou-se as condições de possibilidade para explosão de serviços substitutivos que colocariam Campina Grande em destaque na reforma psiquiátrica brasileira, pela rapidez e pela proporção da mudança, conforme afirma Carlos, secretário de saúde do então Prefeito Aroldo, quando diz que “num espaço de tempo muito curto, foram realizadas, foram alugadas, montadas residências terapêuticas, foi feito o CAPS III, um CAPS II virou CAPS II, CAPS infantil”. Deste modo, Campina Grande seria destaque até mundial, como o mesmo afirma:

Então era muita coisa acontecendo ao mesmo tempo. Curso de especialização e saúde mental na UEPB, (...) a vinda do coordenador nacional de saúde mental prá Campina Grande, em um ano, pelo menos umas três vezes, (...) eu tive oportunidade de representar o Brasil numa conferência internacional de saúde mental, em que se comemorava 15 anos, eu acho de Caracas. Da reforma de Caracas. Eu tive a honra de ser o Brasil numa mesa, onde tava representante da Jamaica, onde tava representante da Venezuela, ou seja, e o Brasil, era Campina Grande. Campina Grande trazendo essa experiência que foi exitosa (...) então durante esse período, Campina Grande, eu até ousar dizer que era referência. Quando se falava em Brasil, olhava-se prá Santos um pouco no passado e olhava prá Campina Grande no presente. (Carlos)

Vemos uma euforia em relação ao processo que ocorreria em Campina Grande na época. Resta-nos saber se tal processo levaria efetivamente a hegemonia do louco cidadão. O modelo de uma psiquiatria hospitalocêntrica e privatista hegemônico recebe uma forte perda, restando-lhe agora uma queixa ressentida em relação às políticas do governo relacionadas à loucura:

Naquele tempo, o governo estimulava a psiquiatria. Hoje condena. Porque o presidente é um ignorante. (...) acerca de dez anos atrás, o governo federal começou a tomar um comportamento injusto com os hospitais de psiquiatria. Eu cheguei a ter aqui uma folha de 112 funcionários e ele começou a perseguir o hospital. Esse hospital chegou a ser considerado de utilidade pública e a tratar das mães de dois ex-governadores.(Dr. Eustáquio)

Em meio a tal ressentimento e nostalgia, nos perguntamos se o modelo hospitalocêntrico deixaria de existir a partir do descredenciamento e fechamento do IPP. Também nos questionamos que outras hegemonias serão compostas e qual a configuração de forças que se estabelecerá a partir de então? É o que buscaremos responder no capítulo seguinte.

3.2.Uma nova hegemonia: a ascensão do louco foracluído

É importante notarmos que o processo de ascensão do modelo de louco cidadão na cidade de Campina Grande receberia o apoio de grupos políticos que se rivalizariam por décadas na cidade. Iniciada pelo Prefeito Bruno do PSDB, efetivada pela Prefeita Elis do PT, a reforma teria continuidade e ampliação através da gestão do prefeito que faria oposição local a estes grupos, na figura do prefeito Aroldo do PMDB. Vemos assim que a constelação política emergente e dominante na cidade estaria em consonância em relação à implantação da reforma. Quanto a isso, diria Carlos, o então secretário de saúde do Prefeito Aroldo:

Porque tinha uma equipe de saúde mental, que eram os mentaleiros, que tavam ali à margem de qualquer tipo de discussão mais político-partidária. A exemplo do que acontecia em Campina Grande, era uma equipe tão forte do ponto de vista da reforma psiquiátrica, que cabia ali uma Renata, dentro de um governo Prefeito Aroldo. (Carlos)

É bom lembrar que a mãe da psicóloga Renata fora aliada histórica do grupo do Prefeito Bruno na cidade e com as colocações deste ex-secretário de saúde verificamos a existência de um direcionamento comum entre as gestões dos três primeiros governantes municipais após a virada do milênio. Tal situação permitiria inclusive a participação de históricos aliados do governo do Prefeito Bruno, no governo da Prefeita Elis e no governo do Prefeito Aroldo. Vemos que há unidade presente no interesse em comum de vários governantes em implantar definitivamente a reforma psiquiátrica na cidade. Também ao nível da verticalidade das três esferas de governo teremos essa mesma unidade, conforme o ex-secretário de saúde Carlos, que afirma:

Mas na saúde mental, houve uma sintonia muito grande, porque as pessoas que estavam tanto na equipe estadual, quanto na equipe municipal, diria também na equipe federal, eram pessoas sintonizadas com a reforma psiquiátrica e não necessariamente sintonizadas com os grupos políticos daqui. (Carlos)

O espírito de militância reformista e de interesse político unificaria a todos, independente do grupo político e do nível de governo. Por isso a reforma acontecera e de forma tão rápida. Por outro lado, iniciara-se com a psicóloga Renata, na sua condição de primeira coordenadora de saúde mental da cidade, um processo de ascensão do saber psicanalítico nos serviços substitutivos, que se ampliaria progressivamente. A mesma relata a influência teórica que teria sofrido da psicanálise na sua formação:

Optei pela psicanálise. A psicanálise me pareceu, dentre todas as abordagens que pude conhecer na psicologia, a que continha uma ética coerente e que não encarcerava o ser humano em padrões pré-estabelecidos. Para mim, as outras abordagens não contemplavam a complexidade do ser humano. Elas me pareciam, de certa forma, pequenas (...) o envolvimento continuou, ideológico e teórico, durante alguns anos, através de grupos de estudo, coordenados pela psicanalista Patrícia. (Renata)

A partir deste relato fica muito claro que a referida psicóloga acaba por fazer uma opção pessoal pela psicanálise, tendo como referencial a condição desta abordagem em olhar o mundo e o ser humano. Ela diz-se influenciada pela perspectiva teórica psicanalítica que priorizara o louco foracluído. Vale notar que a partir da implantação da reforma, a loucura ficaria órfã de uma teoria clínica hegemônica, pelo afastamento do saber psiquiátrico desse processo, já que o que predominaria era a leitura social da loucura, através do louco cidadão.

Enquanto que no período do predomínio hegemônico do modelo hospitalocêntrico, a psiquiatria exerceria o papel teórico central, agora, no período pós-reforma, teremos a ascensão na condução da reforma de outro saber, que seria o saber da psicanálise lacaniana, privilegiando o louco foracluído. Esta realidade seria possível por conta da vinculação política de psicanalíticas importantes na cidade, como o caso da psicóloga Renata e da psicanalista Patrícia, mentoras do projeto da saúde mental do prefeito Bruno. Além das duas, também a coordenadora de saúde mental e psicanalista Paula, que seria aliada política do Prefeito Aroldo, influenciaria para a ascensão e a predominância do saber psicanalítico e do louco foracluído.

Ressaltemos ainda, o poder teórico da teoria psicanalítica lacaniana, que vai levantar a discussão sobre a psicose ainda em meados do século XX e o seu confronto direto e aberto com o saber psiquiátrico. Uma forte aproximação com o poder político, junto de uma elaborada discussão teórica sobre a loucura possibilitará o crescimento vertical da teoria psicanalítica nos serviços substitutivos da cidade. É assim que ocorreria uma ampla gama de cursos, treinamentos e supervisões para os trabalhadores dos serviços dentro da perspectiva psicanalítica, que extrapolariam inclusive as fronteiras do município de Campina Grande. Vejamos o que diz Patrícia:

Eu fiz um simpósio sobre luta antimanicomial. Aí trouxemos com o dinheiro do Estado um psiquiatra que participou junto com Basaglia no movimento da Itália. André Mazeo. Trouxemos André Mazeo. (...) Aí eu fiz um projeto de curso de formação, com a proposta na linha psicanalítica (...) Então eu fiz esse programa de formação e demos o curso no Estado todo praticamente, foi um curso de 180 horas. Nesse curso de 180 horas foi dado o mesmo curso, com participação de 33 CAPS. (Patrícia)

Foi feito inclusive um projeto de supervisão de casos clínicos para os CAPS, no qual seria dado acompanhamento aos serviços a partir da orientação da psicanálise. Podemos ver assim que a psicanálise entra com toda a sua força teórica nos serviços de saúde mental de todos os governos pós-reforma, inclusive numa crítica ao modelo do louco cidadão, conforme vemos a seguir a fala da psicanalista Patrícia:

Eu fiz um projeto de curso de formação, com uma proposta na linha psicanalítica, porque eu tenho uma visão um pouco contrária a Ruth e esse pessoal, esses cursos de formação que eles dão. (...) então eu acho que os cursos acabam ficando assim, muito no nível da, vamos dizer assim, você fala da subjetividade, mas acaba ficando mais a coisa da cidadania, dos direitos individuais, que é importantíssimo, mas eu acho que tem que dar um passo além. É menos clínico. Você tem que ter uma formação clínica. (Patrícia)

É muito clara a crítica ao modelo social reformista que prioriza o louco cidadão, a cidadania e os direitos individuais. A psicanálise lacaniana, com o sujeito social da loucura foracluída, entraria como a teoria que resgataria a atividade clínica que fora descartada na reforma junto com a psiquiatria organcista. Vejamos o aprofundamento desse resgate, que continua na fala da referida psicanalista:

Porque você pode ter uma visão supercrítica da doença mental, etc e tal, mas você precisa conhecer, precisa ter os fundamentos sobre psicopatologia, você precisa saber o que é uma esquizofrenia, o que é uma paranoia, senão como é que você vai trabalhar? (Patrícia)

O argumento fundamental para a manutenção e predomínio da psicanálise lacaniana nos serviços é a manutenção da leitura psicopatológica, agora através da psicopatologia psicanalítica, que responderá pela lacuna deixada pela ausência da psiquiatria e da sua psicopatologia. Resgatar assim a atividade clínica e o poder dos saberes *psis* sobre a loucura, que desta vez estaria fundamentada no lacanismo passaria a estar na ordem do dia.

Essa postura de priorização da clínica psicanalítica também estaria presente na coordenação executada pela psicanalista Paula. Durante a sua gestão como coordenadora de Saúde Mental do município de Campina Grande nas duas gestões do governo do Prefeito Aroldo, ela traria para dar supervisão aos CAPS de Campina Grande, psicanalistas de projeção nacional como Alfredo Jerusalinsky, Luiz Andrade, Cláudia Mascaranhas, Emília Firmino, Inês Catão, Iêda F. Bernardine, entre outros. Todos eles, competentes profissionais da área de psicanálise, que trariam o conhecimento do lacanismo para os serviços e para a formação dos trabalhadores. Também seriam promovidos dois cursos de especialização para os trabalhadores dos serviços, com a chancela da Universidade Federal, nos quais a fundamentação teórica seria totalmente psicanalítica, com todos os professores desta área:

Todos. Todos. Todos, todos. Então, eles fizeram em Campina Grande, falaram muito sobre isso. Todo mundo assistiu. Como a psicanálise nos dá essa base, que você não precisa ser psicanalista, mas as estruturas clínicas, elas ajudam você, a ter um norte na condução do tratamento. Não é que você vá atender todo mundo como psicanalista, de forma alguém. Mas a questão da estrutura clínica é muito importante prá quem faz saúde mental.(Paula)

Parece-nos que a veemência e a recorrência do “todos”, para enfatizar que os profissionais eram todos psicanalistas, expressa a força e a crença na teoria lacaniana.

Se por um lado, temos o excesso de teoria psicanalítica que predominaria nos serviços por parte da fala desta coordenadora, que diminuiria a importância do louco cidadão e valorizaria a presença do louco foracluído, por outro lado, temos a centralidade de uma única abordagem teórica:

A psicanálise, eu acho, que tem muito a dar. Quando ela é bem orientada. Quando ela é bem orientada. Eu sei que eu to puxando a sardinha pro meu lado, a psicanálise lacaniana. Mas eu já passei, inclusive enquanto paciente, por várias abordagens. Eu fiz ACP, eu fiz psicoterapia de base analítica, eu fiz análise com um psicanalista que era do SEFI, que era outra linha, aquela coisa muito rígida, muito distante, que não fala, que não vê, que não olha, que não sei que. E no entanto, aonde eu achei um lugar e que eu pude ver efeitos não só em mim, mas nos meus pacientes, na minha clínica também, é com essa abordagem lacaniana. Então, eu não posso puxar pra outro lado. (Pâmela)

Temos a expressão da certeza e convicção na teoria lacaniana, que manifesta uma escolha e ao mesmo tempo a disponibiliza para os pacientes, em meio a uma postura de exclusividade teórica. No caso de Pâmela estamos vendo a opção pela psicanálise aplicada ao Instituto Psiquiátrico Esquirol, que não fora fechado pelo processo de avaliação do Ministério da Saúde. Sua fala complexifica ainda mais o jogo de forças que se debruçam sobre a loucura na cidade. A mesma é proprietária de um hospital psiquiátrico que se enquadra dentro do modelo iniciado na década de 60, ou seja, voltado para a reclusão, para o lucro e para uma psiquiatria privada, mantendo agora o predomínio do louco foracluído inclusive para os trabalhadores do hospital, mas desqualificando a figura do louco cidadão:

Então não é que é diferente, nem é oposto, nem nada, eu acho que tá junto, e o objetivo é esse: Tratar. Eu digo sempre aqui. O objetivo nosso é tratar. A socialização não é problema nosso. A socialização é do portão pra fora, com quem tem responsabilidade com o paciente, se ele não tiver sobre si. Não é nosso. (...) Nunca o hospital teve como objetivo uma socialização. O objetivo do hospital é tratar. (Pâmela)

Há assim uma exclusão e um silenciamento dos referenciais de loucura cidadã no hospital, mas por outro lado uma convivência mais ou menos tranquila entre a loucura foracluída com a loucura doença mental, fazendo com que o modelo hospitalocêntrico continue existindo forte na cidade. Por outro lado, não entra no hospital nem nos serviços substitutivos o louco cuidado, o louco indisciplinado, o louco rejeitado, o louco auto-atualizável, o louco noético, o louco possuído e o próprio louco doente mental. Tal situação de predomínio de uma única teoria faz persistir um

jogo de forças sobre a loucura na cidade que se complexifica e amplia ainda mais, não se estabelecendo sem críticas e resistências, conforme veremos no próximo item.

3.3. Novos saberes, antigas práticas de poder

A realidade da predominância do modelo de loucura foracluída em Campina Grande não se manterá sem resistências. Os demais sujeitos da loucura não são simplesmente silenciados ou deixam de existir. Na nossa análise, a manutenção de uma imposição de uma determinada teoria dominante nos serviços, é uma forma da manutenção do manicômio. Há uma hierarquização do saber sobre a loucura, sem haver uma discussão por parte da equipe na escolha da teoria ou das teorias que seriam adotadas para o trabalho. Isso impediria o diálogo entre os saberes sobre a loucura, produzindo a ilusão de que uma teoria teria o “suposto saber” sobre o louco, produzindo a imposição de um regime único de verdade.

Outro aspecto que também consideramos importante discutir está na direção do predomínio de uma determinada categoria profissional na coordenação municipal da saúde mental. Conforme vimos, na história da gestão da saúde municipal, tivemos um predomínio da Psicologia e da Psicanálise. Tal situação perpetuaria o predomínio dos saberes *psis* sobre a loucura e impossibilitando a transversalidade dos saberes pelo silenciamento em relação à loucura na história, na sociologia, na antropologia, na educação física etc .

Sobre esse aspecto da transversalidade, bem como sobre a realidade de predomínio do louco foracluído nos serviços de Campina Grande, temos a crítica dos próprios interventores, conforme vemos na fala da reformista Ruth:

A primeira coisa é o seguinte: o psicólogo, ele tem que despojar de ser ‘o psicólogo’. Que é ele que resolve. (...) você não vai lidar com louco, pensando só saúde, só o profissional. Mas uma equipe de trabalho e que tenta buscar prá essa equipe, o intersetorial. Prá colocar as pessoas na vida mesmo. Prá isso não vai ser o psicólogo, nem o psicanalista, nem o comportamental. (...) então, esse empoderamento da equipe e não de categorias (...) então tem que ter esse despojamento. ‘ah eu não sei, não fiz formação. Ah, não faço isso, eu não fiz especialidade’, tudo nosso tinha que ter um supervisor, uma formação, uma formação. (Ruth)

Quando vemos as colocações da interventora do Ministério da Saúde, falando da preocupação com o processo de empoderamento de uma determinada especialidade profissional, vemos o quanto o processo de Campina Grande está na contramão da

transversalidade, pelo predomínio dos psicanalistas e dos psicólogos. Ela inclusive faz uma comparação com o saber médico, apontando para o risco que existe em relação à postura deste saber, a partir do ato médico, criticado pelos demais profissionais da saúde: “agente gosta muito de falar do ato médico, que médico é assim, mas não é. Psicólogo é. O Terapeuta ocupacional é. O fisioterapeuta é.”

A repercussão deste empoderamento de uma profissão ou de uma teoria em detrimento das demais, se expressa no momento das práticas cotidianas. Analisemos agora situações presentes ocorridas na conferência municipal de saúde, que explicita exatamente o empoderamento de um grupo, de uma profissão, de um gestor, em detrimento de outros. Vemos na I Conferência Municipal de Saúde Mental de Campina Grande, que ocorreria nos dias 12 e 13 de abril de 2010, com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, a seguinte colocação de uma psiquiatra que se fizera presente ao evento:

Outra questão: a capacitação, como é que agente vai capacitar, falando só de um referencial teórico, tudo fica a nível de psicanálise e as outras questões, como é que agente vai trabalhar com a crise? Se a psicanálise não trabalha com crise. Então, existem muitas perguntas. Muitas pessoas tão querendo trabalhar, só que a grande maioria tá desestimulada e desesperançosa. (psiquiatra Rosa)

É interessante notar a alteração de posições na ordem do poder. Temos aqui a queixa de uma psiquiatra em relação ao empoderamento e o predomínio de uma teoria nos serviços, situação que inverte a lógica anterior de predomínio do saber psiquiátrico, mas mantém o seu modelo. Vale notar que logo após a fala desta profissional, houve palmas, gritos e assovios eufóricos pela plenária que estava totalmente cheia. A crítica que a mesma faz em relação à predominância e a verticalização do saber da psicanálise nos serviços, bem como a reação eufórica da plateia, demonstram o descontentamento e a insatisfação por conta dessa realidade, nos fazendo questionar se realmente a equipe está tendo voz e se está realmente sendo ouvida. Entendemos que, uma equipe que não tem voz e que não se sente ouvida por seus gestores, tem um perfeito ensinamento para não oportunizar a voz do louco.

Por outro lado, outra situação que marcaria a imposição verticalizada para conduzir o processo nos serviços, apresentando a manutenção do manicômio mental, se faria presente no instante em que coordenadora de uma das mesas, diz ao abrir os trabalhos da tarde:

Boa tarde. Nós temos então esses dois dias de grande responsabilidade, porque o sujeito em questão das nossas discussões não vai poder estar presente, que são os usuários e famílias todas.(Sabrina)

Fazendo uma análise dessa colocação e na medida em que concebemos que a finalidade de uma conferência municipal de saúde mental é a da participação de todos, sejam os trabalhadores, os familiares ou os usuários dos serviços, podemos perceber a verticalização do saber profissional sobre a loucura na fala desta coordenadora. Das duas possibilidades uma: ou a coordenadora não enxergaria a presença dos usuários e dos familiares ali naquele momento, mesmo estes estando presentes. Ou se sentiria na condição vertical de “suposto saber” que não enxergaria como importante seria a presença dos mesmos na conferência.

Talvez a última opção esteja correta, na medida em que em um determinado momento a mesa anuncia a decisão de não ter o intervalo da tarde para o lanche, para que os trabalhos pudessem terminar mais cedo. Tal decisão que fora tomada sem votação e sem debate, seria questionada por uma usuária. Entretanto, a mesa não lhe daria importância. A usuária novamente insiste na necessidade do intervalo, porém, o microfone que estava sendo dado a todos que quisessem se manifestar não lhe seria oferecido. Contraditoriamente, ela falaria a seguir dos filhos que lhe abandonaram, lhe virando as costas: “eu gerei, eu os gerei e eles me abandonaram”. A resposta dada pela coordenação da mesa diante de tal queixa será: “agora vamos passar a pergunta para Rodrigues”, ignorando a sua fala.

Diante disso, nos questionamos: Será que realmente a exclusão social do louco desaparecera? Será que lhe damos voz? Será que o manicômio ainda se mantém através dos comportamentos dos gestores e profissionais? Será que acreditamos que os loucos têm algo a dizer? Será que não tememos o que ele nos tem a dizer? Será que acreditamos na existência de algum saber no que ele tenha a nos dizer? São questões que pretendemos responder no trabalho etnográfico que realizamos no último item desse nosso trabalho.

3.4.O louco andarilho: um saber em metamorfose ambulante

A partir da implantação da reforma na cidade de Campina Grande, teremos a ascensão do louco foracluído, mas também percebemos um processo de retorno e de ascensão do louco andarilho na cidade, que passa a estar mais presente nas ruas, conforme constatamos no nosso estudo etnográfico, registrado em diário de campo. Aproveitamos parte dessa experimentação etnográfica junto à loucura andarilha, em que acompanhamos ao Homem da Bagagem, ao Homem do Esquadrão da Morte, ao Dono do Banco, a João, ao Operário, a Pei, ao Padre, a Chiquinho, a Louro e a Anastácio, na condição de andarilhos nas ruas de Campina Grande, deixando de lado parte do trabalho etnográfico com Roberta, Zé Lindo, Arlindo, Andarilho de Caruaru etc.

O percurso etnográfico realizado com esses tidos sujeitos da loucura andarilha na cidade, produziu-nos um atravessamento, uma experimentação das condições da loucura andarilha e das condições da cidade, nos deslocando em alguns momentos, do lugar de sujeito pesquisador, universitário, professor, psicólogo, esposo, pai de família, bioenergeticista, sociólogo, psicanalista, esquizoanalista, pequeno burguês, espírita, psicoterapeuta para o devir antropológico do louco andarilho, quando familiarizamos-nos com a condição andarilha. Experimentarmos a condição de desconstrução dos nossos próprios rostos e de nos lançarmos na cartografia da cidade de modo jamais vivenciado por um desses nossos rostos.

Iniciamos um percurso que se inicia na Rua Otacílio Nepomuceno, em frente ao terminal rodoviário, no trecho entre a rua BA e a rua JBL. Estamos exatamente na entrada do terminal rodoviário, lugar onde ficam os transportes alternativos de passageiros. Lá nos encontramos 5 horas da manhã, do dia 04 de dezembro de 2010, em meio a uma grande quantidade de carros, cujos destinos são os mais diversos, que aguardam passageiros, concorrendo com o sistema autorizado para o transporte de passageiros. O sol ainda não aparecera e em meio aquela grande quantidade de homens e seus carros, encontramos-nos com “Homem das Bagagens”, pois assim o identificamos inicialmente. Ele não se confunde com um passageiro, nem tão pouco com os motoristas, destacando-se pela rusticidade andarilha e singular de suas vestes, bagagens e comportamento. Ele logo nos percebe e tendo observado a sua agressividade momentânea com alguns motoristas, como resposta para as atitudes

provocativas para com ele, ficamos apreensivos quando o mesmo se dirige até nós, procurando falar conosco. Quando o “Homem das Bagagens” faz contato conosco, se mostra simpático e amigável, logo puxando conversa. Face enrugada e sofrida, com marcas produzidas pelo efeito solar e rugas que expressam a ultrapassagem de dificuldades e do tempo. Indiferente de como o nomeáramos, ele imediata se apresenta para nós como o “Homem do Esquadrão da Morte”. Apesar dessa apresentação e sob o efeito do nosso primeiro contato, ultrapassamos os nossos receios e a nossa ansiedade. Vamos então descobrindo aos poucos a pluralidade de seus rostos, ao saber que também é “Dono do Banco” na cidade. Seu comportamento agressivo só se manifesta quando é provocado, dando tiros com sua bengala-fone que imediatamente se transforma em espingarda, na direção dos ameaçadores. Seguimos então caminhando, vendo imediatamente que acompanharemos uma multidão. De início saímos com o “Homem das Bagagens”, mas fomos logo acompanhados pelo “Homem do Esquadrão da Morte” e pelo “Dono dos Bancos”. Do início da Rua ON, logo nos encontramos com outras figuras, como o “Maníaco-sexual”, o “Ladrão” e o “Bandido”. O Homem da bagagem chama a atenção para a presença desses sujeitos na rua e para a suas atitudes sexuais em pleno espaço urbano, no amanhecer do dia. Eles estariam “fazendo negócio errado”, diz ele. E aponta para uma mulher morta, como a vítima do “Maníaco-sexual”, que transaria com a ela morta, mesmo assim. Ouso a invocação da presença da polícia para metralhá-lo e para defendê-la desse homem que “pega a mulher na marra”. Tentamos ver o rosto do “Maníaco-sexual”, do “ladrão” e do “bandido”, até que finalmente tiramos-lhe uma foto sua em pleno ato libidinoso:



Conversamos um pouco mais, mas logo a rua se anuncia como desejo para a caminhada. Seguimos então. E repentinamente, sentamos à sombra de uma árvore, que lhe parece ser fiel companheira de acolhimento. Percebo então o início de um processo de redefinições que nos vai ocorrendo. Começo pela calçada, que se redefine como um espaço de observarmos a rua e pessoas. Vemos o “Homem das Bagagens” colocar todas as suas bolsas ao chão. Em meio a esses novos companheiros andarilhos, continuamos redefinindo os nossos conceitos. A rua não é somente um espaço para fluxo de carros, pessoas e motos. Mas é um local de parada, para assistir a intranquilidade alheia e o seu corre-corre, no desassossego do relógio que não para. Abaixo da árvore, não nos preocupamos com o tempo, nem tão pouco nosso andarilho, - ou será os nossos andarilhos? - que parece não se importar com a nossa presença. Sacolas ao chão, vemos somente a presença da bengala-fone-espingarda à mão, que como um raio, transforma-se no que for necessário, redefinindo-se, conforme a necessidade devida ou da vida. Vemos o seu ritual diante da árvore, em tocá-la uma vez. E mais outra. E mais outra. Repetidas vezes. Vemos então que após seu ritual da árvore, o “Homem das Bagagens” se dirige para o terreno vazio, no qual troca de roupa. Quando entra no terreno, não parece se preocupar com os objetos que deixa na calçada. Pensamos de imediato com a nossa ilusão de posse: ‘e os roubos?!’. Mas ninguém se importa com os seus objetos, por que ele iria se importar? Ele retira uma das camisas, das tantas que já veste, dobra-lhe e guarda-lhe em uma das tantas bolsas que carrega. Tantas vestes ao sol faz-nos lembrar da Rainha Joana, que sessenta anos atrás inaugurara a invenção do rosto andarilho na cidade. As roupas que veste tal qual os objetos que porta, não parecem seguir a lógica do mercado, mas sim a da sua própria singularidade. É assim que uma garrafa de refrigerante serviria para beber, mas também para coçar qualquer parte do corpo, inclusive a bunda. Chega então o instante de voltarmos à caminhada. A tranquilidade constante é repetidamente interrompida pelas provocações dos homens - nunca mulheres - que passam em seus carros, suas motos e a pé, irritando-o e respondendo sempre: “vai morrer!”. No percurso dessa avenida, encontramos rapidamente com “João”, que também caminha sempre nesta rua, diariamente. Quem o apresenta a nós é a “Senhora da Carroça de Burro”. A mesma se refere a “João” como um delirante conhecido, que circula por aquelas

¹³⁴ Outdoor de rua.

imediações diariamente. Como não posso me deter com “João”, sigo a caminhada acompanhando o “Homem das Bagagens”. É interessante apontar a metamorfose andarilha que nos surpreende. Encontramos agora, ao atravessarmos a rua ON, com “Pei”. Quem vai nos apresentar a ele, é um casal de idosos que lhe dá café. Eles conversam com um senhor justamente sobre a presença de Pei na rua. Aproximamos-nos para entrarmos na conversa e escutamos um senhor afirmando que “Péi” havia levado chifre da mulher e que a mesma tinha se apossado da sua aposentadoria. O outro senhor diz que se ele estivesse com dinheiro os “cabras ruins” o tomariam. Um dos senhores afirma que o seu nome seria proveniente do seu comportamento com todos na rua, pois no instante em que seria provocado, ele apontaria uma arma - ou uma bengala-fone que se transformaria em espingarda - para as pessoas e gritaria “Pei! Pei!”. Vejo então alguns meninos lhe chamando de “Pei”, momento em que ele se vira para eles e lhes dá o dedo. A cena se repete por várias vezes. “Pei” então passa a fazer parte dessa “metamorfose ambulante” que já possui o “Homem das Bagagens”, o “Homem do Esquadrão da Morte”, o “Dono do Banco” e “João”. Observamos então duas agentes de saúde que circulam pelas casas. Distanciamos-nos um pouco, para falar com elas, enquanto vejo que “Pei” está com a “bengala-fone-espingarda”, agora fazendo uso da função telefone, conversando com o secretário de segurança. As agentes de saúde dizem que trabalham naquele setor, que não conhecem aquele andarilho e que ele as esculhamba e a todos ali. Que não sabem sobre seus familiares. Pergunto-lhes se tem algum CAPS por ali e elas dizem que não sabem. Quando pergunto sobre alguma orientação da prefeitura em relação a lidar com figuras andarilhas como aquelas nas ruas, elas dizem que isso é de responsabilidade da família, mas que acham que ele não é doido. Elas afirmam que ele corre atrás das mulheres – coisa que nunca presenciamos – e que finalmente eles não são responsabilidade delas, pois elas são “agentes de saúde e não agentes de saúde ambiental”. Aham!? Não entendemos também. Enquanto isso, vemos que “Pei” ainda está ao telefone. Retomamos a caminhada. O trecho das ruas agora se altera, pois entramos na Avenida EA, na qual se intensifica o movimento de carros e os riscos de atropelamentos que são bem administrados por ele. Quando chegamos à Rua IV, passamos por um posto de gasolina em obras e vemos mais um andarilho, que desta vez toma café com alguns operários da construção civil que constroem um posto de gasolina. É o “Operário” que está sendo bem acolhido entre os trabalhadores, tomando café e conversado

animadamente com os mesmos. Perguntamos aos operários se sabem quem ele é e eles nos respondem que não sabem nem quem é, nem de onde vem, nem para onde vai, mas que diariamente ele passa por ali e que as vezes toma café com eles e até conversa bastante com eles. Perguntamos-lhes se ele fora agressivo com eles e afirmam que não. Nunca. Seguimos então a nossa caminhada. Deixamos os operários, quando nos sentamos debaixo de algumas árvores, descansando um pouco, pois o sol já estava bastante forte. Para nossa surpresa, vemos a chegada do “Padre” que passa agora benzer o seu próprio corpo continuamente e também a árvore. Após alguns instantes de benção, voltamos a caminhar na direção do açude. Sentimo-nos cansados pela caminhada, mas o cansaço parece ser uma condição unicamente nossa. Passamos pelo vigia da praça que cuida do “Grande Papai Noel Imóvel”. Assassino. Pois dizem que já matara uma criança que subira em seu colo. Seguimos a caminhada na Rua FC, deixando-a logo a seguir, quando subimos na Rua VNR, tendo cruzado a Rua Dr. SC. Antes de cruzarmos a Avenida JM, entramos na rua onde se situa o curso de Direito da Universidade. É exatamente neste instante que nos encontramos com “Chiquinho”. Ele está na barraquinha de balas em frente ao ponto de ônibus das cidades de Alagoa Grande, Itatuba, Itabaiana, Serra Redonda etc. que fica em frente da universidade. Vemos a figura do “Cobrador de Passagens”, que logo a seguir provoca “Chiquinho” gritando “alô polícia!”, como se telefonasse. Isso irrita “Chiquinho” que se volta para ele com raiva. As provocações se sucedem, até que “Chiquinho” dirige-se para o “Cobrador de Passagens” de posse de um pau, profundamente irritado, querendo atingi-lo. Mas ele corre. Percebo então que Chiquinho se irrita quando o “Cobrador de Passagens” o provoca, dando-lhe um tiro. Vemos que a intensidade das provocações já passa dos limites e quando nos aproximamos de “Chiquinho” para acalmá-lo, o vemos profundamente contrariado. Com a nossa presença, o “Cobrador de Passagens” para as provocações. “Chiquinho” está sentado agora na varanda do CEAV¹³⁵, diante da qual toda a cena de provocação acontecera. Repentinamente “Chiquinho” se irrita novamente e se volta para dentro da casa do CEAV dizendo: “vou queimar vocês dentro da rádio. Não é não, ladrão não. Devo uma porra. Ladrão é para morrer. Quer fazer ornamento com a minha cara? Vai tomar dentro do rabo”. Ficamos confusos pela situação, porque agora não havia mais nenhum motivo aparente para aquela reação

¹³⁵ Centro de Atendimento às Vítimas de Crime. Órgão da secretaria especial de direitos humanos da prefeitura de Campina Grande.

agressiva de “Chiquinho”. Aproximamo-nos então da entrada da casa e escutamos a televisão ligada no programa policial e percebemos que a resposta que “Chiquinho” estava dando era na verdade para a notícia policial que era dada pelo jornalista de forma agressiva. Isso teria estimulando a agressividade de “Chiquinho”, que pensava estar falando dele. Resolvida a situação de “Chiquinho”, voltamos novamente à nossa caminhada, que segue na direção da Avenida JM. Alguns instantes depois, passamos por um escritório de advocacia, no qual percebemos a imediata presença de “Louro”, pernambucano, poeta, cantor, sanfoneiro, pianista, mas que também era policial federal, tendo trabalhado em Itaipu e na Infraero e que agora seria dono de Paulo Afonso. Louro fala que vira um jacaré no açude e que o bicho é grande e ‘avoa’. Percebo que ele está sendo bem acolhido no escritório, recebendo inclusive uma parte do almoço de um rapaz que lá se encontra. Entretanto, vamos continuando a caminhada. O ponto final da caminhada é a antiga rua A, que hoje é conhecida como rua das castanholas. É lá que vivemos um dos momentos mais interessantes de toda a nossa caminhada. Sentamo-nos na calçada junto agora com “Anastácio”. Começamos a conversar com ele, sentando-nos na sarjeta e ele na calçada. Dialogamos sobre a vida. O clima já era agradável, a rua era tranquila e uma das mais arborizadas da cidade. A circulação de pessoas e carros era pequena para os padrões do centro da cidade. Já estamos às duas horas da tarde. Alguns transeuntes passam rindo, outros parecem nem nos perceber. Pérolas da sabedoria são apresentadas por “Anastácio” durante toda a tarde. Ficamos ali desde as duas da tarde até às cinco horas, conversando. Colhemos então algumas expressões do saber andarilho:

1. Quanto a receber de volta na vida o que se faz:

O capu do carro, nem toda hora pode tá levantando. A água tá fervendo, se o camarada levantar, pode levar uma lapada de água fervendo na cara. Na face da pessoa. Aí queima a pessoa. Tá ouvindo como é o negócio? Detiora o camarada, quer dizer, ‘o homem faz e por ele mesmo é destruído’.

2. Quanto a ter uma casa:

Mas é tranquilo assim de dia, mas à noite não dá prá passar aqui não – referindo-se à rua das castanholas – A noite é pro camarada dormir. Quando chega a noite, tem uma palavra que se diz ‘boa romaria faz, quem em sua casa tá em paz’. (...)eu desço lá prá 5 horas. Lá prá 5 horas. Devagarzim, boto os meus trocim nas costas, vou devagarzim, quando penso que não, eu chego em casa. É longe, mas eu chego. E a vida continua. O sempre é o bom desejo, de a pessoa desejar a criatura humana o que é bom. O renascer da pessoa.

3. Quanto à acolhida na rua:

Tomo café ali. ...ali eu tomo café, que a mulher me dá café, me dá coisa. Dá o maior valor a mim. A valorização é o camarada ter confiança. Graças a Deus que o bom pivô é esse: agradar e ser agradado. Amar e ser amado. Chegar em casa a primeira coisa é que o camarada que tem mamãe é dizer 'benção mamãe'. A mãe rapaz é a sugestão de tirar a roupa e cobre o filho. Vc não vê uma galinha, uma galinha com uma ninhadinha de pintim, num bota tudim debaixo das asas? Quando tá chovendo, ela cobre. É uma mãe boa. Não é não?

4. Quanto ao acúmulo de bens:

Levo roupa, um comerzim prá comer em casa. Dou uma coisinha a um, uma coisinha a outro, quando é uma pessoa boa. Quando é uma pessoa boa, eu dou uma coisinha a ele. Faço conta não.

5. Quanto à produção de objetos de consumo:

Esse tem uma formação de uma espingarda. Se serrar ela aqui (no meio), é uma espingarda, espingarda 12. Se botar um negócio aqui, não é uma espingarda é uma metralhadora.

6. Quanto à morte:

E muitas vezes o camarada chegava lá no cemitério, não enterrava, deixava o camarada lá. Não dava tempo enterrar. E as vezes o camarada se levantava e ia prá casa também. Numa doença que tinha chamado cola. Deixava prá lá, quando pensava que não, chagava em casa o homem, nuzim. E o pai dele: 'oxente, e tu não morresse fulano?' 'eu não morri não rapaz, foi um negócio que me deu, um passamento. Me dê minha roupa'

7. Quanto à sabedoria:

Aquele pé de pau não tá cheio de flor? Mas as abelha vem carregar as flores dessa árvore. A abelha vem carregar as flor dessa árvore. Carrega prá fazer o mel. (...) é bem miudim. Se você tiver com a tosse, um lambedor te cura. (...) Tem muito camarada que quer ser sabido e não é de nada. Quer ser sabido mas não é de nada. A filosofia dele, a deplomacia dele, não vale nada. (...) não fez nada de boa estatura na vida. Quer dizer, o pau quanto mais alto, mas a queda é bonita.

A partir dessas falas de um andarilho, a sabedoria do devir andarilho são reveladas para nós, questionando os rostos estabelecidos pelo saberes instituídos sobre ele mesmo. Segundo o saber andarilho, as coisas da vida é um capu que quando aberto na hora errada traz de volta a água que ferve. É uma boa romaria, um bom desejo. É como uma mãe boa que alimenta. Que constrói confiança. Que exerce a prática galinácea. Viver é um dar e receber sem conta. É ter o poder de transformar tudo em tudo que se quer. É poder enganar a morte e encontrar a verdadeira sabedoria miudinha da abelha de fazer lambedor que cura.

Caminhar com o “Homem das Bagagens”, o “Homem do Esquadrão da Morte”, o “Dono do Banco”, “João”, “Pei”, o “Operário”, o “Padre”, “Chiquinho”, “Louro” e “Anastácio”, nos faz refletir sobre a nossa condição de sabedores e poderosos, a impor rostos para a loucura. Impedimos-lhes o fluxo e as metamorfoses ambulantes de suas condições andarilhas, ao invés de experimentarmos a sensação de liberdade intensiva que eles nos oferecem, por nos ajudar a despirmos, mesmo que por instante, do nosso próprio rosto.

Qual o tamanho da queda do nosso suposto saber quando experimentamos o percurso etnográfico de acompanhar esses múltiplos rostos da loucura andarilha em plena metamorfose ambulante pelas ruas de Campina Grande? Tal condição nos faz refletir nos riscos dessa pluralidade de rostos de um único andarilho chamado pelo Registro Geral de Luiz Clemente. A sua identidade múltipla de andarilho na pluralidade das ruas da cidade enlouquecem a nossa ordem racional que busca controlar e que só nos permite um único nome. Perguntamo-nos que em meio a tantos nomes dados a Luiz Clemente, não o encontramos com o rosto de esquizofrênico paranóide e respondemos que sob a proteção das ruas, o saber-poder psiquiátrico ou psicanalítico é isolado.

A sua pluralidade e a metamorfose ambulante expressam a condição do devir humano que tem a coragem, a obrigação ou a inevitável condição de se entregar ao fluxo. Por outro lado, a postura agressiva, provocativa e raivosa que sempre constatamos dos “cidadãos” diante dele, manifestam toda a ira da ordem sobre o nômade, a desordem, o caos, a resignificação e o fluxo, demonstrando a nossa própria incapacidade de lidar com tais condições em nós mesmos. Por agora, tais condições só nos remetem ao riso e nunca a saída intensiva e potente de perder o rosto e encontrar o devir, redefinindo a nós mesmo, ao nosso mundo e aos nossos saberes e poderes.

CONSIDERAÇÕES (In) FINDAS

Finalizando os nossos escritos, o leitor ainda talvez esteja se perguntando sobre o fato de em meio a tantas significações sobre a loucura, como a conceituamos neste texto. O que seria a loucura para nós ou qual o modelo que adotamos? Gostaríamos de esclarecer inicialmente que estamos plenos de todos os discursos apresentados até aqui, por sermos atravessados por eles na ordem discursiva. Entretanto, consideramos que o nosso texto deixa claro o nosso propósito de não estabelecermos uma conceituação definitiva para a loucura, rostificando-a conforme uma teoria que pudesse dar cabo de um significado absoluto. Como a entendemos, a loucura escapa à dominação exclusiva de uma leitura teórica; escapa ao domínio de um campo do saber; escapa ao predomínio do desequilíbrio entre a razão e a emoção; escapa ao embate moderno entre a razão e desrazão; escapa a tentativa às de socialização. Loucura é escapismo e fluxo. É devir.

Não nos importa em que domínio está assentado a verdade sobre a loucura nem a verdade absoluta, naturalizada, que é dita sobre ela. O que nos importa é o uso que tal teoria ou saber faz dentro de um regime de verdade, para a produção de poder em torno de si mesma, cujo caminho subverte toda a vida em teoria, metodologia e objeto. Consideramos importante para qualquer teoria, ter a noção do tamanho da cama de Procrustes¹³⁶ que utiliza como medida para o que chama de loucura. De outro modo ela será totalmente inútil. Acreditamos que a única forma de impedir o poder pretensamente absoluto desta cama, é estabelecer uma relação dialógica com outros saberes, na submissão a uma autocrítica do seu narcisismo para não se apegar ao seu próprio rosto projetado no espelho.

Vimos aqui, algumas das diversas invenções sociais explicativas da loucura. Também vimos que a partir de uma determinada configuração de forças, algumas delas alcançam o patamar de hegemonia por um determinado tempo e espaço histórico. Tal configuração que lhes favorecem a ascensão de um discurso de verdade sobre a loucura e possibilitam o exercício de poder sobre as demais formas explicativas,

¹³⁶ Segundo KURY (1990), Procrustes era um assaltante que roubava os viajantes entre Mêgara e Atenas, obrigando-os a deitarem-se num leito sob o qual eram medidos, sendo cortados se fossem maiores do que a cama e esticados se fossem menores.

fazendo crer a todos como sendo a explicação natural e naturalizada que deve predominar. Vimos que as práticas discursivas sobre a loucura buscam uma construção explicativa e conceitual da mesma com a pretensão não explícita desse empoderamento. Pudemos observar a condição temporária de tais hegemonias, pelas quedas inevitáveis que acabam ocorrendo e pela ferrugem interna aos seus próprios saberes. Vimos as diversas composições rizomáticas que se estabelecem no subterrâneo de cada saber e que vai desconstruindo a pretensa hegemonia e o próprio saber. Entretanto, algo que não vimos em nenhum momento neste texto, foi qualquer um dos saberes apontarem suas limitações, seus fracassos, suas incompetências e seus insucessos. Suas falibilidades são silenciadas pela intencionalidade do seu saber-poder o que não lhes favorecem o trabalho dialógico, pelos medos da desqualificação e do trabalho em comum.

Não estamos questionando a capacidade de inventividade teórica que é inerente à criatividade humana. Nem tão pouco as diferenças teóricas que fazem parte da forma do pensamento descontínuo e de rupturas. O que questionamos são as tentativas de paralisação do fluxo, do sabor absoluto da empada na última azeitona posta, que levam ao risco do absolutismo e ao exclusivismo teórico, produzindo poder e eliminando a própria capacidade criativa de afetação. As invenções sociais fazem parte da criatividade humana, como respostas a questões locais. Questionamos a tendência colonizadora ou imperialista, que busca produzir a resposta exclusiva, absoluta e poderosa, produzindo o silenciamento de tantas outras, pela ânsia de poder.

Se esse nosso trabalho nos leva a refletir sobre isso, afirmando a força movediça que impele ao movimento, nos damos por satisfeitos, já que questionamos o caráter definitivo de cada uma das verdades inventadas, que se proponha a responder e redimir a loucura de forma absoluta. Conforme vimos no final do texto, a tida loucura despida de arranjos teóricos possui suas verdades e tem capacidade de ensinar aos nossos saberes. E para nós, uma de suas maiores lições é a sensação de desrostificação, que nos retira as máscaras e as maquiagens, filiando-nos ao plural, ao diferente, ao movimento, ao fluxo e ao respeito a qualquer forma de vida.

REFERÊNCIAS

- AGRA DO Ó, Alarcon, **Relatos de males: notas acerca dos modos de adoecer na Paraíba Imperial**, in A Paraíba no Império e na República: Estudos de História Social e Cultural, 3ª. Edição, Campina Grande: EDUFCG, 2006.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de, **História: a arte de inventar o passado - Ensaios de teoria da história**, Bauru: Edusc, 2007.
- ALMEIDA, Elpídio, **História de Campina Grande**, Campina Grande: Edições da livraria pedrosa, 1962.
- ALVERGA, Margit E. Reinecke, et all, **Análise Existencial e Logoterapia**, Natal, 1997.
- AMARANTE, Paulo, **Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatriano Brasil** . In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Organização: Paulo Amarante, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84
- _____, (coord.), **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995
- _____, **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1996
- AMBROZANO, Rosemeire Macedo, **Refletindo a história da enfermagem e do cuidado**. Porto Alegre, 2011, p. 01 in <http://www.ufrgs.br/eenf/ensino/graduacao/enfermagem/atividades-de-ensino/enf01001-fund.-do-cuidado-humano-i/material-de-apoio/a-evolucao-da-enfermagem-a-historia-da-enfermagem>. Acessado em 21-03-11.
- ANDRADE, Maria Margarida de, **Introdução à metodologia do trabalho científico**, São Paulo: Atlas, 1993.
- BARROS, Aidil de Jesus Paes de, LEHFELDE, Neide Aparecida de Souza, **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**, Petrópolis: Vozes, 1990.
- BATISTA, Patrícia Serpa de Souza, **Ética no Cuidar em enfermagem: discurso de enfermeiros assistenciais**, João Pessoa: UFPB, 2001.
- BEZERRA, Francisco Chaves, **História, cultura e ensino superior na Paraíba: Implantação, estadualização e federalização**, Seculum - Revista de História, João Pessoa, jul/dez 2006. in

http://www.cchla.ufpb.br/saeculum/saeculum15_dos03_bezerra, acessado em 22-4-2011

BRITO, Fátima Saionara Leandro, **Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande - PB**, Recife: UFPE, 2011.

CÂMARA, Epaminondas, **Datas campinenses**, Campina Grande: Ed. Caravela, 1988.

CAMPOS, R. F., **A Abordagem Centrada na Pessoa na história da psicologia no Brasil: da psicoterapia à educação, ampliando a clínica**, Psic. da Ed., São Paulo, 21, 2º sem. de 2005, pp. 11-31 <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psie/n21/v21a02.pdf> acessado em 10-03-12)

CANABRAVA, Danielly de Souza, **Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934**, Revista eletrônica de Enfermagem, Goiás, 2010, in <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a21.htm.inhttp>, acessado em 14-03-2011

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto, **O trabalho do Antrópologo**, 2. Ed. Brasília: Paralelo 15, São Paulo Editora ENESP, 2000.

CARRARA, Sérgio Luiz, **A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil**, Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. v.20 n.1 São Paulo abr. 2010. In: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-12822010000100004&script=sci_arttext acessado em 04-05-2011

CAVALCANTE, Lúcia E., Infocência, São Luiz, v. 4, p. 52-67, 2004, in <http://www.brapci.ufpr.br/download.php?dd0=15927> acessado em 30-01-2011.

CIRILO, Lúcia Sales, **Novos tempos: Saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares**, Campina Grande: UEPB, 2006.

CORREIA, Ludmila Cerqueira, **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental autoras de delito**. L'altro diritto - Centro di documentazione su cárcere, devianza e marginalità - ISSN 1827-0565, in <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/abstract.htm>, acessado em 05-05-2011.

COSTA, Augusto Cesar de Farias, **Direito, Saúde mental e reforma psiquiátrica**, in ARANHA, Márcio Iorio (org), Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Direito sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do

Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. in [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito sanitarioVol1](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol1), acessado em 02-04-2011.

COSTA, Emília Viotti da, **Da monarquia à república: momentos decisivos**/Emília Viotti da Costa. – 6.ed. – São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

COSTA, Jurandir Freire, **História da psiquiatria no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora documentário, 1976.

_____, **Ordem médica e norma familiar**, Rio de Janeiro: edições Graal, 1989.

CRESSON, André, **A filosofia antiga**, São Paulo: Difusão Européia do livro, 1954

CUNHA, Celso Ferreira da, **Gramática da língua portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Fename, 1976.

DAL POZ, Mário Roberto, LIMA, José Carlos de Souza, PERAZZI, Sara, **Força de Trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica**. **Physis vol.22 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2012** in http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000200012&script=sci_arttext

Acessado em 03-04-2011

DELEUZE, Gilles, **Diferença e repetição**, Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens** [trad. Sandra Regina Netz] 2a ed. Porto Alegre:Artmed, 2006.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da, **Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na prática**, Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007. UNESP disponível em: <http://www.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>, Acessado em: 04-03-2011.

DEWALD, Paul, **Psicoterapia: uma abordagem dinâmica**. Porto Alegre: Artes médicas, 1981.

DINOÁ, Ronaldo, **Memórias de Campina Grande**, V. 1, 1993.

DOSSE, Francois, **Gilles Deleuze e Félix Guattari: biografia cruzada**, Porto Alegre: Artmed, 2010.

ESCORES, S; TEIXEIRA, L, **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista**. In Giovanella, L. ET AL. (org),

Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333-384)

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila Cespede, **O processo diagnóstico das psicopatas do Hospital Nacional de Alienados: entre a fisiologia e os maus costumes de 1903-1930**. Revista Estudos e pesquisa em psicologia Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 697-718, 2011

FERNANDES, Cleudemar Alves, **Análise do discurso: Reflexões introdutórias**, São Carlos: Editora Claraluz, 2008.

FIGUEIREDO, Luiz Cláudio, **As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea**, São Paulo: Escuta, 2009.

FOUCAULT, Michel, **A Arqueologia do Saber**, 7. Ed, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____, **A Hermenêutica do sujeito**, São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, **A ordem do discurso - Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2-12-1970**, São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____, **História da loucura: na idade clássica**, São Paulo: Perspectiva, 2007.

_____, **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. Cap. 1, p. 1-14.

_____, **O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France**, São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, **Os Anormais: curso no Collège de France**, São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FREUD, Sigmund, Obras Completas, **Neurose e Psicose**, Vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago editora Ltda, 1976.

FUGANTI, Luiz, **Onde há presença da potência o poder não cola**, transcrição da palestra proferida durante o I CULPSI - Cultura & Psicologia, Faculdade de Psicologia, Tecnologia e Ciências, Vitória da Conquista, 2007. In <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/onde-ha-presenca-da-potencia-o-poder-nao-cola-conferencia-transcrita>, acessada em 02-01-2010

GENTIL, Valentim, **Uma leitura Anotada do projeto brasileiro de “Reforma Psiquiátrica”** REVISTA USP, São Paulo, n.43, p. 6-23, setembro/novembro 1999, in <http://www.usp.br/revistausp/43/01-valentim.pdf>). Acessada em 02-02-2012

GOMES, W. B., HOLANDA, A. F.; GAUER, G, **Psicologia Humanista no Brasil**, Gomes, W. B., Holanda, A. F., & Gauer, G. Museu Virtual da Psicologia no Brasil

Porto Alegre: MuseuPSI, 2004. in [Documents and Settings\user\Meus documentos\AApesquisaDOC\logoterapia\MuseuPsi.mht](#), acessado em 20-01-2011

GUÉRON, Rodrigo, **O ódio e o medo como dispositivo de controle**, Vigilância, Segurança e Controle Social na América Latina, Curitiba, 2009. In www2.pucpr.br/reol/index.php/SSSCLA?dd1=2687&dd99=pdf, acessado em 20-04-2011

GUERRA, Alba Gomes, CARVALHO, Glória Maria Monteiro de, **Máscaras da violência: fendas na relação especular**, Psicol. estud. vol.12 no.2 Maringá May/Aug. 2007.
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000200019&script=sci_arttext,
 acessado em 02-07-2011

ISAIA, Artur César, **Ordenar progredindo: a obra dos intelectuais de umbanda no Brasil na primeira metade do século XX.** revista Anos 90, porto alegre, n.11, 1999.

Jornal do I C A N E R F, Ano I, N. I, 1981

KARDEC, Allan, **O livro dos Espíritos**, 3. Ed. Rio de Janeiro: FEB, 2007.

_____, **O livro dos Médiuns: espiritismo experimental - guia dos médiuns e dos doutrinadores**, 2. Ed., São Paulo: FEESP, 1989.

KURY, Mário da Gama, **Discionário de Mitologia grega e romana**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

LACAN, Jacques, **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade**, Rio de Janeiro: Forense Universitári, 1987.

LAPLANCHE, Jean, **Vocabulário da Psicanálise**, São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LUIZ, André (espírito), **Nosso Lar**, 59. Ed, Rio de Janeiro: FEB, 2007.

LUIZ, André (espírito), **Os Mensageiros**, 44. Ed, Rio de Janeiro: FEB, 2007.

LUKAS, Elisabeth, Logoterapia, **“A força desafiadora do espírito” - Métodos de logoterapia**, Santos: Edições Loyola, 1986.

LUZ, Madel Therezinha, artigo da fiocruz **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80**, Revista de Saúde coletiva, Vol. I, Número I, 1991.

MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil**. Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatrica-no-brasil>>. Acesso em: 25 maio 2011

MACHADO, Leila, **Ética**, In: BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.), *Psicologia: questões contemporâneas*. Vitória: EDUFES, 1999.

MACHADO, Leila, LAVRADOR, Maria Cristina Campelo, **Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo, Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco**. Revista Vivência. UFRN/CCHLA, nº 32, p. 79-95, 2007

MACHADO, Roberto, **Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

_____, **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____, **Deleuze, a arte e a filosofia**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2009.

MAIA, Fernandes, **O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera política**, Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol.17, n.48, São Paulo, 2002 in <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092002000100010>, acessado em 24-12-2010.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira, **Alienação e trabalho**, *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* v.14 n.1 São Paulo abr. 2003 in http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S141591042003000100006&script=sci_arttext Acessado em 02-05-2011

MARINHO, Ana Cristina da N, **Políticas Públicas de Saúde: reforma psiquiátrica no contexto do município de Campina Grande**, Campina Grande: UEPB, 2003.

MEDEIROS, Tácito, **Uma história da psiquiatria no Brasil**, in SILVA FILHO, João Ferreira da; RUSSO, Jane Araújo (org), *Duzentos anos de psiquiatria*, Rio de Janeiro: Relume Dumará Ed., UFRJ, 1993.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, Fabiana. **História oral: como fazer e como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

MESSAS, Guilherme Peres, **O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental**, *Hist. cienc. saude-Manguinhos* vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2008, In: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100005, acessado em 02-02-2011

MOREIRA, Juliano, **Notícias sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905)**, Rev. latinoam. psicopatol. fundam. vol.14 no.4 São Paulo Dec. 2011, in http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400012, acessado em 02-03-2010.

MOREIRA, Maria Inês Badaró, CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de, **Residências terapêuticas e comunidade: A construção de novas práticas antimanicomiais**. Psicologia & Sociedade; 23 (3): 545-553, 2011

MOTA, R. R. de Alencar; DAVID, H. M. S. Leal, **A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?** Trab. educ. saúde, vol.8, n.2, Rio de Janeiro, July/Oct. 2010, in <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000200004>, Acessado em 22-12-2010

NEVES, André Lemoine, **As primeiras experiências de implantação do urbanismo e da administração portuguesa no Brasil: o caso da Vila de Igarassu, Pernambuco - 1535-1632**. Mneme – Revista de Humanidades. UFRN. Caicó (RN), v. 9. n. 24, Set/out. 2008. Disponível em www.cerescaico.ufrn.br/mneme/anaais acessado em 05-05-2011.

NUNES, Edson de Oliveira, **A aventura sociológica: Objetividade, Paixão, Improviso e método na pesquisa social**, Roberto Da Matta, O ofício de Etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. Rio de Janeiro: Hahar editores, 1974.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo, **Apresentação a “Insânia loquaz” (Jobim, 1831) e a “Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro” (Sigaud, 1835)** São Paulo: Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental, v. 8, n. 3, septiembre, 554-556, 2005, in <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=233017541012>, acessado em 05-01-2011

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo, **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**, História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol.12 no.3 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2005 in http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702005000300018#qu [a1](#), acessado em 03-03-2011

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo & DALGALARRONDO, Paulo, **O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria**. São Paulo: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VII, 1, 128-141,

2004, In <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=233017778012>, acessado em 10-05-2011.

OLIVEIRA, Alessi, **O Trabalho de enfermagem em Saúde Mental: Contradições e potencialidades atuais**, Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):333-40.p.335, in <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>, Acessado em 04-03-2011

OLIVEIRA, José Henrique Motta de, **Eis que o caboclo veio à Terra “anunciar” a Umbanda, História, imagem e narrativas**, n. 4, ano 2, abril, 2007. In <http://www.historiaimagem.com.br/edicao4abril2007/caboclo>, acessado em 04-04-2011

_____, **Entre a Macumba e o Espiritismo: uma análise comparativa das estratégias de legitimação da Umbanda durante o Estado Novo**, Caos - Revista Eletrônica de Ciências Sociais Número 14 – Setembro de 2009 Pág. 60 – 85 in www.cchla.ufpb.br/.../3Entre%20a%20macumba%20e%20o%20espitismo, acessado em 23-03-2011.

PADILHA, Maria, I. C. de Souza; MANCIA, Joel Rolim, **Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história** Revista Brasileira de Enfermagem, vol.58, no.6, Brasília, Nov./Dec. 2005, in http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600018&script=sci_arttext, acessado em 21-03-2011

PAPELBART, Peter, **Um convite à cultura: nem o império da ordem, nem a inércia do caos**, in LEBOSQUE, Ana Maria (org), Caderno de saúde mental, Belo Horizonte, 2006.

PATTO, Maria Helena Souza, **Estado, Ciência e Política na Primeira República: a desqualificação dos pobres**. Revista Estudos Avançados, vol. 13, n. 35, São Paulo, Janeiro/Abril, 1999. In http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100017&script=sci_arttext, acessado em 03-06-2011.

PAULA, Richard Negreiros de, **Um doutor contra doutos leigos: Teixeira Brandão e suas opiniões quanto ao poder de decisão sobre a custódia médica**, Revista de História, n.160, São Paulo: jun. 2009, in: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S003483092009000100011&script=sci_arttext, acessado em 02-02-2011

PERRUSI, Artur. **Imagens da Loucura: representação social da doença mental na psiquiatria**. São Paulo: Cortez, 1995

_____, Artur. A lógica asilar acabou? Uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica. IN: FONTES, Breno Augusto & FONTE, Eliane Monteiro (orgs).

Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora UFPE, 2010

PIMENTEL, Cristino, **Pedaços da História de Campina Grande**, Campina Grande: Livraria Pedrosa, 1958.

PORTELLI, A., **Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na história oral**, In: ética e história oral. Projeto História. Revista do programa de estudos pós-graduados em História e do departamento de história da PUC-SP, São Paulo, v. 15, 1997, p. 13-49.

PRANDI, Reginaldo, **Modernidade com feitiçaria: candomblé e umbanda no Brasil do século XX**. Tempo Social; Rev.Sociol. USP, S. Paulo, 2(1): 49-74, 1.sem. 1990. in <http://www.fflch.usp.br/sociologia/temposocial/site/images/stories/edicoes/v021/modernidade.pdf> acessado em: 03-03-2011.

_____, **O Brasil com axé: candomblé e umbanda no mercado religioso**, Estudos avançados, v. 18, n. 52, São Paulo, sept/dec, 2004 p.223. in http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000300015 acessado em: 03-03-2011.

PRIORE, Mary Del, **Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino**, in PRIORE, (org), Mary Del, **História das Mulheres no Brasil**, 9. Ed, São Paulo: Contexto, 2009.

RAGO, Margareth. **O efeito-Foucault na historiografia brasileira**.Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 7(1-2): 67-82,outubro de 1995

REIS FILHO, Nestor Goulart, **Evolução urbana no Brasil**, São Paulo: Livraria editora pioneira, 1968.

Revista Dr. Maia: 35 anos - Clínica Psiquiátrica, Edição Comemorativa, 2001.

RIVAS, M. E. G. B. M. **O mito de origem: uma revisão do ethos umbandista no discurso histórico**. São Paulo: FTU, 2008, in www.ftu.edu.br/ftu/images/stories/producoes.../Mito_de_Origem.pdf, acessado em: 02-02-2011.

ROCHA, Leila Alves, **Caridade e poder: A irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1871-1889)**, Campinas: UNICAMP, 2005. In <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000378850> acessado em 03-05-2011.

ROGERS, Carl R. **De pessoa para pessoa: o problema de ser humano - Uma nova tendência na psicologia**, 4. Ed, São Paulo: Pioneira, 1991.

_____, Carl R. **Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não diretiva**, V. 1, 2. Ed, Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

ROHDE, B. F., **Umbanda, uma Religião que não Nasceu: Breves Considerações sobre uma Tendência Dominante na Interpretação do Universo Umbandista**, Revista de Estudos da Religião março, 2009, pp. 77-96, In http://www.pucsp.br/rever/rv1_2009/t_rohde acessado em 04-04-2011

ROSAS, Silvana Salvador, **O movimento de luta antimanicomial na Paraíba e o seu significado para a reforma psiquiátrica no Estado**, João Pessoa, UFPB, 2001

RUSSO, Jane Araújo, **O mundo psi no Brasil**, Coleção Descobrimos o Brasil, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002

RUSSO, Jane Araújo, **Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil**, in SILVA FILHO, João Ferreira da; RUSSO, Jane Araújo (org), Duzentos anos de psiquiatria, Rio de Janeiro: Relume Dumaré Ed., UFRJ, 1993.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira, **O processo de desinstitucionalização da atenção em saúde mental no município: visão dos profissionais sobre a experiência da residência terapêutica**, Campina Grande: PIBIC/CNPQ/UEPB, 2007.

SCCOUGLIA, J. B. Cavalcanti; TAVARES, M. Dantas, **História e Memória da Igreja da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba**, Santos: Lazer & Turismo, v. 6, n. 8, out.-nov.-dez./2009, p.12-33. in www.unisantos.br/pos/revistapatrimonio. Acessado em 10-05-2011.

SILVA FILHO, Edvaldo Brilhante da, **História da Psiquiatria na Paraíba**, João Pessoa: Santa Clara, 1998.

SILVA FILHO, João Ferreira, (org) Duzentos anos de psiquiatria, Rio de Janeiro: Relume Dumaré Ed., UFRJ, 1993.

SILVA FILHO, Lino Gomes, **Síntese histórica de Campina Grande: 1670-1963**, João Pessoa: Editora Grafset, 2005.

SILVA, Priscilla Maria de Castro, **A reforma psiquiátrica no município de Campina Grande-Pb à luz da história oral temática**, Campina Grande: UEPB, 2007

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista, **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**, Revista Latino-americana de Enfermagem, 2005 julho-agosto; 13(4):591-5., in

SIMIS, Tereza Cristina; ARRUDA, Simone Araquã de, **As prospecções arqueológicas e arquitetônicas para o projeto de consolidação das ruínas da igreja**

de Nossa Senhora da Misericórdia/Igarassu (Pe). Recife: Aric, Architecton - Revista de arquitetura e urbanismo, Vol 01, n. 01, 2011. In <http://www.faculdedamas.edu.br/revistas/index.php/arquitetura/article/view/62/51>.

Acessado em 13-05-2011.

SYLVESTRE (1993) Josué, **Da revolução de 30 à queda do Estado Novo: fatos e personagens da história de Campina Grande e da Paraíba (1930/1945)**, Brasília: Senado Federal, Centro gráfico, 1993.

SOARES, Marcos Hirata, **Recorte histórico da psiquiatria e do campo da enfermagem psiquiátrica brasileiras**, Revista Salus, Guarapuava-PR. Jan./Jun. 2008, 57-66

SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos, **Corpos Hígidios: o limpo e o sujo na Paraíba (1912-1924)**, João Pessoa: UFPB, 2011

SOUSA, Fábio Gutemberg Ramos Bezerra de, **Campina Grande: cartografias de uma reforma urbana no Nordeste do Brasil (1930-1945)** Rev. Bras. Hist. vol.23 no.46 São Paulo 2003 in <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01882003000200004>, acessado em 01-04-2011

_____, **Territórios de Confrontos**: Campina Grande: EDUFCG, 2006.

SOUSA, Maria de Fátima Nóbrega, **Clarividências de uma doutrina: A história do espiritismo em Campina Grande**, Campina Grande: UEPB, 2003.

SOUZA, Luiz Eduardo Simões de, **Políticas públicas em São Bernardo do campo no pós-guerra: 1945-1964**, São Paulo: USP, 2002.

TENÓRIO, Fernando, **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**, História, Ciências, Saúde . Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002 in <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>, acessado em 07-02-2011

THOMPSON, P. **A voz do passado – História Oral**. 2. edição. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

TUDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (orgs) **Cidadania e Loucura - Políticas de saúde mental no Brasil**, 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

VELHO, Gilberto, (1979) **Umbanda e loucura**, in Desvio e divergência: uma crítica da patologia social, Org. Gilberto Velho, Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979)

ZIMERMAN, David, **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**, Porto Alegre: ARTMED Editora, 2001.

ANEXO I

LISTA DE ENTREVISTADOS E CITADOS

NOME	PSEUDÔNIMO	DATA DA ENTREVISTA	RAMO DE ATIVIDADE	TEMPO/FONTE/INSTITUIÇÃO
JR	Dr. Eustáquio	27-04-2010	Psiquiatra	1 h 40 m
GB	Dr. Eufrásio	04-11-2010	Psiquiatra	1 h 13 m
ED	Dr. Eusébio	03-02-2011	Psiquiatra	1 h 30 m
JÁ	Dr. Eudes	03-11-2010	Psiquiatra	1 h 42 m
TG	Prof ^ª . Tereza.	05-09-2011	Professora	Questionário
MC	Prof ^ª . Sofia.	03-06-2011	Professora	Questionário
JM	Prof ^ª . Giovana.	05-03-2012	Professora	Questionário
DM	Prof. Diniz.	05-07-2011	Professor	1 h 39 m
MG	Profa Darlene.	23-03-2011	Professora	0 h 46 m
GG	Prof. Luiz.	23-03-2011	Professor	0 h 22 m
RF	Prof. Roberta.	03-05-2011	Professora	0 h 42 m
VM	Pai Pedro	28-01-2011	Pai de Santo	0 h 55 m
ED	Pai Paulo	11-12-2010	Pai de Santo	1 h 28 m
CA	Pai Patrício	13-01-2011	Pai de Santo	1 h 16 m
SB	Pai Peixoto	21-11-2011	Pai de Santo	0 h 29 m
SP	Emília	02-02-2011	Espírita	Questionário
AC	Ednaldo	05-02-2011	Espírita	Questionário
LG	Evilásio	19-02-2011	Espírita	1 h 25 m
VL	Eudes	21-02-2011	Espírita	0 h 42 m
FL	Ruth	14-05-2010	Reformista	2 h 35 m
FK	Ricardo	23-11-2010	Reformista	1 h 57 m
VB	Renata	04-05-2011	Reformista	Questionário
LS	Raquel	03-06-2011	Reformista	Questionário
MB	Seu Iremar	19-07-2010	Idoso	1 h 33 m
DM	Dona Irene	20-07-2010	Idosa	2 h 30 m
GG	Patrícia I	05-08-2011	Psicanalista	1 h 32 m

GG	Patrícia II	20-09-2012	Psicanalista	0 h 35 m
AA	Paula	23-07-2011	Psicanalista	0 h 35 m
CM	Pâmela	08-02-2011	Psicanalista	1 h 17 m
LC	Antônio	De 05-01-2-11 A 26-01-2011	Andarilho	Diário de campo 18 p.
DM	Ana	26-01-2011	Esposa Andarilho	0 h 35 m
GM	Carlos	24-11-2010	Gestor local	0 h 31 m
JAS	Capitão Leandro	Citado	Espírita	HEMN
Dr.EL	Dr. Soares	Citado	Médico	CG
AS	Prof. Fausto	Citado	Psicanalista	I C P
LA	Prof. Xavier	Citado	Psicanalista	C B P
IZ	Profa. Sandra	Citado	Professora	UEPB
MJ	Profa. Marta	Citado	Professora	UEPB
EH	Profa. Regina	Citado	Professora	UEPB
AL	Prof. André	Citado	Professor	UEPB
LM	Letícia	Citado	Psicanalista	I C P
AD	Andréia	Citado	Enfermeira	UEPB
CB	Nivaldo	Citado	Professor	UEPB
PO	Laércio	Citado	Professor	UFCG
FS	Prof. Sílvia	Citado	Professora	UEPB
VCS	Prof. Vamberto	Citado	Professor	UEPB
LSPO	Henrique	Citado	Funcionário	Tamarineira
RLV	Vitória	Pesquisado	Paciente	Prontuário
RPM	Valério	Pesquisado	Paciente	Prontuário
CBS	Venância	Pesquisado	Paciente	Prontuário
CDCC	Victor	Pesquisado	Paciente	Prontuário
AGS	Varlei	Pesquisado	Paciente	Prontuário
EAS	Wilson	Pesquisado	Paciente	Prontuário
MSC	Valentino	Pesquisado	Paciente	Prontuário
AM	Dário	Pesquisado	Coord.medicina	UFCG
VLFM	Dirce	Pesquisado	Profa. Medicina	UFCG
MLCM	Dora	Pesquisado	Profa. medicina	UFCG

JAv	Felipe	Citado	Psiquiatra	IPP
IC	IC	Citado	Prof. medicina	UFCCG
JFC	JFC	Citado	Prof. medicina	UFCCG
DR. G	Dalton	Citado	Psiquiatra	IPE
DR. M	Dantas	Citado	Psiquiatra	IPE
GSR	Denirval	Citado	Psiquiatra	IPP
MRR	Doralice	Citado	Psiquiatra	IPP
DRA E	Denise	Citado	Psiquiatra	IPE
DR. I	Dagoberto	Citado	Psiquiatra	IPE
MA	Rosinha	Citado	Médium	H. E. X
MG	Mãe Marlene	Citado	Mãe de Santo	CG
JG	Jorge	Pesquisado	Réu	Judiciário
SDC	Jacira	Pesquisado	Vítima	Judiciário
DR.SC	Dr. Jailson	Pesquisado	Perito	Judiciário
JSS	JSS	Pesquisado	Delegado	Judiciário
FNO	Jaime	Pesquisado	Escrivão	Judiciário
SM	Dr. Jonas	Pesquisado	Juiz	Judiciário
RGN	Dr. Carlos Henrique	Pesquisado	Juiz Federal	Judiciário
AAS	Ricardo	Pesquisado	Réu	Manic. Judiciário
DR. M	Dr Roberto	Pesquisado	Perito	Manic. Judiciário
FLA	Robson	Pesquisado	Paciente	Manic. Judiciário
APM	Rosemberg	Pesquisado	Paciente	Manic. Judiciário
JIG	Renato	Pesquisado	Paciente	Manic. Judiciário
JSM	Dr. João	Pesquisado	Juiz	Judiciário
RCL	Senador Felipe	Pesquisado	Senador	Senado Federal
CCL	Prefeito Bruno	Pesquisado	Prefeito	Prefeitura/Governo
VVR	Prefeito Aroldo	Pesquisado	Prefeito	Prefeitura
CB	Prefeita Elis	Pesquisado	Prefeita	Prefeitura

Obs.: Todas as transcrições foram feitas integralmente pelo pesquisador

ANEXO II

LISTA DE SIGILO DAS INSTITUIÇÕES

ABREVIACÃO	NOME FICTÍCIO
I. P. P.	Instituto Psiquiátrico Pinel - IPP
I. P. E.	Instituto Psiquiátrico Esquirol - IPE
HEMN	Hospital Espírita Mundo Novo - HEMN
C. E. V. do S.	Centro Espírita Celestial - CEC
IBP	Instituto Borboremense de Psicanálise - IBP

ANEXO III

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. Falar da formação profissional
2. Concepção, abordagem teórico-profissional, casos de atuação profissional com a loucura e inicia de atuação profissional em Campina Grande.
3. Como se dava a interação de sua profissão com outras áreas
4. Visão da reforma psiquiátrica
5. Participação na reforma psiquiátrica na cidade de Campina Grande

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO

1. Quando você ainda fazia faculdade, qual a abordagem Psicológica que você optou dentro da psicologia? E porque?
2. Onde você fez a sua formação?
3. Quem foi o pioneiro da sua abordagem na cidade de Campina Grande e em qual instituição?
4. Qual a data de início dessa abordagem na cidade?
5. Como essa abordagem concebe teoricamente a loucura?
6. Como ocorre a atuação clínico-terapêutica de sua abordagem em relação à loucura?
7. Você já orientou trabalhos acadêmicos de TAOs, PIBICs etc, relacionando a temática da loucura e essa abordagem? Se a respostas for positiva, quantos foram e quais os títulos?
8. Como a sua abordagem se posiciona em relação ao saber psiquiátrico?
9. Como você percebeu ao longo da sua história profissional a relação dos psiquiatras da cidade com a sua abordagem psicológica?
10. Como você percebe a relação entre as diversas escolas psicológicas presentes na cidade de Campina Grande?
11. Indique uma obra que você considera fundamental para a sua abordagem diante da questão da loucura.

ANEXO V

LISTA DE LEIS

1. Ordenações Filipinas
2. Ordenações Alfonsinas
3. Ordenações Manuelinas
4. Código criminal de 1830
5. Código Civil de 1916
6. -Ordenações alfonsinas ou afonsinas
7. -Ordenações manuelinas
8. -Ordenações filipinas
9. -código criminal de 1930
10. -código civil de 1916.
11. -decreto 142 de 1890
12. -decreto 508 de 1890
13. -decreto 1.132 de 1903
14. -decreto 5.148 de 1927
15. -decreto 17.805 de 1927
16. -decreto 24.559 de 1934
17. -decreto 22.561 de 1947
18. -Lei n. 66 de 1960.
19. -decreto 49.974 de 1961
20. -Lei 180 de 1978 (Itália)
21. -Lei 4.427 de 1982.
22. -Lei 10.216 de 2001
23. - Lei12.151 de 1993 - Ceará
24. -Lei 11.06 de 1994 - Pernambuco
25. -Lei 6.758 de 1995 - Rio Grande do Norte
26. - Lei N° 4068 de 2002 - Campina Grande

ANEXO VI

PROCESSOS JUDICIAIS

-n. 399		- 1933 - Jorge	- Depósito do forum Afonso Campos
-n. processo	- data	-Ricardo	- Manicômio Judiciário
-n. processo	-data	-Rosemberg	-Manicômio Judiciário
-n.	-data	-Renato	-Manicômio Judiciário
-n. 2200	-2004	-IPP	-Justiça Federal

ANEXO VII

PRONTUÁRIOS DA TAMARINEIRA

NÚMERO	ANO	ABREVIACÃO	PSEUDÔNIMO
974	1934	RLV	Vitória
9249	1944	RMP	Valério
4972	1944	CBS	Venância
15.819	1954	CDCC	Victor
15.515	1954	AGS	Varlei
15.132	1953	EAS	Wilson
1168	1964	MSC	Valentino

ANEXO VIII

LISTA DE LIVROS DOS HISTORIADORES TRADICIONAIS DA CIDADE

1. ALMEIDA, Elpídio, **História de Campina Grande**, Campina Grande: Edições da livraria pedrosa, 1962.
2. CÂMARA, Epaminondas, **Datas campinenses**, Campina Grande: Ed. Caravela, 1988.
3. PIMENTEL, Cristino, **Pedaços da História de Campina Grande**, Campina Grande: Livraria Pedrosa, 1958.
4. SILVA FILHO, Lino Gomes, **Síntese histórica de Campina Grande: 1670-1963**, João Pessoa: Editora Grafset, 2005.

ANEXO IX

LISTA DE INSTITUIÇÕES

1. Tamarineira
2. Juliano Moreira
3. Manicômio Judicial
4. Depósito do judiciário do fórum Afonso Campos
5. Justiça federal
6. Curso de Psicologia da UEPB
7. Curso de enfermagem da UEPB
8. Curso de história da UFCG
9. Curso de Medicina da UFCG -PPP
10. José Américo - Jornais
11. Serviços Substitutivos da cidade de Campina Grande
12. Biblioteca da UEPB
13. Curso de especialização da UEPB
14. Curso de psicanálise
15. Câmara Municipal de Vereadores do Município de Campina Grande
16. Terreiros
17. Plataforma Lattes
18. Scielo - Sientific Electronic Library Online

ANEXO X

JORNAIS E REVISTAS (CITADOS E PESQUISADOS)

- Jornal de Campina n. 2, 1933.
- Diário da Borborema, 07 de novembro de 1958, n. 321, ano II, segundo caderno
- Revista comemorativa aos 35 do IPE, 2001.
- Jornal do IPP, 1981
- Jornal de Mecedina Pulso, 1972.
- Jornal da Paraíba, 22 de novembro de 2002, p. 04
- Diário da Borborema, 08 de março de 2002
- Jornal Correio da Paraíba, 12 de maio de 2005
- Jornal Correio da Paraíba, de 28 de abril de 2005,
- Jornal Correio da Paraíba, 18 de maio de 2005
- Cordel Novos Tempos para o doente mental de Manoel Monteiro, maio de 2004

ANEXO XI

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

- Curso de Medicina da UFCG
- Curso de História da UFCG
- Curso de Psicologia da UEPB
- Curso de Enfermagem da UEPB

ANEXO XII

-EVENTOS E CURSOS CITADOS E PESQUISADOS

- I Encontro Norte-nordeste de Psiquiatria e saúde mental.
- I Encontro Campinense de Saúde Mental
- I Fórum Estadual de Trabalhadores em Saúde Mental,
- I Conferência Estadual de Saúde Mental,
- I Feira de Amostra de Produtos e Experiências Antimanicomiais da Paraíba
- II Seminário Paraibano em Saúde Mental
- 9ª Sessão Especial da Câmara Municipal de Campina Grande, que se realizaria em 24 de maio de 2002
- I Conferência Municipal de Saúde Mental - 2010

ANEXO XIII

-RUAS PERCORRIDAS:

- Otacílio Nepomuceno - ON
- Elpídio de Almeida - EA
- Iremar Vilarim Meira - IV
- Florentino de Carvalho - FC
- Vila Nova da Rainha - VNR
- Severino Cruz - SC
- João da Mata - JM
- Rua das Castanholas (Antigo rua Amazonas) - RC

ANEXO XIV

-DOCUMENTOS AVALIATIVOS:

- PNASH-Psiquiatria - edição 2002
- Relatório de auditoria do SUS - 003/2001
- Auditoria das Secretarias Municipal e Estadual - 2002
- Reauditoria das Secretarias Municipal e Estadual - 2003.
- Relatório Técnico da AGEVISA - 2004

ANEXO V - Prontuário da Tamarineira

Departamento de Assistência Hospitalar do Estado de Pernambuco



Divisão de Assistência a Psicopatas

Hospital de Alienados

N. _____ Seção _____ Classe _____

Nome _____

Cor _____ Idade _____ Sexo _____

Filiação _____

Estado Civil _____ Profissão _____

Religião _____ Instrução _____

Naturalidade _____

Residência _____

Requereu a entrada _____

Data da entrada _____

Alta _____

Transferência _____

Falecimento _____

Fotografias:

A entrada	A saída

Diagnóstico: _____

O chefe da Clínica _____

O Assistente _____

O interno _____

OBSERVAÇÕES _____

Antecedentes hereditários

Antecedentes pessoais e collaterais

Antecedentes sociais

História da doença atual

Exame somático

Exame mental

Exames complementares

Síntese

Terapêutica e decorso

Serviço de Eletroconvulsoterapia

ANEXO XVI

Quadro de prontuários e processos

N. DO PROCESSO OU PRONTUÁRIO	ANO	ABREVIACÃO	PSEUDÔNOMO	INSTITUIÇÃO
68	1946	AAS	Ricardo	Manicômio Judiciário
112	1948	FLA	Robson	Manicômio Judiciário
381	1960	APM	Rosemberg	Manicômio Judiciário
40	1963	JIG	Renato	Depósito do Judiciário

ANEXO XVII

LISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS PESQUISADOS - UEPB

- CIRILO, Livia Sales, **Novos tempos: Saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares**, Campina Grande: UEPB, 2006. - Dissertação
- MARINHO, Ana Cristina da N, **Políticas Públicas de Saúde: reforma psiquiátrica no contexto do município de Campina Grande**, Campina Grande: UEPB, 2003. - Dissertação
- SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira, **O processo de desinstitucionalização da atenção em saúde mental no município: visão dos profissionais sobre a experiência da residência terapêutica**, Campina Grande: PIBIC/CNPQ/UEPB, 2007. - Pibic
- SILVA, Priscilla Maria de Castro, **A reforma psiquiátrica no município de Campina Grande-Pb à luz da história oral temática**, Campina Grande: UEPB, 2007 - Monografia de conclusão de curso
- SOUSA, Maria de Fátima Nóbrega, **Clarividências de uma doutrina: A história do espiritismo em Campina Grande**, Campina Grande: UEPB, 2003. - Monografia de conclusão de especialização

ANEXO XVIII

SESSÕES DA CÂMARA MUNICIPAL

1. Ata de 9ª Sessão Especial da Câmara Municipal de Campina Grande, realizada em 24 de maio de 2002
2. Ata da 13ª Sessão Especial da 1ª Sessão Legislativa da 14ª Legislativa da Câmara Municipal de Campina Grande, realizada em 24 de Maio de 2005.