



**MEMÓRIAS GESTADAS, LOUCURA REPRESENTADA: HISTÓRIA  
DA LOUCURA EM CAMPINA GRANDE (1963-2005).**

Maria do Socorro Silva

(UEPB)

[socorrinha\\_silva@hotmail.com](mailto:socorrinha_silva@hotmail.com)

Dr. Iranilson de Oliveira Buriti

(UFCG)

[iran.ch@ufcg.edu.br](mailto:iran.ch@ufcg.edu.br)

**RESUMO:**

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as memórias dos profissionais de saúde, das famílias e dos pacientes do hospital Dr. João Ribeiro em Campina Grande, gestadas sobre a 'loucura' e problematizar a reorganização do tratamento que tem sido dado' através da reforma psiquiátrica. Para isso estamos usando os conceitos de representações, identidade e memória. Os primeiros resultados verificados nas entrevistas indicam que é possível seu tratamento em meio à sociedade e não mais presos em instituições que acabam por excluí-los.

**PALAVRAS-CHAVE:** loucura – memória – identidade - representações.

**SUMMARY:**

This research aims to analyze the memories of health professionals, families and patients of the hospital Dr. John Ribeiro in Campina Grande, gestated over 'crazy' and discuss the reorganization of treatment that has been given 'by the psychiatric reform. For that we are using the concepts of representation, identity and memory. Early outcomes in interviews indicate that treatment is possible in the midst of society and no longer stuck in institutions that end up deleting them.

**KEYWORDS:** madness - Memory - Identity - representations.



### INTRODUÇÃO

Atualmente, é possível verificar um grande avanço no mundo acadêmico na utilização dos estudos sobre a Saúde Mental. Assim sendo, esta pesquisa tem como objetivo analisar as memórias dos profissionais de saúde, das famílias e dos pacientes do hospital João Ribeiro gestadas sobre a ‘loucura’, discutindo as representações, as construções identitárias e os procedimentos médicos que foram utilizados para ‘recuperar a razão’, bem como, problematizar a reorganização do tratamento que tem sido dado à ‘loucura’, através da reforma psiquiátrica em Campina Grande PB acerca da doença mental, por meios de narrativas.

Este estudo é de natureza qualitativa, o cenário da pesquisa é o posto de emergência psiquiátrica, anexado ao hospital Dr. Edgley, situado no bairro de José Pinheiro em Campina Grande-PB. As entrevistas com os profissionais da área e os ex-pacientes, foram realizadas nos meses de abril a setembro de 2010, no próprio serviço e fora, fazendo visitas às casas dos familiares dos ex-pacientes/usuários. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado a entrevista com áudio gravação e depois da escuta das entrevistas, sendo narrada à escrita fiel aos depoimentos.

A análise das entrevistas propiciou revelações de detalhes sobre as memórias vivenciadas pelos profissionais, como também pelos ex-pacientes como: lembranças de infância, vínculos afetivos com os profissionais, superação de algumas perdas, e relacionamento familiar.

Dos inúmeros motivos que me levaram a trilhar esse caminho, além das motivações pessoais, está de acordo com o atual posicionamento da academia, que volta a se posicionar com serenidade e comprometimento merecidos em promover a mudança de práticas inerentes ao processo de trabalho da Saúde Mental.

A pesquisa encontra-se em fase inicial, com inúmeras possibilidades, caminhos e descaminhos, mais dúvidas do que certezas, mas é nesse contínuo fazer cognitivo, iniciado há algum tempo, que pretendo seguir, contribuindo de alguma forma para ampliar os posicionamentos e trazer novas possibilidades de interpretações frente à lacuna da história.

### **MEMÓRIAS GESTADAS, LOUCURA REPRESENTADA: HISTÓRIA DA LOUCURA EM CAMPINA GRANDE (1963-2005).**



O Hospital Dr. João Ribeiro foi fundado no dia 07 de setembro de 1963, oferecendo serviços de saúde com várias especialidades na época, principalmente na área de Psiquiatria. No dia 30 de junho de 2005, o Hospital Dr. João Ribeiro foi descredenciado pelo SUS (Sistema Único de Saúde). A maior parte dos pacientes foi encaminhado para o Serviço de Referência Mental de Campina Grande-PB, posteriormente, foram transferidos para as instalações do Posto de Emergência Psiquiátrica, situado no Hospital Geral Dr. Edgley. Dos 176 pacientes internos no Hospital Dr. João Ribeiro, a maior parte, 69 internos foi encaminhado para o Serviço de Referência e Saúde Mental, 16 foram para Residências Terapêuticas (existentes desde maio do mesmo ano). Os demais foram entregues às suas famílias. O nosso objetivo é analisar as memórias dos profissionais de saúde, das famílias, e dos pacientes do Hospital Dr. João Ribeiro, em Campina Grande, gestadas sobre a ‘loucura’ e problematizar a reorganização do tratamento que tem sido dado’ através da reforma psiquiátrica.

Para discutir esse tema estamos trabalhando com os conceitos de loucura, memória, discurso, identidade, representações, táticas e reforma psiquiátrica. Foucault, na sua obra - *A História da Loucura* – procurou mostrar como o conceito de loucura mudou através dos tempos, desde a era medieval quando os loucos vagavam livres pela sociedade – já que havia uma sacralização da loucura – até os tempos modernos em que os loucos passaram a ser confinados ou tratados, a partir de uma visão psiquiátrica. Na Idade Clássica (Idade da Razão), a loucura foi separada da razão e o conceito de “desrazão” nasceu. Foi então que a loucura foi confinada no hospício. Foucault indica como as novas características do internamento da loucura com seus ideais humanitários de libertação, criam um novo aparato teórico para o entendimento da doença mental, o Tratamento Moral que permite abandonar as correntes, dando ao louco o status de “doente”, identificando a loucura à alienação mental.

Assim, a partir do lugar social, no qual o indivíduo enfermo se inscrevia, começou a se difundir o conceito de loucura. A loucura como “estatuto de doença mental” e a Psiquiatria, como um saber institucionalizado, surgiram simultaneamente em uma prática social de reclusão àqueles que não se adaptavam à nova sociedade burguesa. Sobre isso Foucault nos fala:

No asilo, o trabalho será despojado de todo valor de produção; só será imposto a título de regra moral pura; limitação com o fim único de desalienar o espírito perdido nos excessos de uma liberdade que a coerção física só limita aparentemente (2005:480)



Assim sendo, no Hospital Dr. Edgley em Campina Grande-PB, houve mudanças no sentido de localização de espaços. Com o fechamento do Hospital Psiquiátrico Dr. João Ribeiro em 2005, o Hospital Geral Dr. Edgley a partir deste ano recebeu a responsabilidade de acolher as instalações de Posto de Emergência Psiquiátrica. Então o novo espaço limites e fronteiras de confinamento são reestruturados para garantir ‘a segurança da sociedade contra os seus perigos’, como o portão fechado com correntes e cadeados para impedir acessos indesejáveis, e assim, a loucura e razão ganham novos contornos e os pacientes são medicados sempre que necessário para proceder ao desarme da loucura.

Cartografando os caminhos da pesquisa em andamento e seguindo os passos de uma depoente no seu primeiro dia de confinamento no Hospital Geral Dr. Edgley – (Posto de Emergência Psiquiátrica) o delinear das práticas dá uma pausa e faz um silêncio! Mas, uma voz enuncia os desejos, sentimentos, vontades, é a sua verdade: “Por que estou aqui? Aqui não tem nada para fazer, ficamos andando de um lado para o outro e não temos o que fazer? Mãe me leva para casa, me tira desse lugar, eu preciso arrumar a casa, lavar a louça, fazer a comida, cuidar de tudo da casa” (D1).

O Paciente em “surto” tem como decidir se vai ou não ser internado? A família tem condições de cuidar dele (a) em casa? É necessário rever as internações involuntárias, feitas à força. A jovem continua com a sua fala, “não entendo porque a senhora fez isso comigo”. Em seguida a mãe falou que a filha tinha surtado pela primeira vez. Uma das referências identitárias mais excludente é do louco. O seu outro é a razão, o louco a representação da desrazão. De acordo com HALL (2000), a identidade é construída por meio da diferença e tem o poder de excluir, criando assim, categorias. Neste caso, na visão da mãe, a filha estaria excluída, fazendo parte da categoria dos “não normais”.

Além disso, os indivíduos estão repletos de idéias pré-concebidas e por isso um diagnóstico psiquiátrico faz com que as pessoas tenham o preconceito de que o portador de transtorno mental não é normal, ou seja, é pior do que aqueles que seguem esse padrão. São muitos os pacientes, psicólogos, enfermeiros, etc., que relatam uma mudança, depois de receberem a marca de ser um “doente mental”. No caso da presente pesquisa este fator foi apontado por todos os entrevistados. Esta mudança aparece principalmente relacionada ao preconceito e discriminação, como mostra o depoimento da profissional F2:

Sim, é uma questão de preconceito. E ainda hoje, percebemos os jovens que agente atende com o primeiro surto, a mãe pergunta: Doutora meu filho vai



ficar bom, porque ele corre nu na rua, entendeu..., coisas bem berrantes, a comunidade vai olhar com outros olhos como antes e é esse olhar que as pessoas vão voltar para casa e dizer fulano de tal está doido, passando a ser vigiado, o usuário não vai para a escola (ele não suporta aquele olhar) e observa que está sendo observado, ele se sente o próprio vigiado e punido. O Jovem tem de se manter em tratamento e eles não querem, porque falam “eu não sou louco” porque ele não quer estar no mesmo espaço do esquizofrênico, do doente mental crônico e fala – eu vou ficar assim – eles tem medo e o medo cria uma resistência. Na Saúde Mental você vê pessoas segregadas, que ninguém dar um vintém por elas.

A partir do relato da profissional F2, é possível perceber que a discriminação está totalmente vinculada ao diagnóstico, ou seja, ao tipo de doença para qual se estar tomando remédio. Tomar remédio para “doença mental” é estar fora do padrão de normalidade o que segundo SILVA (2000), faz com que a pessoa seja classificada como diferente.

Então, além de existir a discriminação e o preconceito, existem “níveis” de discriminação como foi atestado por profissionais da área. Isto nos faz pensar que o indivíduo que recebe um diagnóstico psiquiátrico é considerado diferente dos padrões normais, portanto, de acordo com SILVA (2000), visto como um sujeito que possui características inferiores. Além disso, determinados diagnósticos fazem com que os indivíduos sejam considerados ainda mais diferentes e conseqüentemente ainda piores.

De acordo com Silva (2000), a identidade e a diferença são produzidas através das relações sociais, portanto o fato da pessoa ter um diagnóstico psiquiátrico certamente exerce influência sobre seus relacionamentos e conseqüentemente sobre sua identidade.

Diferentemente dos profissionais e dos pacientes os familiares não falam sobre a ocorrência do preconceito, no entanto estes o colocam em ação, ao passo que discriminam o paciente. Este preconceito pode ser percebido através da fala dos familiares a seguir: [...] Ela era uma menina normal, ela não tinha problema nenhum. [“M1”].

Nesta fala a familiar número1 (M1) refere-se a sua filha, ou seja, como ela era. Segundo a mesma, a filha era uma menina normal, o que quer dizer que hoje em dia a mesma não é normal, portanto, é diferente. SILVA (2000) faz uma síntese descrevendo o que à identidade não é e o que a identidade é, destacando que tudo vale igualmente para a diferença. Segundo ele:

Primeiramente, a identidade não é uma essência; não é um dado ou um fato – seja da natureza, seja da cultura. A identidade não é fixa estável, coerente, unificada, permanente. A identidade tampouco é homogênea, definitiva, acabada, idêntica, transcendental. Por outro lado podemos dizer que a identidade é uma construção, um efeito, um processo de produção, uma relação, um ato de performativo. A identidade está ligada a sistemas de



representação. A identidade tem estreitas relações com conexões de poder (SILVA 2000:96/97).

A marcação da diferença constitui então, a componente chave de qualquer sistema de classificação que vise definir quem é a “identidade” e quem é a “diferença”. A partir da representação inserida num sistema de significação que lhe dá sentido, classificamos a diversidade, definindo qual “a identidade” esperada, quem está incluído e quem está excluído. Dessa forma, representar é exercer o poder em termos culturais e simbólicos.

O Outro está sempre presente, pois a identidade é produzida na diferença, assim como a diferença, no interior do sistema das representações, depende da identidade. A identidade e a diferença são criações sociais e culturais, estabelecida de forma relacional, a partir de marcações simbólicas. A diferença é aquilo que separa uma identidade da outra, estabelecendo distinções, frequentemente na forma de oposições. As identidades são construídas e se formam relativamente a outras identidades, relativamente ao “estranho” ou ao “outro”, isto é, relativamente ao que não é. A consciência do outro em sua alteridade tem mostrado como um problema, pois as relações que o EU desenvolve com o Outro, tem provocado medo, segregação e exclusão.

Vejamos ainda como a D1 expressa a sua fala nos corredores da Emergência Psiquiátrica: “[...] Mãe me leva para casa, me tira desse lugar! [...]”, as representações sociais e especialmente as inúmeras mutilações a que são sujeitas as discussões, bem como, as condições que dizem respeito à idéia de que o outro é diferente. A diferença não é vista com distinção e sim com desqualificação. Aqui se trata de perceber na diferença a marca do desigual como se fosse o desacordo, o desalinho, ou desvio. Não se considera o fato de que cada pessoa tem suas diferenças e que o conjunto delas constitui o mundo social.

Considerando o depoimento da M1 “[...] Ela era uma menina normal [...]”. O equívoco está colocado, na distinção categorial, ou seja, se faz uma linha divisória entre as categorias dos “iguais” e categorias dos diferentes. Nessa categorização recai a negatividade sobre aqueles que se diferenciam, como um estigma, uma marca. Há uma demarcação de fronteiras que separa o que permanece e o que fica fora. Assim é o mundo social em “o nós e o eles”. A identidade nesse discurso está entrelaçado com o sentido, a memória discursiva e as relações interdiscursivas que perpassam a materialidade do enunciado. Assim sobre memória, vejamos como ALBUQUERQUE JR. (2007) diz:

Aliás, a identificação entre o sujeito e o objeto, no caso da História Oral, tem acarretado muitas vezes uma reificação das memórias dos entrevistados e



## IV Colóquio de História

*Abordagens Interdisciplinares sobre História da Sexualidade  
de 16 a 19 de novembro de 2010 - UNICAP*

levado a tomar o discurso dos indivíduos não como um ponto de vista sobre o real, mas como uma realidade, como uma totalidade fechada em si mesma e não uma singularidade num dado campo discursivo. As memórias individuais não podem ser tomadas como alicerces da consciência individual ou coletiva, mas sim como pontos de interseção de várias séries ou correntes mentais aproximadas pelas relações sociais e por isso falar duma Memória como unidade subjetiva, como individualidade e não com subjetivação (p.200).

É a memória como construção sócio-histórica que envolve múltiplos sujeitos. A memória disponibiliza, portanto, o material para o trabalho da história: por meio da própria memória, os atores do processo histórico buscam salvar o passado para servir a edificação do presente e do futuro. Neste sentido, ela é também constitutiva de identidade. A História da Loucura em Campina Grande começa a dar novos passos para ser inicialmente escrita numa versão que os leitores, poderão contar com uma nova recepção de análise discursiva com base em depoimentos e entrevistas sobre o Hospital de Neuropsiquiatria Campinense e Funcional – Dr. João Ribeiro. É através da entrevista, que poderemos observar um exemplo da memória violada:

Eu fui enfermeira auxiliar da terapia do eletro choque, o eletro choque servia como uma terapia para o paciente ficar melhor do surto que ele estava sentindo. Os Psiquiatras falavam que o eletro choque era um tratamento preciso e que o paciente iria se recuperar do surto que estava o paciente sendo acometido. O que é surtar? Ela falou: é ficar fora de si, é pirar, é ficar agressivo, é perder a sua IDENTIDADE SOCIAL. O paciente levava o eletro choque e ficam por uns 15 minutos fora de si, não sabia quem eram, ficava sem saber qual sua IDENTIDADE, depois que passava esse momento de não localizar o seu eu (voltar a si), eles ficavam com raiva de mim, porque sabiam que era eu que levava eles para tomarem a terapia do eletro choque (NN3).

As memórias violadas pela gestação da História, o que torna, nas palavras do autor, a tarefa do historiador um parto difícil. Albuquerque Jr lembra-nos de Ecléia Bossi: lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, com imagens e idéias de hoje, as experiências do passado. Ele observa que nem sempre as conceituações de Memória e História estão claramente definidas e dos cuidados metodológicos necessários ao se trabalhar com fontes orais.

A escrita de memórias implica, então, leituras marcadas historicamente por lugares político-sociais e pelo público ao qual se destina. A astúcia da palavra literária na construção imaginária do passado implica um processo de apropriação sinuoso e silencioso. Nele o presente se insinua no passado, empregando, taticamente, estratégias peculiares de dominação, de maneira de relativizar fronteiras e lugares antes tidos como sólidos e



inquestionáveis. A seguir veremos um depoimento marcado pelos momentos de astúcias, táticas e estratégias no Hospital Dr. João Ribeiro:

Acontecia muito isso, tinha paciente que gostava de álcool, fugia mesmo. Muitas vezes alguns não iam para a hora do almoço. Do refeitório mesmo já atravessava e ia para o lado da cerca de arame farpado e dava um jeito e passava por baixo da cerca, daquela que era de arame uma parte e ali ia para um barzinho perto e quando voltava já voltava embriagado (A4).

Como podemos observar as primeiras aproximações com o lugar das “táticas”. Podemos pensar em “táticas” como uma série de procedimentos que constantemente utiliza as referências de um “lugar próprio” (um espaço que é controlado por um conjunto de operações), estratégias, fundadas sobre um desejo e sobre um conjunto desnivelado de relações de poder). A metáfora para tais procedimentos, como sugere Certeau, é a utilização de palavras figurativas dentro de uma certa língua (IQ1, p. 64).

Dessa forma, as “táticas” organizam um novo “espaço”, o qual é um “lugar praticado”; elas implicam em movimento que foge às operações de poder que tentam controlar o espaço social ou, conforme a metáfora uma língua dada. Assim sendo, poderemos observar outro fato, de um ex-paciente, na fala do Sr. A4, e quando chegavam de volta ao Hospital de surto por embriagues:

Geralmente quando ia para a ALA I, passava um ou dois dias de castigo e quando não ia, era encaminhado para outra ALA tomar um soro e ficava bom, mais tinha muito isso. E também tinha outra coisa, até a família do paciente também trazia bebida para o interno. Por exemplo, na Ala de Dr. C, um paciente chamado J, era na época funcionário do São Braz e a esposa dele trazia o almoço e acompanhava escondida a garrafa de cana, só foi descoberto porque S era muito viva – a enfermeira do plantão – e viu algo muito estranho à noite, o chuveiro ligado direto, então ela foi vê de perto o que era então descobriu que Júlio não estava tomando banho e sim tomando as caninhas dele, aí ela procurou recolher todas as garrafas vazias e levou o caso para a direção do Hospital (A4).

Conforme Certeau (1994), não há consumo passivo, pois, no cotidiano, há inúmeras maneiras de fazer uso de algo material, entre táticas e estratégias, que alteram ou reinventam formas de viver no espaço organizado pré-fixado, num fazer diferente dentro do oficial. Portanto, esta reflexão é um ato que desafia os obstáculos burocráticos e, conseqüentemente, estimula a reflexão sobre as condições que os ex-pacientes do Hospital Dr. João Ribeiro conviveram. Com essa construção identitária do ‘louco’, é oportuno afirmar que o discurso



da ‘loucura’ faz lembrar que os dizeres sofrem interdições e silenciamentos. “Não se pode dizer tudo em qualquer circunstância” (Foucault, 1999, p.9).

Ou seja, sabemos que a fala dos loucos, muitas vezes, não faz/tem sentido, mas, isto não nos causa nenhuma espécie de estranhamento, pois para nós, a menos que sejamos psicanalistas, não ter sentido a fala do louco, é o seu próprio sentido.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que foi preciso “entrar na ordem arriscada do discurso” (FOUCAULT, 1999, p. 7), da civilização escrita para conquistar ‘um lugar’. Foi preciso mesmo assumir a posição de sujeito autor, dentre tantas outras, para ver materializado os discursos dos entrevistados e suas memórias eternizadas.

Este estudo permite pensar, se a transformação na atenção à saúde mental promovida pela Reforma Psiquiátrica, modificando a atenção à saúde, conseguirá atingir um de seus principais objetivos, o de integrarem ditos “loucos” à sociedade livrando-os da exclusão, pois já é possível constatar na pesquisa substitutivos que mudam o ambiente, em que os “loucos” são tratados, mas estes continuam socialmente excluídos.

O novo modelo de atenção à saúde mental é impulsionado pela Reforma Psiquiátrica, um movimento político e social que faz uma crítica ao modelo asilar, questionando os pressupostos básicos da psiquiatria, condenando seus efeitos de normatização e controle. Dentro desse modelo, estão inseridos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse tem a função de prestar atendimento clínico, médico e psicológico em regime de atenção diária.

### BIBLIOGRAFIAS:

ALBUQUERQUE JUNIOR. **Cartografias de Foucault. In: Uma cartografia das margens** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008, p. 9-12.

\_\_\_\_\_. **Cartografias de Foucault. In: As margens d’O Mediterrâneo.** Michel Foucault, historiador dos espaços (2008 p. 93-107).

\_\_\_\_\_. **História: A arte de inventar o passado.** Ensaios de teoria da história/Durval Muniz de A. Júnior – Bauru, SP: Edusc, 2007.



## IV Colóquio de História

*Abordagens Interdisciplinares sobre História da Sexualidade  
de 16 a 19 de novembro de 2010 - UNICAP*

AMARANTE, Paulo D. de Carvalho (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: ed. da FIOCRUZ, 1994.

CERTEAU, Michel de. **A Invenção do Cotidiano 1. In: Uma cultura muito ordinária** – Primeira parte, Petrópolis: Vozes, 2007.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DIEHL, Astor Antonio. **Cultura Historiográfica: memória, identidade e representação** – Bauru, SP: EDUSC, 2002.

FREIRE, Jurandir. **História da Psiquiatria no Brasil**, Rio de Janeiro, Graal, 1978.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 6. ed., Rio de Janeiro: Forense, 2004.

\_\_\_\_\_. **Os anormais**. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **A História da Loucura na Idade Clássica**, 1997. São Paulo, Perspectiva.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: História da violência nas prisões**. 7. ed., Petrópolis, vozes, 1977.

\_\_\_\_\_. **A Ordem do Discurso**. 11 ed. São Paulo: Loyola, 1999.

FORTES, Louro. **Cartografias de Foucault. In: Clínica da saúde e biopolítica** – orgs. Durval Muniz de Albuquerque Júnior, Alfredo Veiga - Neto, Alípio de Souza Filho – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008, p. 199-213.

HALL, Stuart. **Quem precisa da identidade**. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais** – Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

MACHADO, Roberto. **A danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

\_\_\_\_\_. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MUCHAIL. S.T. “Olhares e dizeres”, in: **Foucault, simplesmente**. São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.

WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: Uma introdução teórica e conceitual (2005)**, In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos Culturais**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000, p. 7-72.