



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO - PRPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - CCE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO - PPGCOM
LINHA DE PESQUISA: PROCESSOS E PRÁTICAS EM JORNALISMO

CAMILA FORTES MONTE FRANKLIN

A CONSTRUÇÃO DA FIGURA DO LOUCO NO PIAUÍ NO
JORNAL *O DIA*: UM PANORAMA DE 1970 A 2019

Teresina
2020

CAMILA FORTES MONTE FRANKLIN

**A CONSTRUÇÃO DA FIGURA DO LOUCO NO PIAUÍ NO
JORNAL *O DIA*: UM PANORAMA DE 1970 A 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Piauí (UFPI) como requisito parcial para a obtenção parcial do título de Mestre em Comunicação sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Regina Barros Rêgo Leal.

Linha de Pesquisa: Processos e Práticas em Jornalismo

Teresina
2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAMILA FORTES MONTE FRANKLIN

A CONSTRUÇÃO DA FIGURA DO LOUCO NO PIAUÍ NO JORNAL *O DIA*: UM PANORAMA DE 1970 A 2019

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação (PPGCOM) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Comunicação.

Linha de Pesquisa: Processos e Práticas em Jornalismo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Regina Barros Rêgo Leal

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Ana Regina Barros Rêgo Leal

Presidente

Prof.^a Dr.^a Juliana Fernandes Teixeira

Examinadora Interna

Prof. Dr. Igor Pinto Sacramento (UFRJ/Fiocruz)

Examinador Externo

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença eterna em suas diversas formas.

Aos meus pais, Gilma e Franklin, por me auxiliarem nos momentos difíceis e por tornarem possível mais uma etapa da minha vida.

Aos meus irmãos, Paula, Renata e Lucas, por acreditarem em mim e serem porto seguro. Vocês são demais!

Ao Tião e Margot, por sempre me passarem afeto, tranquilidade e pureza no olhar.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Regina Rêgo, inspiração de profissional, pesquisadora e mulher, pelos muitos ensinamentos dentro e fora de sala de aula. Obrigada por dedicar seu olhar à minha pesquisa. Imensa gratidão!

Aos meus colegas e amigos de Mestrado, o meu “muito obrigada”. Obrigada pelos sorrisos, pelos abraços nos momentos difíceis, pelas palavras de apoio e pela força compartilhada. Essa jornada é nossa!

Ao NUJOC, em especial, ao Edison Mineiro, pelo companheirismo e pelo afeto.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da UFPI, pelo conhecimento repassado, em especial à Prof.^a Dr.^a Juliana Fernandes Teixeira e a Prof.^a Dr.^a Nilsângela Cardoso Lima, por serem inspiração.

Ao Prof. Dr. Igor Pinto Sacramento, pelo interesse, pelos ensinamentos e conhecimentos transmitidos. É um honra!

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que financiaram esta pesquisa através de bolsa de estudos.

Agradeço a todos os familiares e meus amigos da vida que acreditaram em mim e respeitaram minha jornada em meio a madrugadas de leitura, escrita e contação de histórias sobre minha tão amada pesquisa.

Agradeço a todas as mulheres que passaram pelo meu caminho e se sentiram representadas por mim, enquanto mulher, pesquisadora, bolsista de uma universidade pública.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a mim mesma que consegui tornar real esse grande sonho de ser Mestre em Comunicação.

Pelo Deus e pela Deusa, neste dia e todos os dias, muito obrigada! Que assim seja!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - <i>O Dia</i> , 25 de janeiro de 1973, p. 8.....	97
Figura 2 - <i>O Dia</i> , 25 de janeiro de 1973, p. 8.....	98
Figura 3 - <i>O Dia</i> , 18 de março de 1975, p. 5.....	100
Figura 4 - <i>O Dia</i> , 18 de março de 1975, p. 5.....	100
Figura 5 - <i>O Dia</i> , 18 de março de 1975, p. 5.....	101
Figura 6 - <i>O Dia</i> , 18 de março de 1975, p. 5.....	102
Figura 7 - <i>O Dia</i> , 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8.....	103
Figura 8 - <i>O Dia</i> , 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8.....	104
Figura 9 - <i>O Dia</i> , 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8.....	105
Figura 10 - <i>O Dia</i> , 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8.....	107
Figura 11 - <i>O Dia</i> , 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8.....	107
Figura 12 - <i>O Dia</i> , 27 e 28 de Janeiro de 1985, capa.....	108
Figura 13 - <i>O Dia</i> , 27 e 28 de Janeiro de 1985, p. 12.....	108
Figura 14 - <i>O Dia</i> , 27 e 28 de Janeiro de 1985, p. 12.....	110
Figura 15 - <i>O Dia</i> , 25 de Julho de 1997, p. 7.....	111
Figura 16 - <i>O Dia</i> , 18 e 19 de julho de 1981, capa.....	114
Figura 17 - <i>O Dia</i> , 18 e 19 de julho de 1981, p. 9.....	115
Figura 18 - <i>O Dia</i> , 18 e 19 de julho de 1981, p. 9.....	115
Figura 19 - <i>O Dia</i> , 18 e 19 de julho de 1981, p. 9.....	116
Figura 20 - <i>O Dia</i> , 18 e 19 de julho de 1981, p. 9.....	117
Figura 21 - <i>O Dia</i> , 18 e 19 de julho de 1981, p. 9.....	118
Figura 22 - <i>O Dia</i> , 23 de julho de 1981, capa.....	119
Figura 23 - <i>O Dia</i> , 23 de julho de 1981, p. 9.....	120
Figura 24 - <i>O Dia</i> , 23 de julho de 1981, p. 9.....	121
Figura 25 - <i>O Dia</i> , 23 de julho de 1981, p. 9.....	122
Figura 26 - <i>O Dia</i> , 24 de julho de 1981, p. 9.....	123
Figura 27 - <i>O Dia</i> , 13 de novembro de 1985, p. 12.....	124
Figura 28 - <i>O Dia</i> , 13 de novembro de 1985, p. 12.....	124
Figura 29 - <i>O Dia</i> , 20 de agosto de 1987, p. 12.....	126
Figura 30 - <i>O Dia</i> , 14 de agosto de 1992, capa.....	128
Figura 31 - <i>O Dia</i> , 14 de agosto de 1992, p. 8.....	128
Figura 32 - <i>O Dia</i> , 14 de agosto de 1992, p. 8.....	129

Figura 33 - <i>O Dia</i> , 15 de agosto de 1992, p. 8.....	130
Figura 34 - <i>O Dia</i> , 15 de agosto de 1992, p. 8.....	131
Figura 35 - <i>O Dia</i> , 15 de agosto de 1992, p. 8.....	132
Figura 36 - <i>O Dia</i> , 23 de janeiro de 1973, p. 3.....	133
Figura 37 - <i>O Dia</i> , 23 de janeiro de 1973, p. 3.....	133
Figura 38 - <i>O Dia</i> , 23 de janeiro de 1973, p. 3.....	134
Figura 39 - <i>O Dia</i> , 23 de janeiro de 1973, p. 3.....	135
Figura 40 - <i>O Dia</i> , 23 de março de 1973, p. 5.....	136
Figura 41 - <i>O Dia</i> , 23 de março de 1973, p. 5.....	138
Figura 42 - <i>O Dia</i> , 23 de março de 1973, p. 5.....	139
Figura 43 - <i>O Dia</i> , 23 de março de 1973, p. 5.....	139
Figura 44 - <i>O Dia</i> , 23 de março de 1973, p. 5.....	140
Figura 45 - <i>O Dia</i> , 25 de abril de 1974, p. 5.....	141
Figura 46 - <i>O Dia</i> , 25 de abril de 1974, p. 5.....	142
Figura 47 - <i>O Dia</i> , 25 de abril de 1974, p. 5.....	143
Figura 48 - <i>O Dia</i> , 25 de abril de 1974, p. 5.....	143
Figura 49 - <i>O Dia</i> , 28 de dezembro de 1974, p. 12.....	144
Figura 50 - <i>O Dia</i> , 28 de dezembro de 1974, p. 12.....	145
Figura 51 - <i>O Dia</i> , 28 de dezembro de 1974, p. 12.....	146
Figura 52 - <i>O Dia</i> , 28 de dezembro de 1974, p. 12.....	147
Figura 53 - <i>O Dia</i> , 24 de julho de 1987, p. 12.....	148
Figura 54 - <i>O Dia</i> , 24 de julho de 1987, p. 12.....	149
Figura 55 - <i>O Dia</i> , 11 de abril de 1973, p. 8.....	150
Figura 56 - <i>O Dia</i> , 11 de abril de 1973, p. 8.....	151
Figura 57 - <i>O Dia</i> , 11 de abril de 1973, p. 8.....	152
Figura 58 - <i>O Dia</i> , 13 de abril de 1973, p. 8.....	153
Figura 59 - <i>O Dia</i> , 13 de abril de 1973, p. 8.....	155
Figura 60 - <i>O Dia</i> , 19 de abril de 1974, capa.....	156
Figura 61 - <i>O Dia</i> , 19 de abril de 1974, p. 6.....	157
Figura 62 - <i>O Dia</i> , 19 de abril de 1974, p. 6.....	158
Figura 63 - <i>O Dia</i> , 17 de dezembro de 1992, p. 8.....	159
Figura 64 - <i>O Dia</i> , 17 de dezembro de 1992, p. 8.....	160
Figura 65 - <i>O Dia</i> , 17 de junho de 1994, capa.....	161
Figura 66 - <i>O Dia</i> , 17 de junho de 1994, capa.....	163

Figura 67 - <i>O Dia</i> , 17 de junho de 1994, p. 8.....	164
Figura 68 - <i>O Dia</i> , 23 de março de 1979, p. 8.....	165
Figura 69 - <i>O Dia</i> , 23 de março de 1979, p. 8.....	166
Figura 70 - <i>O Dia</i> , 23 de março de 1979, p. 8.....	167
Figura 71 - <i>O Dia</i> , 9 de junho de 1979, p. 8.....	168
Figura 72 - <i>O Dia</i> , 9 de junho de 1979, p. 8.....	168
Figura 73 - <i>O Dia</i> , 9 de junho de 1979, p. 8.....	169
Figura 74 - <i>O Dia</i> , 9 de junho de 1979, p. 8.....	170
Figura 75 - <i>O Dia</i> , 9 de junho de 1979, p. 8.....	171
Figura 76 - <i>O Dia</i> , 2 de junho de 1988, p. 12.....	172
Figura 77 - <i>O Dia</i> , 1º de outubro de 1992, p. 8.....	173
Figura 78 - <i>O Dia</i> , 1º de outubro de 1992, p. 8.....	173
Figura 79 - <i>O Dia</i> , 1º de outubro de 1992, p. 8.....	174
Figura 80 - <i>O Dia</i> , 5 de dezembro de 1992, p. 8.....	174
Figura 81 - <i>O Dia</i> , 5 de dezembro de 1992, p. 8.....	175
Figura 82 - <i>O Dia</i> , 5 de dezembro de 1992, p. 8.....	175
Figura 83 - <i>O Dia</i> , 5 de dezembro de 1992, p. 8.....	176
Figura 84 - <i>O Dia</i> , 5 de novembro de 1974, p. 5.....	178
Figura 85 - <i>O Dia</i> , 5 de novembro de 1974, p. 5.....	179
Figura 86 - <i>O Dia</i> , 5 de novembro de 1974, p. 5.....	179
Figura 87 - <i>O Dia</i> , 5 de novembro de 1974, p. 5.....	180
Figura 88 - <i>O Dia</i> , 10 de setembro de 1982, p. 7.....	181
Figura 89 - <i>O Dia</i> , 10 de setembro de 1982, p. 7.....	182
Figura 90 - <i>O Dia</i> , 10 de setembro de 1982, p. 7.....	183
Figura 91 - <i>O Dia</i> , 22 de dezembro de 1988, p. 2.....	184
Figura 92 - <i>O Dia</i> , 22 de dezembro de 1988, p. 2.....	185
Figura 93 - <i>O Dia</i> , 22 de dezembro de 1988, p. 2.....	186
Figura 94 - <i>O Dia</i> , 10 de agosto de 1994, p. 9.....	186
Figura 95 - <i>O Dia</i> , 10 de agosto de 1994, p. 9.....	187
Figura 96 - <i>O Dia</i> , 10 de agosto de 1994, p. 9.....	188
Figura 97 - <i>O Dia</i> , 1º de novembro de 1994, p. 9.....	189
Figura 98 - <i>O Dia</i> , 1º de novembro de 1994, p. 9.....	190
Figura 99 - <i>O Dia</i> , 1º de novembro de 1994, p. 9.....	191

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – CAPS e Residências Terapêuticas no Piauí.....	61
--	----

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo compreender como se dá a construção da figura do louco no Piauí por meio de matérias jornalísticas do Jornal *O Dia* que fazem referência à loucura. A pesquisa tem como marco temporal e espacial a Reforma Psiquiátrica no Brasil, movimento que tomou força na segunda metade da década de 1970 e busca substituir o modelo hospitalocêntrico-manicomial por um atendimento descentralizado, multiprofissional e desenvolvido a partir de políticas públicas de saúde mental. Partindo disso, esta dissertação tem como recorte temporal o período iniciado em 1º de janeiro de 1970 e finalizado em 31 de dezembro de 2019. Nesse sentido, parte-se de uma contextualização histórica sobre a loucura no mundo, compreendendo como se constitui a figura do louco, como se deu e como se dá essa fabricação que atinge diretamente o entendimento social piauiense sobre a pessoa considerada louca e suas variáveis. A pesquisa tem como guia metodológico a formação discursiva desenvolvida por Michel Foucault (2005) a fim de identificar determinadas construções simbólicas existentes nos enunciados analisados. Como resultado da pesquisa, identificamos que a construção da figura do louco no Piauí por meio do Jornal *O Dia* aconteceu de modo a cristalizar o senso comum que associa a figura do louco à periculosidade, à agressividade, à dependência e à instabilidade. Observamos que o louco é representado, em sua maioria, reforçando os estigmas existentes relacionados constantemente às pessoas com transtornos mentais e que uma pequena parcela das notícias analisadas revelam uma preocupação jornalística em desconstruir esses estigmas.

Palavras-chave: Jornalismo. Loucura. Formação Discursiva. Representação. Piauí.

ABSTRACT

The present work aims to understand how the construction of the figure of the madman in Piauí takes place from journalistic articles in the newspaper *O Dia* that refer to madness. The research has as a temporal and spatial landmark the Psychiatric Reform in Brazil, a movement that took force in the second half of the 1970s and seeks to replace the hospital-center-asylum model with decentralized, multiprofessional care and developed based on public mental health policies. From this, the present work has as a time frame the date between January 1, 1970 and December 31, 2019. In this sense, it starts from a historical contextualization about madness in the world, understanding how the figure of the mad person is constituted, how this fabrication took place and how it directly affects the social understanding of Piauí about the person considered crazy and his variables. The research has as a methodological guide the discursive formation developed by Michel Foucault (2005), in order to identify certain symbolic constructions existing in the analyzed statements. As a result of the research, we identified that the construction of the figure of the madman in Piauí in the newspaper *O Dia* took place in order to crystallize the common sense that associates the figure of the madman with dangerousness, aggressiveness, dependence and instability. We identified that the crazy person is represented mostly, in order to reinforce the existing stigmas, constantly associated with people with mental disorders and that, a small part of the analyzed news reveals a journalistic concern in deconstructing these stigmas.

Keywords: Journalism. Madness. Discursive Formation. Representation. Piauí.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. O LOUCO.....	17
2.1. Loucura no tempo.....	18
2.2. A construção da loucura como doença e o poder médico.....	26
2.2.1. Reforma Psiquiátrica.....	39
3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO E O TRATAMENTO DAS PATOLOGIAS NO PIAUI.....	47
3.1. Asylo de Alienados.....	47
3.2. Sanatório Meduna.....	53
4. UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA COMO GUIA METODOLÓGICO- DISCURSIVO.....	63
4.1. Formação Discursiva.....	65
4.2. Discurso e Poder.....	67
4.3. Representação.....	73
5. A CONSTRUÇÃO DO PERFIL DO LOUCO NO JORNAL <i>O DIA</i>.....	79
5.1. Jornal <i>O Dia</i>	79
5.2. Transformações diacrônicas no jornal <i>O Dia</i>	85
5.3. Amostra.....	88
5.4. Análise.....	96
5.4.1. Louco Violento ou Potencialmente Violento.....	97
5.4.2. Louco enquanto Vítima.....	114
5.4.3. Louco enquanto Responsabilidade Familiar.....	132
5.4.4. Louco enquanto Responsabilidade Policial.....	150
5.4.5. Loucura e Gênero.....	165
5.4.6. Loucura e Políticas Públicas.....	177
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	193
7. REFERÊNCIAS.....	199

1. INTRODUÇÃO

Durante séculos, o perfil do louco foi sendo construído e reconstruído: ora sujeito irracional, ora super-racional; ora atrelado a outras doenças, ora isolado de tudo e de todos. A figura do louco foi estado de ânimo e condição humana, foi sagrado e foi profano. Tais construções de potência e não-potência conduziram a que o louco fosse posto em condições isoladas, à margem da sociedade.

No século XIX, inicia-se um processo de higienização social, no qual o louco, o leproso, o esquizofrênico, o sátiro, o homossexual, ladrões, mendigos e toda e qualquer pessoa que ameaçasse a ordem da sociedade era colocado para fora do convívio social, buscando segregar quem era e quem não era digno de conviver em sociedade.

Ao longo do tempo, a loucura passa por transformações e seu entendimento se torna objeto de estudo. Surgem os procedimentos de internação e segregação, como as casas de misericórdia, os asilos, manicômios, hospitais psiquiátricos, todos buscando formas de controle e de uma possível cura para a loucura, já apresentada como uma doença e vigiada por normas e pela institucionalização.

O perfil do louco, então, é construído tendo em vista que seu expurgo sempre seria a melhor solução. Gradualmente, o louco foi silenciado em sua existência, fazendo-se necessário um representante de sua voz. Por representante do louco, estiveram os poderes religiosos, jurídicos, o saber médico, entre outros, os quais buscavam formas de controle e contenção desses sujeitos.

A figura do louco foi construída e modificada de acordo com o tempo e o espaço. Para cada sociedade, havia a sua maneira de lidar com os loucos e, com o passar do tempo, esses modos de convivência com a loucura passaram a seguir determinados padrões, ou seja, construiu-se um perfil ideal da loucura.

No Brasil e no Piauí não foi diferente. Ao longo dos anos e da construção das instituições de internação, o louco passa a ser enquadrado em um perfil ideal que comporte determinadas características legítimas da loucura e se torna notícia pelas mesmas questões, a serem exemplificadas: agressivo, vítima, responsabilidade externa ao louco, questões de gênero e de políticas públicas, questões consideradas relevantes o suficiente para se tornar notícia.

No Estado, essa construção vem de um histórico de estigmatização implantado na memória coletiva e formatado no decorrer dos anos, que reitera o perfil inconstante do louco, que necessita de interdição e controle familiar, policial e médico e o considera não apenas como a pessoa com transtorno mental, mas todos os sujeitos vistos como desviantes, que passaram por um longo processo de estigmatização por não se adequarem às normas de determinada sociedade. A presente pesquisa visa, pois, preencher, ainda que parcialmente, uma lacuna em relação à história da loucura no Piauí a partir de uma perspectiva comunicacional.

Dito isto, o trabalho pretende responder a seguinte indagação central: Como se dá a construção da figura do louco no Piauí nas matérias do Jornal *O Dia*? Assim como as demais perguntas: Quem são os porta-vozes do louco? Qual a representação do louco no Jornal *O Dia*? Quais as preocupações do Jornal *O Dia* ao tratar das questões voltadas à saúde mental? E, por fim, em quais contextos sociais e históricos o louco se torna notícia?

Com isso, parte-se da hipótese principal de que a construção da figura do louco no Piauí aconteceu de modo a reproduzir os estereótipos já existentes – de pessoas perigosas, imprevisíveis e incapazes –, tratando a temática de modo superficial, não atendendo às necessidades dos profissionais de saúde e nem respeitando os usuários do sistema de saúde mental.

Assim como as hipóteses secundárias: o Jornal *O Dia* dá voz somente aos profissionais de saúde mental, renegando as vozes dos usuários do sistema de saúde mental, o que reproduz os discursos estereotipados sobre essas pessoas – de que são todos incapazes de responder por si; o louco é representado pelo jornal ainda como um sujeito incapaz de responder por si, potencialmente agressivo, imprevisível, digno de pena; o Jornal *O Dia*, ao noticiar questões de saúde mental, gira em torno da veiculação imediata do fato, não se aprofundando nas proposições de assistência e nem nas questões de sociabilidade; por fim, o louco só se torna notícia quando ocorre algum fato marcante que quebre a rotina da sociedade – tais como tragédias, acidentes, crimes – ou em datas históricas, como é o caso do dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Deste modo, o objetivo geral da pesquisa é compreender como se dá a construção da figura do louco no Piauí nas matérias do Jornal *O Dia*. A partir do objetivo geral, traçamos os objetivos específicos: identificar quem são os porta-vozes e representantes do louco no Jornal *O Dia*; perceber qual a representação do louco no jornal em questão; observar quais as

preocupações do Jornal *O Dia* ao tratar das questões voltadas à saúde mental; analisar em quais contextos sociais e históricos o louco se torna notícia.

No primeiro capítulo, portanto, apresentamos o processo de transformação pelo qual a loucura passou a ser percebida como doença e se tornou responsabilidade médica, surgindo assim, a psiquiatria como instância de controle social dos considerados desviantes que vagavam e importunavam as comunidades, como também buscando patologizar as características dessas pessoas. Adiante, desenvolvemos um histórico sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, datada da década de 1970, caracterizada como uma mudança no modelo de atenção à saúde mental.

Responsável pela retirada do modelo hospitalocêntrico-manicomial que acometia os hospitais psiquiátricos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi desenvolvida visando a criação de um sistema de atendimento ao usuário do sistema de saúde mental por meio da promoção da inclusão, do acesso fácil aos mecanismos de assistência, a reintegração social dessas pessoas e a uma quebra dos estereótipos que acompanham essas pessoas há séculos.

Dando continuidade à pesquisa, o terceiro capítulo apresenta a institucionalização e o tratamento das patologias no Piauí, traçando um breve histórico dos principais hospitais psiquiátricos, Asylo de Alienados – ou Hospital Areolino de Abreu – e Sanatório Meduna, responsáveis por atender uma grande demanda de pessoas da capital e de regiões próximas que buscavam tratamento psiquiátrico. Ainda nesse capítulo, pontuamos a significativa imigração de pessoas vindas de cidades e estados próximos a Teresina, dado que a capital se tornava referência no atendimento médico-hospitalar e se consolidava enquanto pólo de saúde.

No próximo capítulo, descrevemos a metodologia da pesquisa. Partimos do conceito de formação discursiva trabalhado por Michel Foucault em *A Ordem do Discurso* (1996). A análise foucaultiana é desenvolvida no trabalho como um guia metodológico a fim de embasar todo o procedimento analítico e identificar determinadas construções simbólicas em relação à figura do louco no Piauí. Essa ferramenta de análise é percebida não apenas como um método, mas como um “modo de ver as coisas” em determinadas práticas e relações (FOUCAULT, 2005).

Assim, a metodologia da presente pesquisa busca identificar, nos discursos a respeito do louco e da loucura no Piauí, potenciais reflexos do entendimento sobre esses sujeitos considerados desviantes e sobre a noção de loucura construída ao longo dos anos. Desse

modo, compreendendo como um processo que construiu um perfil real e imaginário do louco no Piauí, a metodologia analítica utilizada nesta pesquisa, pretende elencar as estruturas de poder, controle e dominação presentes nos discursos em questão, bem como observar pontos de unificação desses discursos.

É preciso ainda destacar que a abordagem da pesquisa é qualitativa e o objetivo metodológico é depreender não apenas a construção do discurso sobre o louco, mas, principalmente, como esses discursos se construíram ao longo do tempo no imaginário social piauiense de modo a perpetuar esse entendimento sobre o louco. O processo metodológico pressupõe um saber epistêmico como experiência e uma forma de fazer que deve se encontrar no procedimento analítico interpretativo, considerando os fatores subjetivos e a historicidade narrativa.

O objetivo do trabalho não é reduzir a filosofia foucaultiana a um método, mas pensar estruturas, variáveis, relações, estruturas de poder e saber como um percurso, um caminho. O procedimento de análise foi escolhido a fim de perceber as configurações narrativas presentes nas notícias do Jornal *O Dia* sobre a figura do louco no Piauí, bem como identificar os discursos presentes nas notícias como uma prática tanto de representação quanto de significação de mundo, capaz de construir e ajudar a formatar as identidades sociais do louco, as relações sociais que o incluem e o excluem e os sistemas de conhecimento e crenças sobre o considerado louco.

Para isso, se faz necessário uma breve contextualização dos conceitos de Formação Discursiva, das relações entre Discurso e Poder construídas por Michel Foucault e do conceito de Representação desenvolvido por Roger Chartier.

Em seguida, no quinto capítulo, discutimos a construção do perfil do louco no Jornal *O Dia*, identificando as construções discursivas presentes no jornal que fizeram referência a um perfil do louco no Piauí e que se apresentam como um reflexo de uma realidade que foi formada ao longo dos anos, transformada e alterada de modo a conjecturar um entendimento social sobre esses sujeitos.

Nesse capítulo, compreendemos as construções discursivas presentes no jornal como fatores de grande influência direta no processo de construção de um perfil do louco no Piauí, além das transformações diacrônicas em relação à figura do louco na história, das modificações do próprio jornal enquanto contexto jornalístico e seus critérios de construção de narrativas.

Também desenvolvemos o histórico do Jornal *O Dia* e seus apontamentos, assim como as transformações das construções das narrativas, a amostra do trabalho e a análise da pesquisa. É importante destacar que o material jornalístico foi coletado no Arquivo Público do Estado do Piauí ao longo dos meses de maio de 2018 a março de 2019, onde foi realizada uma catalogação dos jornais para o Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A amostra do trabalho é composta por 30 notícias jornalísticas do jornal impresso *O Dia* no período de 1970 a 2019, selecionadas a partir de um total de 135 notícias encontradas neste período que fazem referência à loucura ou a um perfil do louco no Piauí.

O critério de seleção das notícias foi construído baseado na repetição e na formação de um padrão temático, no qual foram construídas categorias de análise a partir de Michel Foucault (2008; 1999a; 1999b; 2018), para uma melhor compreensão e organização do processo analítico, quais sejam: um perfil do louco violento ou potencialmente violento a partir de História da Loucura (2008); um perfil do louco que é vítima também a partir de História da Loucura (2008); um perfil do louco que é configurado como responsabilidade familiar a partir de Microfísica do Poder (2018); enquanto responsabilidade policial a partir de Vigiar e Punir (1999b); a relação entre loucura e gênero a partir de História da Sexualidade 1 (1999a); e a relação entre loucura e políticas públicas a partir de Vigiar e Punir (1999b).

A compreensão e desenvolvimento dessas categorias nos possibilita perceber que a construção de um perfil comum ao louco flutua por alguns estereótipos e permanece em alguns padrões. Essa repetição de padrões em que o louco se torna notícia no jornal analisado é que nos permite refletir por meio dessas categorias, de modo a identificar sob que perspectiva o louco se torna notícia, bem como as transformações que ocorreram nessas construções narrativas relativas à figura do louco, assim como as transformações diacrônicas que se deram no tempo e no espaço.

Como resultado de pesquisa, identificamos a construção da figura do louco no Piauí reproduziu os estigmas constantemente associados à pessoa com transtorno mental de que são pessoas consideradas perigosas, imprevisíveis e incapazes, que necessitam de interdição familiar, médico, institucional ou policial e, por vezes, de todos ao mesmo tempo.

Percebemos também que as narrativas desenvolvidas pelo Jornal *O Dia* sobre o louco foram modificadas ao longo do tempo, mas giram em torno de um louco que é, ao mesmo tempo, violento ou potencialmente violento, vítima, responsabilidade familiar ou policial, associado às questões de gênero, seja enquanto agressor ou vítima, e associado às questões de

políticas públicas.

2. O LOUCO

Durante séculos, a figura do louco foi construída e reconstruída a partir do entendimento social que configurava determinados padrões de comportamento e pensamento. A compreensão a respeito da loucura pode ser vista sob diversas perspectivas, dentro dos mais variados contextos e considerando que suas configurações e reconfigurações se deram no tempo e no espaço, assim como por meio de inúmeras instituições e indivíduos que se tornaram porta-voz do louco.

Do ponto de vista da medicina psiquiátrica, a loucura é configurada como uma doença mental, uma patologia que compromete o bom funcionamento da mente humana e a relação entre sujeito e sociedade. Na concepção romântica, é vista como sinônimo de libertação do sujeito, expansão de consciência e libertação dos padrões impostos socialmente. Sob o prisma trágico, por sua vez, passa a ser vista através da impulsividade e do desespero humano, perfil que causa medo e temor na sociedade de modo a gerar sensação de necessidade do isolamento desses corpos.

A loucura enquanto produto cultural se configura de maneira relativa se considerarmos os contratos de leitura de mundo. As noções de realidade se alteram de forma individual de modo que os sujeitos que extrapolem essas noções sejam enquadrados como sujeitos desviantes. Para Freud (1996), em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*, essa noção de realidade é dividida entre interna e externa. A primeira é a realidade que circunda o mundo do indivíduo, seus pensamentos, sentimentos, seu mundo interior e não apenas o que é realizado em ato físico; e a segunda é a realidade exterior, de mundo, interpretada pelo sujeito.

A realidade interna do sujeito considerado louco é questionada de forma a perder sua validade e força. Do mesmo jeito, a relação desse sujeito com a realidade externa também perde potência se considerarmos que as relações interpessoais no mundo externo dependem da manutenção individual.

Dito isto, o primeiro capítulo do presente trabalho é construído a fim de compreender como esses processos de configuração e reconfiguração de um perfil do louco se deu no tempo e na história, através dos seus contextos, realidades, dimensões e transformações diacrônicas.

2.1. Loucura no Tempo

Considerada pela psicologia como uma condição da mente humana capaz de conjecturar pensamentos tidos como anormais para uma sociedade, a loucura, percebida como uma experiência social se modificou ao longo dos anos e por entre as comunidades. Contudo, o que não mudou foi a base do perfil do louco, um perfil comum construído discursivamente e configurado constantemente como aquele que tem atitudes e comportamentos considerados fora do padrão de uma sociedade – são os sujeitos desviantes.

A constituição histórica da loucura ainda se dá por meio de rupturas e discontinuidades históricas. Sua criação, bem como a transformação do seu entendimento ao longo dos anos, é fruto da invenção e intervenção humana que, por vezes, se modificava, mas também se repetia e se perpetuava.

É importante destacar que estamos percorrendo uma construção epistemológica do campo da loucura e do conceito da loucura através de um viés social e patológico. Assim, compreendendo que a loucura se deu no espaço temporal de maneiras diversas, atravessando temporalidades, faz-se necessário uma breve reflexão sobre o tempo histórico desenvolvido por Paul Ricoeur (1994).

O autor, em *Tempo e Narrativa*, apresenta o tempo histórico em dois vieses: o primeiro se dá a partir da experiência do “vivido”, considerando que o historiador busca fazer uma espécie de reconstrução da história vivida, pensamento este desenvolvido por Santo Agostinho – centrado no Livro XI das *Confissões* –, como “tempo da alma”, ou seja, um tempo interior que não obrigatoriamente tem relação com o tempo cronológico ou o tempo vivido em coletividade. O outro viés apresentado por Paul Ricoeur parte do tempo “lógico”, desenvolvido por Artístóteles (384-322 a.C), compreendido como um modelo de tempo no qual as ligações e percepções de tempo se dão de maneira lógica a partir do movimento dos corpos.

Baseado nesses dois modelos de tempo, Paul Ricoeur (1994, p. 15) constrói a sua própria perspectiva de narrativa histórica, pois considera que “o tempo torna-se tempo humano na medida em que está articulado no modo narrativo; [e] em compensação, a narrativa é significativa na medida em que esboça os traços da experiência temporal”.

Compreende-se, então, que a construção de uma obra narrativa é também a construção de uma obra temporal, de modo que a narrativa histórica se dá em determinado espaço temporal lógico e da alma, mas que não se limita ao vivido e nem ao lógico, referindo-se a esses modos e retornando a eles, transformando e reconfigurando o tempo histórico.

A partir dessa breve contextualização sobre o tempo histórico desenvolvido por Paul Ricoeur (1994), percebemos que a figura do louco foi construída e reconstruída ao longo dos anos, modificando o entendimento das sociedades em relação a ela e do louco em relação a si mesmo.

É válido frisar que essa construção historiográfica em relação ao louco se deu de maneiras diferentes também em relação ao espaço, dado que em cada sociedade havia a sua forma de lidar com os “seus loucos”. O que hoje se entende como loucura foi construído por meio das extensões de figuras consideradas desumanas. Ao longo dos séculos, os personagens se modificaram, mas havia em cada geração extensões dos males que acometiam as sociedades das épocas.

As primeiras evidências de um estudo sobre o que se considerava "anormal" datam de 2.500 anos na Grécia, quando o interesse se baseava na cura de comportamentos desviantes, personalidades estranhas que eram consideradas "possessão demoníaca" (STONE, 1999). Na Idade Média, essas pessoas, consideradas psicologicamente atingidas, eram vistas como uma falha da racionalidade e eram comumente misturadas aos leprosos, constantemente expulsos das cidades e postos em leprosários – instituições criadas pelo poder real no século XIV para controlar e afastar os leprosos das sociedades.

Michel Foucault (2008), em *A História da Loucura*, aponta que ainda no século XIV, o leproso foi uma forte vítima da exclusão social, porém, na Idade Moderna, esses conceitos de loucura reverberaram mediante sinal de extrema racionalidade, tornando, assim, o louco como um sinal de contradição.

A lepra desaparece, mas as estruturas criadas para concentrar os leprosos se sustentam mudando apenas o protagonista: agora “doentes venéreos, pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento” (FOUCAULT, 2008, p. 6) e esses espaços rapidamente superlotam, havendo a necessidade de criação de novos lugares para alocar essas pessoas rejeitadas pela sociedade da época.

Já no século XV, as estruturas de controle dos “anormais” tinham forma e método, buscando isolar e escondê-los, até que os muros foram se expandindo e, então, surgem as

embarcações superlotadas com destino a lugar nenhum: a Nau dos Loucos. Como uma medida de expurgo e higienização social, os considerados “desviantes” eram postos o mais longe das cidades.

Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos (FOUCAULT, 2008, p.9).

Sob a influência do pensamento cristão, a figura do louco se consolida a partir da ideia de um sujeito desviante, irracional, imprevisível, composto por dualidades e com vestígios de um “castigo divino”. Por outro lado, é diretamente atrelada ao poder da razão¹, visto que uma só acontece a partir da existência da outra e de forma paradoxal na consciência dessa existência mútua. E é com base nesse pensamento que a loucura começa a ter sua aceitação dentro do campo da razão, onde, aos poucos, “se vê desarmada, e seus momentos deslocados” (FOUCAULT, 2008, p. 35).

No século XVII, com o surgimento das primeiras pesquisas na medicina e das construções de casas de internamento através da ciência, a loucura se torna produto de pesquisa e entendimento médico, inserido em suas variáveis e em seus diversos conceitos. A partir daí, os processos de segregação dessas pessoas acontecem gradualmente e buscam, cada vez mais, recolher, isolar, experimentar e testar os motivos, origens e curas para o “mal da loucura”.

Seja por espontânea vontade ou por ser levado à força pelas autoridades real ou judiciária, aos poucos, é construído um perfil comum ao louco e este se torna refém de uma ordem institucional, passando da instituição social para a instituição médica e, por fim, a jurídica – todas buscando formas de enquadrar o louco em algum diagnóstico e em algum lugar físico que não seja a sociedade em si.

As instituições médicas do século XVII são instâncias de ordem monárquica e burguesa diretamente ligadas ao poder real e administradas por outros poderes, que não o da medicina. Poderes jurídicos e até religiosos participavam das decisões dos hospitais gerais responsáveis

¹ Para Hobbes, a razão é uma ordem administrativa, ou seja, uma instituição humana que reflete não o ordenamento das coisas, mas ordenamento que os homens dão às coisas de acordo com suas necessidades (1979, p. 423).

por internar os considerados desviantes. Em seu funcionamento, esses hospitais se tornam espaços de repressão e imposição religiosa, bem como de punição e castigo.

Nessas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar (FOUCAULT, 2008, p. 53).

O internamento passa a ser construído sob uma linha tênue entre a busca pelo tratamento ou cura e pela punição e repressão que os espaços de isolamento reiteram. A mudança de sentido varia de acordo com os interesses e com as posições de poder regentes, pois o entendimento da loucura agora é visto como uma dívida com a moral² pública e tem como objetivo claro o isolamento dos sujeitos, bem como evitar a ociosidade, considerada a fonte de todas as “desordens”.

O louco passa a participar de um sistema implícito de obrigações, no qual se ele recebe uma assistência do Estado para se manter internado também deve aceitar a coação e repressão ocorrida dentro desses espaços. Entende-se por coação e repressão, por exemplo, a obrigatoriedade da mão de obra barata dentro dessas instituições, a produção de serviços braçais em troca de 1\4 de lucro do serviço, com o dever de ser produtivo e lucrativo. Essa obrigatoriedade do trabalho e suas exigências que se formulam reforçam a obediência à instituição ainda no século XVII.

É importante considerar que nem todos os internos conseguiam ser mão de obra para o trabalho interno dessas instituições. A partir do momento em que a loucura é percebida pelos sintomas da incapacidade, pois nem todos conseguiam seguir a disciplina, o rigor e as demandas institucionais, novas significações ao louco são construídas e atreladas à impossibilidade de produção, ao despreparo e a irresponsabilidade desses sujeitos.

É nesses lugares de ociosidade maldita e condenada, nesse espaço inventado por uma sociedade que decifrava na lei do trabalho uma transcendência ética, que a loucura vai aparecer e rapidamente desenvolver-se ao ponto de anexá-los [...]. O século XIX aceitará e mesmo exigirá que se atribuam

² Para Paul Ricoeur, “moral” está relacionado a um “aspecto obrigatório, marcado por normas, obrigações e interdições, caracterizadas simultaneamente por uma exigência de universalidade e por um efeito de coerção” (2011, p. 4).

exclusivamente aos loucos esses lugares nos quais cento e cinquenta anos antes se pretendeu alojar os miseráveis, vagabundos e desempregados (FOUCAULT, 2008, p. 73).

Em *Microfísica do Poder*, Michel Foucault (2018) elenca três características principais para compreender disciplina: (1) como organização do espaço, uma técnica de isolamento em um espaço fechado capaz de fazer os indivíduos desempenhar funções de acordo com o espaço e o lugar em que ocupam; (2) como controle do tempo, quando se busca o máximo de rapidez e eficiência dos indivíduos a partir de sua articulação temporal; e o controle a partir da (3) vigilância como mecanismo de extensão dos sujeitos, como o modelo do panóptico, desenvolvido pelo filósofo Jeremy Bentham, em 1785, capaz de permitir que um único vigilante observe os prisioneiros de modo que estes não saibam se estão sendo observados.

A sociedade do século XVII passa a rejeitar todas as formas de inutilidade social e esse pensamento reflete diretamente dentro dessas instituições e hospitais gerais. Enquanto isso, os espaços de internamento se solidificam e se apresentam de modo positivo para a sociedade, buscando cada vez mais juntar loucos, pobres, ociosos, prostitutas e qualquer pessoa que viesse a causar algum tipo de incômodo na sociedade.

É nos antigos conventos que os grandes asilos se instalam e o poder sobre o louco que, antes era da Igreja, é transferido para o Estado, agora responsável por arcar com os gastos públicos referentes aos internos desses espaços, bem como por instaurar impostos e administrar as finanças das pessoas ajudadas pela cidade.

No final do século XVIII, surgem os manicômios como principal mecanismo de exclusão e detenção do louco. Essas pessoas consideradas “fora de ordem” sofrem com o processo de exclusão em forma de internação nessas instituições, com funções de controle social e de ordem, exibindo a incapacidade dos mesmos para a integração em sociedade.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 2008, p. 78).

Em meio à sociedade do século XVIII composta por rigorosas questões morais e civis, ladrões, vagabundos, prostitutas, loucos, assassinos, homossexuais, entre outros, são considerados sujeitos que violam as regras do Estado, e, por conseguinte, passíveis de correção punitiva.

Nesse sentido, surgem de forma concreta os asilos, prisões, manicômios, hospícios e hospitais como afirmativa de instituições que ordenam o sonho burguês da sociedade e reforçam o isolamento e a detenção dessas pessoas excluídas, bem como conduzem à coação moral e concentram sobre elas a responsabilidade de bons resultados e de cura da própria loucura. Dessa forma, espaços de "correção" punitiva vão surgindo a fim de que essas pessoas paguem suas dívidas com a moral pública.

O nascimento do hospício também não destruiu a especificidade da loucura. Antes de Pinel e Esquirol é que o louco era um subconjunto de uma população mais vasta, uma região de um fenômeno mais amplo e englobante que o definia como desrazão. É o hospício que produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração de relações disciplinares de poder (FOUCAULT, 2018, p. 25).

As punições se transformam, na Idade Clássica, na ferramenta mais eficaz de contenção e correção. Dentre as mais diversas causas de internamento e explicação da loucura em suas diversas faces estão: a homossexualidade, a sodomia, a profanação e blasfêmia. Todos os comportamentos considerados estranhos ou alheios às sociedades da época eram julgados de modo coletivo, seja pela sociedade ou pelas instituições de poder regentes.

O que outrora constituía um inevitável perigo das coisas e da linguagem do homem, de sua razão e de sua terra, assume agora figura de personagem. Ou melhor, de personagens. Os homens do desatino são tipos que a sociedade reconhece e isola: existe o devasso, o dissipador, o homossexual, o mágico, o suicida, o libertino. O desatino começa a ser avaliado segundo um certo distanciamento da norma social (FOUCAULT, 2008, p. 104).

Por esses tipos de desvios sociais é que essas pessoas assumem uma conduta de culpabilidade, configurando justificativas para o internamento. Ter o domínio sobre a loucura significa procurar por que ela habita o homem de forma tão degradante e a-social. É o que a medicina e a psiquiatria procurarão realizar nos séculos seguintes ao enquadrá-la em

diagnósticos sob formas de protocolos de doenças.

As primeiras terapias científicas para a loucura foram baseadas nas teorias de Sigmund Freud (1856-1939) que, a partir dos métodos antes usados nas atividades de psicanálise, desenvolveu uma abordagem científica fundamentada para o tratamento de transtornos mentais de gravidade leve ou média, em particular, das neuroses, mas que pouco foi significativo para o tratamento dos transtornos mais graves como as psicoses.

A partir do século XVII, o perfil do louco se consolida e se torna independente das outras patologias com as quais convivia. Assim, a loucura se torna reconhecível pelas sociedades e identificável a ponto de se estabelecer formas e perfis próprios da loucura. A loucura, então, tem rosto e forma.

Não é exatamente a existência de criminosos, nem a de doentes; mas assim como acontece ao homem moderno refugiar-se na criminalidade ou na neurose, é provável que essa existência de desatino sancionada através do internamento tenha exercido sobre o homem clássico um poder de fascínio; e é ela sem dúvida que vagamente percebemos nessa espécie de fisionomia comum que é preciso reconhecer nos rostos de todos os internos, de todos os que foram encerrados “por desarranjo em seus costumes e em seu espírito” (FOUCAULT, 2008, p. 108).

Para Foucault (2008), doentes, criminosos e loucos têm uma espécie de angústia em comum que serve de horizonte para o que antes se compreendia por loucura. Alicerçado no processo de internamento é que os “sintomas da loucura” se tornam identificáveis, provocando, assim, o domínio completo sobre a insanidade mental. Tão temida, a loucura é aprisionada e a principal preocupação era o controle e o silenciamento dessas pessoas de modo que todos se tornam responsáveis pelo expurgo e pelo isolamento dos mesmos.

No entanto, a procura de sua domesticação permanecerá ainda nos séculos XVII e XVIII como coação de suas atividades. Então, o internamento nestas épocas não tinha um conceito fixo, embora os estudiosos e a sociedade insistam em confiná-los e oprimi-los. Esses espaços de confinamento existem por meio da tentativa de evitar grandes penas a esses sujeitos em comunidade, como se o hospital os protegesse da sociedade – ou protegesse a sociedade desses indivíduos. De qualquer forma, esses ambientes foram desenvolvidos com o propósito da exclusão antes do anseio sobre o estudo da loucura.

Esses locais que têm como objetivo controlar a vida dos indivíduos a eles submetidos e

substituir todas as possibilidades de interação social por determinações internas são denominados pelo cientista social Goffman (2008), em *Manicômios, Prisões e Conventos*, de “instituições totais”.

As instituições totais de nossa sociedade podem ser, grosso modo, enumeradas em cinco agrupamentos. Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça a comunidade, embora de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escalas internas, campos de trabalho [...] Finalmente, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos [...], é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros (GOFFMAN, 2008, p.16).

Esses locais, de maneira geral, excluem uma parcela da sociedade para que essas pessoas vivam de acordo com as regras internas desses ambientes, fazendo com que essas instituições sejam sinônimas de realidade única e absoluta. Tais instituições destinam-se a uma busca pela “correção” dos sujeitos, pelo arrependimento e pela punição, assim as pessoas ali internadas estão submetidas a um regime de força e controle físico e psicológico, sendo ignorados e confinados.

Nisso consiste, sem dúvida, o paradoxo maior da experiência clássica da loucura; ela é retomada e envolvida na experiência moral de um desatino que o século XVII proscreeu através do internamento; mas ela está ligada também à experiência de um desatino animal que forma o limite absoluto da razão encarnada e o escândalo da condição humana. Colocada sob o signo de todos os desatinos menores, a loucura se vê ligada a uma experiência ética e uma valorização moral da razão; mas, ligada ao mundo animal e a seu desatino maior, ela toca em sua inocência monstruosa (FOUCAULT, 2008, p. 161).

Surge, pois, a psiquiatria no Clássico com o intuito de rejeitar as antigas práticas sobre o louco, querendo, assim, enquadrá-lo num eixo patológico e científico, no qual esse mesmo

louco já se encontra isolado e excluído da sociedade pertencente a fim de levar consigo o paralelo entre o estudo e o poder disciplinar. Misturados aos criminosos e aos a-sociais, a loucura se torna objeto de estudo das patologias médicas. Dentre as rigorosas categorias, uma se constrói para identificar essas características da loucura: são as doenças de espírito.

2.2. A construção da loucura como doença e o poder médico

Ainda no século XVII, inicia-se um processo de domínio da loucura a partir do saber médico. A constituição e a legitimação de um saber especializado sobre a loucura mostram qual a origem do que hoje compreendemos como psiquiatria, considerando suas construções e características históricas.

A psiquiatria surge como instância de controle social dos desatinos que vagavam e importunavam as comunidades, bem como buscando patologizar as características dos considerados loucos. A necessidade da psiquiatria de dominar a loucura faz com que ela assuma o papel de responsável pelos juízos oficiais e legais desses indivíduos, conferindo-lhe autoridade legal sobre as consideradas “doenças mentais”.

O serviço do alienista – definição do médico psiquiatra do século XVII e XVIII – se constitui a fim de identificar as características do louco em meio as suas particularidades, evidenciando as subjetividades e avaliando os comportamentos considerados problemáticos para a época. Desse modo, surge o diagnóstico como uma atividade de perícia médica, situando o indivíduo em escalas de medição de desempenho, comportamento, independência, consciência, entre outros.

Os “iluminados” e “visionários” correspondem sem dúvida a nossos alucinados – “visionário que imagina ver aparições celestes”, “iluminado com revelações” – os débeis e alguns atingidos por demência orgânica ou senil são provavelmente designados nos registros como “imbecis” – “imbecis por horrível devassidão pelo vinho”, “imbecil que fala sempre, dizendo-se imperador dos turcos ou papa”, “imbecil sem nenhuma esperança de retorno” – são também formas de delírio encontradas, caracterizadas sobretudo pelo seu aspecto de pitoresco absurdo [...] (FOUCAULT, 2008, p. 118)

Assim, a loucura se reforça e se consolida como patologia, agora mais do que nunca

propriedade do saber médico, que ainda viria a segregar entre os loucos quais mereciam viver à luz das instituições psiquiátricas e quais viveriam eternamente em pleno esquecimento. O internamento e o diagnóstico silencioso – feito por uma medicina que ainda estava em formação – já indicam simbolicamente os rumos que a loucura viria a tomar.

Com o tempo, torna-se um real aprisionamento de indivíduos para além das instituições governamentais e das estruturas físicas, sendo capaz de transformar o entendimento da loucura, cada vez mais distante da busca por uma cura e cada vez mais próximo de um espaço de correção. São os asilos de internamento, as casas de correção e punição, as instituições de força que mostram com clareza a real intenção por trás desses aprisionamentos, representando um controle cada vez maior e a busca por um diagnóstico ou por uma forma de silenciar essas pessoas.

Ainda no século XVII, a categoria da loucura passa a englobar outros personagens como “figuras morais e sociais”, as quais ainda lhe eram estranhas e que agora também entram em um véu do esquecimento. As variáveis dos personagens se mantêm. São eles os blasfemadores, os devassos, os libertinos, todos até então de responsabilidade do Estado. Agora a medicina assume e os enquadra juntamente aos considerados loucos.

Além disso, em meio à sociedade, pessoas em momento de sofrimento psíquico, como um luto, tristeza ou melancolia, eram superficialmente pré-diagnosticadas por familiares ou pela comunidade próxima como louco. No entanto, os poderes de decisão são entregues ao médico e este se torna o único responsável por afirmar de fato quem é louco e quem é são.

Foucault (2008, p. 126) explica que “a vida do indivíduo, seu passado, os juízos que se puderam formar sobre ele a partir da infância, tudo isso cuidadosamente pesado pode autorizar o médico a obter um diagnóstico e decretar a existência ou ausência da doença”. Assim, a medicina assume o lugar de consciência da loucura, posta como assunto de “sensibilidade social”, suscetível a julgamento, juntamente com criminosos e libertinos.

Sabemos sobre a sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você nem sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas da doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante, nós, médicos, estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um doente mental (FOUCAULT, 2018, p. 211).

A medicina agora constrói uma patologia de dois lados: o normal e o anormal, o agressivo e o débil mental, o recluso e o visionário, todos sob a vigília da medicina. “A doença mental, que a medicina vai atribuir-se como objeto, se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo” (FOUCAULT, 2008, p. 131), de modo a se auto atribuir como responsável tanto pelo diagnóstico, quanto por uma possível cura ou por apontar se uma pessoa será internada ou não.

No século XVIII, surge uma reflexão a respeito da loucura e vegetação do sujeito. A partir disso, a possibilidade da medicina adentrar nas decisões e resultados sobre a sanidade mental, permite pela primeira vez um contato direto entre médico e louco, desenvolvendo uma conjuntura decisiva para a medicina adentrar o universo da loucura. Com o estudo da medicina para o tratamento das doenças nervosas dos internos, a psiquiatria se torna uma técnica privilegiada que estabelecerá uma ligação direta com a loucura.

Nesse contexto, o médico atua para proteger a sociedade desses sujeitos “moralmente impuros” e não para curá-los de possíveis doenças, deixando claro o interesse dos mesmos em estudar esses indivíduos pelo medo e pelo simbolismo do impuro que o século XVII tanto pregava em suas paredes morais e religiosas, e não pelo progresso dos estudos da medicina a respeito de um louco.

Renato M. E. Sabbatini (1997) constata que entre 1917 e 1935, quatro métodos para realizar o choque fisiológico foram descobertos, testados e usados na prática psiquiátrica: a febre induzida por malária para tratar paresia neurosifilítica, descoberta em Viena por Julius Wagner-Jauregg em 1917; coma e convulsões induzidas por insulina para tratar esquizofrenia, descoberta em Berlim por Manfred J. Sakel em 1927; convulsões induzidas por metrazol para tratar esquizofrenia e psicoses afetivas, descoberta em Budapest por Ladislau Von Meduna em 1934; e a terapia por choque eletroconvulsivo, descoberta por Ugo Cerletti e Lucio Bini em Roma, em 1937.

Desta forma, a psiquiatria parte de experimentos para de fato procurar uma cura para a loucura, uma vez que esta estará sob vigilância médica. Assim, à loucura é conferido um status de verdade e seu discurso e suas configurações narrativas são capazes de sustentar determinadas práticas sociais que reforçam o perfil estereotipado do sujeito considerado louco. Num princípio de isolamento busca-se, então, a cura para a loucura. O louco, neste

momento, é o doente que se difere dos outros perigosos do internamento. Esta passagem se certificará da necessidade de mudança de instituição na qual o louco era posto.

Agora, não é mais confundido com bandidos e assassinos ali internados, pois é fraco de saúde, desprovido de sanidade mental e deve possuir um lugar que não seja mais a reclusão. A partir disso, um novo internamento para o louco é desenvolvido, porque se tratando de uma doença, deve ser realocado para um hospital que acolha apenas esses doentes, ou seja, uma casa dos loucos.

Os hospitais especializados em loucura deixam de ser apenas um local de confinamento, onde todos viviam com regras, mas livres, e passam a possuir dentro de seus regimentos determinadas normas expressivas, inquestionáveis e de extremo controle. Nos cuidados da medicina, a loucura passa a ser residência experimental e constatável da sabedoria psiquiátrica, controlando e arriscando ainda mais as capacidades individuais dos sujeitos.

A partir de experimentos naturais, como o contato com jardins – fazendo referência à natureza e a um local aberto – e a água – considerado o elemento de purificação –, eram elaboradas as prescrições médicas. Esse espaço de grandes poderes experimentais concede ao médico psiquiatra poderes decisivos acerca dos direitos sociais e da personalidade do indivíduo que este acompanha.

A medicina estabelece e desenvolve a própria razão por meio da exclusividade do diagnóstico e da exclusão desses sujeitos da natureza do mundo, a fim de que, através desses métodos, a loucura seja conduzida à verdade única no homem, que é seu estado puro racional e moralmente. Além de reafirmar suas suposições através de dados científicos, objetivos e comprovados através de experimentos nesses pacientes, também possui o espaço institucional em suas mãos, que lhe garante a possibilidade de fazer quaisquer suposições acerca de seus pacientes, de modo que não seja grave submetê-los aos métodos mais cruéis possíveis dentro dessas instituições.

O fato é que a percepção e o laudo sobre a loucura só é dado por um são. Aqui, não apenas o saber médico é responsável por definir quem é louco e quem não é, mas a sociedade, a comunidade, a família, qualquer sujeito que considerasse, no outro, um comportamento desviante e inadequado ao convívio, tinha o poder de denúncia e de isolamento do sujeito, enviando-o às cadeias públicas, as instituições de reclusão e segregação.

Assim, a instituição total referente aos loucos se impõe, classifica, divide e delimita a condição social do indivíduo, ocorrendo o que Goffman (2008) classifica como a mortificação

do Eu, no qual o sujeito abalado pelos processos do despojamento da instituição torna, pelo sistema de privatização, a gerar uma reorganização pessoal através de um sistema de privilégios.

Esse sistema de privilégios se dá de forma gradual: um conjunto de prescrições e proibições quanto à conduta desses pacientes dentro das instituições, o envolvimento desses sujeitos internos em trabalhos não-remunerados ou mal remunerados em troca de pequenos privilégios dentro dessas instituições, e a punição para os que descumprirem ou irem contra as normas internas.

Dessa forma, se constrói conceitos a respeito do retorno da racionalidade do sujeito dito como louco. Goffman (2008) ainda descreve as táticas de adaptação desses sujeitos nos ambientes de isolamento e reclusão. Primeiro, há o afastamento do indivíduo da situação, no qual o mesmo deixa de dar atenção a tudo, com exceção aos acontecimentos que cercam seu corpo. Segundo, existem as táticas de intransigência, pelas quais o internado, intencionalmente, desafia a instituição ao visivelmente negar-se a cooperar com a equipe dirigente.

Em terceiro, a colonização: o pouco do mundo externo dado para o internado já é considerado por ele suficientemente como o todo. E, por fim, a conversão, na qual o internado parece aceitar a interpretação oficial e tenta representar o papel do internado perfeito a fim de passar despercebido à equipe dirigente. Assim, o indivíduo em sua situação de reclusão total, se vê refém do método que lhes foi imposto.

Esses locais de internação, que têm como objetivo tratar ou buscar tratar o paciente, ao excluir do convívio e do contato com outras pessoas, apagam o papel social desse indivíduo, realocando-o em um falso cenário da sociedade, fazendo com que quando esse indivíduo saia desse internamento haja um fracasso em acompanhar as mudanças sociais do mundo externo à instituição, o tornando incapaz de enfrentar alguns aspectos diários da vida.

A hospitalização afasta temporariamente o indivíduo de seus papéis sociais, mas, se suporta essa provação, tende a voltar para o local social que deixou atrás de si, um lugar que é conservado aberto e afetuoso para ele através da instituição da "ausência por razões médicas", e pela qual os outros desculpam a importância de sua ausência (GOFFMAN, 2008, p. 58).

Nessas instituições, a participação e integração em uma sociedade pouco importam: a

cidade se transforma para ser o que é dentro de grandes muros e para funcionar sobre determinadas regras, leis e normas. A exclusão dessas pessoas dificulta o acesso da sociedade a essas pessoas e, conseqüentemente, o entendimento social sobre a loucura se torna cada vez mais distante, carregado de preconceitos e estereótipos, colocando o perfil do louco como uma pessoa potencialmente agressiva, imprevisível e digna de pena.

Compreendemos por estereótipo determinadas construções simbólicas resistentes á mudança social. Para Maria Aparecida Baccega (1998), o estereótipo se manifesta em bases emocionais, trazendo em si juízos de valor pré-concebidos, comportando uma carga adicional do fator subjetivo, que se manifesta sob a forma de elementos emocionais, valorativos e volitivos, que vão influenciar o comportamento humano.

Uma vez que tenha um registro de ter estado num hospital para doentes mentais, o público em geral, tanto formalmente - quanto a restrições de emprego - quanto informalmente - no que se refere a tratamento social diário - o considera como um ser a parte; o doente é estigmatizado (GOFFMAN, 2008, p. 56).

As conseqüências dessa exclusão vão desde uma gestão de conflitos entre interno e sociedade, pois além de se tratar de indivíduos que, após uma longa estadia, com grande amplitude de estigmatização, se encontram fora da realidade de consumo e com grandes dificuldades de voltar ao convívio social que antes tinham, a sociedade não sabe como lidar e nem mesmo acolher essas pessoas. Essa rejeição social parte da família, amigos, companheiros, empregadores e sociedade, que dificultam e atrasam a ressocialização do indivíduo, tornando-o, muitas vezes, mais esquecido do que quando se encontrava na instituição. Assim, de forma variável e omissa, o louco é tratado de maneira superficial e descartado do âmbito social.

Por estigma compreendemos uma desaprovação de características ou crenças pessoais, onde se atribuem rótulos. Para o autor, existe uma linguagem de relações que é depreciativa, onde há alguma expectativa, de todos os lados, de que aqueles que se encontram numa certa categoria não deveriam apenas apoiar uma norma, mas também cumpri-la. Desse modo, o estigma se apresenta como um reforço de determinadas particularidades que associam um padrão a determinadas características como uma regra, associando e reforçando esses padrões.

Michel Foucault (1999a), em *Vigiar e Punir*, descreve como essas instituições mortalizam a identidade do indivíduo, agravando em muitas vezes sua condição mental e dificultando a ressocialização do mesmo. O isolamento não se limita apenas a uma questão

física, mas moral, social, identitária, cultural.

Mas a relação castigo-corpo não é idêntica ao que ela era nos suplícios. O corpo encontra-se aí em posição de instrumento ou de intermediário; qualquer intervenção sobre ele pelo enclausuramento, pelo trabalho obrigatório visa privar o indivíduo de sua liberdade considerada ao mesmo tempo como um direito e como um bem. Segundo essa penalidade, o corpo é colocado num sistema de coação e de privação, de obrigações e de interdições. O sofrimento físico, a dor do corpo, não são mais os elementos constitutivos da pena. O castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia dos direitos suspensos (FOUCAULT, 1999a, p. 15).

Desde as primeiras pesquisas sobre a loucura, o louco já não era responsável por si, era desprovido de seus direitos e ignorado por todos. As instituições totais desenvolvem assim normas internas, substituindo todas as possibilidades de interação social por esses regimentos internos, nas quais esses indivíduos muitas vezes são desrespeitados em sua condição de reclusão social. Assim, essas pessoas entram em estado de puro silenciamento, fazendo com que a instituição que o abriga tome as decisões que bem lhes couber e lhes represente nas circunstâncias sociais e morais.

Ainda no século XVIII, Philippe Pinel (1745-1826) se torna pioneiro na medicina psiquiátrica ao separar os loucos dos marginalizados, ao retirar correntes e camisas de força dos loucos que viviam presos, bem como buscar novas formas de tratamento que não maltratassem tanto os pacientes.

Pinel colocou o louco em uma categoria da medicina que o atende como ser humano, buscando compreender suas singularidades e individualidades. A ascensão do alienismo marca a passagem da loucura da condição de problema moral para uma questão médica, bem como o serviço de isolamento que passa de uma interdição por isolamento para uma busca de tratamento através do isolamento e da reclusão.

O que Philippe Pinel pensara ao separar os tipos de internos no hospital de Bicêtre – os loucos furiosos dos loucos tristes, os criminosos dos angustiados - é que o isolamento e a separação desses “tipos” se transformariam numa tentativa de cura por meios morais e pelas proposições de determinadas experiências de reconhecimento dos indivíduos entre si.

O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito

jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita – porém sem obliterá-la – sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados – o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento (FOUCAULT, 2008, p. 132).

Assim, a “medicina do espírito” atua sob uma experiência social que afirma se o sujeito será internado ou não, se é perigoso ou inofensivo, se deve ser isolado ou conviver em sociedade; e atua sob uma experiência jurídica para definir as normas de vida dos sujeitos loucos, bem como tempo de internação, condição mental e estado psíquico.

Cercado pelo reconhecimento médico e jurídico, o louco passa a ser visto sob a ótica da interdição e reforça as estruturas de controle do sujeito, agora visto como irresponsável e incapaz de sustentar seus direitos como homem social, criando um sistema de alienação que se mantém refém de um poder maior.

Uma é considerada como limitação da subjetividade – linha traçada nos confins dos poderes do indivíduo e que isola as regiões de sua irresponsabilidade; essa alienação designa um processo pelo qual o sujeito se vê despojado de sua liberdade através de um duplo movimento: aquele, natural, de sua loucura, e um outro, jurídico, da interdição, que o faz cair sob os poderes de um Outro: o outro em geral, no caso representado pelo curador. A outra forma de alienação designa, pelo contrário, uma tomada de consciência através da qual o louco é reconhecido, pela sociedade, como estranho a sua própria pátria: ele não é libertado de sua responsabilidade; atribui-se-lhe, ao menos sob as formas do parentesco e das vizinhanças cúmplices, uma culpabilidade moral (FOUCAULT, 2008, p. 134).

De um lado, a liberdade do louco posta à responsabilidade de outro, um indivíduo em condição de poder responsável por definir e delimitar a vida de sujeitos considerados incapazes; e do outro, onde os próprios sujeitos incapazes se tornam alheios, se tornam os Outros, um estranho aos laços sociais de semelhança e identidade.

Essa percepção da loucura se estenderá por todo o século, cada vez mais se delimitando a uma forma, falando uma linguagem própria da loucura e sendo responsabilidade das mesmas instituições regentes. Assim, o louco não é mais misturado aos marginais, nem aos delinquentes ou aos criminosos, e constrói suas próprias estruturas. Sendo isto positivo ou negativo, as variáveis da loucura se mantêm tendo o mesmo tipo de tratamento e internação.

Esta forma particular da sensibilidade desenha o rosto próprio da loucura no mundo do desatino. Ela diz respeito, em primeiro lugar, ao escândalo. Em sua forma mais geral, o internamento se explica ou, em todo caso, se justifica pela vontade de evitar o escândalo. Indica mesmo, além disso, uma mudança importante na consciência do mal (FOUCAULT, 2008, p. 145).

Com o passar dos anos, a figura do louco passa a ser vista sob a ótica da periculosidade, muitas vezes a figuras animalescas e agressivas, o que reforçou a ideia de manter essas pessoas em total controle e detenção. O louco associado ao perigo foi a justificativa para a internação compulsória e involuntária desses sujeitos. Ainda no século XVIII, havia hospitais de internação para loucos com estruturas de controle de animais, com grandes ferrolhos, gradeados resistentes, barras de ferro para fechar as portas e grandes correntes em volta.

A loucura extrai seu rosto da máscara da besta. Os que são amarrados às paredes das celas não são tanto homens de razão extraviada, mas bestas presas de uma raiva natural: como se, em seu limite extremo, a loucura, libertada desse desatino moral onde suas formas mais atenuadas estão encerradas, viesse reunir-se, por um golpe de força, à violência imediata da animalidade (FOUCAULT, 2008, p. 150).

Cria-se um sistema de detenção a fim de conter a violência dos internos, agora considerados um perigo social. O laço do louco com a animalidade é compreendido como uma linha tênue entre a loucura e o que há de essência no sujeito, em seu estado natural, frágil e primitivo.

“A animalidade que assola a loucura despoja o homem do que nele pode haver de humano; mas não para entregá-lo a outros poderes, apenas para estabelecê-lo no grau zero de sua própria natureza” (FOUCAULT, 2008, p. 151). Quando o louco se torna um animal, essa loucura se apresenta, a princípio, como a presença da bestialidade, mas, em seguida, passa a ser vista sob a ótica da essência dos seres, em ser primitivo, com sua verdade, imprevisibilidade e uma espécie de positividade natural.

Esse é um dos diferenciais da loucura que se instaura sob o louco para as demais patologias da época, atrelando sua figura ao ser animalesco. Nos espaços de internamento, a loucura é posta ao lado das demais formas de “desatino” e, ao mesmo tempo, tem realidade única, com suas formas particulares e suas maneiras singulares de estar e aparecer. A loucura passa a ter seus próprios modos, compreendida ainda como patologia, mas não misturada

simbolicamente às demais enfermidades por mais que as estruturas físicas do isolamento ainda os misturassem.

Se se misturavam com os libertinos, profanadores, devassos e pródigos aqueles a que chamaremos “doentes mentais”, não é porque se dava pouca importância à loucura, a seu determinismo próprio e a sua inocência: é porque ainda se atribuía ao desatino a plenitude de seus direitos. Libertar os loucos [...] é fechar os olhos e abandonar num “sono psicológico” esta vigília sobre o desatino que dava seu sentido mais aguçado ao racionalismo clássico. [...] Prender o insano com o devasso ou o herético oculta o fato da loucura, mas revela a possibilidade eterna do desatino, e é esta ameaça em sua forma abstrata e universal que a prática do internamento tenta dominar (FOUCAULT, 2008, p. 161).

A loucura encara um paradoxo entre (1) a experiência moral do desatino atrelado ao internamento e isolamento do sujeito e (2) a experiência animalesca que forma um limite entre a moralidade da razão e o escândalo da condição humana, o desatino. Sabemos que a mistura entre o louco e os outros sujeitos considerados desviantes sempre existiu, desde os primórdios das experiências da loucura com a Nau dos Loucos, e que se mantém até o século XIX com a intenção de higienização das sociedades a fim de limpar as cidades dessas pessoas e, nessa retirada, todos seriam confinados dentro do mesmo espaço.

“No entanto, na prática e na consciência concreta do Classicismo existe essa experiência singular da loucura, percorrendo num átimo toda a distância do desatino; baseada numa escolha ética e, ao mesmo tempo, inclinada para o furor animal” (FOUCAULT, 2008, p. 161) buscando diferenciar o louco das outras formas de desatino, colocando-o sob suas próprias formas, mas também o colocando em lugar nenhum.

No século XIX, as estruturas da psiquiatria renunciam algumas práticas dos séculos anteriores, buscando cada vez mais identificar o perfil e o sujeito louco em meio as demais formas de desatino a fim de compreender suas origens, curas e formas de diagnóstico. É notável que a figura do louco se manteve constantemente atrelada a uma dualidade, pura contradição. Não porque o louco fosse a própria incoerência, mas por viver dividido entre os sentidos da contradição.

É importante perceber que essa ruptura da loucura com as demais patologias não foi totalmente efetiva, visto a linha tênue que se manteve ao longo dos anos entre todas as outras formas da loucura, como os libertinos, devassos, profanadores, e que ainda se conectavam consideravelmente sutis com a própria loucura, e que, por sua vez, ainda se mantêm vivo em

nosso entendimento sobre a figura do louco.

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições, como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tinham por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de tê-la sabiamente desencadeado (FOUCAULT, 2018, p. 203-204).

Sustentamos o pensamento de Foucault (2008) ao colocar o louco em um lugar incerto da loucura, na qual a ausência de informações, diagnósticos, cura, entendimento, é o suficiente para colocá-lo sob a ótica de fácil reconhecimento. Pode-se não saber o que é a loucura, dado que não é algo físico, com forma, mas internalizado e, por vezes, identificável em seus sintomas; mas sabe-se quem é o louco e suas formas de se apresentar ao mundo.

É verdade que os dementes, os loucos furiosos, os maníacos ou os violentos podem ser logo reconhecidos: não porém porque sejam loucos e na medida em que o são, mas apenas porque seu delírio tem um modo particular que acrescenta à essência imperceptível de toda loucura os signos que lhe são próprios: “Os frenéticos são apenas loucos de outro gênero”. Mas aquém dessas diferenciações, a essência geral da loucura não tem uma forma assinalável; o louco, em geral, não é portador de um signo, mistura-se com os outros e está presente em cada um deles, não para um diálogo ou um conflito com a razão, mas para servi-la obscuramente através de meios inconfessáveis (FOUCAULT, 2008, p. 180).

De todo modo, o louco tem rosto e jeito de ser, se tornando facilmente identificável, “perfil confuso, distante” e a loucura, por sua vez, cada vez menos compreendida, sem definições. Tal estrutura se manteve ao longo do século, carregando consigo o distanciamento da razão, como um oposto, um positivo-negativo, onde a loucura se fazia presente. Havia ali a ausência de razão, como um vazio próprio. Ainda para Foucault (2008), a loucura só existe porque há também a razão para lhe ser parâmetro: tanto para diferenciar o louco do são, quanto para o são lhe atribuir valores.

Ainda no século XIX, a psiquiatria busca identificar sentidos, fatores, sintomas e contextos da loucura. No interior dos espaços de internação, criam-se categorias de ordem

particular, como fatores internos e externos, sintomas anexos como febre, calafrios, insônia ou dores. As doenças passam a ser enquadradas por classes e suas ordens, variando de acordo com suas intensidades e formas.

Após esse método de identificação ser criado, logo é posto de lado para, então, a psiquiatria atuar sob outras formas de definição. São as “afinidade dos sintomas, identidade das causas, sucessão no tempo, evolução progressiva de um tipo na direção de outro” (FOUCAULT, 2008, p. 196) e outras manifestações que buscavam identificar unidades a partir da multiplicidade de formas da loucura, mas, que, no fim, não direcionavam nenhum tipo de resposta ou sentido para essas classificações, se configurando como ineficaz.

Mas essa ineficácia [...] é apenas o avesso do problema. Ou melhor, ela mesma é o problema. E a questão que ela coloca é a dos obstáculos com as quais se chocou a atividade classificadora quando foi exercida sobre o mundo da loucura. [...] A atividade classificadora chocou-se contra uma resistência profunda, como se o projeto de dividir as formas da loucura conforme seus signos e suas manifestações comportasse em si mesmo uma espécie de contradição; como se a relação da loucura com aquilo que ela pode mostrar de si mesma não fosse nem uma relação essencial, nem uma relação de verdade (FOUCAULT, 2008, p. 196).

A classificação da loucura surge buscando categorizar justamente o indivíduo que se configura como contraditor. E se é característica da loucura a imprevisibilidade, então a imprevisibilidade dos sintomas e categorias também se torna uma característica do louco. Portanto, a loucura não pode assumir o papel de fazer jus à totalidade dos seus sintomas visto que a individualidade e a subjetividade do louco já se faziam presente em suas manifestações e particularidades. O pensamento médico do século XIX busca configurar a loucura em uma série de sintomas que, por sua vez, carregam uma multiplicidade de outros sintomas que sejam a presença ou a ausência de determinado elemento.

No final do século, as estruturas da loucura se movem para identificar as causas e os sintomas principais, procurando distinguir as consideradas patologias. As construções nosológicas não modificaram os avanços já existentes sobre a compreensão e identificação dos sintomas para aperfeiçoar e desenvolver com mais autonomia e propriedade os estudos sobre os diagnósticos da loucura.

É importante compreender que esses sintomas foram percebidos pelos médicos psiquiatras, mas também foram resultado de estudos a partir de diálogos entre o louco –

responsável por dar forma e por verbalizar seu próprio sofrimento – e o médico – responsável por compreender simbolicamente e projetar os esboços de um sintoma – considerando, por vezes, determinadas dificuldades de entendimento e compreensão.

A partir desse momento surge o primeiro diálogo e troca entre médico e louco: a construção do entendimento sobre os sintomas por meio de novos métodos faz nascer um mundo de símbolos e figuras. Mas ainda assim, o atestado de louco se subordina às opiniões e percepções médico-psiquiátricas. Desse modo, este saber adquire cada vez mais prestígio e autoridade sobre a figura do louco, sendo, inclusive, responsável por disputas e desentendimentos oficiais para que se definisse a responsabilidade dos julgamentos dos loucos da época.

Ao mesmo tempo, dentro dos espaços de internação, o controle e a repressão se reforçavam continuamente, trazendo consigo métodos corretivos “morais” a fim de quitar uma dívida com a moral pública, inserindo cada vez mais a loucura dentro do cenário de culpabilidade.

Já no século XX, países como a França e a Inglaterra avançavam em busca de novas transformações, criticando as estruturas encontradas pelo mundo em busca de questionar e identificar as falhas do entendimento médico comum sobre a loucura. Bock (2003), em *A Perspectiva Sócio-Histórica na Formação em Psicologia*, aponta que na Inglaterra se inicia o processo de anti-psiquiatria a fim de buscar métodos de tratamentos menos rigorosos e zelar pela voz dos internos, para melhor compreender seus sintomas e características. Para a autora, os modelos francês e inglês visavam desestabilizar as estruturas do hospital psiquiátrico comum da época – rigoroso e punitivo –, bem como direcionar o olhar para uma cura da loucura e intervir social e politicamente nesses espaços.

Dunker (2015), em *Mal-estar, sofrimento e sintoma: Uma psicopatologia do Brasil entre muros*, explica que, no final do século XX, a medicina psiquiátrica se contenta em descrever o fenômeno da loucura para categorizar os diagnósticos, dar nome e incluir determinadas características às patologias de forma delirante, como mitomania, delírio de grandeza ou delírio de reivindicação.

O autor também identifica historicamente que, a partir dos anos de 1940, surgem as neuroses de caráter e as personalidades narcísicas do pós-guerra, bem como os quadros de histeria e agressões físicas. Essas neuroses afetavam mais as pessoas em volta do que o próprio indivíduo. Já nos anos de 1950, a ansiedade e a depressão se consolidam, bem como

surtem novas diagnósticas que circulam em torno do mal-estar na civilização. Eram as neuroses narcísicas, ligadas a um vazio existencial, a uma inadequação.

[...] a partir dos anos 50, o grande quadro clínico, o paradigma fundador da psicanálise, a saber, a histeria, teria se “desmanchado no ar”. As histerias de conversão, com seus ataques corporais e dissociações de consciência, entraram em rarefação. No lugar da “boa e velha histeria” surgem personalidades infantilizadas e dependentes, tipos ansiosos e caracterizados por depressões narcísicas, formas psicossomáticas marcadas por adoecimentos crônicos e, para completar, loucuras histéricas, insubmissas e boderline (DUNKER, 2015, p. 63).

É importante considerar que, exceto as personalidades narcísicas do pós-guerra, todas as patologias já existiam anteriormente aos estudos psiquiátricos do século XX, mas que somente depois suas estruturas foram percebidas de modo a identificar os sintomas e categorizar as diagnósticas.

No Brasil, entre as décadas de 1950 e 1970, “surge um gosto pela patologização das formas impuras e transitórias” (DUNKER, 2015, p. 71). As diagnósticas voltam ao século XVIII e se limitam entre o positivo e o negativo, a dualidade entre o “discriminado-indiscriminado, confuso-organizado”, bem como questões de “baixa autoestima” e “problemas de comunicação”.

2.2.1. Reforma Psiquiátrica

Um marco importante no avanço das diagnósticas e de um olhar direcionado ao que ainda se denominava “doenças mentais” foi que, no final da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica no Brasil ganha força ao criticar o modelo asilar de assistência em saúde mental, bem como a mercantilização da loucura.

Já nos anos 1980, surgem os pacientes limítrofes, os quadros *boderlines* – indivíduos em estados limites que se caracterizam por comportamentos instáveis. As terminologias relacionadas à saúde mental se modificam, ocorrendo uma despatologização da “doença mental”, que veio a se tornar “transtorno”, “desordem” ou “dificuldade” (DUNKER, 2015).

Essas modificações surgem buscando um novo olhar sobre o transtorno mental, agora não mais visto sob a ótica da loucura, já que por louco se compreendia todos os sujeitos de comportamentos desviantes. E, agora, compreende-se que, para além de questões de comportamento, o sujeito “doente mental” carrega consigo determinadas questões psicológicas.

Profissionais da saúde mental, dentre estes, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, se mobilizavam para denunciar os maus tratos cometidos dentro das instituições psiquiátricas e para se auto-organizarem nos movimentos sociais de saúde, reivindicando novas formas de assistência e medicalização. Nos anos 1990, se instala um sistema baseado na medicalização maciça e de modo institucionalizado, a mercantilização da loucura passa a fazer parte dos protocolos da razão diagnóstica, dando suporte à psiquiatria brasileira.

Os usuários, antes chamados pacientes, agora são geridos à base de contratos terapêuticos, cuja métrica de resultados baseia-se indiretamente na redução dos custos, do empenho e do retorno do investimento das cooperativas que se incubem dos equipamentos de saúde (DUNKER, 2015, p. 54).

Os usuários do sistema de saúde mental – antes chamados pacientes, internos ou doentes – e seus familiares, buscam encontrar espaços de assistência que atuem de modo interdisciplinar e assistencial. Nos anos 2000, os diagnósticos de pânico e as disfunções alimentares, como anorexia e bulimia, assumem mais um espaço em relação aos transtornos.

As políticas de saúde mental se direcionam a uma substituição das práticas clínicas através de intervenções farmacológicas a fim de desenvolver um novo mecanismo e assistência que seja econômica, acessível e prática, baseada em protocolos simples de diagnóstico e medicalização dos usuários.

A atual conjuntura de saúde mental do Brasil recomenda a inclusão da pessoa com transtorno mental na sociedade em busca de superar os antigos métodos de internação e o inserir num contexto sócio-familiar através de novas formas de assistência à saúde mental. Desse modo, família, profissionais de saúde e sociedade são conscientizados a perceber as questões de saúde mental e os transtornos para auxiliar e descobrir modos de conviver com a diferença, estimulando a pessoa com transtorno mental a ter uma vida socialmente decente, dissipando os estigmas e os preconceitos em relação à figura dessas pessoas.

Entretanto, de acordo com Melman (2001), hoje, as péssimas condições sociais do tratamento dado a pessoa com transtorno mental são percebidas, fazendo-se entender que existem diversos fatores que dificultam a implantação e a aceitação dessa nova política de assistência em decorrência dos estigmas atrelados a essas pessoas, bem como a falta informação ou falta de acesso às informações.

Para a sociedade do século XXI, a visão sobre esses sujeitos ainda é negativa, pelo menos no que se refere à pessoa com transtorno mental grave, considerado como um ser irracional, agressivo, potencialmente perigoso e incapaz de viver em comunidade, precisando ser excluído da família e da sociedade e mantido em instituições psiquiátricas para que através desses métodos seja obtida uma cura ou melhora em seu estado mental.

O autor também demonstra que a sociedade ainda não está preparada para o desafio de acolher e cuidar das pessoas acometidas por transtorno mental grave, pois ainda predomina a visão preconceituosa em relação ao transtorno mental, o que continua propiciando uma exclusão e marginalização social e afetiva desses sujeitos que necessitam de atenção psiquiátrica. A partir disso, é vista a importância da compreensão e do acompanhamento dos familiares para a pessoa com transtorno mental, se fazendo necessário um reforço no preparo familiar de recebê-lo e fazer acompanhamentos rotineiros nos centros de assistência à saúde mental.

Maciel (2007) constata, em tese, que há um despreparo familiar, comprometido por essa assistência em tempo integral, prejudicado pelo medo e pela falta de confiança, percebendo o transtorno mental como um fator de sobrecarga, tristeza e sofrimento. A sobrecarga familiar se acentua em decorrência da falta de apoio ou de acesso a esse apoio eficiente dos serviços de assistência em saúde mental, que constitui uma conjuntura necessária a ser focalizada pelas políticas públicas voltadas para essas pessoas.

Dessa forma, a família tem um papel fundamental na ressocialização das pessoas com transtorno mental, cuja função principal é considerar e intermediar essa transição do hospital psiquiátrico para a sociedade e dar apoio a esse indivíduo, partindo do princípio da aceitação e do acolhimento primordial no ambiente familiar, para que essas pessoas não encontrem tantas dificuldades ao se inserir novamente em sociedade.

Mesmo com as modificações que vem acontecendo na assistência à saúde mental brasileira nas últimas décadas, ainda são poucos ou limitantes os serviços que, além de dar a assistência necessária à pessoa com transtorno mental, também ofereça apoio para as famílias

dessas pessoas a fim de prepará-las para dar continuidade à reabilitação e a uma segurança na reinserção social do mesmo. E isso se dá pela precarização dos serviços, as poucas unidades de apoio ou a falta de informação.

A partir da necessidade de uma lei que contemplasse as pessoas com transtornos mentais de modo humanizado, assistencial e educativo, é promulgada a Lei Federal de número 10.216 do ano de 2001 (BRASIL, 2001), que assegura a necessidade de respeito, igualdade e dignidade às pessoas com transtornos mentais.

Considerando que as legislações anteriores visavam excluir os então denominados “psicopatas” e “alienados” a fim de manter “a ordem” social, se fazia necessário uma lei mais atual que contemplasse essas pessoas de modo assistencial. Com a Reforma Psiquiátrica, as legislações modificaram desde as denominações – passando de “alienados” para “pessoa portadora de transtorno mental” e em seguida para “pessoa com transtorno mental” –, até a proteção, o serviço assistencial médico e o acesso às informações.

O Art. 1º da Lei de Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, como ficou conhecida a lei 10.216, afirma que os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno (BRASIL, 2001).

A Lei em questão é responsável pela criação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, são eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RT's) e os leitos psiquiátricos nos hospitais gerais de atendimento público. A lei também reconhece, pela primeira vez, a pessoa com transtorno mental como cidadão de direito, regulamentado e com assistência de instituições responsáveis, como profissionais de saúde, do direito, bem como familiares, sociedade e Estado, uma vez que todos juntos formam a rede de assistência à pessoa com transtorno mental.

O parágrafo único do Art. 2º da Lei ressalta os direitos das pessoas com transtornos mentais:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Outra mudança feita na assistência à saúde mental através da Lei da Reforma Psiquiátrica se refere aos antigos Manicômios Judiciários (MJ) que, inspirados nos métodos de estudo da psiquiatria do século XIX através do psiquiatra criminologista Cesare Lombroso (1906), vê, então, uma busca pela tipologia do louco que pudesse servir como uma ferramenta de prevenção da violência na sociedade. Os manicômios judiciais foram instituições criadas para abrigar criminosos que comprometiam o funcionamento e a segurança de uma sociedade e, assim, essas instituições assumiram características de presídios e instituições asilares.

No Brasil, os Manicômios Judiciários são instituições que misturam funções de prisões e hospitais. Sob a ótica jurídica, a pessoa com transtorno mental que comete um crime não é considerada autora legítima do ato, pois é considerada inimputável, ou seja, incapaz de compreender que cometeu um crime em função do adoecimento psíquico. Desse modo, a Lei determina a absolvição e aplicação de Medida de Segurança (MS), ou seja, a realocação dessas pessoas nos Manicômios Judiciários.

Para Sérgio Carrara (2010), os manicômios judiciais são instituições complexas que articulam o antigo asilo dos alienados e a prisão, com o louco e o crime, com essa ambivalência se estendendo aos próprios internos. O julgamento à base do modelo de Manicômio Judiciário se constitui em diagnosticar a pessoa com transtorno mental como um ser incapaz perante a lei, considerado inimputável e, por isso, não deve ser julgado como qualquer outro cidadão infrator.

Uma das deliberações da lei da Reforma Psiquiátrica consistia em tornar imputável (considerar culposos ou dolosos) o crime cometido pela pessoa com transtorno mental, porém, não foi assistida com unidade e teve que ser retirada da lei a pessoa com transtorno mental infratora em questão.

Pensando nisso, um dos dispositivos legais criados pela lei foi de que as pessoas com transtornos mentais reincidentes nos Manicômios Judiciários fossem acolhidas em serviços residenciais terapêuticos, ou seja, as pessoas que saem dos Manicômios Judiciários, sem tem pra onde ir e nem familiares ou amigos que dêem assistência, agora serão assistidos legalmente pelas instituições de assistência à saúde mental.

Essas pessoas que cometeram algum tipo de crime reincidente são destinadas ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que se trata de uma Divisão do Departamento Psiquiátrico II, da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, especializado para pessoas com transtornos mentais consideradas criminosas e pessoas à disposição da Justiça, em fase de julgamento.

Contudo, as pessoas com transtornos mentais que não tem pra onde ir após o tratamento são encaminhadas para Residências Terapêuticas com assistência 24 horas, que funcionam como alternativa de moradia aos pacientes que estão internados há anos em hospitais psiquiátricos que não contam com suporte adequado na comunidade, de acordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são inspirados no Sistema Único de Saúde (SUS), os quais se integram no processo de reforma psiquiátrica e estimulam a criação de uma rede de proteção e assistência em saúde mental baseada na ressocialização de pessoas com transtornos mentais, abolindo os métodos tradicionais dos manicômios.

Embora avanços tenham sido alcançados na legislação e na assistência às pessoas com transtornos mentais, a superficialidade dessas medidas de segurança tem tornado cada vez mais lento o processo de desospitalização dessas pessoas, mantendo, assim, a superlotação dessas instituições e a permanência por tempo indeterminado das pessoas com transtornos mentais.

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

O século XXI trouxe novas definições do sujeito contemporâneo. As obrigações sociais

se multiplicam, a visibilidade em marcha se torna um fenômeno cotidiano, capaz de transformar a vida das pessoas de modo bastante influente, capaz de exigir uma figura humana particularmente impecável. Essas obrigações derivam de cobranças no trabalho, no âmbito familiar, nos estudos, nas produções científicas, nas redes sociais e em todos os espaços onde o homem consegue acessar de modo interativo, sendo capaz de desencadear transtornos mentais em massa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende como Transtornos Mentais e Comportamentais "as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global" (NOVA IORQUE, 1946).

Os Transtornos Mentais e Comportamentais são considerados patológicos, sendo necessário acompanhamento psicológico e/ou medicamentoso. Para serem consideradas como transtornos mentais e comportamentais, é preciso que essas patologias sejam recorrentes e que resultem em certo comprometimento da rotina e do bem estar do indivíduo, gerando alterações da capacidade cognitiva e das emoções. Entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, os transtornos mentais e comportamentais afetam diretamente o sujeito, comprometendo seu rendimento no trabalho, seus laços, afetos familiares e sociais, sua saúde e sua independência.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5) define como transtorno mental os valores socioculturais que atingem diretamente a sanidade mental de qualquer indivíduo.

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (American Psychiatry Association, 2013).

O DSM-5 continha, em 1952, 182 transtornos registrados. Entre eles, as neuroses fóbicas, obsessivo-compulsivas, a depressão, neurastenia, bem como as desordens de personalidade, como a agressividade, o antissocial, esquizóide, entre outros. Em 1994, esse

número sobre para 297 transtornos registrados e, em sua última versão de 2003, foram registrados mais de 300 transtornos.

Entre vários tipos de transtornos mentais e comportamentais, citaremos aqui os mais comuns: o transtorno de ansiedade, recorrente de vários sintomas ansiosos durante o dia do indivíduo que causam desconforto ou algum grau de comprometimento funcional na vida da pessoa; a depressão, psicopatologia grave e debilitante que afeta a maneira como o indivíduo se sente, pensa e age, refletindo até mesmo no corpo do mesmo, podendo causar problemas no sono ou digestivos.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ou TOC, se trata da condição na qual o indivíduo tem pensamentos que causam sofrimento e afetam diretamente a qualidade do dia-a-dia do mesmo a partir de obsessões e compulsões, como verificar inúmeras vezes determinados comportamentos cotidianos e rotineiros, por exemplo, desligar as luzes, calçar sapatos, conferir o gás de cozinha, entre outros. Já a bipolaridade é caracterizada por alterações de humor exageradamente constantes que podem durar dias, semanas ou meses, e vai muito além de uma simples mudança de humor ou uma instabilidade emocional.

A fobia social também é considerada um transtorno comum à sociedade do século XXI. Muitas vezes confundida com a timidez, se trata de um forte medo irracional de situações de interação social. Dessa forma, um indivíduo com fobia social sente extrema ansiedade pela possibilidade de se apresentar em público, falar ao microfone, ir a eventos sociais e, de alguma forma, ser criticado ou humilhado.

O fato é que os transtornos mentais sempre existiram, porém, hoje, há uma facilidade para falar sobre e existem mecanismos de assistência e informação sobre essas questões. Os transtornos mentais não acontecem apenas por fatores externos, mas também podem ser causados por fatores genéticos, problemas hormonais ou uso de substâncias tóxicas que afetam o cérebro da pessoa.

Outros fatores, como a exclusão social por gênero, condição social e raça, também já alcançam altos índices de transtornos mentais em indivíduos socialmente excluídos. Independentemente das causas, a pessoa que desenvolve um transtorno mental, muitas vezes se sente em sofrimento, sem esperança e incapaz de levar uma vida tranquila.

Pessoas com transtornos mentais graves continuam a serem discriminadas e estigmatizadas em todas as etapas de suas vidas no que se refere a construir laços, conseguir um emprego, se manter próximo à família e construir uma família. Já pessoas com transtornos

mentais leves e moderados buscam formas de não comprometer essas relações de modo a prejudicar os âmbitos sociais, com acompanhamento profissional, apoio familiar e com a busca de mecanismos para se manter bem psicologicamente.

Apesar de todos os avanços e mecanismos de interação, informação, acesso ao serviço de saúde mental, ainda são muitas as dificuldades que a pessoa com transtorno mental precisa enfrentar no cotidiano. Dessa forma, ainda nos mantemos em um sistema opressor e preconceituoso que reforça a os estigmas de saúde mental e ainda segrega e exclui essas pessoas dos âmbitos sociais.

No cenário piauiense, esse histórico da loucura se apresentou de maneira semelhante ao que acabamos de apresentar em nível global, contudo, os avanços médico-psiquiátricos se mostraram bem mais lentos. Os primeiros indícios de uma pesquisa sobre a loucura no Piauí datam de 1761, quando vereadores da Vila da Mocha protocolaram um documento solicitando a criação de um Hospício de Religiosos Capuchos.

3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO E O TRATAMENTO DAS PATOLOGIAS NO PIAUÍ

Em História Episcopal do Piauí, Carvalho Júnior (1980) mostra que a primeira manifestação de necessidade à assistência psiquiátrica no Piauí se deu em 1761 por meio de uma apresentação dos vereadores da Vila da Mocha que informava o interesse pela criação de um Hospício de Religiosos Capuchos, com a finalidade de atender os considerados “desvalidos” da região de Oeiras. Esse hospício não chegou a ser construído, mas, em 1849, cria-se o Hospital de Caridade de Oeiras, com o mesmo propósito.

A partir da mudança da capital de Oeiras para Teresina, em 1852, a primeira fica desassistida e a saúde pública da cidade entra em descaso, se concentrando em tratamentos domiciliares e de rua. Os considerados desvalidos, quando perturbavam as pessoas nas ruas, eram levados à cadeia pública para serem punidos, sem nenhum tipo de assistência.

Com o crescimento da capital Teresina, mecanismos de vigilância e segurança pública surgem com a finalidade de adequar a sociedade teresinense a uma normatividade e, como consequência, os que não se adequavam aos regimentos da cidade eram mal vistos por seus ocupantes.

3.1. Asylo de Alienados

Em 24 de janeiro de 1907, surge o Asylo de Alienados Areolino de Abreu em Teresina sob a direção do médico Marcos Pereira de Araújo. No Asylo, os internos eram divididos por classes sociais, pensionistas, em alas masculinas e femininas, porém não havia fiscalização entre as alas, e muitos se misturavam, gerando, inclusive, casos de gravidez. Felipe da Cunha Lopes (2011), em *Patológicos e delinquentes: estratégias do controle social da loucura em Teresina (1870-1930)*, apresenta como era a atenção aos loucos e indigentes em Teresina antes do surgimento do Asylo.

[...] antes da construção do Asylo de Alienados Areolino de Abreu, estes indivíduos quando promoviam algum tipo de perturbação, eram encaminhados pelas autoridades policiais para a Cadeia Pública, caracterizando a loucura como um — caso de polícia. No entanto, ao contrário do que se possa imaginar, depois da inauguração do Asylo não houve uma ruptura total com tal prática, pois continuou sendo incumbência da polícia diagnosticar a loucura nos sujeitos considerados indigentes e encaminhá-los, não mais para a Cadeia como era costume, mas para o Asylo de Alienados (LOPES, 2011, p. 103-104).

Podemos perceber o quanto as instituições de contenção moral – as Cadeias Públicas, as Casas de Misericórdia, os Asilos entre outros – já se estruturavam no controle sobre os loucos e indigentes de modo a interferir diretamente no funcionamento das cidades, reforçando a ideia de que esses sujeitos precisam estar isolados da sociedade para o bem de todos. Essa divisão de domínio entre Cadeia Pública e Asilo de Alienados sobre a loucura se manteve durante longas décadas, um proporcionando certo suporte ao outro, de modo que essa intervenção dupla era o suficiente para o internamento forçado de centenas de pessoas.

Estabeleceu-se então, uma relação entre estes dois domínios, relação esta que foi importante para ambos os lados na medida em que a medicina se apoiava na força policial para garantir a captura dos elementos sobre os quais ela viria a construir seu discurso de verdade ao passo em que reafirmava a sua autoridade sobre a loucura e seu lugar institucional. Neste caso, o corpo policial funcionava como as — garras da medicina perseguindo a loucura onde o médico não poderia agarrá-la (LOPES, 2011, p. 105).

De um lado, uma medicina que reforçava um discurso higienista e controlador, que buscava uma cura e seria a responsável por dominar esses considerados indigentes para lhes

fazer o que fosse permitido; do outro lado, uma força de contenção policial que visa o controle social e a preservação da ordem urbana, sendo responsável pela retirada dessas pessoas dos espaços públicos e pelo direcionamento e destino das mesmas. Para as cadeias públicas eram levados os loucos de comportamento agressivo e os que furtavam na cidade. Para o Asylo, todos os demais.

Entretanto, é importante considerar que nenhuma dessas instituições propunha uma atenção voltada à saúde mental dos loucos. E o Asylo, em especial, detinha, além da figura do médico, a força do Catolicismo das irmãs de caridade que eram responsáveis pelos cuidados dessas pessoas. O objetivo não era a busca por um tratamento para os loucos, nem mesmo cuidar desses considerados indigentes, haja vista que eram apontados como perturbadores do espaço público e não era prioridade médica.

A atenção destinada aos loucos, bem como aos pedintes e andarilhos, era voltada a tratar o espaço público em que eles ocupavam, e não os sujeitos, pois o propósito era a higienização social, uma cidade limpa e sem incômodos para a sociedade. Assim, o Asylo dos Alienados se torna a principal instituição de internação de loucos e indigentes, e era responsável por atender toda a demanda de assistência psiquiátrica do estado, visto que era um hospital psiquiátrico público. Em pouco tempo gerou-se uma superlotação e, conseqüentemente, desassistência aos internos. A inauguração do Asylo foi noticiada pelos jornais da época, como o jornal *O Piauí*.

O Asylo de Alienados que hoje se inaugurou é um grande melhoramento que veio preencher uma lacuna sensível no nosso meio social, onde os infelizes, que chegaram a experimentar qualquer perturbação mental eram recolhidos à cadeia pública, sem que lhes pudessem ser ministrados os amplos recursos da ciência moderna (*O Piauí*, 1907).

Podemos perceber que era inevitável a criação de uma instituição direcionada aos loucos e indigentes e acreditamos que essa carência tenha surgido, principalmente, pela busca dessa higienização social e a necessidade médica-policial de interdição desses sujeitos. O controle institucional tinha o papel de, além de tirar das ruas os indigentes e loucos, criar mecanismos internos de autoridade, poder e vigilância capaz de transformar totalmente os indivíduos ali presentes, tanto no que se refere à perda de identidade quanto a dificultar inúmeras questões em relação a um possível tratamento psiquiátrico.

No Regimento Interno do Asylo (1907), constam as normas de internação e de liberação desses internos, bem como a quantidade limite de internos, os meios de tratamento, o tempo de internação, entre outras informações estruturais e de manutenção do Asylo. Um trecho nos chama atenção ao referir-se as normas de liberação dos internos:

Art. 16° - Os enfermos indigentes só poderão sair depois de restabelecidos, salvo com licença do director; os pensionistas, porém, serão retirados em qualquer tempo pelas pessoas que tiverem requerido a admissão, e na falta destas pelos parentes ou curadores, excepto quando se tratar de enfermos acometidos de forma de loucura, que torne perigosa a sua permanência em liberdade. Neste caso, precederá à saída ordem do governador, ouvido o secretário de polícia (Piauí, 1907).

Aqui podemos identificar que os considerados “indigentes” só poderiam sair da instituição com um diagnóstico de “reestabelecido”, ou seja, curado, recuperado, “salvo com licença do director”, de modo a perceber que a direção da instituição tem poder suficiente para intervir em uma internação hospitalar. Contudo, os “pensionistas” teriam a liberdade de serem retirados a qualquer momento, mas somente com a autorização do responsável que admitiu a internação desses pensionistas.

Outro ponto importante no presente trecho do regimento é que somente na falta desse responsável, a família ou curadores se tornam os cumpridores-responsáveis, exceto quando a loucura desses enfermos seja considerada perigosa para a sociedade. Aqui podemos identificar que o diagnóstico médico não tem tanta validade se comparada à autoridade administrativa do hospital, reforçando que existem relações de poder e controle em todos os âmbitos da internação.

Do mesmo modo, o poder familiar perde sua autonomia e autoridade em relação ao seu parente internado, em conformidade ao artigo 5° do Regimento: “a direcção do Asylo é confiada a um médico competente, nomeado pelo governador, tendo sob suas ordens um enfermeiro, um escripturário, dois serventes e um cozinheiro” (Piauí, 1907).

O artigo 5° do regimento traz as competências do médico responsável pelo Asylo. Podemos notar que a demanda de 200 internos do Asylo é, teoricamente, acompanhada por um único médico, tendo como auxiliar outros profissionais no exercício de suporte e de maior contato aos internos. É de se supor que um único médico não dê a assistência e a atenção

necessária a todos os casos individualmente, o que nos leva a crer e reforçar a desassistência e o esquecimento dentro das instituições médico-hospitalares voltadas à loucura.

Edmar Oliveira (2011), em *A Incrível História de von Meduna e a Filha do Sol do Equador*, afirma que somente em 1940 o primeiro médico psiquiatra do Estado, Clidenor de Freitas Santos, assume a administração do Asylo e ressignifica a assistência psiquiátrica da época. Dentre as primeiras medidas, o médico produz um relatório sobre o estado em que se encontrava o Asylo. O psiquiatra Humberto Guimarães (1994), em *Para uma Psiquiatria Piauiense*, pontua um trecho do relatório produzido por Clidenor de Freitas citando um relatório anterior do governador Eurípedes de Aguiar, de 1917.

Ao assumir o governo do Estado, conhecedor da situação lamentável em que se achava o Asylo, um dos meus primeiros cuidados foi lançar as minhas vistas para os infelizes asylados. Dentro dos estreitos limites de recursos que a lei me faculta, fiz o que foi possível, e tenho a satisfação de vos comunicar que os loucos do Asylo de Teresina não andam mais nus, não sofrem fome nem morrem por falta de cuidados médicos. Mas isso não é o bastante. É preciso de que a obra iniciada seja concluída, que o projeto do asylo seja executado. Para que assim aconteça não é necessário que o Estado despenda um vintém de suas rendas; basta que se dê ao asylo o que é do asylo (GUIMARÃES, 1994, p. 32).

Ainda no relatório, Clidenor de Freitas Santos relata as péssimas condições em que o Asylo se encontrava, desde questões estruturais, higiênicas, hospitalares, dentre outros.

Com o tempo as condições higiênicas desses cômodos foram-se agravando sobretudo em virtude do pequeno esgoto – no qual os doentes deveriam fazer suas necessidades fisiológicas – sair do centro do próprio quarto e ser completamente aberto. O que não foi esquecido foi a colocação em todos os quartos, e até no pátio, nos troncos dos cajueiros, de pesadíssimas correntes destinadas às pernas dos doentes (GUIMARÃES, 1994, p. 33).

Dentre as mudanças, o Asylo de Alienados Areolino de Abreu passa a se chamar Hospital Areolino de Abreu (HAA)³, mantendo a homenagem ao governador da época. Além disso, o médico realiza um marco histórico: em praça pública, retirou mais de 1 tonelada de correntes de prendiam os pés do internos no HAA (OLIVEIRA, 2011). Outra realização de

³ De acordo com Oliveira (2011), a mudança de nome veio por Clidenor de Freitas considerar “Asylo de Alienados” um termo antiquado, bem como por considerar que nem todos os internos do Asylo eram “doentes mentais”.

Clidenor foi que, ao retirar as correntes, as substitui por camisas-de-força enquanto buscava outros métodos terapêuticos.

A estrutura do Hospital se manteve até 1920, quando o médico responsável pela direção do hospital, Dr. João Mota, providencia a construção de um novo pavilhão a partir de economias das quotas de loterias acumuladas.

[...] perpendicular ao primeiro, com as dimensões de 30x7 metros, dividido em 16 quartos-prisões e 4 quartos centrais para empregados. Como a referida verba fosse suficiente, o governador do Estado naquele tempo, Dr. João Luiz Ferreira, terminou a construção. **Desse modo os doentes passaram a ter mais comodidade, ficaram livres dentro de um quarto de 2,50 x 3,0 mts** (grifo nosso). Ficou assim aumentada a capacidade do Asylo (GUIMARÃES, 1994, p. 33).

Aqui, percebemos que o poder político também agia de modo a suprir seus interesses. O louco era considerado, além de um problema médico e de polícia, um problema social, assim, o Estado seria também responsável por intervir sobre esses sujeitos. Outro ponto interessante no relatório produzido por Clidenor de Freitas Santos, no trecho citado acima, é o que era considerado como espaço ideal para internação do louco: um quarto de 2,50 x 3,0 metros, o que nos faz supor que o objetivo era diminuir os espaços individuais para poder caber mais alas no espaço do hospital.

Além disso, apresenta no relatório uma série de recomendações em relação a alimentação dos internos, a reforma de condições de higiene e a modernização do tratamento psiquiátrico da época, incentivando a utilização da malarioterapia, insulinoaterapia e a convulsão por cardiazol. Em relatório apresentado em reunião no dia 25 de junho de 1941, Clidenor de Freitas Santos presta conta em relação às recomendações feitas e pontua novamente situações em que o Hospital se encontrava. O médico conta

que tinha internado, naquele ano, 28 caboclos indigentes, 37 mulheres também indigentes, certamente os mestiços do sertão que endoideciam pela fome e o sol abrasador, acorrentados em troncos de cajueiros, que o Pínel piauiense do século XX viria a libertar. Os pacientes faziam suas necessidades fisiológicas no esgoto a céu aberto que corria das celas ao pátio. A situação dos pensionistas era bem mais razoável e eles somavam 8 homens de camadasum pouco mais privilegiadas da sociedade piauiense, talvez já do Maranhão também, pela proximidade da cidade (OLIVEIRA, 2011, p. 36).

Em entrevista ao Jornal O Piauí, Clidenor de Freitas explica o que o motivou a estudar e trabalhar com os considerados loucos ainda no Asylo.

Porque o doente mental sempre constituiu para mim uma constante atração. Para minha formação de neuropsiquiatria de uma nova época da medicina vitoriosa, não me conformava com a situação desumana e anacrônica dos doentes que encontrei no primeiro asilo de alienados de Teresina. Dalí consegui arrancar 1.450 quilômetros de correntes e grades (*O Piauí*, 1954).

Paralelo ao seu trabalho no agora Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, Clidenor de Freitas Santos realizava um novo projeto, a criação do seu próprio hospital psiquiátrico, Sanatório Meduna⁴, que veio a ser inaugurado em 21 de abril de 1954, com a proposta de ser o mais inovador para a época, e que atenderia a toda uma demanda do Ceará e do Maranhão.

3.2. Sanatório Meduna

Embora fosse um hospital particular, em pouco tempo, os 517 leitos já estavam ocupados com os considerados “desviantes”, que eram pessoas em situação de rua, pobres, ociosos, ou seja, pessoas consideradas “impróprias” para o convívio.

São oito pavilhões, com arcos que ele deve ter visto em gravuras de fazendas espanholas, ligados por aleias cobertas, que desaguam em dois patios arborizados e com bancos e mesinhas em concreto, tendo um coreto ao centro, constituindo um local acolhedor. [...] São 3.356 metros quadrados de área construída (OLIVEIRA, 2011, p. 39).

Durante os 56 anos de funcionamento do Sanatório Meduna, mais de 100 mil internações fizeram parte da rotina do hospital. Reincidentes ou não, as internações partiam dos familiares ou de qualquer pessoa que se sentisse incomodada com o que era considerado “perfil de um louco”. Enquanto estava sob a direção do psiquiatra Clidenor de Freitas, o

⁴ O nome do Sanatório se deu em homenagem ao médico psiquiatra húngaro Ladislau vonMeduna (1896-1964) responsável pela criação e indução de convulsões epiléticas através do cardiazol.

sanatório era considerado referência em assistência à saúde mental no Estado e no país, dado os métodos que o médico utilizava e também desenvolvia.

O Sanatório Meduna não chamava atenção apenas na inovação dos métodos médico-hospitalares da época, mas também, na grandiosidade e na ousadia da edificação e no estilo da obra presente. Com uma herança estética Greco-neoclássica, o Sanatório apresentava um dos maiores patrimônios de Teresina, denominada em entrevista pelo jornalista J Fernandes do Rêgo como “Taj Mahal Piauiense”:

A evocação do Taj Mahal nos veio à memória ao considerarmos a inauguração do Sanatório Meduna, grandiosa iniciativa que demonstra, mais uma vez, o quanto pode a vontade férrea de um homem dominado pela paixão de servir a sua terra e a seus concidadãos. No meio da pobreza piauiense, tendo em conta a pequenez dos nossos recursos, a falta de iniciativa de vulto e o ceticismo que infelizmente já corrói a alma dos nossos coestaduanos, o Sanatório Meduna, com a beleza e a elegância de suas linhas, a amplitude e a perfeição técnica de suas instalações, assume o porte de uma realização planejada e executada por um homem que, embalado no seu sonho, excitado na sua fantasia superou, até quase o infinito, as dimensões do meio em que vive (*O Dia*, 25 de abril de 1954, capa).

A inauguração do Sanatório Meduna se tornou um marco social e político, provocando grande entusiasmo na sociedade teresinense, especialmente nas figuras públicas, pois é possível identificar determinado grau de alívio e segurança pela criação dessa nova instituição para a internação dos considerados loucos. A presença dessas pessoas nos espaços públicos comprometia a beleza, a tranquilidade e segurança da cidade, então a criação de um hospital psiquiátrico particular seria sinônimo de proteção social.

Outros feitos do psiquiatra também foram de extrema importância para os avanços psiquiátricos, econômicos, sociais e culturais da época. Não bastando a construção do Sanatório Meduna, Clidenor de Freitas Santos também foi responsável pelo desenvolvimento de projetos direcionados à criação do Museu do Folclore Nordestino (07 out 1959), a criação da Hidroelétrica de Boa Esperança (nº 1.800 de 01 abr 1960), a criação do plano de recuperação da pecuária piauiense com base na algaroba (nº 2.582 de 1961), bem como a autorizar ao Ministério da Justiça a criação de um Manicômio Judiciário e uma Penitenciária em Teresina (nº 107 de 1959).

Em 1957, Clidenor Freitas Santos investe em uma carreira política e é eleito deputado federal pelo PTB e vai residir no Rio de Janeiro, passando a direção clínica e administrativa

do sanatório para seu irmão também médico psiquiatra, Wilson Freitas Santos. De acordo com Guimarães (1994), Wilson Freitas também é responsável por relatórios perante o órgão federal, no nível de elaborar todos os informes do movimento psiquiátrico estadual e de consultórios credenciados, como também de um levantamento estatístico da atividade psiquiátrica do Estado, colhendo dados a partir de 1949.

Em 1958, Wilson Freitas assume também a direção do Hospital Areolino de Abreu, proporcionando uma coexistência entre um hospital psiquiátrico particular e um hospital psiquiátrico público, e a chefia local do Serviço Nacional de Doenças Mentais, sendo responsável pelo Ambulatório Externo de Saúde Mental, onde

Cria-se a Terapia Ocupacional e o lazer, com trabalhos manuais, horticultura e sala de cinema (com projeções às quintas-feiras e aos sábados). Os trabalhos dos pacientes eram pagos simbolicamente; cria-se uma cooperativa com produtos elementares, uns necessários à higienização outros supérfluos porém muito requisitados pelos pacientes: escova de dentes, pasta dentifrícia, sabonete, chinelos, grampos de cabelo, pentes, rapadura, bombons, fumo, cigarro (GUIMARÃES, 1994, p. 61).

Durante a Ditadura Civil-Militar de 1964, Clidenor Freitas Santos ocupava o cargo político de presidente do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado (IPASE). Tendo seus direitos políticos cassados, Clidenor Freitas Santos foi exilado e passa a residir em Lima, no Peru, e, em seguida, firma residência no Uruguai, juntamente com sua família. Em 1967, retorna a Teresina e se dedica à literatura e a empreendimentos pessoais, enquanto o Sanatório Meduna ainda se mantém sob a direção de Wilson Freitas.

Nesse período, a separação de uma internação psiquiátrica entre um hospital particular e um hospital da rede pública se apresentava de modo a estratificar não apenas o perfil social do paciente, mas, principalmente, a atenção dada a esse paciente.

O hospício público para os loucos indigentes e sobrantes de toda a sorte. Portanto, ao Areolino de Abreu os indigentes, desempregados, bêbados, vadios, prostitutas, párias na definição social [...]. O Meduna ficava com os loucos que tinham direito a uma assistência conveniada com o INAMPS, os que tinham emprego, os que perdiam o emprego e eram amparados pela previdência, os que não voltavam ao emprego por não saírem mais da internação. Mas o INAMPS garantia essa fatia de mercado. Por outro lado, apartamentos melhorados eram destinados a convênios diferenciados e aos que podiam pagar (OLIVEIRA, 2011, p. 82).

Assim, a atenção à saúde mental do Estado se concentrava no Sanatório Meduna por receber com mais facilidade e menos burocracias os internos. Ao Hospital Areolino de Abreu, cabia receber os pacientes conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, por isso, estava constantemente superlotado e com escassez de medicação e de profissionais da área.

É importante considerar que os pacientes internados pelo SUS são, de maneira predominante, desfavorecidos socialmente, o que nos leva a questionar: sob que ordem a internação psiquiátrica se aplica? É a necessidade de uma internação que provém de um transtorno psiquiátrico ou a necessidade de internar para higienizar as ruas, retirando os menos favorecidos socialmente da vista da sociedade? Algo para além do transtorno mental, que é afirmado e reforçado nos cenários de exclusão em que o louco passa.

Para Basaglia (2005), psiquiatra italiano precursor do movimento da Reforma Psiquiátrica, se o louco sofre inúmeros preconceitos por ser enquadrado socialmente dessa maneira, aquele que se encontra na categoria de “pobre” é ainda mais vítima de um sistema que não é apenas psiquiátrico, como também social que já os excluía anteriormente e que dificultava o acesso destes à sociedade, levando-os cada vez mais às instituições psiquiátricas. “Quando o psiquiatra entra no manicômio, encontra uma sociedade bem definida: de um lado, os loucos pobres; de outro, os ricos, a classe dominante com os meios para tratar os pobres doentes loucos” (BASAGLIA, 2005).

Torna-se visível, então, a estratificação social pertencente aos hospitais psiquiátricos, que se configura pela mistura de “doença” e condição social desfavorável (BASAGLIA, 2005), deixando à margem o pobre, que já foi esquecido e abandonado pela sociedade, na instituição.

É por isso que acreditamos que a empresa de von Meduna ficou restrita ao modelo mercantil inicial, sem entrar na modernidade da competição das empresas médicas. Num primeiro momento, o da diferenciação entre os previdenciários e os não previdenciários, o hospital público ficava com os desempregados, desenganados, vítimas do sistema, os párias e marginais de todo o gênero que fossem considerados loucos: legiões de indigentes. Havia uma enfermaria de previdenciários, mas com poucos internos. Esses, os empregados com carteira assinada, eram destinados ao Meduna, o hospital dos convênios e dos pacientes particulares (OLIVEIRA, 2011, p. 85).

Areolino de Abreu e Meduna passam a igualar o atendimento dos convênios particular e público, dividindo, proporcionalmente, a partir da quantidade de leitos e alas, seus pacientes. Assim, o Sanatório e o Hospital se mantinham responsáveis por atender a toda a demanda de assistência à saúde mental do Estado e de regiões próximas, se tornando referência no Nordeste.

Clidenor Freitas Santos falece em 2 de abril de 2000, aos 87 anos, e deixa o patrimônio para seus filhos e irmãos. Como uma figura pública, a memória de Clidenor de Freitas está diretamente ligada à memória do Sanatório Meduna, o que refletiu dois lados de uma mesma moeda: um, apresenta o lado de quem sofreu diretamente as consequências da internação psiquiátrica – desde o próprio indivíduo até os familiares, amigos – e se vê refém de um sistema a base de tortura, testes, eletrochoques, fome, sujeira, esquecimento e violência; o outro, apresenta os avanços conquistados pela medicina psiquiátrica da época, que proporcionou grande progresso em relação à pesquisa da psiquiatria no Brasil.

O Sanatório Meduna funcionou durante 56 anos e, em 2010, apresentou sinais de que passava por dificuldades de manutenção de sua capacidade financeira, administrativa e gerencial, afetando diretamente os internos. Nesta época, o sanatório se encontrava em péssimas condições: estrutura física deteriorada, banheiros com vazamentos e infiltrações, refeitórios sujos, pacientes abandonados, pátios poluídos e uma situação de debilidade grave. Além disso, a Reforma Psiquiátrica já se instaurava pelo Brasil. Oliveira (2011) conta a experiência de retornar em visita ao hospital por volta dos anos 2000.

[...] No pátio, a estátua de Dom Quixote nos recebe com seu olhar penetrante, lembrando-nos do elogio de Cervantes á loucura. Uma capela ao lado parece não rezar missa há muito tempo. Uma casa, com aspecto de abandono, que me disseram ser a antiga casa do doutor Clidenor [...]. Já estamos a subir os degraus do hall em forma de arcos, que vai ser uma marca de toda a arquitetura. Mas já aí a impressão de abandono tomava conta a recepção ao visitante (OLIVEIRA, 2011, p. 109-110).

A partir da experiência do autor, também psiquiatra e, no momento, representante do Ministério da Saúde, se constata a situação em que o hospital se encontrava. A deterioração do sanatório refletia o descaso público e médico-hospitalar com os internos.

[...] Ao entrar em enfermarias, camas sem colchões, outras com colchões rasgados sem roupa de cama, o cheiro de amônia impregnando no ar, banheiros com vazamento a escorrer e invadir os quartos ou corredores [...]. Um paciente com um balde em que pegava água no pátio tentava lavar a sujeira [...]. Em algumas enfermarias encontramos apenas um servidor de nível médio como responsável pelos pacientes ali internados, que disse contar com a ajuda dos pacientes melhorados para manter a ordem (OLIVEIRA, 2011, p.110-111).

Ao presenciar a realidade na qual os internos viviam, o autor relembra do relatório que Clidenor de Freitas fez sobre o Hospital Areolino de Abreu em 1940 e traz a lembrança de um sonho esquecido, muito diferente do que se foi pensado pelo mesmo e deixado aos seus filhos e irmãos. É importante citar que a luta no Piauí por uma melhoria na assistência psiquiátrica só veio se manifestar e tomar força no início do século XXI, com a instauração, apenas em 2003, do Dia da Luta Antimanicomial, em 18 de maio, como citamos no capítulo anterior – o que já acontecia Brasil afora.

Em 2009, uma denúncia foi feita ao Ministério Público do Estado do Piauí referente aos maus-tratos cometidos dentro do sanatório, se tornando o primeiro passo para uma audiência pública em que representantes do Sanatório Meduna, do Areolino de Abreu, autoridades, diretores, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e sociedade pudessem discutir as consequências do fechamento desses leitos.

A partir das dificuldades de manutenção do Meduna, o Ministério de Saúde redigiu como uma primeira política de redução de 517 leitos para 200 leitos no Sanatório – o que profissionais da área defendiam, afirmando que não comprometeria a assistência psiquiátrica, pois muitas das internações eram desnecessárias.

A diretoria da Unidade de Saúde junto com o Ministério Público e membros da rede de saúde municipal e estadual procuravam formas de manter o hospital em funcionamento. Ainda no mesmo ano, a direção do Sanatório oficializa o comunicado do fechamento ao Ministério Público. Este instaura uma comissão que constata a precariedade do atendimento e funcionamento do hospital. Reuniões e audiências foram realizadas com gestores municipais e estaduais para que houvesse assistência à saúde psiquiátrica dos 200 internos ainda residentes do hospital, porém o atendimento psicossocial, já realizado com dificuldades, não daria o suporte necessário a esses internos.

Era necessário um investimento aos métodos alternativos, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das Residências Terapêuticas (RT's), entre outros órgãos

que passariam a ser as principais instituições de assistência à saúde mental. O Ministério Público firma o primeiro Termo de Ajuste de Conduta, em 2009, entre Estado e município para garantir o atendimento a essas pessoas, no qual inclui o fornecimento de gêneros alimentícios, material médico-hospitalar, de higiene, limpeza, medicamentos e roupas de cama para os usuários do sistema de saúde mental, além de uma avaliação diagnóstica de cada interno a fim de identificar as questões individuais e os fatores de internação.

O Termo de Ajuste de Conduta previa o cumprimento do prazo de 120 dias para o fechamento, além de garantir algumas ações diárias para a manutenção da assistência aos usuários ainda internados. Em seguida, mais audiências foram realizadas a fim de discutir amplamente o caso com gestores municipal e estadual de Saúde, Ministério Público, proprietários do Sanatório, Legislativo municipal, diretores do Hospital Areolino de Abreu, além de representantes da Associação Piauiense de Psiquiatria, psicólogos, psiquiatras e representantes da associação de usuários do sistema de saúde mental.

Com o objetivo de evitar o fechamento do hospital, alguns psiquiatras argumentavam que, com o fechamento, os internos seriam desassistidos e abandonados nas ruas, retornando a um modelo de 1970, além de citarem questões relacionadas à periculosidade desses sujeitos para si e para a sociedade. Outros fatores também contariam: o desemprego dos profissionais da instituição e a suspensão do investimento público na instituição.

Contudo, Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde afirmavam que uma mudança na assistência a saúde mental no Piauí precisaria acontecer e que, em conjunto, os usuários do sistema de saúde mental teriam a devida e merecida assistência, bem como o desenvolvimento de métodos eficientes, de qualidade e antimanicomial.

Diante disso, o Ministério Público Estadual do Piauí propõe como alternativa a abertura de mais serviços substitutivos para fortalecer a rede psicossocial da capital. Depois da avaliação e diagnóstico dos pacientes do Sanatório Meduna, a comissão instaurada pelo Ministério Público conclui que a maioria dos pacientes internos do hospital eram dependentes de álcool e drogas. Sendo assim, se fazendo necessário encontrar formas de regular as internações psiquiátricas do Hospital Areolino de Abreu para que possa atuar de maneira mais ativa e presente na internação dos pacientes, além de evitar os casos desnecessários.

Serviços substitutivos surgem a fim de atender os usuários do sistema de saúde de acordo com a necessidade e a enfermidade ou transtorno. Os CAPS que, tendo por objetivo um acompanhamento que ocupe parcialmente o dia do usuário, para que o mesmo possa ser

tratado e/ou acompanhado sem precisar isolá-lo da sociedade e de sua família, sem oprimir e restringir uma necessidade básica de todo indivíduo de se manter em comunidade.

Em agosto de 2005, abre em Teresina o CAPS Norte e, em novembro, o CAPS Leste. Essas instituições foram implantadas de acordo com as portarias ministeriais que contavam com profissionais empenhados em modificar todo um sistema de tratamento psiquiátrico.

Com a diminuição dos leitos dos hospitais psiquiátricos foi desenvolvida a implantação dos serviços residenciais de terapia em comunidades, as Residências Terapêuticas – que consiste na moradia de oito usuários do sistema de saúde mental, estimulando o convívio social e familiar, de maneira mais saudável e acolhedora.

Visto isso, foram deliberadas normas, como um segundo Termo de Ajuste de Conduta firmado em 2010 com compromissos a serem regulados, tais como a manutenção dos subsídios ao Sanatório Meduna pelo Estado e município; a implantação de um CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas), um CAPS i (infantil), um CAPS III e duas SRT (Serviço Residencial Terapêutica), além da instituição da Gerência Municipal de Saúde Mental.

Outro compromisso firmado foi a abertura do Serviço de Referência Álcool e Drogas no Hospital do bairro Mocambinho com 10 leitos disponíveis e abertura de mais 20 leitos em hospitais gerais para pessoas com dependência química, além de instituir uma enfermaria de atenção à crise no HAA e abertura de um CAPS ad na cidade de Floriano. Sendo assim, houve de fato o fortalecimento da rede psicossocial em detrimento do sistema asilar-manicomial, conforme acordado pelo MPPI. Os usuários restantes do Sanatório Meduna foram realocados para tratamento em comunidade.

Os leitos do Hospital Areolino de Abreu foram reduzidos e apesar da instituição se manter, até hoje, com o modelo asilar, também conta com a assistência alternativa. O êxito da mudança de modelo centrado na internação, no esquecimento, na invisibilidade, para uma transformação na assistência comunitária junto aos novos serviços, transformava a saúde mental no Brasil e no Piauí. A área em que se localizava o Sanatório Meduna foi vendida para uma empresa comercial e, atualmente, é base para um *shopping center* na cidade.

A cidade estava em paz com seus loucos. E esses tinham a atenção dos novos serviços distribuídos na cidade, para que fossem acompanhados na sua comunidade, no seu lugar de construção da existência. Não se pode construir

o existir quando se é sequestrado do seu lugar de mundo. E hospital não é moradia de ninguém. Von Meduna retira-se sem fazer falta a uma cidade que passou a saber conviver e a tratar seus loucos na diversidade e na acolhida que os novos tempos anunciam (OLIVEIRA, 2011, p. 132).

Embora consigamos ver as transformações que a Reforma Psiquiátrica realizou a nível local, não podemos afirmar, ao contrário de Oliveira (2011), que Teresina sabe conviver com “seus loucos”, pois o processo de construção da figura desse louco vem de séculos de exclusão e ainda reverbera no entendimento social contemporâneo sobre a pessoa com transtorno mental.

Apesar disso, compreendemos esses processos de transformação na assistência psiquiátrica como um papel fundamental nesse entendimento, capaz de envolver mudanças na assistência psicossocial, antes impossíveis, incorporando a cultura de valor social e pensando no usuário do sistema de saúde mental como um cidadão a fim de integrar a atenção à saúde mental dispendo sobre a proteção e os direitos dessas pessoas, além de redirecionar o modelo antes imposto.

Hoje, a Rede de Atenção Psicossocial do Piauí (RAPS) atende tanto na capital quanto no interior. As modalidades vão de acordo com a quantidade de habitantes por cidade e o tipo de atendimento. De acordo com o Ministério da Saúde, o CAPS tipo I é para o atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atendendo cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes. Já o CAPS tipo II contempla as mesmas necessidades, contudo, para regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Tabela 1 – CAPS e Residências Terapêuticas no Piauí

MODALIDADE	TERESINA	INTERIOR
CAPS AD	1	2
CAPS INFANTO-JUVENIL	1	0
CAPS I	0	29
CAPS II	4	5
CAPS III	1	2

CAPS ad III	0	0
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS	3	1

Fonte: Elaborada pela autora

O CAPS tipo III contempla o atendimento com até cinco vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, e atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. O CAPS AD atende a todas as faixas etárias e é especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

O CAPS i Infanto-juvenil atende a crianças e adolescentes para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, em cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. Por fim, o CAPS ad III atende entre oito e 12 vagas de acolhimento noturno e observação, funcionamento 24h, todas as faixas etárias, transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, em cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Além disso, em Teresina há o atendimento de urgência e emergência no Hospital Areolino de Abreu, atualmente, comportando 160 leitos. Há ainda o serviço de Residência Terapêutica do Programa de Volta pra Casa (PVC), contemplando 19 beneficiários que recebem R\$ 320 reais mensais por pessoa e que tem por objetivo proporcionar autonomia à pessoa com transtorno mental.

A partir dessa breve coleta de dados referente à Rede de Atenção Psicossocial do Piauí, podemos observar que ao longo de 60 anos (considerando a década de 1950 como pioneira no atendimento psiquiátrico no estado) até os dias atuais, os serviços de atendimento à pessoa com transtorno mental foram sendo desenvolvidos visando um novo modelo de atenção a saúde mental, contemplando, de maneira específica e direcionada, as diversas modalidades de atendimento público, visando o acesso e a articulação de ações básicas referentes à assistência a saúde mental.

É importante destacar como essa assistência parte de um longo processo interdisciplinar entre pesquisadores, profissionais da saúde mental, familiares, bem como da implementação de diversas políticas públicas que agem buscando perceber as realidades do usuário do

sistema de saúde mental e construindo uma rede de atenção voltada à identificação, ao tratamento, a inclusão e ao acesso dessas pessoas aos meios sociais.

Para compreendermos como esse olhar em relação à figura do louco, enquanto sujeito considerado desviante e não apenas a pessoa com transtorno mental, foi construído ao longo dos anos, temos como guia metodológico a teorização foucaultiana, compreendendo as transformações e configurações narrativas que se deram no tempo e no espaço, de acordo com o contexto histórico, com o contexto jornalístico e com as transformações diacrônicas do entendimento sobre o louco no Piauí.

4. UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA COMO GUIA METODOLÓGICO-DISCURSIVO

O aporte metodológico da presente pesquisa é composto partindo das noções de formação discursiva desenvolvidas por Michel Foucault (1996), em *A Ordem do Discurso*, de modo a embasar o procedimento analítico e identificar determinadas construções simbólicas em relação à figura do louco no Piauí. Utilizar Michel Foucault como um guia metodológico requer novas verificações de conceitos desenvolvidos pelo autor a fim de buscar mecanismos de análise mais sistemáticos, reflexivos, abertos e possíveis sobre determinadas práticas e discursos.

Veiga-Neto (2009, p. 5), em *Teoria e Método em Michel Foucault* (im)possibilidades, apresenta o conceito de teorização foucaultiana que visa ações mais maleáveis e possíveis, “uma ação de reflexão sistemática, sempre aberta/inconclusa e contingente, sobre determinadas práticas, experiências, acontecimentos ou sobre aquilo que se considera ser a ‘realidade do mundo’”. Para o autor, não significa que haverá respostas sólidas e concisas, mas que constrói possibilidades de entendimento e percepção a partir do método.

Tomando constituir no sentido de formar, organizar, estabelecer, penso que as máximas foucaultianas constituem uma teoria e apontam um método ou, talvez melhor dizendo, constituem uma teorização — como um conjunto aberto/inacabado de práticas que se valem de diferentes métodos (VEIGA-NETO, 2009, p. 10).

Pensar Foucault como método analítico é ir de encontro com o que o próprio Foucault (2005) desenvolve em *Arqueologia do Saber*, compreendendo a arqueologia e a genealogia não como um método, mas como um “modo de ver as coisas”, pois aponta que as possibilidades de entendimento sobre o que é método interferem diretamente nos modos de entender. Ainda assim, assumimos o risco de utilizar a teorização foucaultiana como um método de análise, baseado no modo de ver as coisas em determinadas práticas e relações, discursivas ou não-discursivas.

O processo metodológico pressupõe um saber epistêmico como experiência e uma forma de fazer que devem se encontrar no processo analítico interpretativo, considerando os fatores subjetivos e a historicidade narrativa. É importante considerar também que nosso

objetivo não é reduzir a filosofia foucaultiana a um método, mas pensar estruturas, variáveis, relações, estruturas de poder e saber, como um percurso, um caminho, a partir da filosofia foucaultiana.

Aplicando à pesquisa, esse procedimento de análise foi escolhido a fim de perceber as configurações narrativas presentes nas notícias do Jornal O Dia sobre a figura do louco no Piauí, bem como identificar os discursos presentes nas notícias como uma prática tanto de representação quanto de significação de mundo, capaz de construir e ajudar a construir as identidades sociais sobre o louco, as relações sociais que incluem e excluem o louco e os sistemas de conhecimento e crenças sobre o considerado louco.

A pesquisa busca identificar um processo histórico de 59 anos de notícias jornalísticas referentes à loucura e a um perfil do louco no Piauí, compreendendo o poder do jornalismo na construção da opinião pública e na formação de memória social, bem como identificando a via de mão dupla que é a construção jornalística a partir do senso comum e a construção do senso comum a partir da produção jornalística. Além disso, identificar como as mudanças e transformações diacrônicas do jornal analisado modificaram as narrativas em relação à figura do louco.

Desse modo, a metodologia analítica utilizada no presente trabalho busca identificar as estruturas de poder, controle e dominação presentes nos discursos em questão, assim como identificar questões de unificação desses discursos. O objetivo metodológico é compreender não apenas a origem do discurso sobre o louco, mas como esses discursos se deram e se construíram no imaginário social piauiense de modo a perpetuar o entendimento sobre o louco, como também perceber as mudanças e transformações diacrônicas do processo comunicativo a partir da sua historicidade e da construção de narrativa nesses discursos.

O estudo sobre a formação de discursos e suas configurações narrativas não se desenvolve somente no campo linguístico, mas busca verificar em quais condições e contextos históricos se sustentam determinadas práticas culturais e relações de poder, capaz de implicar efeitos múltiplos de construção de um imaginário comum. Esse imaginário comum é o que constitui o ser humano historicamente como uma experiência, sendo atravessado por estruturas dominantes que definem quando e se determinados discursos são verdadeiros.

Aqui, o contexto se apresenta enquanto dimensão histórica. Para Marialva Barbosa e Ana Regina Rêgo (2017), em *Historicidade e Contexto em Perspectiva Histórica e*

Comunicacional, o contexto histórico-comunicacional é capaz de refletir rupturas e permanências que fazem parte do momento vivido e que devem se aplicar ao processo analítico.

[...] a relação passado, presente e futuro condicionante da visão histórica pressupõe um distanciamento em relação ao passado para que esse possa ser visto na suposição de sua integralidade e com as características peculiares da existência vivida naquele momento histórico. O passado deve ser considerado como ícone de reconhecimento de ações humanas daqueles que viveram momentos históricos particulares no tempo de suas ações, e é assim que podem ser reinterpretados (BARBOSA; RÊGO, 2017, p. 13).

São as experiências e compreensões humanas no presente do passado que fazem parte do processo de composição da historicidade de modo a representar as transformações que se deram no tempo e no espaço e construir uma narrativa histórica sobre determinado fato ou questão. Para as autoras, “pensar o contexto é, portanto, colocar em evidência os movimentos do tempo que podem ser observados no processo histórico” (BARBOSA; RÊGO, 2017, p. 14) e, assim, apresentar determinadas características e realidades que cercam determinado fato ou fenômeno.

Para melhor compreendemos a historicidade dentro do processo de formação de discursos se faz necessário uma breve contextualização com o conceito de formação discursiva, com as relações de discurso e poder, e as noções de verdade construídas por Michel Foucault, bem como o conceito de representação desenvolvido por Roger Chartier (1990).

4.1. Formação Discursiva

A ideia de formação discursiva trabalhada por Michel Foucault é percebida como uma “grande superfície dos discursos” em que conjuntos de enunciados são submetidos a uma mesma regularidade sob a forma de teorias, ideologias, relações, entre outros, não se reduzindo a objetos, falas ou frases específicas, mas para além dessas proposições.

Na análise foucaultiana, os discursos se configuram como históricos que devem ser vistos, analisados e compreendidos de modo a garantir uma diversidade e heterogeneidade

discursiva, considerando os momentos e as práticas desenvolvidas. Essa noção de formação discursiva apresentada por Foucault deriva do paradigma marxista de formação social, formação ideológica e, em seguida, formação discursiva, e é definida pelo autor:

[...] não por princípios de construção, mas por uma dispersão de fato, já que ela (formação discursiva) é para os enunciados não uma condição de possibilidades, mas uma lei de coexistência, e já que os enunciados, troca, não são elementos intercambiáveis, mas conjuntos caracterizados por sua modalidade de existência (FOUCAULT, 2005, p. 135).

Assim, as formações discursivas se apresentam como possibilidades de análise, pois para o autor, a subjetividade e os princípios internos dos sujeitos sobre questões objetivas se transformam de maneira individual, capaz de alterar a linguagem, o entendimento, os significados e os sistemas de signos e símbolos de acordo com as estratégias e as práticas utilizadas. No contrário, as percepções se apresentariam de modo limitado e parcial em relação ao homem social.

Para desenvolver seu conceito de formação discursiva, Foucault (2005) analisa a possibilidade de dar unidade ao discurso. Para isso, o autor separa essas possibilidades de unidade de um discurso em quatro formações: a primeira são as formações dos objetos. Aqui, o autor coloca que não há como conceber um discurso como um conjunto de enunciados dispersos que falam sobre um mesmo objeto. É o caso da loucura trabalhada pelo autor em a *História da Loucura na Idade Clássica* (2008), como citamos anteriormente.

O perfil do louco – como objeto da loucura – se apresenta e se modifica com o tempo de modo que a unidade do discurso sobre a loucura não tenha a ver com o mesmo objeto tratado de diferentes maneiras ao longo do tempo, mas tem a ver com as regras que permitem a emergência de diferentes objetos para esse discurso, bem como as séries de enunciados que compõem esse objeto ao longo do tempo.

Outra unidade de discurso trabalhada por Foucault é pelas formações dos modos enunciativos, que buscam encontrar alguma regularidade na forma ou no encadeamento dos enunciados. É uma tentativa de construir algum tipo de regularidade a partir de construções que se dão ao longo do tempo. Aqui a unidade não se encontra nos modos enunciativos, mas sim nas regras que tornaram possíveis um número variado de descrições dentro de determinados espaços, ciências, saberes etc.

A terceira unidade de discurso são as formações dos conceitos e trabalha a diversidade de entendimento de conceitos a partir do espaço em que se constrói. Para o autor, é impossível construir uma unidade de conceitos universal, considerando que cada escola, cada centro, constrói seus conceitos a partir de seus discursos e modos de dizer.

Foucault (2005) compreende que a constituição de um discurso a partir de objetos, modos e conceitos produz considerada coerência capaz de formar temas ou teorias. E é sob esse pensamento que surge a quarta unidade de discurso definida como as formações dos temas. Para o autor, analisar os discursos sobre os temas e as teorias de determinada pesquisa é o primeiro passo para a compreensão de uma unidade.

Essas possibilidades de unificação dos discursos colocam em ação o funcionamento de determinados mecanismos por meio de produção de saberes e de práticas construídas historicamente. Essas práticas se dão a partir de configurações narrativas responsáveis por regular e determinar regimes de verdade. Embutidos de poder, esses discursos compõem estratégias de dominação e de um funcionamento comum.

4.2. Discurso e Poder

A noção de discurso se apresenta em termos de estratégias e práticas e é utilizada por Foucault (2005) como um conjunto de enunciados que derivam de uma mesma formação discursiva, ou seja,

um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram em uma dada época, e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2005, p. 136).

Para o autor, colocar o discurso como objeto não significa apenas analisar linguisticamente esse objeto, nem mesmo descrevê-lo ou explicar seus níveis linguísticos, mas ter como objetivo principal produzir questionamentos sobre as condições desse objeto, como também identificar os dispositivos discursivos que possibilitaram determinadas práticas discursivas e não outras, considerando o momento histórico do objeto e suas nuances. É

preciso considerar o momento histórico do objeto de modo a identificar as condições históricas em que fizeram esse objeto discursivo surgir.

O discurso apresentado enquanto um “conjunto de enunciados que se apoia em uma mesma formação discursiva” não possui apenas um único sentido ou uma verdade, mas, principalmente, uma história carregada de contextos, perspectivas, pontos de vista e significados. Para Michel Foucault, a produção dos discursos se apresenta a partir de relações de poder e saber, que servem de base para toda a teoria foucaultiana.

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (FOUCAULT, 1996, p. 5).

O discurso se apresenta aqui como a ferramenta de poder, discursiva ou não discursiva, considerando o saber já como uma relação de poder, repleta de sentidos, que, por vezes, avança ou recua de acordo com as interações sociais e seus desdobramentos. Para Foucault (2018), o poder não se apresenta em uma organização ou instituição física, mas se é exercido por determinadas partes, nas variadas relações e âmbitos sociais para interferir diretamente na produção e no entendimento dos discursos.

[...] os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível. [...] Rigorosamente falando, o poder não existe; existem práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona (FOUCAULT, 2018, p. 17).

Essas relações de poder acontecem de modo sutil através do que Foucault denomina de interdição, ou seja, um policiamento sobre o que se fala, como um “ritual da circunstância”, de modo que o discurso seja construído imbuído de interesses e de dominação e se configure como uma espécie de procedimento de exclusão. O autor apresenta duas formas de poder: o biopoder e o poder disciplinar.

O biopoder é definido por Foucault (2008, p. 3), em Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France, como “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que,

na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder”. Assim, esse biopoder se apresenta através de mecanismos de segurança, subjugação dos corpos e o controle de determinadas populações, visando fixar essas estruturas através do poder disciplinar, como uma ferramenta de normatizar os sujeitos.

Esse poder disciplinar se faz presente nas instituições totais, conceito desenvolvido por Goffman (2008). São os asilos, manicômios, prisões, escolas, quartéis, que, em sua estrutura, colocam a disciplina, a autoridade e a punição como métodos de ordem e controle. Foucault (2018) identifica a noção de disciplina a partir de algumas características. A primeira característica põe a disciplina como um tipo de organização do espaço.

É uma técnica de distribuição dos indivíduos através da inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório. Isola em um espaço fechado, esquadrinhado, hierarquizado, capaz de desempenhar funções diferentes segundo o objetivo específico que dele se exige (FOUCAULT, 2018, p. 22).

A segunda característica identifica a disciplina como um controle do tempo. Aqui, a disciplina estabelece “uma sujeição do corpo ao tempo”, visando um pleno desempenho e desenvolvimento sobre determinadas ações de modo que o tempo se apresente a articular o corpo e se torne ferramenta, como é o caso da mão de obra dos sujeitos encarcerados em instituições totais. A terceira característica diz respeito à vigilância. Uma vigilância que precisa do olhar dos sujeitos vigilantes para ser reconhecida, como é o caso do modelo do panóptico⁵ desenvolvido por Jeremy Bentham e utilizado nos estudos de Foucault (1975) em *Vigiar e Punir* ao tratar de sociedades disciplinares.

O objetivo do panóptico está diretamente ligado ao poder de monitorar e vigiar o comportamento de pessoas. No modelo de Bentham, essa vigilância se limita ao sistema prisional e carcerário, enquanto para Foucault esse monitoramento acontece em todas as instituições, visando cada vez mais analisar e avaliar pessoas e seus comportamentos.

⁵ O conceito do panóptico foi concebido como um mecanismo de vigilância e controle do comportamento dos prisioneiros nas prisões. Seu modelo circular permite que o vigilante vigie a todos aqueles que estão à disposição e sejam observados a qualquer momento. Estes últimos, contudo, não sabem quando e se estão sendo vigiados.

Por fim, a última característica da disciplina se apresenta como um “registro contínuo de conhecimento. Ao mesmo tempo em que exerce um poder, produz um saber” (FOUCAULT, 1999a, p. 23). Essa característica da disciplina se manifesta fortemente nas relações hierárquicas providas de um saber, relações estas capazes de, em suas especificidades, excluírem e segregarem pessoas a partir de um saber.

Veiga-Neto (2009) apresenta outro tipo de exclusão além do citado no início do capítulo. O autor faz referência à oposição entre a razão e a loucura, identificando o discurso do louco como um discurso inexistente e colocando o poder através de um saber como instrumento de controle.

Desde a alta Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como os dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância. [...] Era através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca recolhidas nem escutadas (FOUCAULT, 1996, p. 6-7).

Assim, a fala do louco se apresenta como um discurso enfraquecido e sem validade, pois a sua considerada insanidade não permite que seu discurso seja validado como verdadeiro, afinal, o sujeito louco se caracteriza como “fora de si”. Se o louco não é mais o responsável por seu próprio discurso, o médico-alienista assume esse protagonismo falando pelo louco, se utilizando dos seus conhecimentos médicos para afirmar o que é melhor ou não para essas pessoas.

Em nome do que se considera verdade, se manifestam e legitimam práticas autoritárias de vigilância, monitoramento dos corpos e do desejo, segregação e controle social. Esse discurso médico é investido pelas relações de poder que são construídas pela autoridade do saber médico, um saber que raramente é questionado e frequentemente posto como verdade absoluta, fazendo com que a formação regular desse discurso médico integre procedimentos de controle e modifique perspectivas e entendimentos.

E mesmo que o papel do médico não fosse senão prestar ouvido a uma palavra enfim livre é sempre na manutenção da cesura que a escuta se exerce. Escuta de um discurso que é investido pelo desejo, e que se crê - para sua maior exaltação ou maior angústia – carregado de terríveis poderes. Se é necessário o silêncio da razão para curar os monstros, basta que o silêncio esteja alerta, e eis que a separação permanece (FOUCAULT, 1996, p. 7).

Desse modo, as produções dos discursos através do saber médico sobre o louco se apresentam distintamente do real e se exercem de outras maneiras que não as originais do sujeito em questão, afinal, a forma com que se fala altera o entendimento sobre o que se fala. Assim, a palavra do louco se torna um discurso que se escapa e que o médico absorve e reproduz de acordo com seu entendimento e conhecimento.

Acreditamos que a subjetividade dos sujeitos atravessa todos os processos de compreensão e, por isso, os entendimentos sobre o que se considera verdade podem ser múltiplos e dependentes de pontos de vista. Pensando nisso, defendemos não a ideia de uma verdade absoluta que caberia ou ao médico ou ao louco, mas os efeitos de verdade embutidos nos discursos individuais – quando e se acontecerem.

O adestramento do corpo, o aprendizado do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada – o homem – como produto do poder. Mas também, e ao mesmo tempo, como objeto de saber (FOUCAULT, 2018, p. 26).

Assim, o que está em questão é a forma e o processo em que os enunciados se regem de maneira a constituir entendimentos de verdade que são capazes de atribuir ao verdadeiro determinados efeitos de poder. Por verdade, Foucault (2018, p. 26) compreende como um “regime”, que está “circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem”.

O autor compreende que cada sociedade produz seus “regimes de verdade” – identificados a partir de coerções múltiplas que definem determinados discursos como verdadeiros. As regras e condições, nas quais um objeto decorre do que é verdadeiro e do que é falso, são definidas por Foucault (2018) como “jogos de verdade”, ou seja, as instâncias e formas que permitem ao discurso – visto como verdadeiro a partir de determinados critérios – certas articulações a partir de relações de poder.

Essa noção do que é verdadeiro e do que é falso, assim como do que é moral ou imoral, certo ou errado, ético ou anti-ético, parte da criação desses regimes de modo a regular as dinâmicas sociais. Assim, o dispositivo social pode ser percebido aqui como o campo em que esses jogos e regimes de verdade atuam, circulam e são exercidos, considerando que as

relações de poder não acontecem em nível macro, mas sim, em microfísico, dentro das relações, instituições, decisões, entre outros, perpassando todo o corpo social. Os efeitos de verdade embutidos e as estratégias de poder presentes nos discursos buscam de todo modo justificar as estruturas de poder existentes, a fim de moldar, formar, dividir, examinar, a prática e o corpo social.

É importante citar que essas estruturas de poder se alteram de acordo com a sociedade em que são exercidas, passando inclusive por transformações a partir das mudanças do corpo social que se dão no espaço temporal. A construção de um saber responsável pela loucura surge dessas transformações sociais ao longo do tempo, considerando que para cada época e cada sociedade há sua maneira de lidar com o louco.

O controle do diagnóstico e da medicalização são formas de contenção do corpo do sujeito louco, percebido aqui como indivíduo refém de várias instâncias, pois, além do saber médico, poderes como o jurídico, o médico e práticas sociais em torno dessas pessoas, construíram regimes e efeitos de verdade sobre os mesmos.

Os processos e práticas sociais em relação à loucura podem ser sistemáticos, nos seus variados âmbitos, desde a economia – que busca evitar e conter gastos com determinadas minorias em risco –, a saúde – que tenta crescer a partir da medicalização e da farmacologia –, a cultura – que construiu e continua a construir determinados padrões sociais em relação a figura do louco –, a política – que cria um jogo de articulação e resistência, desassistindo essas minorias e regulamentando determinadas práticas políticas.

Como citamos anteriormente, as relações de poder podem ser percebidas através de determinadas práticas, processos e padrões culturais de determinada sociedade. Esses sistemas formam uma realidade definida através de posições, estatutos, territórios, técnicas e tantas outras variáveis capazes de compor uma história social.

O mundo social é composto por diversas estruturas e é produzido por determinadas práticas sociais, políticas, culturais que constroem significados. Essas práticas articulam e modelam o objeto da história cultural, sejam elas reais – remetidas às práticas sociais – ou direcionadas a uma representação – que parte de uma superfície representacional de determinados processos e práticas culturais.

Quando nos referimos a práticas culturais, contemplamos toda e qualquer manifestação social, política, cultural, discursiva, institucional, entre tantas outras práticas que são responsáveis pelos laços de interdependência humana e seus sistemas de funcionamento. São

as complexas práticas relativas aos sujeitos que atuam dentro dos mais variados eixos sociais, contemplando suas práticas, costumes, objetos, sujeitos, padrões e processos.

4.3. Representação

Desenvolvido por Roger Chartier (1990), em *A História Cultural entre Práticas e Representações*, o conceito de representação é percebido como uma superfície que agrega esses objetos culturais, práticas, processos, padrões e sujeitos que são responsáveis por formar determinadas visões de mundo, percepções, sistemas de valores, ou seja, modos de vida através de laços de interdependência que regulam essas relações a determinados padrões.

Conceituado pelo autor como História Cultural, está diretamente ligado às noções de poder entre relações dominantes e dominadas. A história cultural “busca identificar o modo como diferentes lugares e momentos uma determinada realidade social é construída, pensada, dada a ler” (CHARTIER, 1990, p. 16-17).

As representações do mundo social assim construídas, embora aspirem à universalidade de um diagnóstico fundado na razão, são sempre determinadas pelos interesses de grupo que as forjam. Daí, para cada caso, o necessário relacionamento dos discursos proferidos com a posição de quem os utiliza. [...] As percepções do social não são de forma alguma discursos neutros: produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade à custa de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projeto reformador ou a justificar, para os próprios indivíduos, as suas escolhas e condutas (CHARTIER, 1990, p. 17).

Carregadas de relações e estruturas de poder, as representações traduzem as relações sociais de modo a apontar padrões e determinadas formas, tal como sejam, ou como agentes sociais pensam que são ou como querem que seja. O autor ainda caracteriza duas formas de representação, uma definida pela exibição da presença, condicionada a uma apresentação pública, reconstituída como memória; e outra percebida como a presença do ausente, algo ou alguém representado a fim de substituir sua presença, ou seja, uma relação simbólica entre o que representa e o que é representado – o que não obrigatoriamente é concordante.

Existe, constantemente, uma possível distinção entre a representação e o que está sendo representado, entre o que é e o que parece ser, considerando as relações de poder e sua

potencialidade de construir efeitos de verdade a partir dos interesses e das posições dos sujeitos sociais.

É importante destacar que o conceito de representação é complexo e possui inúmeras críticas, mas consideramos a discussão pertinente tendo em vista que a construção de uma figura do louco se dá através de um ou mais pontos de vista externos, carregados de um olhar dominador, seja este pelo conhecimento médico, familiar, hospitalar, ou um olhar carregado de estigmas e preconceitos, o social, cultural, entre outros, afetando, inclusive, o próprio entendimento do louco sobre si mesmo.

A noção de representação desenvolvida por Roger Chartier (1990) compreende três modalidades de relação com o mundo social.

em primeiro lugar, o trabalho de classificação e de delimitação que produz as configurações intelectuais múltiplas, através das quais a realidade é contraditoriamente construída pelos diferentes grupos; seguidamente, as práticas que visam fazer reconhecer uma identidade social, exibir uma maneira própria de estar no mundo, significar simbolicamente um estatuto e uma posição; por fim, as formas institucionalizadas e objetivadas graças às quais uns representantes (instâncias coletivas ou pessoas singulares) marcam de forma visível e perpetuada a existência do grupo, da classe ou da comunidade (CHARTIER, 1990, p. 23).

Podemos identificar que as construções de representação de mundo acontecem a partir de relações de poder e de regimes de verdade, de modo a definir a história social e suas formas, bem como suas práticas, a partir do momento em que determinados interesses são reconhecidos em prol de outros.

Se considerarmos que cada indivíduo se inscreve no mundo de múltiplas formas a partir das suas experiências e particularidades, as representações e suas diversas maneiras de serem narradas são essas práticas articuladas de modo político e discursivo capazes de construir as figuras do mundo social que, por sua vez, define instâncias e totalidades.

É importante destacar que as representações sociais/coletivas não se reduzem ao somatório das representações individuais que compõem a sociedade, da mesma maneira que a representação individual não se reduz à atividade cerebral que a fundamenta. Herzlich (2005), em *A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença*, aponta que as representações sociais constituem uma realidade que se impõe ao indivíduo, sendo-o preexistente, pois o indivíduo é um ser moldado pela sociedade a qual pertence. Mas, apesar

disto, a representação individual não se dá somente pelo indivíduo, mas acontece dentro do espaço de construção de representações coletivas.

Outro ponto importante a dar destaque é sobre esse conceito de representação que não se reduz ao senso comum. O senso comum – ou sentidos comuns, enquanto características que se sobressaem e formam uma opinião pública por vezes inconsciente – pode ser percebido como um conhecimento compartilhado entre os sujeitos da relação social. Para Mattalo Júnior, o senso comum é “um conjunto de informatizações não sistematizadas que aprendemos por processos formais, informais e, às vezes inconscientes, e que inclui um conjunto de valorações” (2006, p. 16).

Para Chartier (1990), não existe um sujeito universal com uma forma pré-concebida e inalterada, uma vez que são as múltiplas práticas que constroem o mundo como representação. O que existe são as singularidades dos sujeitos que se dão em um espaço coletivo e se tornam formas legítimas de representações. De todo modo, caracterizadas por práticas constitutivas com certa regularidade, as representações sociais estão voltadas para questões de sentido e de interpretação.

Acreditamos que exista uma linha tênue entre a construção de representações e a construção de estereótipos que reforcem determinados perfis sociais. Compreendendo estereótipo a partir de Lippmann (2008), em *Opinião Pública*, como construções simbólicas resistentes á mudança social, percebemos que determinadas representações são potenciais para a cristalização de preconceitos sobre determinados grupos sociais e minorias. A agregação de juízos de valor a respeito de determinado grupo, estado, condição, raça, orientação, reproduz padrões que foram impostos e alteram as percepções.

As mais sutis e difundidas de todas as influências são aquelas que criam e mantêm o repertório de estereótipos. Conta-nos sobre o mundo antes de nós o vemos. Imaginamos a maior parte das coisas antes de as experimentarmos. E estas concepções [...] governam profundamente todo o processo de percepção. Eles marcam certos objetos como familiar ou estranho, enfatizando a diferença, de forma que o levemente familiar é visto como muito familiar, e o de alguma forma estranho como profundamente alienígena. [...] Despertados, eles inundam a visão fresca com imagens antigas, e projetam no mundo o que tem reaparecido na memória (LIPPMANN, 2008, p. 92).

Desse modo, a repetição de determinados padrões são capazes de formar os estereótipos que, por sua vez, são potenciais estruturas de representação social. Para o autor, o estereótipo

é uma junção entre o que há e o que se espera encontrar em determinado grupo ou indivíduo a partir de sua representação. Então, são escolhas entre o que encaixa e o que não encaixa no padrão normativo dos mesmos, levando à sociedade agregar valor ao que encaixa e descartar os valores que não se encaixam nesse padrão. São construções simbólicas enraizadas, construídas ao longo dos anos e com difícil e lenta alteração.

Aplicando a esta pesquisa, desenvolvemos o conceito de representação associado a questões da oposição entre saúde mental e doença mental, considerando que as práticas referentes à figura do louco constroem representações e, por sua vez, geram práticas sociais, de modo a criar uma cadeia entre o objeto produzido – a representação do louco – e os sujeitos produtores e receptores, considerados aqui parte inclusa dessas práticas sociais.

A noção de saúde e de doença mental⁶ se apresenta no imaginário coletivo como resultante de um processo de produção totalizante, caracterizado não somente pela oposição entre vida e morte, mas por uma consciência de si e do mundo capaz de definir estados, formas, representações, condições, e entre outras influências que acometem tanto o indivíduo quanto a sociedade. A ideia de saúde e doença mental foi alterada ao longo do tempo de diversas maneiras de acordo com determinados contextos, práticas, épocas, costumes e todas as influências sociais e processuais.

Daniel Portugal (2019), em *As Bestas Dentro de Nós*, pontua que o pensamento sobre a existência de uma “doença mental” é derivado de determinadas amarras sociais que classificam e delimitam uma forma correta de ser, responsável por definir um padrão que foi normalizado ao longo dos anos e que se torna o modelo “correto” de ser.

[...] a caracterização de certas partes de nossa subjetividade ou de certos processos subjetivos tidos como doentes é uma classificação moral que coloca o objeto classificado do lado do mal. A classificação de doença carrega também, como conotação de destaque, a ideia de um mal que pode ser curado, ou seja, um mal de natureza curável, mesmo que não possa ser curado na prática em casos particulares. Como escreve Greenberg: “dizer que uma forma particular de sofrimento é uma doença, é sempre ir além da observação de que o sofrimento existe. É também dizer [...] que tal sofrimento não pertence a nosso mundo, que nós viveríamos vidas melhores sem ele, e que deveríamos fazê-lo” (PORTUGAL, 2019, p. 171).

⁶ O termo “doença mental” se faz necessário aqui como uma oposição ao termo “saúde mental”.

A “doença mental”, portanto, é manifestada como um fenômeno que, além de relativo, mutável e curável, é também minoritário, pois é a exceção do que é dito como realidade e posto como errado. Para o autor, a “doença mental” enquanto sinônimo de erro, desvio, maldade, crueldade e animalidade é construída de modo a alterar o entendimento sobre a moralidade e, ainda valorar os inúmeros níveis e tipos de sofrimento de modo a definir quais se encaixam como sofrimentos tidos como “normais” pelo senso comum, e quais sofrimentos são de origem patológica, pois, “uma vez que a noção de doença mental se transforma em uma verdade moral, questioná-la torna-se tão delicado quanto, em certos círculos, questionar a repressão social” (PORTUGAL, 2019, p. 177).

É importante considerar que a ideia do que é saúde mental e do que é doença mental se apresenta de maneira pessoal a cada indivíduo e é capaz de alterar suas formas, atitudes e comportamentos em relação à saúde e à doença. Contudo, considerando que o entendimento sobre essas questões vem de um longo processo histórico, compreendemos que existem práticas e costumes em torno da saúde e da doença que são perpetuados ao longo do tempo e do espaço, dentro de determinados costumes e práticas.

A Secretaria de Saúde do Paraná apresenta saúde mental como “o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas”. Aponta ainda que a

Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (SESA).

Consideramos aqui que a ideia de saúde não se limita a plenitude em bem-estar, pois acreditamos não haver uma existência sem sofrimentos, angústias, medos, aflições, e a presença dessas características não se constituem como patologia ou transtorno, visto que essas experiências fazem parte da vida humana e dos desafios que a acometem.

Já o termo “doença” associado ao psíquico exige uma especificidade maior. Grmek (1995, p. 18), em Declínio e Emergência das Doenças, pergunta: “Quando o médico, o doente

e as pessoas em volta ao doente falam de uma doença, será que todos estão se referindo a mesma realidade?”.

Como citamos anteriormente, os conceitos de saúde e doença são mutáveis e alteráveis de acordo com o espaço, o tempo e a realidade que acontecem, assim, a literatura científica apresenta o termo “*disease*” para se referir a conceitualização de enfermidade diagnosticada pela medicina; o termo “*illness*” para se referir a experiência pessoal e subjetiva da pessoa doente em relação à doença, bem como o sofrimento individual; e o termo “*sickness*” para designar a percepção social em torno do doente.

Compreendendo os conceitos de formação discursiva, discurso e poder desenvolvidos por Michel Foucault e o conceito de representação desenvolvido por Roger Chartier, buscamos perceber através da história cultural uma superfície representacional do louco no Piauí, considerando uma contextualidade e temporalidade em relação às narrativas do Jornal *O Dia*. É importante considerar que as construções desses discursos passam por diversas influências, sejam elas temporais ou através de marcos mutacionais, capazes de alterar as narrativas do fazer jornalístico.

O processo comunicativo e essas construções discursivas identificadas na textualidade do jornal são fundamentais para que possamos identificar características, padrões, sistemas de valores, modos de pensar e de sentir, sistemas que foram normatizados ao longo do tempo, entre outras práticas culturais, em relação à figura do louco. Desse modo, se faz necessário perceber determinadas características do Jornal *O Dia* que foram construídas de modo a refletir contextos e modos de dizer e fazer em relação à figura do louco.

5. A CONSTRUÇÃO DO PERFIL DO LOUCO NO JORNAL *O DIA*

As construções discursivas do Jornal *O Dia* que fazem referência a um perfil do louco no Piauí se apresentam como um reflexo de uma realidade que foi construída ao longo dos anos, transformada, alterada, condicionada, visando formar um entendimento social sobre esses sujeitos.

É importante considerar que essa superfície representacional do louco sofre influências capazes de alterar esse entendimento. No processo analítico, o saber epistêmico surge enquanto experiência e, partindo disto, aponta para processos e práticas culturais que variam de acordo com regras estruturais.

Considerados como fatores de influência direta nesse processo de construção de um perfil do louco no Piauí, além das transformações diacrônicas em relação à figura do louco na história, enquanto episteme, as modificações do próprio jornal enquanto contexto jornalístico e seus critérios de construção de narrativas, como também as transformações do contexto social, cultural, histórico, que se deram no tempo e no espaço.

Para isso, se faz necessária uma contextualização com o observável a fim de compreendermos como o veículo se constrói enquanto ferramenta de formação de opinião pública, além de entender como o Jornal *O Dia* se percebe e se apresenta aos seus leitores, como constrói seus discursos, como se modifica ao longo dos anos e em quais contextos essas modificações ocorreram.

5.1. Jornal *O Dia*

Com sua primeira edição publicada em 1º de fevereiro de 1951, o Jornal *O Dia* inicia sua carreira com apenas oito páginas. O jornal era publicado semanalmente, pois não havia tantas notícias a serem divulgadas e as máquinas de impressão não suportavam um grande número de edições. Fundado pelo professor Raimundo Leão Monteiro, o jornal veiculava notícias referentes à política local, a maioria de opinião, e concentrava informações sobre os militares da época.

Apresentado desde sua primeira edição, o slogan "Órgão independente, noticioso e político" foi definido a fim de deliberar as intenções e os propósitos do jornal, além de definir a linha editorial e seus objetivos de circulação. O jornal não era sustentado por nenhum partido político e isso era um dos fatores para noticiar o que era considerado como de interesse público.

Em 1952, inicia-se um processo de mudanças gráficas no jornal, que constantemente se modificavam a fim de definir um modelo simples e de fácil entendimento. Carvalho (2003) afirma que ainda na década de 1950 recursos, como o uso de cores e estratégias visuais, fizeram parte dessas mudanças.

Em 1955 o uso das cores na 1ª página começou a ser racionalizado. A logomarca do jornal permanece no centro da 1ª página, ao invés de ser localizada no alto da página, como hoje. Além disso, a logomarca é repetida na contracapa, dando a impressão de que o jornal possuía duas capas. O número de anúncios e artigos continua a crescer. Em 1956 as cores ficam ainda mais vibrantes com tons alaranjados. As grafias de algumas palavras também chamam a atenção, como "êrros" e "êsse" (CARVALHO, 2003, p. 37).

É importante considerar o discurso auto-referenciado produzido pelo Jornal *O Dia*. O utilizaremos aqui não como discurso único e absoluto, mas como um olhar de si, uma competência discursiva que reforça seus próprios valores, percebida por Antônio Fausto Neto (2007, p. 78) como a capacidade de uma fala cada vez mais voltada para o “âmbito público de suas próprias operações, enquanto regras privadas de realidade de construção do que, necessariamente, da construção da realidade. Ou seja, produz a ‘enunciação da enunciação’”.

Assim, a auto-referencialidade utilizada no Jornal *O Dia* serve para nos mostrar características de como o jornal se via ou como gostaria de ser visto em determinada época. Os slogans construídos e modificados ao longo dos anos são impressões que o próprio Jornal *O Dia* apresenta de si, considerando sua capacidade de influência e impacto na sociedade.

Ana Paula Goulart Ribeiro (2007), em *Mídia e Memória*, explicita que essa construção de um discurso do jornal sobre sua própria imagem, estabelecia uma nova deontologia sobre o jornalismo, de modo que o discurso jornalístico se reforçava por meio de normas, questões morais, padrões exercidos no fazer jornalístico e, ao mesmo tempo, se discutiam nesses jornais possíveis transformações e reformas.

A autora também afirma que nos anos de 1950, muitos jornais no Brasil se utilizavam de um discurso independente, dissociado de partidos políticos a fim de construir a imagem de um jornal imparcial e objetivo. Contudo, muitos jornais também eram financiados e sustentados por partidos políticos, evidenciando a dificuldade do jornalismo em construir esse discurso independente e sem ligações partidárias. Como consequência, se implantava aos poucos no fazer jornalístico o discurso de um jornalismo imparcial, não-influenciado.

Com o passar dos anos, a utilização das cores se torna mais comum e efetiva, em sua maioria, tons mais vibrantes preenchem a primeira página. Na década de 60, surgem as colunas, que informavam notícias variadas, entre elas, a "Drops", com destaque para a política local (CARVALHO, 2003). Em 1963, *O Dia* retoma as atividades e volta a circular em preto e branco contendo uma fotografia em cada edição.

O slogan "Órgão independente, noticioso e político" é retirado e a direção passa a ser assinada por José Lopes dos Santos. Ainda na década de 60, entre mudanças de logomarca e transições de seis para sete colunas, *O Dia* passa a ter 12 páginas e produz seus textos em maior quantidade, superando o número de artigos por edição. Nesse momento, um modelo de notícia jornalística com uma linguagem mais simples e direta surge, juntamente com a mudança para o slogan: "Se o DIA disse a notícia existe. O DIA – O jornal de maior circulação no Piauí".

Em 1964, com a direção do coronel Octávio Miranda, *O Dia* começa a eclodir, passando a ser um jornal diário. No entanto, reduz de 32 para oito páginas em decorrência da crise mundial do Petróleo. A escassez de papel e filme para impressão fez com que muitos jornais fossem fechados.

Carvalho (2003, p. 33) afirma que nessa época surgiram as redações como são hoje, com os cargos de "editor-chefe, secretário de redação, editor setorial, repórter, revisor, repórter fotográfico", entre outros que compunham as equipes de produção de notícias. Já na década de 70, após o jornal se estruturar novamente, um investimento em equipamentos e máquinas de impressão, faz *O Dia* ser considerado um dos primeiros do país a utilizar da impressão *off-set*.

Nesse momento, a estrutura gráfica do jornal começa a se consolidar. A separação das editorias e suas nomenclaturas, além das colunas "Roda Viva" e "Top Top" assinadas por Elvira Raulino, fazem parte da criação do caderno dois do jornal, contendo matérias específicas de entretenimento, como cultura e esportes. Outro ponto importante é o novo olhar

que o Jornal *O Dia* dá através de uma produção de matérias destinadas ao público feminino. Surge então as matérias de beleza, saúde e cultura.

O conteúdo jornalístico do Jornal *O Dia* na década de 1970 se concentrava nas questões políticas locais e em suas capas, questões de segurança pública e desenvolvimento urbano, considerando que a capital Teresina se tornava um pólo de saúde, sendo referência no atendimento médico público e particular. A cidade crescia e viabilizava serviços e mão de obra, o que gerou um grande número de migrações de população vindas de outros estados próximos, em busca de trabalho ou de atendimento médico de qualidade. Todas essas questões eram desenvolvidas, principalmente, nas matérias de capa do jornal na década em questão, dando foco para o crescimento que a capital tomava.

Já na década de 80, o jornal se destaca pela quantidade de anúncios que agora integra suas folhas. Nas laterais de suas páginas, a frase "Em tempos de crise, publicidade é a saída" conquistava investidores e anunciantes. Agora o jornal passa a ter 20 páginas, acrescentando notícias de cunho nacional e internacional, se utilizando de humor, *cartoons* e piadas em algumas colunas como "Folha de Mãe Ana", assinada por Garricha, que tratava sobre temas diversos do período em questão. Nesse momento, também surgem as primeiras experiências em tabloides.

A década de 1980 em Teresina apresentou todas as consequências dessas imigrações da década anterior, partindo de um processo de espraiamento urbano que ocasionou altos índices de construções irregulares, com pouco saneamento básico, em áreas ambientalmente vulneráveis e com problemas de assistência populacional em massa, como também a construção de assentamentos informais urbanos⁷ nas áreas periféricas e centrais da capital. Todas essas questões tornaram-se produto da segurança pública local, considerando a pouca ou baixa capacidade que Teresina tinha de proporcionar assistência às demandas de crescimento urbano e populacional.

Na década de 90, as folhas do jornal passam a ter fotografias coloridas. O jornal passa a se estruturar e ampliar as informações das notícias publicadas. Nessa época também, o espaço para resumo de filmes e de novelas passa a integrar o jornal, juntamente com os cadernos "Cidade" e "Agite", com o propósito de desenvolver uma espécie de jornalismo social. Os classificados passam a ser impressos em formato tabloide e um novo slogan surge: "Orientando mudanças por um Piauí melhor". Foi nesta década que *O Dia* conquistou a

⁷ Comumente conhecidos por "favelas".

impressão a cores e a internet para veiculação das notícias. O Jornal *O Dia* passa a se estruturar e ampliar as informações das notícias publicadas.

Em suas matérias, o jornal segue em expansão juntamente com a capital Teresina. O processo de verticalização da cidade acontecia de modo que os investimentos de capital se concentravam em formar uma cultura imobiliária moderna, como também os setores de comércio e serviços locais que sustentavam as demandas da região. Esse processo de expansão geográfica explica o grande número de anúncios e investimentos imobiliários nas folhas do jornal nessa época, bem como a oferta de um caderno específico para os classificados.

Nos anos 2000, as matérias já continham informações como a cotação do dólar e crises econômicas mundiais. Hoje, com 68 anos, o Jornal *O Dia* leva o slogan "Líder em Credibilidade". Em sua versão impressa, é composto por 10 editorias; além dos cadernos "Em Dia" com informações gerais, "Torquato" com notícias sobre cultura, contendo informações de shows, filmes, resenhas críticas, horóscopo e resumo de novelas; além do caderno de Classificados.

Além dessas mudanças, O DIA ganhou novo projeto gráfico em 2002, trazendo novas tendências gráficas e editoriais para o jornal. A nova diretoria do veículo, presidida por Valmir Miranda, que assumiu o cargo após o falecimento do coronel Octávio Miranda; ao lado do atual editor-chefe de O DIA, Mussoline Guedes; e do diretor de Marketing, Cliff Vilar; implantaram mudanças editoriais, como: a criação de novos suplementos (Metrópole, Economia & Negócios, Veículos e Viagens...) (CARVALHO, 2003, p. 35).

Carvalho (2003) ainda pontua que nos anos 2000 houve uma preocupação em oferecer serviços ao leitor, entre eles, telefones importantes do serviço público, cotação do dólar e suas variações, entre outros serviços de atenção básica ao leitor. Características essas que se mantém até hoje no jornal, tanto impresso quanto em sua versão digital e em seu site. A partir de 2005, os cadernos especiais ganham destaque nas páginas do jornal, nos quais determinados temas de interesse público são desenvolvidos com mais profundidade.

É importante considerarmos a conjuntura nacional do fazer jornalístico e da produção midiática no cenário da década de 2000, pois questões como a ética jornalística, o valor-notícia e a credibilidade do jornalismo são questionados de modo a reduzir suas forças. O crescimento das novas tecnologias, o surgimento de novos veículos e espaços televisivos,

foram alguns dos fatores que comprometeram e que causaram um impacto no fazer jornalístico e na produção midiática dos anos 2000.

Ana Regina Rêgo (2007), em *Jornalismo, Cultura e Poder*, reitera que o campo econômico e suas alterações reverberam em todos os outros campos, inclusive o comunicacional, e transforma o mercado do jornalismo em fonte de consumo, o que reduz a sua credibilidade e condiciona a produção jornalística a matrizes que fomentam o consumo dessas tecnologias.

É ponto pacífico que mídia e jornalismo, hoje, praticados, principalmente pelos veículos de referência, buscam atender às imposições do mercado em detrimento do debate aprofundado acerca dos acontecimentos que inundam o espaço público, relegando a informação de interesse público a segundo plano e mantendo o foco em produtos informativos de cunho comercial, pautado, sobretudo, pelas diretrizes de marketing (RÊGO, 2007, p. 95).

Diante do contexto apresentado, é visível o crescimento de acordos mercadológicos entre a mídia e a produção jornalística do mercado, visto que o jornalismo e a mídia precisam do mercado para se manter financeiramente, considerando os fatores citados anteriormente, assim como o mercado precisa do jornalismo e da produção midiática para construir espaço de consumo. Para isso, estratégias tanto mercadológicas quanto de produção de notícia buscam atingir um maior público, com maior qualidade e prestígio.

Processo este percebido atualmente no Jornal *O Dia*, atendendo 33 municípios, com os suplementos de Arte, Esporte, Política, Economia, Mundo, Concursos, Tecnologia, Brasil, Curumin, nos Municípios, nas Capitais e com Espaço do leitor. Além do espaço para 15 blogs, das mais variadas temáticas, o veículo integra o Sistema O Dia de Comunicação e, atualmente, conta com a TV O Dia, afiliada à RedeTV!.

Ana Regina Rêgo (2018) compreende que há uma linha tênue entre a produção noticiosa considerada imparcial, por vezes, utópica, e o jornalismo opinativo, que não se apresenta como tal, mas que se torna espaço para a opinião do produtor de notícia.

Há que se ter em mente também o embaralhamento de fronteiras entre opinião e informação no jornalismo contemporâneo, próprio de uma época em que o desejo de opinião se contrapõe ao mito da imparcialidade do jornalismo. Mesmo com este diagnóstico, podemos dizer que o modelo de jornalismo projetado socialmente como uma instituição constituidora da

modernidade há mais de um século guarda em si valores iluministas de serviço ao público enquanto lugar de fala e de potente empoderamento e visibilidade, como também guarda uma formatação positivista, enquanto lugar de um discurso cientificamente orientado. Nesse processo, a pretensão de serviço público na oferta de informações de qualidade funciona como componente da essência da noticiabilidade que nem sempre é atendida, visto que os interesses do público ou dos particulares efetivamente são os que interferem, com maior frequência, na factibilidade da construção da notícia (RÊGO, 2018, p. 152).

Para a autora, o jornalismo, enquanto espaço de visibilidade noticiosa, atua não apenas na divulgação de fatos e na produção de notícia, mas também exercendo um papel de formador de opinião, na qual a sociedade se apropria desses dispositivos e tecnologias para se informar sobre as atualidades do mundo. Dito isto, percebemos os entraves que a produção jornalística presenciava e se integrava, de modo a gerar transformações neste fazer.

As transformações diacrônicas do Jornal *O Dia* alteraram os sentidos e modificaram padrões, formas, narrativas sobre os mais variados conteúdos trabalhados pelo veículo, e essas transformações fazem parte do processo de configuração e reconfiguração narrativa desenvolvido pelo jornal, de modo a alterar também as estruturas que sustentam determinadas práticas culturais.

5.2. Transformações diacrônicas no Jornal *O Dia*

As configurações narrativas desenvolvidas no Jornal *O Dia* em relação à construção de uma figura do louco no Piauí se apresentam enquanto sistemas de valores, crenças, modos de pensar, agir e fazer, capazes de sustentar práticas sociais e reforçar determinados padrões e relações de poder. As continuidades e construções relacionadas ao tempo e ao contexto fazem parte dessa análise, verificando as condições – sejam elas históricas, econômicas, políticas – que sustentam essas práticas.

As discontinuidades da historicidade também fazem parte desse processo de configuração, enquanto verificação arqueológica, considerando não apenas mudanças temporais, mas percebendo-as como um fenômeno flutuante que altera os modos de falar e fazer e que não obrigatoriamente se reposiciona de acordo com o tempo. São os marcos mutacionais e as estratégias de espacialização que constroem essas configurações narrativas

de modo a desenvolver um processo comunicativo capaz de refletir esses padrões e relações de poder, bem como as contextualidades em relação ao objeto.

A transformação do *locus* jornalístico do Jornal *O Dia* no que diz respeito às transformações discursivas das narrativas referentes à construção da figura do louco no Piauí podem ser percebidas como estruturas que sustentam essas práticas de representação, relações de poder, sistemas e entendimentos que foram normatizados ao longo do tempo. Assim, há uma necessidade de perceber além das mudanças relativas ao entendimento da figura do louco no Piauí, as mudanças e transformações diacrônicas que se dão no tempo e no espaço jornalístico, percebendo a contextualidade e temporalidade dos seus discursos.

No Jornal *O Dia*, as modificações acontecem ainda na década de lançamento do jornal. Entre mudanças gráficas para adequar as notícias às editoriais, também fizeram parte desse processo as alterações mercadológicas a fim de definir o público leitor e investir em anúncios nas páginas do jornal. Apesar do jornal não ser sustentado por nenhum partido político, as mudanças políticas também fizeram parte desse processo, visto que a opinião do jornal se modificava de acordo com as mudanças do cenário político do estado.

Essas mudanças gráficas, editoriais e políticas interferiram na construção das narrativas do jornal e provocaram alterações nos modos de fazer jornalismo em *O Dia*. Além disso, fazem parte dessas mudanças as transformações referentes às questões éticas do jornalismo, desde o acesso à informação pública, a liberdade de expressão e o respeito por suas fontes, em que as questões de direitos humanos, aos poucos, se aplicavam nas construções jornalísticas.

As transformações do fazer jornalístico em *O Dia* aconteceram ao longo do tempo e se alteraram com o passar das décadas. As mudanças externas ao jornal, a nível político, histórico, cultural, econômico, social, etc., foram responsáveis por transformações no jornal, desde as construções jornalísticas, os anúncios, diagramações, fotografias, posicionamentos e equipes se alteraram de acordo com essas modificações externas, construindo discursos ora fluídos, ora permanentes.

É importante considerar que as construções desses discursos podem ser vistas como uma cristalização de determinações históricas complexas, tanto no que tange a acontecimentos discursivos quanto a acontecimentos de natureza social, política, estrutural. O discurso demonstrado por Foucault, em *Arqueologia do Saber* (2005), através dos modos e contextos de sua existência aponta para uma multiplicidade de objetos que não formam uma unidade discursiva, ou seja, não há um discurso único que contemple todas as características

de determinado objeto, e isso se dá pelas transformações temporais e espaciais em relação a esse objeto, considerando recortes, perspectivas, práticas e rupturas discursivas.

Assim, aplicando a presente pesquisa, o objeto “loucura” não é formado por uma unidade\singularidade discursiva, pois não podemos afirmar que há um único discurso em relação à loucura ou ao sujeito considerado louco, visto as transformações diacrônicas que se deram no tempo e no espaço e as descontinuidades que suspendem essa singularidade.

Ora, logo percebi que a unidade do objeto "loucura" não nos permite individualizar um conjunto de enunciados e estabelecer entre eles uma relação ao mesmo tempo descritível e constante. E isso ocorre por duas razões. Cometeríamos um erro, seguramente, se perguntássemos ao próprio ser da loucura, ao seu conteúdo secreto, à sua verdade muda e fechada em si mesma, o que se pôde dizer a seu respeito e em um momento dado; a doença mental foi constituída pelo conjunto do que foi dito no grupo de todos os enunciados que a nomeavam, recortavam, descreviam, explicavam, contavam seus desenvolvimentos, indicavam suas diversas correlações, julgavam-na e, eventualmente, emprestavam-lhe a palavra, articulando, em seu nome, discursos que deviam passar por seus (FOUCAULT, 2005, p. 36).

Dito isto, não é possível afirmar que há uma unidade do discurso no que concerne à figura do louco, tanto no que se refere a quem fala por esse sujeito – no caso, as instituições médicas, jurídicas, religiosas, policiais, familiares – quanto pela historicidade dos processos narrativos. É importante considerar que não é a permanência de um discurso que irá formar um perfil comum ao louco, mas as descontinuidades e configurações narrativas que ao longo do tempo se consolidaram, se modificaram, alteraram, retomaram formas capazes de definir práticas e entendimentos sociais relacionados à loucura.

Para compreender essas práticas e condições é necessário fazer uma espécie de verificação arqueológica que, além de apreender como determinados objetos foram construídos no tempo, conceba como esses objetos se relacionavam entre si e articulavam diferentes acontecimentos discursivos. Essa verificação se dá por meio de uma análise de arquivo, este, entendido pelo autor como um conjunto de discursos que foram construídos em determinado momento e que se perpetuaram ao longo do tempo. Assim, é possível fazer reconstituições históricas através dos discursos utilizados.

Nosso objetivo, enquanto verificação arqueológica, consiste em buscar perceber os múltiplos sentidos de um discurso a fim de apontar possíveis relações entre esses sentidos, considerando a interpretação das sociedades de acordo com seu momento histórico e suas

capacidades de configuração e reconfiguração discursiva. Assim, passamos para a análise do trabalho buscando apresentar essas configurações narrativas em relação à figura do louco e as transformações diacrônicas presentes no Jornal *O Dia*.

5.3. Amostra

A amostra do presente trabalho é composta por 30 notícias jornalísticas do jornal impresso *O Dia* no período de 1970 a 2019, selecionadas a partir de um total de 135 notícias encontradas neste período que fazem referência à loucura ou a um perfil do louco no Piauí. O critério de seleção das notícias foi construído baseado na repetição e na formação de um padrão temático, no qual foram construídas categorias de análise a partir de Michel Foucault para uma melhor compreensão e organização do processo analítico.

Optamos pelas notícias que apresentam características melhor construídas e definidas para percebermos com mais clareza os processos e práticas jornalísticas, bem como as transformações referentes ao entendimento da figura do louco no Piauí e as mudanças diacrônicas que se deram no tempo e no espaço jornalístico.

A primeira categoria de análise construída é a de um perfil do *louco violento ou potencialmente violento*. Essa categoria pode ser apreendida pelas características de impulsividade, pressão, violência e raiva a partir do sujeito considerado louco, mas também características de medo, temor, receio, desconfiança ou estranhamento da sociedade em relação ao considerado louco. Foucault (2008) apresenta algumas características desse louco violento ou potencialmente violento, ao qual ele denomina de a loucura do justo castigo.

Ela pune, através das desordens do espírito, as desordens do coração. Mas tem outros poderes: o castigo que ela inflige multiplica-se por si só na medida em que, punindo, ele mostra a verdade. A justiça dessa loucura consiste no fato de que ela é verídica. Verídica, pois o culpado já experimenta, no turbilhão inútil de seus fantasmas, aquilo que será para todo o sempre a dor de seu castigo (FOUCAULT, 2008, p. 38).

Para o autor, o louco violento ou potencialmente violento inflige o castigo como uma forma de devolução do castigo que sofre, como também como uma afirmação de sua existência. É importante considerar que a associação entre a maldade e a loucura surge ainda

na Idade Média, assim, existe um perfil do louco construído sob uma base do que se era considerado mal, errado e criminoso.

Loucura e crime não se excluem, mas não se confundem num conceito indistinto; implica-se um ao outro no interior de uma consciência que será tratada, com a mesma racionalidade, conforme a circunstâncias o determinem, com a prisão ou com o hospital. [...] Não há exclusão entre loucura e crime, mas sim uma implicação que os une. O indivíduo pode ser um pouco mais insano, ou um pouco mais criminoso, mas até o fim a loucura mais extremada será assombrada pela maldade (FOUCAULT, 2008, p. 137-138).

Essa relação entre loucura e crime acompanhou esses sujeitos e segue reforçando o caráter violento ou potencialmente violento associado a essas pessoas. O erro e o descontrole se apresentam como um gatilho que a qualquer momento pode ser acionado e quando se é, apresenta-se como justificativa o fato de “ser louco”.

Esse perfil considerado clássico do louco, o potencialmente perigoso, pode ser percebido como o objeto da loucura, representado pelas formações discursivas que reforçam esse perfil e trazem à tona a potencialidade da loucura em um ser. Além disso, as construções dos modos enunciativos buscam formar uma regularidade discursiva capaz de definir conceitos e estruturas discursivas em relação ao perfil do louco que se torna notícia. Nessa categoria, o louco é representado por meio da periculosidade em potência e da confirmação do temor que causa na sociedade.

Em contrapartida a esse perfil perigoso ou potencialmente perigoso, a segunda categoria construída é a do *louco enquanto vítima*, enquanto sujeito que sofre com sua patologia e se torna vítima de si, da sociedade e do sistema em que vive. Aqui, o louco sai do perfil violento ou potencialmente violento enquanto protagonista e passa a ser silenciado e anulado, esquecido, posto novamente à margem, humilhado por sua condição.

É o próprio louco, e não sua projeção no delírio, que agora será humilhado: a coação física é substituída por uma liberdade que a todo momento é limitada pela solidão; o diálogo do delírio e da ofensa é substituído pelo monólogo de uma linguagem que se esgota no silêncio dos outros; todo o cortejo da presunção e do ultraje, na indiferença. A partir de então, aprisionado de um modo mais real do que o poderia ser na cela ou pelas correntes, prisioneiro de nada além de si mesmo, o doente é apanhado num relacionamento consigo mesmo que pertence à esfera da falta, e num não-relacionamento com os outros que é da esfera da vergonha. [...] Libertado de suas correntes,

está agora acorrentado pela virtude do silêncio, pela falta e pela vergonha. Sentia-se punido, e via o signo de sua inocência; livre de toda punição física, é necessário que ele se sinta culpado. Seu suplício era sua glória, sua libertação deverá humilhá-lo (FOUCAULT, 2008, p. 540).

Essa categoria pode ser identificada nos discursos nos quais o louco é vítima de alguma violência devido a sua patologia, como também naqueles que o louco se torna digno de pena, assumindo o papel de coitado, não responsável por si, pois já não tem condição de um autocuidado. Para Rauter (2003, p. 40), “os loucos são perigosos, ao mesmo tempo em que enfermos e, por isso mesmo, vítima de sua condição”.

Aqui o louco se torna vítima e prisioneiro de si mesmo, refém de uma dívida com as divindades e com a sociedade onde vive, o qual só irá conseguir pagar assumindo sua condição de doente e vivendo como tal, dentro de um perfil comum ao sujeito considerado louco. Outra característica desenvolvida a partir da categoria do louco enquanto vítima é referente à ausência de justiça ou de políticas públicas voltadas a casos que envolvam o louco enquanto vítima. São casos nos quais a polícia não se empenha em solucionar ou encontrar respostas, afinal, por se tratar de violência contra o sujeito considerado louco, não se tornaria prioridade da polícia local.

Nesta categoria, o perfil do louco também é apresentado enquanto objeto da loucura: um louco que não responde por si. As regras presentes na formação dos enunciados no que tange à figura do louco também são responsáveis por formar um padrão, uma regularidade, em relação a esse perfil. Nessa categoria, o louco é representado como refém da sua própria condição, posto em estado de sofrimento e descaso público, político, médico, entre outros.

Em determinado momento, o louco passa a se tornar responsabilidade de outras pessoas ou outras instituições, menos de si mesmo. É o que nos leva a próxima categoria de análise, na qual o *louco é visto como responsabilidade da família* a qual pertence. Nesta categoria a construção dos conceitos em relação ao louco também se altera de acordo com a época e com os modos de dizer. Aqui o louco é representado sob a custódia familiar, através de uma constância, uma regularidade na construção dos enunciados.

Aqui podemos perceber dois caminhos pelos quais a família é responsável pelo louco. O primeiro, baseado na vergonha e na necessidade de esconder da sociedade a figura de um louco na família. Situação esta que, durante séculos, alterou as estruturas físicas de uma casa e possibilitou a construção do “quarto do louco” nas residências, um quarto comumente escondido do restante dos cômodos, com o objetivo de esconder dos visitantes e da sociedade

a figura de um louco na família. Por outro lado, um louco que já não pertence mais as barreiras familiares e causa transtornos na cidade, porém, todos sabem a qual família pertence e impõem a obrigatoriedade do cuidado familiar ao mesmo.

Mas todas essas medidas só são tomadas se o escândalo é público ou se o interesse das famílias corre o risco de ver-se comprometido; trata-se antes de mais nada de evitar que o patrimônio seja dilapidado, ou que passe para mãos indignas. [...] A família, com suas exigências, torna-se um dos critérios essenciais da razão; e é ela, sobretudo, que pede e obtém o internamento (FOUCAULT, 2018, p. 102).

O louco era visto como responsabilidade da família devido ao único vínculo possível e, teoricamente, o único que aceitaria sua condição. As características de culpa, repulsa e indignação se apresentam como sintomas de aceitação da diversidade sem se opor. Ao mesmo tempo, somente a família poderia assumir a responsabilidade pela internação e se recusar a ser responsável dentro de casa, entregando aos poderes jurídico, médico ou policial, o controle e o domínio sobre o louco.

O lugar natural da cura não é o hospital, é a família, pelo menos o meio imediato do doente. E assim como a pobreza deve ser eliminada pela livre circulação da mão-de-obra, a doença deve desaparecer nos cuidados que o meio natural do homem pode dispensar-lhe de modo espontâneo (FOUCAULT, 2018, p. 456).

É notado que a moral da família precisava ser mantida a qualquer custo. O louco dentro de suas variáveis e seus diversos perfis já sofria com toda segregação e vergonha familiar, e para a mulher considerada louca, essas barreiras eram maiores e se apresentavam para além desse perfil.

Por outro lado e em determinado momento, a loucura se torna caso de polícia e esta, por sua vez, se apresenta como responsável pelo controle e contenção desses sujeitos. É o que apresentamos na quarta categoria construída: *o louco enquanto responsabilidade da polícia*. Essa categoria apresenta o estado de vigília em que a polícia se encontra ao tratar de sujeitos considerados loucos em espaços públicos.

Ainda no século XVIII o louco se torna “caso de polícia”. A necessidade de controle e ordem na sociedade faz com que delegacias e prisões se tornem as instituições de apoio onde

não havia manicômios. Além disso, misturado aos leprosos, pobres e pedintes, o louco passa a ser vigiado, e ainda no século XVIII, criam-se estruturas próprias para essa vigilância desses corpos, como o panóptico, desenvolvido pelo filósofo e jurista inglês Jeremy Bentham. Como principal objetivo, o panóptico busca

[...] induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação; que a perfeição do poder tenda a tornar inútil a atualidade de seu exercício; que esse aparelho arquitetural seja uma máquina de criar e sustentar uma relação de poder independente daquele que o exerce; enfim, que os detentos se encontrem presos numa situação de poder de que eles mesmos são os portadores (FOUCAULT, 1999, p. 224-225).

Desse modo, a polícia assume o protagonismo e a responsabilidade sobre o sujeito considerado louco, pois sendo responsável pela sociedade e pelo bem estar da mesma, acreditava-se que também seria responsável por higienizar os espaços públicos que se encontravam ocupados por essas pessoas e por devolver a cidade a harmonia que lhe havia sido tirada, como também por manter a segurança desses espaços.

Para Foucault (2018, p. 102), “o internamento e todo o regime policial que o envolve servem para controlar certa ordem na estrutura familiar, que vale ao mesmo tempo como regra social e norma da razão”. Assim, o domínio da polícia sobre a loucura se baseia no controle e na condenação desses corpos, por ser quem são, por causar incômodo a sociedade, por levar tragédia, desordem e pobreza aos espaços públicos.

Nessa categoria o louco é representado sobre o viés da periculosidade, mas associado ao dever de contenção e responsabilidade policial. Essa representação surge de um longo processo no qual o louco já era visto como um sujeito perigoso. Porém, as noções de poder entre dominantes e dominados colocaram o louco como um objeto de polícia.

Essa ordem buscada e direcionada pela polícia enquanto instituição responsável pela segurança e pelo bem estar social acontecia somente até determinado ponto ou determinada época, pois essa ordem na estrutura familiar também passa a ser responsabilidade da própria família, seguindo o pensamento de que cada uma é responsável por “seu louco”. Nessa categoria, a construção de conceitos em relação ao louco é responsável por formar alterações nos modos enunciativos, ou seja, para cada época, há sua maneira de lidar com o louco e há também seus modos de falar sobre o louco.

É importante pontuar que a figura do louco também passou a ser construída a partir da negação e da recusa de determinados padrões impostos à sociedade, como também, o perfil de vítima e vulnerabilidade associado ao gênero da pessoa considerada louca. A discussão da relação entre mulher e loucura surge de registros ainda da Idade Antiga seguindo até o século XX no Brasil e, essa discussão se encaixa na categoria de *Loucura e Gênero*.

Essa mulher-louca construída ao longo dos anos aponta um perfil prévio da mulher ideal, responsável por se adequar ao papel de mãe e esposa, dedicada a serviços domésticos e a eterna submissão no casamento. As mulheres que se recusavam a seguir essas normas passavam a ser mal vistas pelas sociedades, tanto por sua falta de adaptação quanto por passar a se tornar “alheia” a um sistema. Essa má conduta da mulher poderia levar a considerada desestabilização da sociedade, visto que em todos os âmbitos da vida cotidiana a mulher exercia papel fundamental de manutenção social.

A mulher que se recusava ou apresentava alguma resistência a essa figura feminina perfeita da mulher-mãe-esposa passava a ser mal vista de modo a ser enquadrada como louca, visto que se havia um perfil ideal, aquela que se recusasse a se manter nesse perfil era considerada como um desvio da normalidade ou até mesmo uma afronta.

Também se enquadra no perfil da mulher-louca a mulher que se apresenta como livre em relação a sua sexualidade e a seu corpo, de modo a ser independente de uma figura masculina e que se recusa ao matrimônio. Essa mulher foi vista como ociosa, histérica, nervosa, entre outros adjetivos que se configuravam como patologia.

Toda a exclusão, repressão, segregação, abandono, a rejeição familiar e social, fizeram com que a mulher-louca de fato apresentasse quadros de transtornos mentais após todo um aparelho social e médico-hospitalar afirmar diretamente a essa mulher que ela se enquadra como louca e deveria ser isolada. Os diagnósticos de histeria surgem com grande potência e, para Foucault (2018, p. 315), chama-se mal histérico quando ataca as mulheres nas quais "o curso das regras não é aquele que devia ser".

Esse processo foi percebido pelo autor como histerização do corpo da mulher, do qual faz parte um

[...] tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado — qualificado e desqualificado — como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma

patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a "mulher nervosa", constitui a forma mais visível desta histerização (FOUCAULT, 1999, p. 100).

Desse modo, a mulher que não se enquadrava num perfil considerado ideal passa a ser vista como louca e inadequada ao convívio social, também se configurando como vergonha familiar, desqualificada e sujeito desviante. Essa categoria pode ser percebida através de características de discriminação apenas pela condição de ser mulher, como também por crimes, abusos, violências físicas, morais e emocionais em relação à figura feminina.

Essa mulher vista como louca é representada por qualquer comportamento considerado desviante para a época, reforçando estruturas de poder e submissão, as quais foram narradas de diversas maneiras e suas práticas foram articuladas de modo discursivo nos espaços coletivos. Essas representações se constituem da imposição de discursos que são associados a essas figuras de modo a dar sentido e gerar uma interpretação.

É importante destacar o que entendemos por gênero. Considerando sua complexidade e o avanço das pesquisas em relação a um conceito que contemple essa complexidade, acreditamos que as discussões de gênero não podem ser desassociadas das relações de poder heteronormativas que foram impostas ao longo dos anos. A partir disso, reforçamos o pensamento da filósofa Judith Butler (2003), em *Problemas de Gênero*, que aponta que as questões de gênero são construídas socialmente sobre a masculinidade e sobre a feminilidade de modo a regular padrões heterossexuais construídos para formar uma estética posta e dita como natural.

Além das questões de conceitualização de gênero, é necessário perceber que a exploração do corpo feminino vem de um longo processo histórico que buscava controlar seu corpo e explorar sua mão de obra, usando da afetividade e da solidariedade para extrair seu trabalho, inclusive, romantizando o trabalho doméstico.

A filósofa Silvia Federici (2019, p. 40), em *O Ponto Zero da Revolução*, afirma que há uma manipulação consideravelmente sutil que foi implantada ao longo do tempo em relação ao corpo e ao trabalho feminino e que enquanto “eles dizem que é amor, nós dizemos que é trabalho não remunerado”.

Assim, reconhecemos que a categoria de *Loucura e Gênero* naturaliza não apenas os estigmas e preconceitos em relação ao sujeito considerado “doente mental”, mas também normatiza questões de gênero que foram impostas ao longo dos anos e se tornaram argumento para a exploração do corpo feminino.

Nesta categoria há uma construção de regras na formação dos modos enunciativos em relação ao gênero, seja por envolver uma figura feminina e a contenção dos seus corpos, ou pela regularidade das construções narrativas que envolvem essa figura feminina atrelada, de algum modo, à loucura.

Por fim, a última categoria de análise se configura a partir do eixo de *Loucura e Políticas Públicas* através de características minimamente sutis de ações voltadas às políticas públicas de assistência ao sujeito considerado louco, bem como um olhar humanizado, voltado às organizações e às instituições de apoio que compreendem a realidade desses sujeitos e buscam soluções em longo prazo.

[...] o corpo é colocado num sistema de coação e de privação, de obrigações e de interdições. O sofrimento físico, a dor do corpo não são mais os elementos constitutivos da pena. O castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia dos direitos suspensos. Se a justiça ainda tiver que manipular e tocar o corpo dos justicáveis, tal se fará à distância, propriamente, segundo regras rígidas e visando a um objetivo bem mais “elevado”. Por efeito dessa nova retenção, um exército inteiro de técnicos veio substituir o carrasco, anatomista imediato do sofrimento: os guardas, os médicos, os capelães, os psiquiatras, os psicólogos, os educadores; por sua simples presença ao lado do condenado, eles cantam à justiça o louvor de que ela precisa: eles lhe garantem que o corpo e a dor não são os objetos últimos de sua ação punitiva (FOUCAULT, 1999, p. 15).

Outra característica também se apresenta nessa categoria. São os profissionais de saúde que assumem o protagonismo sobre o sujeito considerado louco e se tornam seu porta-voz, por vezes reforçando os estigmas já existentes e, outras vezes, quebrando paradigmas em relação a esses sujeitos. Nessa categoria também percebemos a construção de conceitos em relação à figura do louco e que, com o passar das décadas, foram sendo construídos novos modos enunciativos e novas associações em relação a um perfil do louco.

Essas transformações se deram ao longo do tempo e de diferentes modos, compreendendo não apenas as modificações do entendimento sobre o louco, mas também as

mudanças discursivas do contexto jornalístico e as transformações diacrônicas que se deram no tempo e no espaço, considerando seus contextos e seus processos.

5.4. Análise

Considerando isso, desenvolvemos a análise do trabalho a partir das reflexões feitas nos capítulos anteriores. Para isso, adotamos os seguintes passos durante a pesquisa: 1) identificação das notícias jornalísticas que fazem associação à loucura ou a figura do louco no Jornal *O Dia*; 2) coleta e fotografia das notícias no Arquivo Público do Piauí e no Projeto Memória do Jornalismo Piauiense; 3) agrupamento das notícias de modo diacrônico com data e paginação; 4) categorização e seleção das notícias; 5) análise das notícias de acordo com as transformações do jornal, como também com as mudanças relacionadas à figura do louco e com as transformações espaço-temporais de cada época.

Foi coletado o total de 135 notícias jornalísticas veiculadas no Jornal *O Dia* no período de 1970 a 2019. As notícias foram agrupadas de acordo com as categorias definidas ao longo do estudo sobre o material encontrado. É importante destacar que uma notícia pode se enquadrar em mais de uma categoria, considerando que, por exemplo, um louco pode ter agredido ou violentado alguém porque estava sendo incomodado ou perseguido, assim, entendemos que as fronteiras que limitam essas categorias podem ser fluidas e mútuas, e correspondem ao nosso objetivo de organização de análise.

Para compor o capítulo de análise, foram selecionadas cinco (5) notícias de cada categoria, totalizando trinta (30) notícias analisadas. As categorias analisadas baseiam-se em conceitos desenvolvidos por Michel Foucault (2008; 1999a; 1999b; 2018), a saber: um perfil do louco violento ou potencialmente violento a partir de *História da Loucura* (2008); um perfil do louco que é vítima também a partir de *História da Loucura* (2008); um perfil do louco que é configurado como responsabilidade familiar a partir de *Microfísica do Poder* (2018); enquanto responsabilidade policial a partir de *Vigiar e Punir* (1999b); a relação entre loucura e gênero a partir de *História da Sexualidade 1* (1999a); e a relação entre loucura e políticas públicas a partir de *Vigiar e Punir* (1999b).

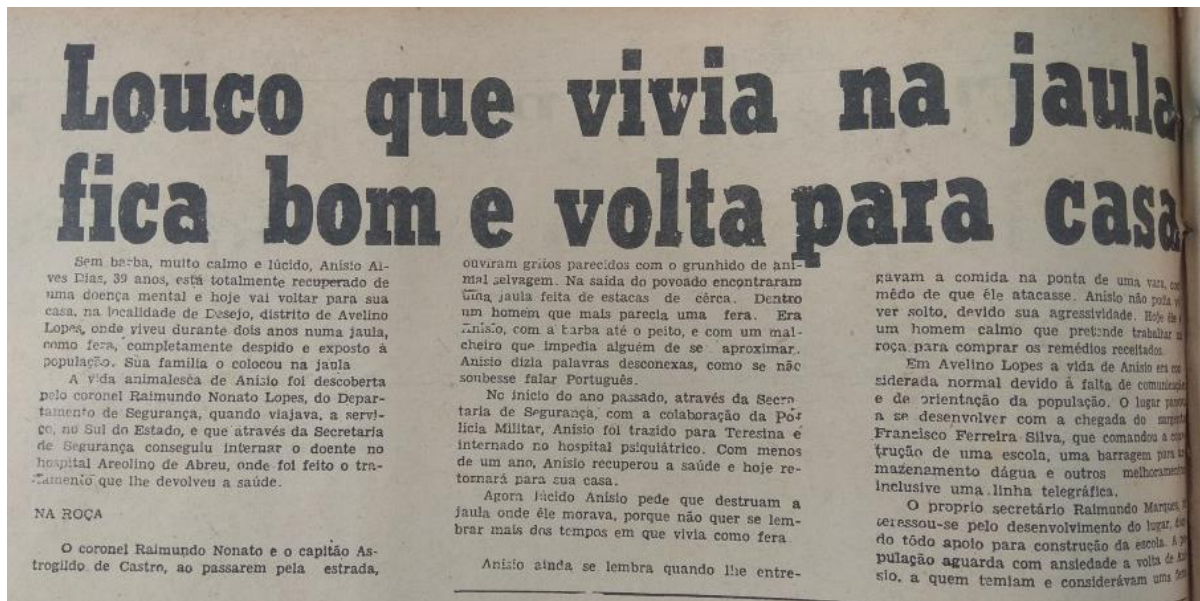
Tal compreensão e desenvolvimento dessas categorias nos possibilita perceber que a construção de um perfil comum ao louco flutua por alguns estereótipos e permanece em

alguns padrões. Essa repetição de padrões em que o louco se torna notícia no jornal analisado é que nos possibilita a construção dessas categorias, de modo a identificar sob que perspectiva o louco se torna notícia, as transformações que ocorreram nessas construções narrativas, bem como as mudanças jornalísticas e as diacrônicas que se deram no tempo e no espaço. A partir disso, partimos para a análise do presente trabalho, a começar pela categoria do louco violento ou potencialmente violento.

5. 4. 1. Louco Violento ou Potencialmente Violento

A primeira notícia analisada é de título “*Louco que vivia na jaula fica bom e volta para casa*”, publicada no dia 25 de janeiro de 1973, localizada na página oito do Caderno 1 do Jornal *O Dia* (Figura 1).

Figura 1 - *O Dia*, 25 de janeiro de 1973, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense

A notícia inicia relatando que um homem de nome Anísio Alves Dias, considerado “doente mental”, foi preso em uma jaula pela família durante dois anos e que vivia uma vida animalésca, “despido e exposto à população”.

Figura 2 - *O Dia*, 25 de janeiro de 1973, p. 8

Sem barba, muito calmo e lúcido, Anísio Alves Dias, 39 anos, está totalmente recuperado de uma doença mental e hoje vai voltar para sua casa, na localidade de Desejo, distrito de Avelino Lopes, onde viveu durante dois anos numa jaula, como fera, completamente despido e exposto à população. Sua família o colocou na jaula.

A vida animalesca de Anísio foi descoberta pelo coronel Raimundo Nonato Lopes, do Departamento de Segurança, quando viajava, a serviço, no Sul do Estado, e que através da Secretaria de Segurança conseguiu internar o doente no hospital Areolino de Abreu, onde foi feito o tratamento que lhe devolveu a saúde.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O foco da notícia não consiste no homem ter sido preso em uma jaula durante dois anos, mas sim sobre a recuperação desse homem após ter sido internado no Hospital Areolino de Abreu. No primeiro parágrafo (Figura 2), podemos perceber que as características “sem barba, muito calmo e lúcido” remetem a um perfil ideal de homem, considerando que na década de 1970, essas características eram apresentadas como qualidades.

Ainda no mesmo enunciado, compreendemos que o considerado “doente mental” foi posto em uma jaula por apresentar comportamentos contrastantes a esse perfil e que, agora “recuperado”, tem o direito de retornar a sua casa, justamente onde sofria os maus tratos.

O segundo parágrafo conta que um Coronel do Departamento de Segurança descobriu o enjaulamento do homem e conseguiu interná-lo no HAA, “onde foi feito o tratamento que lhe devolveu a saúde”, configurando, a partir dessa marca discursiva, a ideia de que antes não a tinha e que a internação no hospital foi capaz de lhe dar a cura.

O Coronel Raimundo Nonato e o capitão Astrogildo de Castro, ao passarem pela estrada, ouviram gritos parecidos com o grunhido de animal selvagem. Na saída do povoado encontraram uma jaula feita de estacas de cerca. Dentro um homem que mais parecia uma fera. Era Anísio, com a barba até o peito, e com um mau cheiro que impedia alguém de se aproximar. Anísio dizia palavras desconexas, como se não soubesse falar português (*O Dia*, 25 de janeiro de 1973, p. 8).

No terceiro parágrafo, são contadas as condições nas quais o caracterizado louco foi encontrado. As formações discursivas se apresentam de modo suspeito considerando que os oficiais passavam pela estrada e justo nesse momento ouviram grunhidos vindo de um

povoado, localidade esta que poderia facilmente ter criação de animais diversos em seu terreno, o que nos leva a refletir se, por ventura, não poderia ter ocorrido uma denúncia feita pelos habitantes da região.

É importante destacar que buscamos analisar as informações dadas e suas contextualidades, assim, pretendemos identificar as condições de produção discursiva dos enunciados presentes. Comparado a uma “fera”, posto em condições precárias de sobrevivência e isolado do resto dos familiares, o conjecturado como louco perdeu o hábito de se comunicar e passou a viver como um animal.

Na década de 1970, havia poucas informações sobre quadros, diagnósticos e tratamentos em relação a transtornos mentais no Brasil e principalmente no Piauí. Em consequência disso, o “louco da família” era sinônimo de vergonha, bem como o aprisionamento dessas pessoas em suas residências, que era naturalizado.

Agora lúcido, Anísio pede que destruam a jaula onde ele morava, porque não quer mais se lembrar dos tempos em que vivia como fera. Anísio ainda se lembra quando lhe entregavam a comida na ponta de uma vara, com medo de que ele atacasse. Anísio não podia se ver solto, devido sua agressividade. Hoje ele é um homem calmo que pretende trabalhar na roça para comprar os remédios receitados (*O Dia*, 25 de janeiro de 1973, p. 8).

Percebemos no enunciado acima que a questão principal para o enjaulamento do louco era a agressividade e, por isso, não poderia ficar solto. O enunciado também mostra que o homem em questão já não é mais considerado louco, pois foi curado de sua loucura. Além disso, notamos as primeiras características de uma medicalização em relação a esses corpos considerados desviantes.

Nessa notícia, identificamos o louco como um sujeito violento ou potencialmente violento e, como consequência, seu aprisionamento como uma forma de contenção desse corpo agressivo. O perfil do louco surge nessa notícia enquanto objeto da loucura e reforça os padrões dos modos enunciativos em relação a esses sujeitos. O louco passa a ser representado a partir da periculosidade e da inconstância, características que o acompanhou por séculos e ainda se mantiveram no século XX.

Passamos a segunda notícia de título “*Louco invade igreja, acaba missa e ainda ameaça matar o padre*”, publicada em 18 de março de 1975, localizada na página cinco do Caderno 1, na sessão de Polícia (Figura 3).

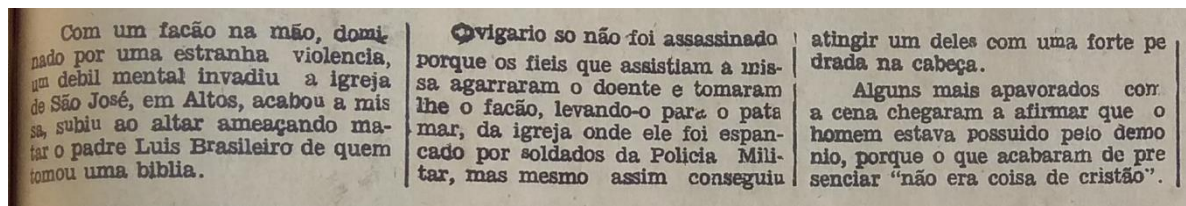
Figura 3 - O Dia, 18 de março de 1975, p. 5



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense

A manchete da edição chama atenção para um acontecimento na cidade de Altos, onde um homem considerado louco invadiu uma igreja e ameaçou matar o padre que celebrava missa no momento. A capa dessa edição traz outra notícia sobre um episódio quando um considerado “doente mental” assassinou um mecânico e uma nota do jornal sobre a gravidade dos fatos e a falta de atendimento a essas pessoas. A união desses enunciados na capa de uma edição na década de 1970 reflete os acontecimentos de modo urgente.

Figura 4 - O Dia, 18 de março de 1975, p. 5.



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

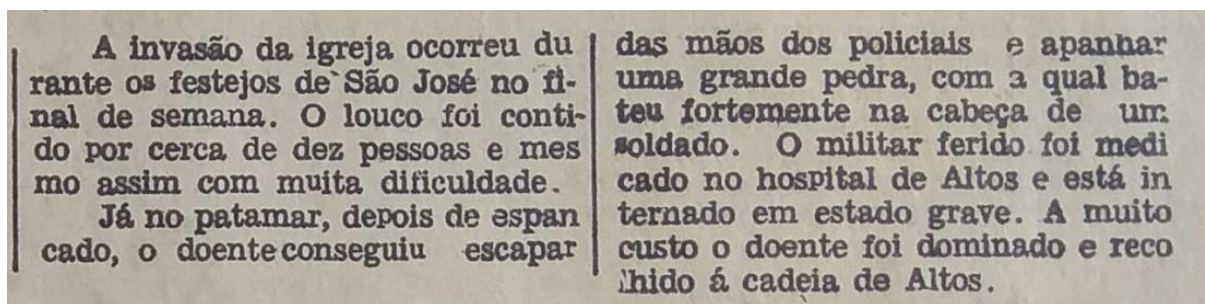
A notícia principal (Figura 4) conta que um homem considerado “débil mental”, sem nome identificado, “dominado por uma estranha violência”, invadiu uma igreja com um facão na mão e ameaçou o padre, tomando a bíblia de suas mãos. O enunciado não informa o que o homem queria no instante em que invadiu a igreja, o que nos leva a acreditar que ele não foi ouvido e que ele apenas queria a bíblia que pegou do padre.

No ocorrido, os fieis, tentando proteger o sacerdote, retiraram o homem e o puseram no patamar da igreja, onde soldados da Polícia Militar o agrediram. Podemos perceber nos primeiros enunciados e formações discursivas que a notícia assusta por ter ocorrido dentro de

uma igreja e por ter ameaçado a vida do padre, o que ocasionou num linchamento do considerado louco.

O terceiro parágrafo conta que testemunhas afirmaram que o homem estava possuído pelo demônio, pois aquilo “não era coisa de cristão”. Podemos identificar uma memória discursiva em relação ao entendimento sobre a loucura ainda da Idade Média, quando esta era vista como possessão demoníaca e falta de Deus, assim, os não-cristãos teriam esse comportamento agressivo.

Figura 5 - O Dia, 18 de março de 1975, p. 5



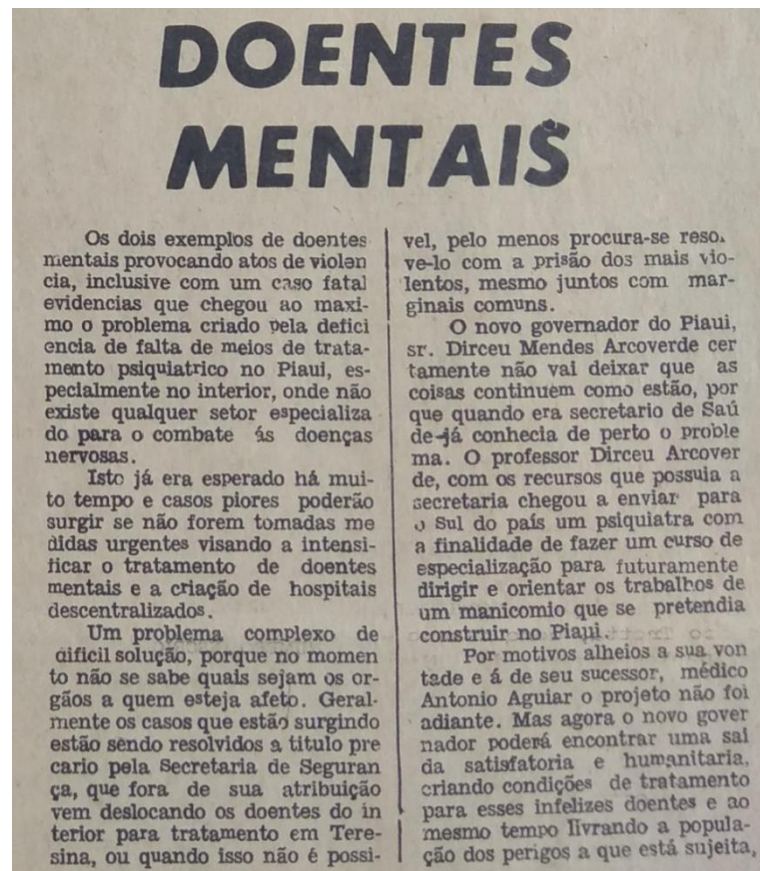
Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Os enunciados seguintes (Figura 5) contam que cerca de dez pessoas, com muita dificuldade, conseguiram conter o considerado louco, dando a perceber a tamanha agressividade em que se encontrava. É válido refletir se sua agressividade não foi um reflexo da agressividade com que foi tratado ao chegar à igreja, o que nos faz questionar o uso da palavra “invade” no título da notícia. Na ocasião, o considerado louco ainda feriu um policial com uma pedrada na cabeça, que também pode ter sido uma forma de defesa da sua parte, considerando estar sozinho contra várias pessoas.

Por fim, a notícia afirma que o homem foi “dominado e recolhido” a uma cadeia na cidade de Altos, nos dando a evidência de que pessoas com transtornos mentais consideradas agressivas, violentas ou potencialmente violentas precisavam ser recolhidas da sociedade e, além disso, como não havia muitas informações sobre atendimento, diagnósticos etc, essas pessoas eram direcionadas as cadeias e não as instituições de atendimento psiquiátrico.

É exatamente o que conta a nota publicada na capa da mesma edição (Figura 6).

Figura 6 - *O Dia*, 18 de março de 1975, p. 5.



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Na nota publicada pelo jornal *O Dia*, esses casos de violência envolvendo pessoas consideradas loucas é uma evidência da falta de assistência, de tratamento especializado e de locais adequados para a internação dessas pessoas. As condições de produção desses discursos refletem as práticas e os contextos da época. Por isso, é importante destacar que na década de 1970 a internação e a retirada das pessoas das ruas da cidade ainda era a melhor solução. Assim, conseguimos compreender a necessidade de uma solução para esses casos de perturbação pública, nos quais o louco, além de ser considerado inconveniente, também pode ser visto como violento para a sociedade.

É importante pontuar que os modos de operação discursiva e as condições de construção de linguagem em relação ao louco são responsáveis pela produção de um sentido e de um efeito de sentido que encaixa o louco em determinados perfis e, ao mesmo tempo, em nenhum deles. A construção de conceitos em relação ao louco também faz com que para época, tenha sua maneira de lidar e seus modos de dizer sobre e de contextualizar com a figura do louco, de

modo que as formações dos modos enunciativos façam parte do processo de construção de um perfil comum a essas pessoas.

Os casos nos quais os considerados loucos eram violentos ou potencialmente violentos exigiam maior atenção dos órgãos oficiais como Secretarias de Segurança, Delegacias, entre outras instituições, pois a presença de um perigo constante já era motivo para o aprisionamento dessas pessoas e, assim, acreditava-se que as instituições de segurança pública seriam as responsáveis por recolher e aprisionar essas pessoas, considerando seus graus de agressividade.

Por fim, no enunciado do último parágrafo, é citado sobre a responsabilidade do então governador Dirceu Arcoverde de “encontrar uma saída satisfatória e humanitária”, o que nos mostra as condições em que essas pessoas deviam ser tratadas nesses locais. Na formação discursiva em questão é clara a preocupação com o atendimento a essas pessoas, mas também com a segurança da população em relação a quem é considerada perigosa.

A terceira notícia analisada é de título “Doentes mentais invadem as ruas”, publicada em 11 e 12 de dezembro de 1977, localizada na página oito do Caderno 1 do Jornal *O Dia* (Figura 7).

Figura 7 - *O Dia*, 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8.

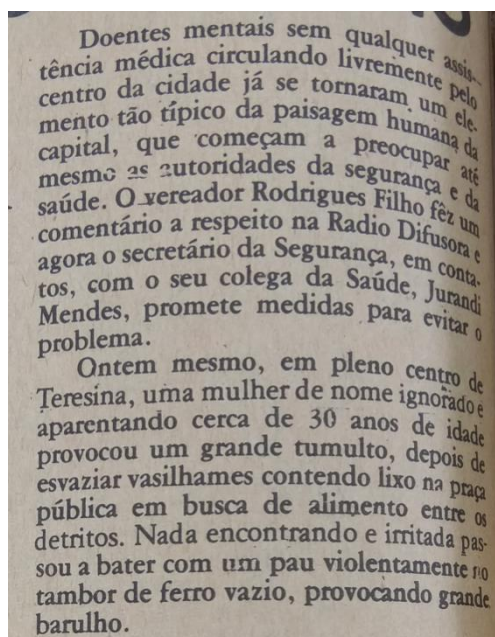


Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto inicia relatando que “doentes mentais” estão circulando pela cidade de Teresina sem qualquer tipo de assistência médica e que cenas como esta eram consideradas comuns pela população local. A imagem que acompanha o discurso mostra uma mulher dentro de um vasilhame de lixo, procurando alimentos. A legenda da imagem diz: “Debeis mentais nas ruas preocupam autoridades”.

É importante perceber que a linguagem utilizada reflete uma superfície discursiva em relação ao considerado “débil mental” que se encontra nas ruas da cidade. Essa superfície revela um conjunto de representações sobre o louco que está solto nas ruas e o louco que está preso nas instituições. Assim, o enunciador apresenta que o verdadeiro perigo está no louco que vive solto nas ruas e causa preocupação as autoridades, sendo capaz de produzir efeitos de sentido que reforçam os estigmas relativo à figura do louco.

Figura 8 - *O Dia*, 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8.



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

No enunciado do primeiro parágrafo (Figura 8) podemos perceber que os considerados “doentes mentais” não eram vistos como uma questão social, que necessitava de assistência, atenção e cuidado, mas sim como um problema e incômodo social, a ponto de precisar tomar uma grande proporção para que as entidades percebessem que alguma medida precisaria ser tomada.

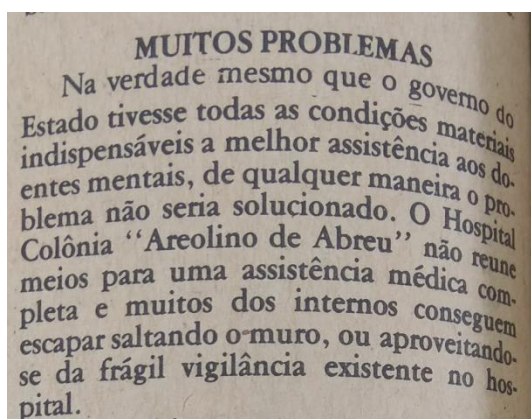
Ainda no mesmo enunciado, a marca discursiva “doentes mentais (...) circulando livremente (...) já se tornaram, um elemento tão típico da paisagem humana da capital (...)”

nos faz perceber também que, apesar das ruas e dos espaços públicos não serem considerados locais adequados para essas pessoas, a sociedade normatizou a presença dessas pessoas no convívio social, mesmo estas causando inúmeros “problemas” para a sociedade. Compreendemos aqui que pessoas consideradas “doentes mentais” eram invisíveis aos olhos da sociedade, mas somente até o momento em que lhes causasse algum tipo de incômodo.

O segundo parágrafo conta o caso da mulher da fotografia que acompanha a notícia. Na ocasião, a mulher procurava alimentos nos lixeiros do centro de Teresina e, não encontrando, “passou a bater com um pau violentamente no tambor de ferro vazio, provocando grande barulho”.

É importante perceber que o enunciador optou por adicionar essa informação ao texto, mesmo não tendo ligação direta com a informação principal da notícia, no caso, a falta de assistência dos órgãos oficiais em relação a essas pessoas. Assim, o uso dessa linguagem coloca essa mulher na categoria de potencial violenta, que por não ter encontrado um alimento, já se tornou violenta ou potencialmente violenta.

Figura 9 - *O Dia*, 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8.



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto segue identificando (Figura 9) uma série de problemas em relação à assistência aos considerados “doentes mentais” no Hospital Areolino de Abreu, que além de questões de assistência médico-hospitalar estarem comprometidas pela quantidade de internos e pelas condições materiais, a frágil vigilância da instituição não impede as fugas dos internos, ocasionando um total descontrole em relação ao cuidado e a assistência a essas pessoas.

Com efeito, ontem, o porteiro informou para o repórter que os doentes escapam a toda hora e como não há ninguém disposto a persegui-los, nem

pessoas em quantidade suficiente para manter uma vigilância satisfatória são constantes os casos de fuga. Informa o hospital que, nesses casos, só existe uma recaptura dos fugitivos, quando ocorre apelo de familiares ou interessados. Em outro caso, espera-se apenas que a Polícia agarre os mais violentos e os recambiem para o hospital. Na verdade, a própria Polícia não tem meios para evitar os atropelos provocados por um doente desse tipo, quando se encontra na via pública. Ignorantes ao ponto de provocar a ira de uma dessas sofridas vítimas de um processo psiquiátrico superado, os desocupados gostam de se divertir à custa dos psicopatas, ocasionando os atritos e até intervenção mais violenta de policiais, que são também despreparados para o trato com pessoas neste estado (*O Dia*, 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8).

Nesse enunciado podemos identificar que não há um controle ou acompanhamento dos indivíduos internados no Hospital Areolino de Abreu nessa época. Acreditamos que o fator principal para esse descaso sejam as péssimas condições assistenciais e a superlotação que acometia o hospital, além do preconceito existente. Identificamos também no enunciado acima que o resgate dessas pessoas às instituições só acontecia diante de intervenção familiar ou policial, sendo que esta última, só aconteceria se os sujeitos estivessem causando algum tipo de incômodo social para que fosse feito seu recolhimento.

É importante perceber que esses incômodos sociais nos quais os considerados “loucos” estariam envolvidos podem ser vistos sob duas perspectivas. A primeira, na qual de fato o considerado “louco” causa algum tipo de incômodo a alguém, ou sua simples presença nos espaços públicos também já seria um fator higienizador. A segunda perspectiva é o incômodo enquanto reação desses sujeitos, como o que é apresentado no último parágrafo acima. “(...) os desocupados gostam de se divertir à custa dos psicopatas, ocasionando os atritos e até intervenção mais violenta de policiais (...)”, ou seja, havia pessoas que incomodavam os considerados “doentes mentais” e que, como uma reação, estes se apresentavam violentos.

No decorrer do texto (Figura 10), é citada a ausência de recursos para a manutenção dos funcionários do HAA, considerando que é um hospital público, que atende uma demanda maior do que suporta. É importante destacar que, na década de 1970, Teresina se apresentava como um pólo de saúde em desenvolvimento, o que ocasionou a imigração de pessoas de diversos lugares do estado e do país em busca de tratamento e internação gratuita.

Figura 10 - *O Dia*, 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8

Segundo os entendimentos entre os secretários da Segurança e da Saúde, as medidas mais práticas seriam simplesmente ampliar número de vigilantes para evitar as fugas, coisa que não é cogitada, tendo em vistas a ausência de recursos para pagamento de pessoal.

Segundo ainda o mesmo funcionário do Hospital "Areolino de Abreu" a grande maioria de doentes encontrados na rua nas mais absurdas condições, é de egressos do hospital.

Além do mais, a própria situação do hospital não permite equacionar em tempo tão curto todos os problemas provocados pelo sistema de assistência médica gratuita, que não atende às expectativas da própria classe médica.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciado do último parágrafo (Figura 11) da notícia traz uma perspectiva clássica da loucura: o "louco" que comumente causa e provoca problemas na cidade. É citado o caso de uma mulher que entrou sem roupas na Rádio Pioneira de Teresina e saiu "sem fazer qualquer barulho ou interromper os trabalhos normais", mas que, mesmo assim, causou um desconforto, um problema para os envolvidos na situação.

Figura 11 - *O Dia*, 11 e 12 de dezembro de 1977, p. 8

Como não existe maiores chances de resolver esse problema social com medidas eficazes, os doentes circulam provocando as mais variadas situações, como foi o caso da mulher que, na manhã de ontem, completamente despida entrou pela porta da frente da Rádio Pioneira de Teresina foi até a sala onde está instalado o sistema elétrico da emissora e de lá voltou sem fazer qualquer barulho ou interromper os trabalhos normais da estação.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A partir dessa notícia, podemos identificar um sistema fragilizado de assistência à saúde mental na década de 1970, por questões de superlotação de internos, escassez de funcionários, falta de vigilância e segurança, embora fora desse eixo de assistência psiquiátrica, a cidade se desenvolvia como um polo de saúde, com um número crescente de clínicas e hospitais

particulares, centros e postos de saúde. Também podemos perceber o perfil do louco enquanto objeto da loucura, através da formação de modos enunciativos que reforçam os padrões de um perfil comum ao louco e a construção de conceitos que formam uma regularidade.

Passamos a quarta notícia analisada, de título “*Soldado mata doente mental a tiros*”, publicada em 27 e 28 de janeiro de 1985, localizada na capa e na página 12 da edição do Jornal *O Dia* (Figura 12).

Figura 12 - *O Dia*, 27 e 28 de Janeiro de 1985, capa



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Na capa da edição, o texto inicia relatando que o considerado “doente mental”, de nome Antônio Rodrigues da Silva, estava armado de um facão e um machado e que expulsou os cunhados e irmãos de sua casa e, além disso tentava derrubar a casa com o machado que portava. Por conta do perigo que oferecia, a polícia foi acionada e dirigiu-se ao local do ocorrido. A notícia afirma que ao ouvir voz de prisão, o considerado “doente mental” reagiu e acabou baleado na perna e na cabeça.

Figura 13 - *O Dia*, 27 e 28 de Janeiro de 1985, p. 12.

Antônio Rodrigues já tinha sido preso, por causa do seu procedimento violento contra a sua própria mulher. Ele chegou a investir com um cabo de vassoura tentando golpear o delegado Dantas. Dias depois conseguiu liberdade, mas sempre costumava causar problemas.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

No decorrer do texto, é destacado que Antônio Rodrigues já havia sido preso anteriormente por ser violento com sua esposa e com o delegado do caso, mas que dias depois

conseguiu liberdade. O trecho “mas sempre costumava causar problemas” reforça os sentidos associados ao perfil do louco: o desequilibrado, imprevisível, potencialmente violento e não confiável. Essas características, inclusive, também podem ser responsáveis por manter o considerado “louco” impune de suas ações, pois por ser “doente mental”, considerava-se que o sujeito não tinha controle ou domínio sobre suas atitudes.

Essas características também são responsáveis pela produção do sentido e dos efeitos de sentido em relação ao louco, considerando a construção da superfície discursiva em relação ao estereótipo representado e reforçado.

O capitão Dantas reuniu três soldados e à paisana foram até o lugar Poções, situado a 20 quilômetros de Miguel Alves. Próximo ao local foram avistados por Antonio Rodrigues, que se preparou para reagir, tendo fechado inclusive a casa. Um dos militares foi pela porta do fundo e bater na porta. No momento em que abriu, Antonio Rodrigues foi logo desferindo um golpe de facão. O militar não foi atingido porque se afastou. Um disparo foi efetuado e o doente mental foi atingido numa perna. Ele tentou retirar o facão que ficou preso na porta, mas não conseguiu e então partiu para pegar outro facão. Outro disparo foi efetuado e no momento em que Antonio Rodrigues se abaixou foi atingido na cabeça, morrendo no local (*O Dia*, 27 e 28 de Janeiro de 1985, p. 12).

No enunciado acima podemos perceber que o considerado “doente mental” estava agressivo e, por isso, o delegado e os soldados foram acionados. Contudo, era um homem com um facão e um machado contra quatro homens com armas. É necessário perceber a abordagem policial nessas circunstâncias, partindo do princípio de que se a intenção é conter essas pessoas consideradas “loucas”, um tiro de revólver pode ser fatal, como de fato ocorreu.

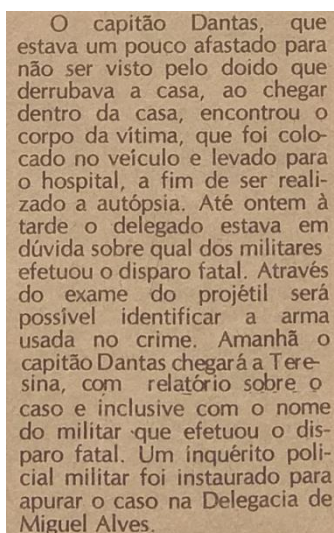
O enunciador se posiciona afirmando que o tiro na cabeça do tido como louco foi acidental, considerando que o homem se abaixou no momento do disparo. É válida a reflexão a respeito do tiro que matou o considerado “doente mental”, visto que este poderia ter sido mobilizado a partir do tiro em sua perna e, então, o outro tiro fatal pode ser considerado acidental ou não.

É importante destacar que casos como este eram bastante comuns no Piauí na década de 1970 e 1980, considerando que os órgãos de segurança pública ainda não sabiam como lidar com pessoas com transtornos mentais. As delegacias se mantinham superlotadas com essas pessoas consideradas “loucas”, pois não havia espaço no hospital psiquiátrico público da

cidade, então os “loucos” que cometiam algum crime, que eram violentos ou potencialmente violentos, eram presos nas delegacias locais como forma de contenção dessas pessoas.

O último enunciado (Figura 14) presente na notícia informa que o delegado/capitão se manteve afastado para que o considerado “louco” não o visse, entregando a ação para os três soldados que o acompanhava. Podemos identificar duas possibilidades: a primeira na qual o delegado confiou que os soldados conseguiriam conter o considerado “louco” e por isso não se envolveu, ou a segunda possibilidade, que o delegado temia o considerado “doente mental” e por isso, não se envolveu na situação.

Figura 14 - *O Dia*, 27 e 28 de Janeiro de 1985, p. 12



O capitão Dantas, que estava um pouco afastado para não ser visto pelo doido que derrubava a casa, ao chegar dentro da casa, encontrou o corpo da vítima, que foi colocado no veículo e levado para o hospital, a fim de ser realizado a autópsia. Até ontem à tarde o delegado estava em dúvida sobre qual dos militares efetuou o disparo fatal. Através do exame do projétil será possível identificar a arma usada no crime. Amanhã o capitão Dantas chegará a Teresina, com relatório sobre o caso e inclusive com o nome do militar que efetuou o disparo fatal. Um inquérito policial militar foi instaurado para apurar o caso na Delegacia de Miguel Alves.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Por fim, o enunciador afirma que no dia seguinte o capitão iria apresentar o relatório sobre o caso com o nome do soldado que efetuou o disparo fatal. Acompanhando os jornais diariamente, afirmamos que essas informações não foram publicadas pelo jornal, nem o nome do soldado e nem mesmo a resolução do inquérito, o que nos leva a acreditar que tais informes são considerados irrelevantes por se tratar de um caso que envolve um “louco”, “doente mental”.

Nesta notícia, percebemos a manutenção do perfil do louco enquanto objeto da loucura, na qual a formação dos modos enunciativos constrói uma regularidade através da construção de regras que definem os enunciados discursivos. Além disso, o louco é representado nessa notícia como perigoso, violento, agressivo e imprevisível.

Passamos agora a última notícia analisada da categoria de louco violento ou potencialmente violento. Intitulada “*Doente mental é preso após matar a mãe*”, foi publicada

em 25 de julho de 1997, e está localizada na página sete do Caderno 1, na editoria de Segurança Pública (Figura 15).

Figura 15 - O Dia, 25 de Julho de 1997, p. 7.



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto inicia relatando que um homem considerado “doente mental”, de nome Manoel Messias Borges, assassinou a própria mãe a socos e pontapés. Embora o enunciado afirme que um “doente mental” assassinou a própria mãe a socos e pontapés, a imagem que acompanha a notícia é a de um homem aparentemente tranquilo, com olhar sereno e distante. A relação entre o texto e a imagem reforça os modos de operação discursiva em relação ao louco, um perfil inconstante, imprevisível e não confiável.

Com socos e pontapés, o doente mental Manoel Messias Borges, 41 anos, assassinou anteontem à noite, a própria mãe, a anciã Olinda Pereira Rebouças, de 81 anos. O crime aconteceu na hospedaria Nossa Senhora dos Remédios, na Vila da Paz, zona sul de Teresina. O autor do crime, Manoel Messias, tinha saído de um hospital psiquiátrico há um mês. O crime foi comunicado aos policiais do 13º Distrito, que estiveram no local e efetuaram a prisão do acusado (*O Dia*, 25 de Julho de 1997, p. 7).

O enunciador segue afirmando que o autor do crime tinha saído de um hospital psiquiátrico há um mês, e que morava em uma pensão com a mãe. Considerando que havia cerca de dois meses que mãe e filho se hospedavam na pensão e um mês que o caracterizado “doente mental” tinha saído do hospital psiquiátrico, podemos deduzir que mãe e filho foram em busca de atendimento psiquiátrico na cidade, referência em assistência psiquiátrica na década de 1990.

Um irmão do acusado, José Hamilton Barbosa, estava ontem à tarde na Delegacia e revelou que a mãe e o filho, Manoel Messias, estavam morando na hospedaria há cerca de dois meses. “Ele sofria de problemas mentais desde os oito anos após cair de um jumento. Sempre ele ficava internado durante um período para tomar medicamentos, mas nunca ficava totalmente bom. Ele estava com a mãe há um mês e às vezes se mostrava agressivo. Anteontem não foi possível controlar a agressividade, pois estava trancado no quarto com ela, que assistia televisão e de repente começou a agredi-la fisicamente”, disse José Hamilton (*O Dia*, 25 de Julho de 1997, p. 7).

Podemos identificar a partir da linguagem utilizada um perfil oscilante no autor do crime. A formação discursiva “Ele estava com a mãe há um mês e às vezes se mostrava agressivo” revela essa inconstância, comumente atrelada às pessoas com transtornos mentais. A marca discursiva “Anteontem não foi possível controlar a agressividade” revela que quando essas crises aconteciam, a família buscava controlar a instabilidade, mas que, dessa vez, não obteve sucesso.

O fato de o crime ter sido cometido contra a própria mãe já idosa carrega ainda mais a potência de periculosidade do considerado “louco”, concluindo que não houve nenhum tipo de consideração. Além disso, o fato do autor do crime ter ficado um mês sem atendimento psiquiátrico, consequentemente, sem medicação, poderia potencializar as crises de instabilidade de comportamento. A marca discursiva “mas nunca ficava totalmente bom” mostra a real intenção por trás da internação, uma cura total dos “sintomas da loucura”.

O doente mental começou o crime dentro do quarto. Inicialmente ele quis estrangular a anciã e em seguida começou a dar vários chutes na cabeça dela, que chegou a sangrar e teve morte imediata. As pessoas que estavam na pensão nada fizeram para cessar o crime, pois temiam ser atacadas. Manoel Messias estava com um pedaço de pau. A polícia foi chamada até o local e ao ser abordado, o criminoso não reagiu. O corpo de Olinda Pereira foi

levado ao Instituto Médico Legal, e liberado em seguida para sepultamento. O delegado José Wellington, que lavrou o flagrante, informou que vai encaminhar o acusado para um hospital psiquiátrico, para continuar o tratamento (*O Dia*, 25 de Julho de 1997, p. 7).

O texto conta que as pessoas que se encontravam na pensão no momento do crime temiam se envolver com medo de serem atacadas. Essa também é considerada uma reação comum da sociedade em relação à figura do louco: o não envolvimento com a situação por receio de ser agredido.

Por fim, o enunciador informa que o autor do crime iria ser encaminhado a um hospital psiquiátrico para continuar o seu tratamento. Sabemos que na década de 1990 as regras para uma internação nos hospitais psiquiátricos de Teresina se apresentavam mais firmes e melhor definidas. Necessitava de um responsável pelas documentações e pela garantia de assistência e apoio fora do hospital e, além disso, pessoas com transtornos mentais que cometiam crimes eram comumente encaminhadas para alas isoladas por serem potencialmente agressivo.

Esse perfil do louco agressivo ou potencialmente agressivo é associado diretamente ao medo social em relação às pessoas com transtornos mentais, como também comumente associados à ausência de razão, portanto, a um desequilíbrio mental, um descontrole sobre si. Essas características de impulsos agressivos são ordens de um estereótipo comum, reforçados constantemente a partir de características supramencionadas, como a imprevisibilidade, e que são percebidas como efeitos de sentido ligados ao perfil do louco.

Nessa notícia podemos identificar que a unidade discursiva em relação ao louco violento ou potencialmente violento se encontra nas regras que tornaram possíveis um variado número de descrições e de enunciados dentro de determinados eixos, contextos, espaços, etc. A formação desses modos enunciativos em relação ao louco considerado violento ou potencialmente violento permite a emergência desse discurso de modo a reforçar esse perfil e construir, na base da representação, um perfil comum ao louco.

É válido perceber que existe uma associação entre um louco violento ou potencialmente violento e o crime. A periculosidade que acompanha o perfil do louco se apresenta de modo constante nas formações discursivas de modo a reproduzir o estereótipo já existente. Assim também identificamos o caminho inverso: o criminoso que é enquadrado em uma patologia psíquica e seu crime passa a ser visto como uma consequência da psicopatologia.

Outra perspectiva sobre a figura do louco é a de um louco bobo, passivo, ingênuo, refém de outras pessoas e situações, distraído, entre outros adjetivos que diminuem a potencialidade de independência das pessoas com transtornos mentais. A partir disso, apresentamos a categoria do Louco enquanto vítima, representado a partir do sentido e dos efeitos de sentido construídos ao longo dos anos.

5. 4. 2. Louco enquanto Vítima

A primeira notícia analisada é de título “*Louco morre de fome após fugir do Meduna*”. Publicada em 18 e 19 de julho de 1981, a notícia está localizada na capa e na página nove da edição (Figura 16).

Figura 16 - *O Dia*, 18 e 19 de julho de 1981, capa



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciado apresentado na notícia na capa inicia relatando que o considerado “débil mental”, de nome Francisco Aguiar de Oliveira, foi encontrado “faminto e agonizando” por seus familiares no centro de Teresina após ter fugido do Sanatório Meduna dias antes. O homem foi socorrido pela família, mas faleceu antes que recebesse os primeiros socorros.

No enunciado da chamada da notícia é utilizada a marca discursiva “louco”, enquanto no título da notícia em si é utilizado a marca “débil mental” (Figura 17). É importante

destacar que na década de 1970 e de 1980, os termos utilizados pelo jornalismo para se referir às pessoas com transtornos mentais se mantiveram. Dentre eles: “louco”, “débil mental”, “doente mental”, “doido”, entre outros.

Tais terminologias durante séculos reforçaram os estigmas em relação à pessoa com transtorno mental, enquadrando um estereótipo comum a todas essas pessoas, de modo que a linguagem associada ao sujeito louco constrói uma memória discursiva carregada de sentido e efeitos de sentido que reforçam esse perfil comum ao louco.

Figura 17 - O Dia, 18 e 19 de julho de 1981, p. 9



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto inicia (Figura 18) relatando que o considerado “débil mental” foi encontrado por seus familiares em estado de coma após ter fugido do Sanatório Meduna dias antes. O homem foi levado ao pronto socorro, mas não resistiu e veio a falecer.

Figura 18 - O Dia, 18 e 19 de julho de 1981, p. 9

O débil mental Francisco Aguiar de Oliveira, que fugiu do Hospital Meduna, foi encontrado em estado de coma, por seus parentes no centro de Teresina e, levado para o Pronto Socorro do Hospital Getúlio Vargas, faleceu. O caso foi comunicado ao plantão do 3º Distrito Policial, na Central de Polícia.

O débil mental foi encontrado quase morto, anteontem, por seus parentes, que o procuravam, desde a hora que souberam que ele tinha fugido do Meduna. Francisco Aguiar estava faminto e agonizando, sendo levado imediatamente para o Pronto Socorro do Hospital Getúlio Vargas, mas os medicamentos não foram suficientes para salvá-lo.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciador segue relatando (Figura 19) que os familiares o procuraram assim que tiveram conhecimento de sua fuga e que quando o encontraram, o homem estava “faminto e agonizando”. Podemos observar que a responsabilidade pela busca do considerado “débil mental” foi de sua família, apesar do homem estar sob os cuidados do hospital psiquiátrico.

Figura 19 - *O Dia*, 18 e 19 de julho de 1981, p. 9

CAUSA

O cunhado de Francisco Aguiar, Francisco Alves de Oliveira, foi quem registrou o caso na Central de Polícia. Ele reside na rua professor Diniz, 1633, bairro Lourival Parente.

Muitos doentes fogem do Hospital Meduna e ficam perambulando pelas ruas de Teresina. Como não são atendidos, terminam passando fome e ficam agonizando e acabam desmaiando em algum lugar, pois não sabem voltar para suas residências.

Os casos de doentes mentais que são presos pela equipe de militares da Rádio Patrulha são diários. Na Central de Polícia, junto com os marginais, acabam enfrentando sérios problemas e, por vezes, tentam suicídio, cortando os pulsos.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

No texto, o enunciador pontua que muitos “doentes” fogem do Sanatório Meduna e ficam perambulando pelas ruas da cidade. É importante lembrar que na década de 1970 muitas imigrações aconteceram no Piauí. Eram pessoas buscando tratamento de saúde, empregos, oportunidades etc, visto que Teresina se consolidava como um polo de saúde. Em

consequência dessa imigração, na década de 1980, as áreas urbanas da capital estavam superlotadas, o que ocasionou um processo de construção de assentamentos informais nas áreas periféricas da capital.

O crescimento populacional de Teresina fez com que muitas pessoas se mantivessem nas ruas. Assim, era comum encontrar andarilhos, pessoas em situação de rua e os considerados “loucos”, todos juntos, ocupando os mesmos espaços da cidade, enquanto pedintes e dependentes de ajuda das pessoas que passavam pelas ruas da cidade. O enunciado segue pontuando que como muitos desses considerados “débeis mentais” não eram atendidos, muitos adoeciam, pois não sabiam mais como retornar as suas casas.

É importante destacar que apenas uma parcela dos internos dos hospitais psiquiátricos tinha uma família e uma residência na cidade, portanto, a probabilidade dessas pessoas se manterem em situação de rua era consideravelmente grande. Além disso, também eram comuns os casos nos quais os familiares internavam o considerado “doente mental” no hospital psiquiátrico e registrava outros dados para que não fossem encontrados, abandonando a pessoa na instituição.

Ainda no enunciado em questão, é pontuado que havia casos em que os considerados “doentes mentais” eram presos na Central de Polícia, junto com os “marginais” e que muitos cometiam suicídio pela situação na qual se encontravam e pelas desavenças que aconteciam nesses espaços que misturavam pessoas com transtornos mentais com pessoas que cometiam crimes na cidade. Esse era um quadro comum, considerando a superlotação dos hospitais psiquiátricos da capital, que atendiam além da demanda local, a demanda de outras cidades próximas e de estados vizinhos.

O texto segue apontando (Figura 20) que o diretor do Departamento de Polícia, “sempre que pode”, determina a transferência dos considerados “doentes mentais” da Central de Polícia para o Sanatório Meduna, mas que, no hospital, só aceitam internar quando há um familiar responsável pela internação. É importante destacar que se mantinham na Central de Polícia os considerados “loucos” que eram agressivos ou que cometiam crimes, misturados aos demais, sem cuidados ou atenção psiquiátrica.

Figura 20 - *O Dia*, 18 e 19 de julho de 1981, p. 9

O diretor do Departamento de Polícia da Capital, Luiz Carlos Mouzinho, sempre que pode, determina a transferência para o hospital Meduna, mas lá só aceitam os que têm parentes para se responsabilizarem.

Somente com uma vigilância mais ostensiva, os doentes mentais poderão deixar de fugir do Hospital Meduna, evitando assim piores consequências. A população não é obrigada a atender cada débil mental que aparece pelas ruas e eles ficam idênticos a menores abandonados, mendigando e às vezes até praticando distúrbios, quando são provocados.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Como solução para as fugas do Sanatório Meduna, é afirmado no enunciado que “somente com uma vigilância mais ostensiva” é que os internos deixarão de fugir. O diretor ainda coloca que a “população não é obrigada a atender cada débil mental que aparece pelas ruas”, considerando que essas pessoas causam algum tipo de incômodo, seja para buscar auxílio ou por uma questão de higienização social. É válido destacar que muitos internos fugiam do Sanatório Meduna e, por ter sido localizado há poucos metros da margem do Rio Poty, muitos fugiam nadando e morriam afogados ao tentar realizar a travessia.

O texto também ressalva que os considerados “doentes mentais” se misturavam aos “menores abandonados”, pedindo esmolas e “às vezes até praticando distúrbios, quando são provocados”, ou seja, além de todo desamparo e desassistência, esses fugitivos ainda sofriam nas ruas por serem considerados “loucos”, “débeis mentais”.

Por fim, o texto é encerrado (Figura 21) com uma fala do diretor do Departamento de Polícia afirmando que “a Central de Polícia não é lugar para esses doentes”, ou seja, há uma consciência de que essas pessoas não devem ficar nessas instituições. Além disso, são encaminhados para a Central para “evitar maiores problemas”, ou seja, o objetivo maior é a retirada dessas pessoas das ruas e a internação, seja onde for, seja em residência, em hospital psiquiátrico ou nas celas das delegacias e centrais de polícia.

Figura 21 - *O Dia*, 18 e 19 de julho de 1981, p. 9

“A Central de Polícia não é lugar para esses doentes. Eles são conduzidos para lá para evitar maiores problemas, no entanto não passam mais de um dia, pois tratamos logo de soltá-los, depois que se acalmam, ou então os entregamos aos parentes, que se responsabilizam por eles” disse o diretor do DPC.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O discurso e a linguagem utilizada apresentam as condições de produção de sentido em relação ao sujeito louco, reforçando as medidas de exclusão, aprisionamento e vergonha. A formação discursiva “(...) ou então os entregamos aos parentes, que se responsabilizam por eles” reflete a desassistência por parte das instituições de segurança pública, compreendendo o ideário de que “cada família é responsável pelo seu louco”.

Essa notícia também poderia estar na categoria na qual o louco é responsabilidade familiar, contudo, observamos que nesse caso, a responsabilidade da instituição manicomial prevalece e a família entra como uma assistência paralela ao sujeito. É importante perceber que essas pessoas se tornavam vítimas do sistema de internação manicomial, seja pelas condições, pelo atendimento e assistência, seja em momentos de crise ou superlotação, e então fugiam. Eram encontradas pelos familiares, que os reencaminhavam para a instituição e, quando não, também eram vítimas da sociedade que não as respeitavam e as provocavam.

Além disso, quando a polícia os encontrava, os detinha nas cadeias e então eram direcionados novamente à família ou ao hospital psiquiátrico, onde tudo se repetia. Assim sendo, compreendemos que essas pessoas sofriam em todo e quaisquer âmbitos de envolvimento social por ser quem eram, e se tornavam vítimas de uma sociedade que não os acolhia, mas que oferecia os métodos possíveis, de acordo com o conhecimento e as condições existentes.

Os acontecimentos que envolviam a figura do louco produziam modos de operação que formavam e reforçavam os perfis a ele relativos e geravam sentido e efeitos de sentido capazes de construir uma memória discursiva que dificilmente seria desassociada. O perfil do louco se apresenta e se altera de acordo com o tempo para que a unidade discursiva em relação à loucura permita a emergência de diferentes objetos para esse discurso, como também permite a formação de enunciados que compõem esses discursos.

A segunda notícia analisada, de título “*Cama pega fogo e débil mental morre queimada*”, publicada em 23 de julho de 1981, localizada na capa e na página nove da edição (Figura 22).

Figura 22 - *O Dia*, 23 de julho de 1981, capa



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Na chamada de capa da edição, o texto traz a informação de que uma mulher de nome Joana Maria Teodoro de Souza, considerada “débil mental”, estava internada no Sanatório Meduna e, após tomar uma dose de tranquilizante, acendeu um cachimbo e adormeceu. O lençol da sua cama pegou fogo e ela acordou em chamas, pedindo ajuda aos funcionários e, mesmo sendo levada ao Pronto Socorro, não resistiu e faleceu.

No texto da notícia (Figura 23), percebemos as variações dos discursos e dos modos de dizer. O título “Cama pega fogo e débil mental morre queimada” apresenta a considerada “débil mental” como uma vítima do acidente, enquanto o título “Louca dorme fumando e morre em incêndio” a apresenta como responsável pela sua própria morte. A linguagem utilizada pelo enunciador revela os modos de operação de construção discursiva construídos ao longo do enunciado.

Figura 23 - *O Dia*, 23 de julho de 1981, p. 9



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Na década de 1980 já havia uma pessoa responsável somente pela diagramação do jornal, conseqüentemente, quem escrevia as matérias não obrigatoriamente definia a informação que iria para a capa do jornal. Contudo, acreditamos haver uma intencionalidade do enunciador em construir um perfil comum ao louco. Perfil este que flutua entre as categorias que construímos no decorrer do trabalho e que definem as características que irão se sobressair em detrimento de outras.

O texto inicia relatando (Figura 24) que a considerada “débil mental” Joana Maria Teodoro de Sousa estava internada no Sanatório Meduna e ingeriu uma “excessiva dose de tranquilizante” e, que, ao se deitar, acendeu um cachimbo e adormeceu, fazendo com que o cachimbo caísse no lençol e pegasse fogo.

Figura 24 - *O Dia*, 23 de julho de 1981, p. 9

A débil mental Joana Maria Teodoro de Sousa teve morte trágica, por ter sofrido queimaduras graves quando estava internada no Hospital Meduna. Ela tomou uma excessiva dose de tranquilizantes e ao se deitar, acendeu um cachimbo, porém dormiu e o lençol da cama pegou fogo.

A denúncia foi feita pelo Sr. Marcos Raquel de Sousa, primo da vítima, residente na rua Sisifo Correia, 367, bairro Monte Castelo, que enviou carta a redação de um jornal, pelo correio.

A morte de Joana Maria ocorreu no dia 14, domingo, no Pronto Socorro do Hospital Getúlio Vargas, mas somente ontem a Imprensa tomou conhecimento. Marcos Raquel, numa carta dramática, disse que nenhuma providência foi tomada no sentido de se apurar o caso e a família de Joana Maria está revoltada.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

É importante destacar que mesmo com os descasos que acometiam o Sanatório Meduna, os enfermeiros eram os responsáveis pela distribuição e aplicação dos medicamentos nos internos, como também por um controle de cigarros e fumos dentro das alas e quartos, o que nos leva a questionar sobre a marca discursiva “ela tomou uma excessiva dose de tranquilizantes”, visto que os internos não tinham ou não deveriam ter acesso direto a esses medicamentos.

A denúncia, feita pelo primo da vítima, afirma que nenhuma providência foi tomada e que a família da vítima está revoltada. Ressaltamos que assim como havia casos os quais a família abandonava o ente com algum tipo de transtorno mental nos hospitais psiquiátricos para se abster da responsabilidade, havia famílias que não tinham condições ou conhecimento de como cuidar e dar assistência a esse ente, então acompanhavam esse processo de internação no hospital com atenção e cuidado, entregando seu familiar para uma instituição responsável.

O texto segue relatando (Figura 25) o ocorrido e traz a marca de que “somente depois que estava quase desmaiada e o fogo tinha tomado conta de quase todo o seu corpo, apareceram funcionários do hospital e apagaram as chamas”, revelando, assim, um descuido

por parte da instituição e de seus funcionários, tanto pelas altas doses de tranquilizante como pela permissão do uso de um cachimbo após a ingestão de um medicamento que compromete o reflexo das pessoas.

Figura 25 - *O Dia*, 23 de julho de 1981, p. 9

Segundo o denunciante, a débil mental Joana Maria estava internada no Hospital Meduna há dias. No dia de sua morte, antes de se deitar, ela havia tomado uma dose de tranquilizante. Mesmo fumando cachimbo, ela terminou dormindo.

O cachimbo aceso caiu sobre o lençol da cama, provocando um incêndio. Joana Maria acordou com o corpo em chamas, gritando por socorro. Somente depois que estava quase desmaiada e o fogo tinha tomado conta de quase todo o seu corpo, apareceram funcionários do hospital e apagaram as chamas.

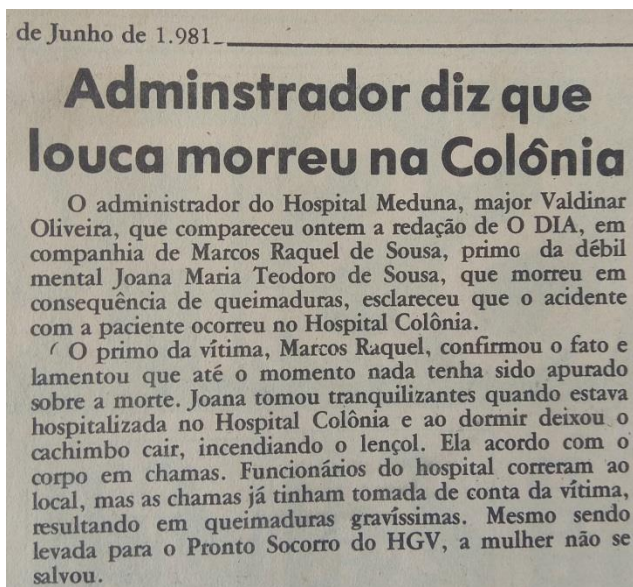
Com queimaduras graves, a vítima foi levada para o Pronto Socorro do Hospital Getúlio Vargas, mas ali morreu minutos depois. A família da vítima pede providências no sentido de apurar o fato.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Podemos identificar nessa notícia que a vítima se encontrava em um estado de imobilidade, de falta de reação ou reflexo para apagar o fogo que se instalava em sua cama, além da demora em realizar os primeiros socorros, que comprometeu sua sobrevivência e que reforça o descuido em relação aos internos da instituição.

No dia seguinte ao ocorrido, o administrador do Sanatório Meduna, major Valdinar Oliveira, envia uma nota ao Jornal *O Dia* informando que o acidente não ocorreu no Meduna, mas sim no Hospital Colônia, o Hospital Areolino de Abreu (Figura 26). O enunciado afirma que o administrador, juntamente com o primo da vítima, Marcos Raquel de Sousa, compareceram a redação do Jornal *O Dia* para esclarecer que o acidente ocorreu no Hospital Colônia e não no Sanatório Meduna.

Figura 26 - *O Dia*, 24 de julho de 1981, p. 9



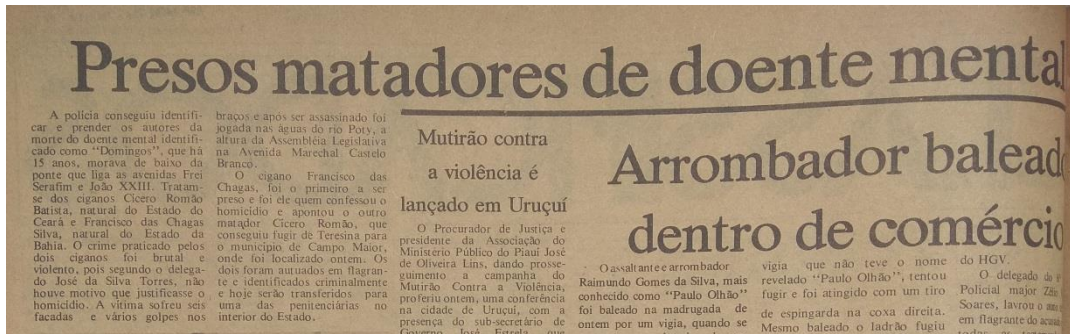
Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Essa informação é interessante, pois nos faz perceber determinadas questões e modos de operação que se encontram implícitos nas relações de autoridade e poder. Considerando que o Sanatório Meduna era um hospital psiquiátrico particular, um acidente desse nível no histórico do hospital compromete sua reputação. Também nos faz questionar como uma família tão preocupada com o acidente e que busca justiça para o ocorrido confunde o hospital em que seu familiar estava internado.

De todo modo, a interna Joana Maria Teodoro de Sousa foi vítima de todo um sistema repressivo, indutivo e opressor que não assumiu a responsabilidade do ocorrido. Além disso, o discurso apresentado reitera o perfil descuidado, desatendo e culposos no qual o “louco” já foi construído ao longo dos séculos. Aqui as questões de representação do louco se tornam emergentes, pois percebemos a construção dos objetos que compõem o discurso da loucura e que formam uma superfície que agrega objetos culturais capaz de construir sistemas de valores e visões de mundo em relação ao louco.

A terceira notícia analisada referente à categoria do louco enquanto vítima é intitulada “*Presos matadores de doente mental*” e foi publicada em 13 de novembro de 1985, se localizando na página 12, na editoria de Polícia, do Caderno 1 da edição (Figura 27).

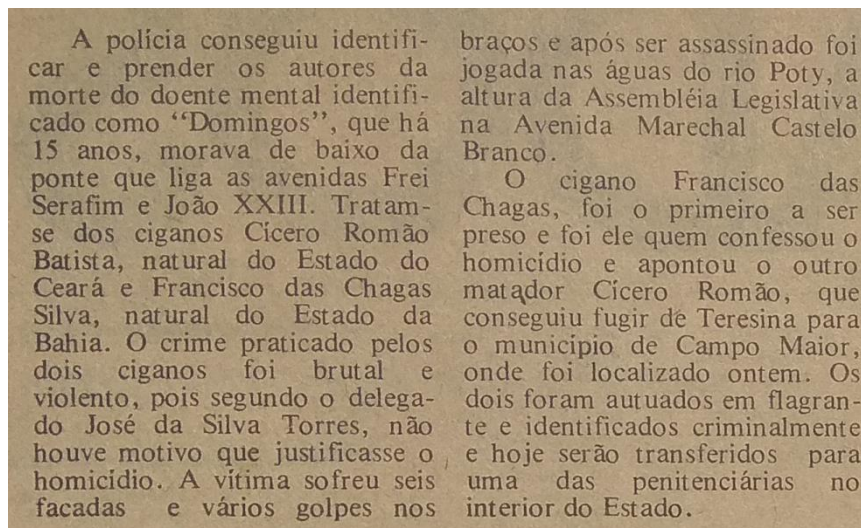
Figura 27 - *O Dia*, 13 de novembro de 1985, p. 12



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto é iniciado (Figura 28) trazendo as informações sobre um homicídio de um considerado “doente mental” identificado como Domingos, que morava de baixo de uma ponte que liga a zona leste ao centro da cidade. A vítima sofreu seis perfurações e vários golpes nos braços e, em seguida, depois de falecido, seu corpo foi jogado no Rio Poty. O texto informa que os autores do crime foram encontrados e identificados.

Figura 28 - *O Dia*, 13 de novembro de 1985, p. 12



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciador segue afirmando que os autores do crime eram dois ciganos e que o crime praticado foi considerado “brutal e violento”. A formação discursiva “(...) pois segundo o delegado José da Silva Torres, não houve motivo que justificasse o homicídio” revela não somente a ausência de um fator para o assassinato brutal em relação a uma pessoa considerada “doente mental”, mas o discurso também mostra que esse perfil de louco que está nas ruas, que se encontra vulnerável pela sua condição psíquica e pela ausência de assistência externa, também é mal visto aos olhos da sociedade.

Neste caso, uma sociedade que sem motivos aparentes já rejeita esse sujeito e o condiciona aos espaços mais infelizes e vulneráveis. É importante destacar que os ciganos da década de 1980 em Teresina eram pessoas que não se instalavam em residências fixas, mas passavam temporadas em pensões e quartos alugados em casas compartilhadas e deslocavam-se de uma cidade para outra com certa frequência. Desse modo, suponhamos não haver nenhuma questão pessoal para o crime ter sido cometido.

O texto ainda afirma que um dos criminosos foi identificado e entregou em seu depoimento o outro criminoso, que já havia fugido para a cidade de Campo Maior, localizada a 84 km da capital Teresina, mas que foi identificado e ambos seriam encaminhados para uma penitenciária no interior do Estado.

Podemos perceber na construção do enunciado acima que não há um aprofundamento das informações em relação ao homicídio e que, apesar da revolta por parte dos oficiais de segurança, nos parece que acontecimentos como este são considerados comuns. Casos que envolvem pessoas consideradas “doentes mentais” que sofrem abuso, descaso, descuido, agressões entre tantas outras formas de violência que com o passar dos anos, das décadas e dos séculos, foram sendo normatizados.

A partir das condições dessas práticas discursivas, acreditamos que esse processo tenha ocorrido com mais intensidade na década de 1980 em Teresina em decorrência dos, além da supracitada forte imigração de pessoas que buscavam tratamento psiquiátrico nos hospitais de referência da capital e que não conseguiam internação e passavam a se encontrar em situação de rua, crimes cometidos contra vulneráveis. E neste caso, mais grave ainda, um crime cometido contra uma pessoa com transtornos mentais, sem familiares, sem estrutura de apoio, sairia impune.

Por outro lado, o crime cometido pelo considerado “doente mental” era justificado pela sua condição e automaticamente encaminhado para as únicas instituições possíveis: cadeias e penitenciárias. Na década de 1980, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica já apresentava, na prática, suas transformações. No Piauí, por sua vez, as estruturas manicomiais reforçavam seus ideais e seus muros, resultando na capilarização das forças psiquiátricas no Estado como única alternativa às pessoas com transtornos mentais.

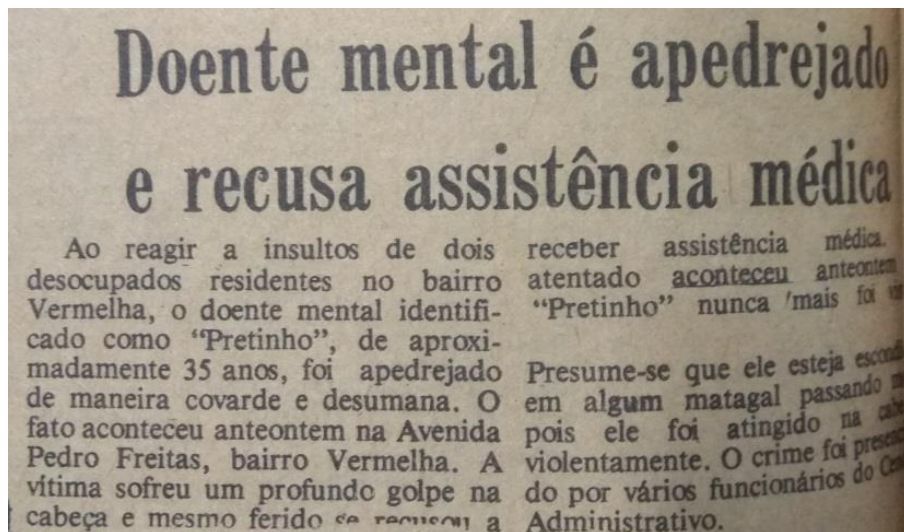
Compreendemos a grande demanda de pessoas com transtornos mentais sem assistência psiquiátrica na década de 1980 no Piauí, gerando um alto índice de pessoas com transtornos

mentais em situação de rua, sendo, por vezes – como ocorrido na notícia analisada – fator suficiente para um homicídio contra vulnerável.

Os acontecimentos e os discursos produzidos em relação ao louco podem ser percebidos como parte da memória discursiva construída em relação a essas pessoas, de modo que são representados na notícia acima como pessoas dependentes, desatentas, etc. Enquanto objeto da loucura, o perfil do louco é apresentado e representado trabalhando a diversidade de entendimento de conceitos a partir do espaço em que se constrói.

A quarta notícia analisada é de título “*Doente mental é apedrejado e recusa assistência médica*”, publicada em 20 de agosto de 1987, localizada na página 12, no 1º Caderno da edição (Figura 29).

Figura 29 - *O Dia*, 20 de agosto de 1987, p. 12



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto é iniciado relatando o motivo do apedrejamento do considerado “doente mental”, identificado como “Pretinho”. A marca discursiva “Ao reagir a insultos de dois desocupados” nos revela que Pretinho estava sendo incomodado anteriormente, e reagiu aos insultos que sofria e, por isso, foi apedrejado “de maneira covarde e desumana”, como relata a notícia.

Desde o século XV com o isolamento dos “anormais”, situações como essa eram comuns com pessoas com transtornos mentais que se encontravam em situação de rua. Eram humilhados e ridicularizados por sua condição e os que reagem, sofriam ainda mais. No Piauí, casos como este aconteciam com bastante frequência entre a década de 1970 e 1980,

considerando um recorte entre a grande quantidade de pessoas com transtornos mentais em situação de rua e as primeiras manifestações de um atendimento a essas pessoas.

O texto segue pontuando por meio da marca discursiva que “a vítima sofreu um profundo golpe na cabeça e mesmo ferido se recusou a receber assistência médica”, o que supomos ter acontecido por diversos motivos: o medo de sofrer novamente alguma violência, o medo do profissional da medicina ou até mesmo o medo de ser perseguido por quem lhe agrediu. A recusa da vítima em receber atendimento médico é vista pelo enunciador como uma surpresa – tanto que foi posto em destaque no título da notícia.

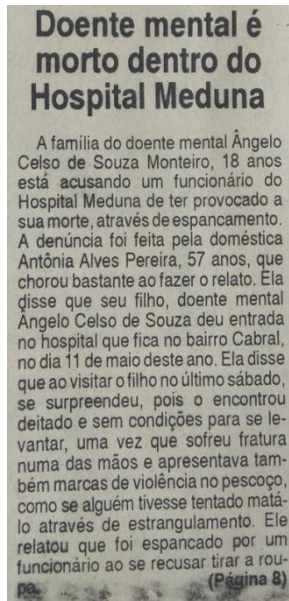
Por fim, o enunciador pontua que talvez a vítima esteja escondida em algum matagal, levando em conta o golpe violento que sofreu e as condições nas quais deveria se encontrar. O fato é que pela reação da vítima, podemos supor o medo que lhe acometia e em como uma situação como esta agrava o quadro psíquico da pessoa com transtorno mental, podendo intensificar seus quadros de agressividade.

Parafraseando Malcom X, defensor do nacionalismo negro nos Estados Unidos, não podemos confundir a reação do oprimido com a violência do opressor. Assim, percebemos que a reação do considerado “doente mental” agravou sua condição porque poderiam ter lhe tirado a vida.

Nessa notícia, é importante perceber como as construções de conceitos em relação ao louco foram capazes de formar uma unidade discursiva que torna possível uma variedade de descrições em relação ao louco dentro de determinados espaços, fazendo até mesmo com que o próprio sujeito considerado louco perceba essas regularidades – em forma de ameaça à vida – a partir do espaço em que se constrói.

A última notícia analisada desta categoria tem o título “*Doente mental é morto dentro do Hospital Meduna*” e foi publicada em 14 de agosto de 1992, localizada na capa e na página oito da edição (Figura 8). A chamada de capa informa que um homem conjecturado como “doente mental” de nome Ângelo Celso de Sousa Monteiro foi assassinado dentro do Sanatório Meduna e encontrado com sinais de espancamento e estrangulamento pela mãe ao visitá-lo.

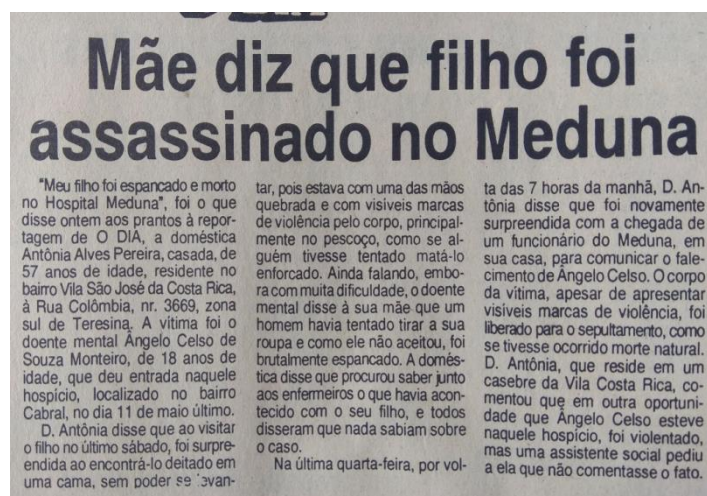
Figura 30 - *O Dia*, 14 de agosto de 1992, capa



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A mãe da vítima, Antônia Alves Pereira, afirmou na marca discursiva que o filho disse a ela que ele “foi espancado por um funcionário ao se recusar tirar a roupa”. Podemos perceber que há uma pluralidade de vozes existentes: a da vítima, a da mãe da vítima e a do(a) jornalista que produziu a notícia, sendo possível ruídos na construção das informações. Essa polifonia também pode ser percebida como um efeito de sentido no que tange à construção da figura do louco, já que este era o único indivíduo que não falou diretamente com o enunciador. O texto segue na página oito da edição do jornal (Figura 31) com mais informações sobre o ocorrido.

Figura 31 - O Dia, 14 de agosto de 1992, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A mãe da vítima dirigiu-se a redação do Jornal *O Dia* e afirmou que seu filho deu entrada no hospital psiquiátrico no dia 11 de maio do mesmo ano e que, ao visitar o filho dias antes da reportagem, “foi surpreendida ao encontrá-lo deitado em uma cama, sem poder se levantar, pois estava com uma das mãos quebradas e com visíveis marcas de violência pelo corpo, principalmente no pescoço, como se alguém tivesse tentado matá-lo enforcado”. Essa formação discursiva revela diversos tipos de agressão que a vítima sofreu.

A notícia segue citando o testemunho da mãe sobre o que ouviu do filho, afirmando que “um homem havia tentado tirar a sua roupa e como ele não aceitou, foi brutalmente espancado”. A mãe afirma ainda ter procurado informações sobre o ocorrido com seu filho, mas os funcionários da instituição não tiveram nenhuma informação. Dias após, a mãe recebeu uma visita de um funcionário do Meduna, informando sobre o falecimento de seu filho.

O enunciador pontua no texto (Figura 32) que o corpo da vítima foi liberado como se tivesse ocorrido morte natural, mesmo apresentando vários hematomas e fraturas, como havia relatado a mãe. Esta, por sua vez, ainda relata que o filho havia sido internado na instituição em outra oportunidade e que foi violentado, mas que uma assistente social a recomendou que não comentasse sobre o ocorrido.

Figura 32 - *O Dia*, 14 de agosto de 1992, p. 8

cimento de Angelo Celso. O corpo da vítima, apesar de apresentar visíveis marcas de violência, foi liberado para o sepultamento, como se tivesse ocorrido morte natural. D. Antônia, que reside em um casebre da Vila Costa Rica, comentou que em outra oportunidade que Angelo Celso esteve naquele hospício, foi violentado, mas uma assistente social pediu a ela que não comentasse o fato.

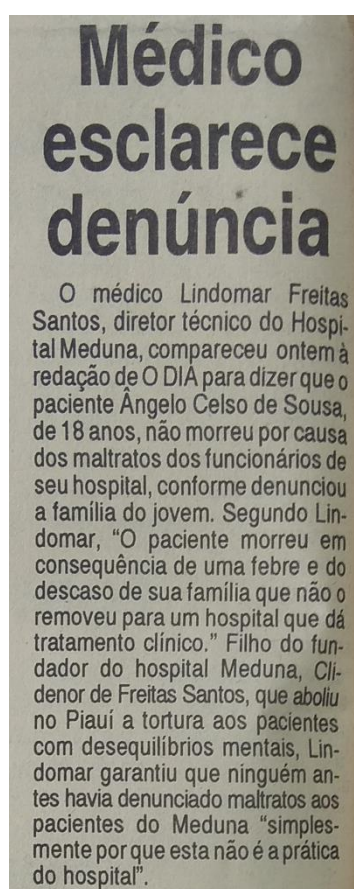
Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

É importante destacar que casos de violência em hospitais psiquiátricos eram comuns. Muitos internos eram isolados e sofriam abusos e agressões se resistissem. Se cometidos por funcionários, os abusos dificilmente seriam notificados e medidas seriam tomadas. A situação se torna mais grave ao se tratar de uma vítima que é considerada “doente mental”, cuja consciência é comumente considerada variante e instável. Novamente, até mesmo dentro de

instituições que, em teoria, deveriam dar assistência e cuidado, a pessoa com transtorno mental pode sofrer abusos, assédio, violência, entre tantos outros tipos de agressão, inclusive, psicológica.

No dia seguinte, dia 15 de agosto de 1992, o diretor do Sanatório Meduna, Lindomar Freitas Santos compareceu a redação do Jornal *O Dia* afirmando que o interno Ângelo Celso de Sousa não faleceu por maus-tratos cometidos dentro da instituição, mas sim em consequência de uma febre e do descaso familiar (Figura 33).

Figura 33 - *O Dia*, 15 de agosto de 1992, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

De acordo com enunciado que apresenta a fala do diretor, a família foi notificada sobre a febre que acometia o interno e, não tendo tomado nenhuma providência, o hospital não poderia assumir a responsabilidade pela saúde do interno. A formação discursiva “O paciente morreu em consequência de uma febre e do descaso de sua família que não o removeu para um hospital que dá tratamento clínico” revela a ausência de responsabilidade da instituição com os internos do hospital.

No texto ainda é relembrada a posição social que o diretor do Sanatório carregava. A formação discursiva “Filho do fundador do hospital Meduna, Clidenor de Freitas Santos, que aboliu no Piauí a tortura aos pacientes com desequilíbrios mentais (...)”, descreve o prestígio que seu pai tinha e que faria jus a seu filho, também psiquiatra e, no momento, diretor do Sanatório. Lindomar Freitas garante que ninguém havia denunciado maus-tratos no hospital anteriormente, o que não significa que não tenha acontecido e não sido notificado ou informado à direção do hospital.

O enunciado ainda afirma que foi comunicado à família o estado de febre que o interno apresentava, mas que por condições financeiras a família não podia levá-lo a um hospital para ter o tratamento adequado (Figura 34). A situação se torna mais grave a partir da informação de que o motivo para a família não levar o ente internado a um hospital para ter atendimento, era por questões financeiras. Assim sendo, o Sanatório omitiu auxílio a um interno que estava sob sua responsabilidade.

Figura 34 - *O Dia*, 15 de agosto de 1992, p. 8

O diretor do Meduna explicou que o paciente Ângelo morreu dentro do hospital, não apenas vitimado por uma febre. “Nós comunicamos aos familiares do paciente que ele estava com febre e precisava ser removido para um hospital que desse tratamento clínico. Eles responderam que não tinham condição e que não iriam fazer isto”, disse Lindomar, acres-

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Apesar de o Sanatório Meduna ter sido um hospital particular, não era todas as pessoas que conseguiam manter um familiar internado na instituição por meses, anos e até mesmo décadas. Os preços por internação não eram acessíveis para a época, considerando ainda os custos de medicação, roupa e alimentação. Assim, era comum que as famílias conseguissem pagar o mínimo pra manter o familiar tendo uma assistência psiquiátrica, mas, que outros custos, se tornariam inviáveis.

O enunciado apresenta (Figura 35) a fala do diretor pontuando que Ângelo não era um “louco violento (...) o que permitia aos funcionários do Meduna o tratá-lo sem o uso da força”. A partir dessa marca discursiva podemos perceber que os pacientes mais agressivos eram tratados com o uso da força, para a contenção de seus corpos e o controle sobre suas

reações. Por fim, o enunciado pontua que o diretor usa do argumento de que “os parente do paciente pouco o visitavam no hospital” para justificar a falta de atendimento e de auxílio ao interno no Sanatório.

Figura 35 - *O Dia*, 15 de agosto de 1992, p. 8

mais grave.” Lindomar também disse que Ângelo não era um louco violento, pois ele “sofia de oligofrenia”, o que permitia aos funcionários do Meduna o tratá-lo sem o uso da força. Disse ainda que o paciente já havia sido internado por 16 vezes no Meduna e, para provar que ele não sofreu nenhuma fratura no hospital, é capaz de pedir uma autópsia, caso a família insista. “Na verdade, os parentes do paciente pouco o visitavam no hospital”, concluiu Lindomar.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Nessa notícia podemos perceber que o discurso do diretor do Sanatório entra como mais uma voz na narrativa jornalística. São diversas narrativas e perspectivas sobre o mesmo fato e que, por vezes, colocam um e outro em papel de vítima e de vilão. Em casos como este não podemos afirmar que exista um único responsável, mas podemos considerar que o interno foi vítima de todo um sistema opressor e violento, que produz sentido e efeitos de sentido capazes de construir uma superfície que reforça os estigmas em relação a figura do louco.

Esse sistema buscava deslegitimar a autonomia e a voz das pessoas consideradas “doentes mentais”, dando voz somente aos profissionais de saúde e aos familiares, que nem sempre queriam ou tinham condições de acompanhar o tratamento de seus parentes internados nos hospitais psiquiátricos, o que colocou a família como principal responsável pelo considerado “doente mental”. É o que podemos analisar na próxima categoria.

5. 4. 3. Louco enquanto Responsabilidade Familiar

Nessa categoria, a primeira notícia analisada, intitulada “*Uma solução para acabar com os loucos da cidade*”, foi publicada em 23 de janeiro de 1973, localizada na página três do 1º Caderno da edição (Figura 36). A imagem que acompanha o texto mostra várias mulheres

conversando, assim, suponhamos ser a ala feminina do Hospital Areolino de Abreu, considerando o conteúdo do texto a seguir.

Figura 36 - O Dia, 23 de janeiro de 1973, p. 3



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto inicia apresentando o depoimento do diretor do Hospital Areolino de Abreu, o médico Anfrísio Lobão. O médico afirma que “a descentralização da assistência da medicina no setor de saúde mental é a solução para resolver o problema de lotação no hospital e acabar com os doentes nas ruas de Teresina”. Essa marca discursiva mostra que a preocupação era a superlotação do Hospital Areolino de Abreu e a retirada dos “doentes mentais” das ruas da capital.

O enunciado abaixo (Figura 37) revela a grande procura por atendimento psiquiátrico no HAA, tanto de pessoas que residiam no interior do Estado quanto nas cidades próximas, e que o hospital já não dava mais conta de atender a todos. É importante lembrar que além do HAA, também havia o Sanatório Meduna enquanto hospital particular, além das cadeias, penitenciárias e centrais de polícia que acabavam prendendo pessoas consideradas loucas, vista a superlotação do HAA.

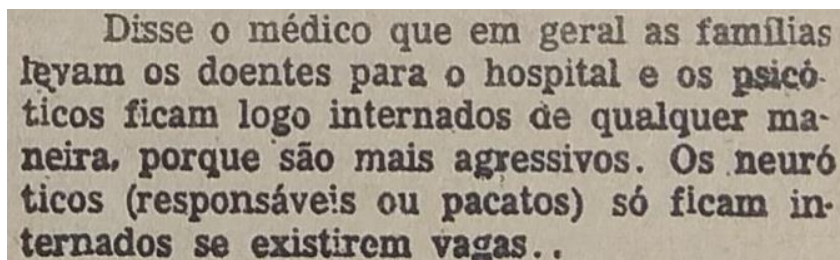
Figura 37 - O Dia, 23 de janeiro de 1973, p. 3

Explicou o psiquiatra que o hospital conta com 300 leitos, capacidade muito pequena para atender o grande número de doentes mentais, 20 por cento deles procedentes do interior do Maranhão e do Piauí, o que ocasiona uma média de 10 internamentos diários.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A notícia continua (Figura 38) trazendo o médico, através do enunciador principal, pontuando que existe uma internação automática quando os familiares levam seu ente com algum tipo de transtorno mental que se encontrava em uma crise e estava agressivo no momento, a fim de controlar seus corpos e conter a crise que lhe acometia, sem muitos diagnósticos ou acompanhamento prévio.

Figura 38 - *O Dia*, 23 de janeiro de 1973, p. 3



Disse o médico que em geral as famílias levam os doentes para o hospital e os psicóticos ficam logo internados de qualquer maneira, porque são mais agressivos. Os neuróticos (responsáveis ou pacatos) só ficam internados se existirem vagas..

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

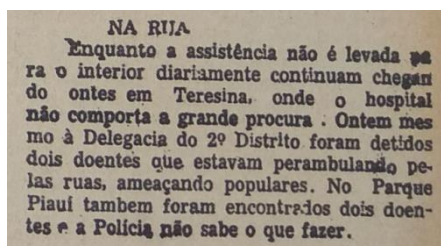
O médico, único entrevistado na matéria, afirma que há uma responsabilidade familiar, pois muitas vezes os familiares levam seus parentes com algum tipo de transtorno mental para conseguir tratamento psiquiátrico e o abandona na instituição, deixando de acompanhar a pessoa e de ter notícias sobre seu estado. Além disso, afirma que os loucos considerados “responsáveis ou pacatos” só são internados se houver vaga, ou seja, o hospital se torna repleto de pessoas consideradas loucas dentro de um único perfil: agressivos, violentos ou potencialmente violentos.

Para o médico, as famílias deveriam dar mais assistência aos seus parentes doentes, nunca abandonando-os como vem acontecendo. Vários doentes estão no hospital, deixados pelas famílias que nunca mais voltaram para acompanhar a evolução do tratamento (*O Dia*, 23 de janeiro de 1973, p. 3).

A procura por atendimento era tamanha que familiares, instituições psiquiátricas e órgãos de segurança pública, todos buscavam alternativas para atender de alguma maneira os considerados “doentes mentais”.

O enunciado do último parágrafo da notícia (Figura 39) informa sobre a necessidade de assistências às pessoas consideradas “doentes mentais” nas cidades do interior do Estado, dada a superlotação na qual o Hospital Areolino de Abreu se encontrava. Assim, se houvessem atendimentos em outras cidades do Estado, não ficaria concentrado o grande número de internos e nem haveria essa superlotação.

Figura 39 - *O Dia*, 23 de janeiro de 1973, p. 3



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

As formações discursivas “Ontem mesmo à Delegacia do 2º Distrito foram detidos dois doentes que estavam perambulando pelas ruas, ameaçando populares” e “No Parque Piauí também foram encontrados dois doentes e a Polícia não sabe o que fazer” revelam, mais uma vez, as características de periculosidade em relação à pessoa considerada “doente mental” e, mais grave ainda, o fato da Polícia, instituição responsável pela segurança pública, não saber o que fazer, causa mais medo ainda na população.

Podemos perceber que esse descontrole policial é um discurso repleto de sentidos e que geram, por sua vez, efeitos de sentido no que diz respeito ao entendimento sobre o louco. No caso, os efeitos de sentido causados a partir dessa notícia são de medo, pânico, desconfiança populacional em relação à figura do louco.

No texto, também percebemos que a responsabilidade sobre o considerado “louco” é posta na família do interno, sendo considerada a única responsável pela condição e por uma falta de tratamento médico-psiquiátrico, como se o descaso familiar fosse argumento para um possível descaso médico. Percebemos também que a instituição psiquiátrica na década de 1970 buscava atuar juntamente com a Polícia, visto a superlotação dos hospitais psiquiátricos e a grande demanda de pessoas com transtornos mentais que eram presas nas centrais de polícia por não ter onde serem internadas.

Na notícia acima também conseguimos identificar as formações dos modos enunciativos que buscam regular a construção dos enunciados de modo a reforçar a emergência de diversos objetos para o discurso em relação ao louco, como também uma série de enunciados que compõem esses discursos, reforçando os estigmas e construindo representações em relação ao louco.

Intitulada “*Loucos vivem drama criado pela família*”, publicada em 23 de março de 1973, localizada na página cinco (Figura 40), a próxima notícia a ser analisada é

acompanhada da imagem de uma mulher que se encosta a uma mureta, carrega consigo uma sacola e olha ou lê uma revista, mas, aparentemente, foi configurada pelo jornal como uma pessoa em situação de rua, ou, até mesmo, considerada “louca”.

Figura 40 - O Dia, 23 de março de 1973, p. 5



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto inicia informando que os médicos do Hospital Areolino de Abreu, José Barbosa e Joe Ferry, mostraram no dia anterior informações sobre o grande número de pessoas consideradas “doentes mentais” pelas ruas de Teresina. Já no primeiro parágrafo, os médicos afirmam que a responsabilidade sobre essas pessoas não é da casa de saúde – como denominavam o HAA –, mas sim dos familiares que deixam seus entes se encontrarem nessa situação.

No discurso dos médicos entrevistados é citado que os mesmos têm conhecimento de que, em determinada época do ano, aumenta o número de casos e de pessoas buscando internação no hospital, mas que nem sempre há vagas para atender toda a demanda e que, mesmo assim, buscam internar “os que se encontram em estado mais agitado”. E, mesmo com toda a demanda, informam que conseguem dar atendimento a todos os internos que ocupam os 300 leitos disponíveis do hospital.

A formação discursiva “(...) afirmaram que os familiares desses enfermos são os maiores responsáveis pelo estado de marginalização em que se encontram” nos revela que o

hospital só é responsável pelos internos até o momento em que estes se encontram sob sua custódia e que o papel de informar os familiares não lhes cabe.

Os médicos afirmam que os familiares dos doentes são os primeiros a criar um estado de marginalização do doente mental, que causa uma situação para o enfermo que dificulta o seu reestabelecimento. Esse estado de abandono deprime o doente, quando após os ataques mais graves ele volta a um estado de lucidez. Se a família do doente procurasse protegê-lo ajudando-o no combate à doença, admitem os médicos que as doenças seriam menos complicadas ou o tratamento poderia ser feito mais rapidamente (*O Dia*, 23 de março de 1973, p. 5).

No enunciado acima podemos identificar a responsabilidade que é posta sobre a família da pessoa considerada “doente mental”. Sabemos que a família é a maior autoridade competente para os cuidados de cada pessoa, contudo, é válido ressaltar que as famílias não eram orientadas, direcionadas, ensinadas sobre como lidar com uma pessoa com transtorno mental. Outro fator importante que contribui para o distanciamento familiar em relação a um cuidado com uma pessoa com transtorno mental na década de 1970 era o status familiar, pois ter uma pessoa com transtorno mental na família era motivo de constrangimento e vergonha.

Todos esses fatores de falta de informação e cuidado da família da pessoa envolvida são questões que pesam e condicionam ao abandono de pessoas com transtornos mentais nas ruas da capital. A formação discursiva “Se a família do doente procurasse protegê-lo ajudando-o no combate à doença (...)” é interessante, pois em nenhum momento os médicos citam como de fato a família deve proceder para protegê-lo e nem descreve o que de fato significa essa proteção: se é um isolamento, se é um acompanhamento, se é a inclusão, etc.

O texto segue com o discurso dos médicos do HAA citando sobre a relação entre transtornos mentais e o uso de álcool e de drogas como potencializadores para os quadros clínicos. Em seu discurso, eles afirmam também que os familiares, por vezes, confundem a loucura com um estado de super excitação causado pela embriaguez alcóolica, provocando crises, mas que ao final dessas crises e a retomada de consciência dessas pessoas, “o doente volta ao seu estado normal”.

Não compreendemos com clareza qual seria o estado “normal” dado a uma pessoa considerada “doente mental”, em meio a crises a partir do consumo de álcool. Contudo, apreendemos que até mesmo sobre as ações individuais da pessoa considerada “doente

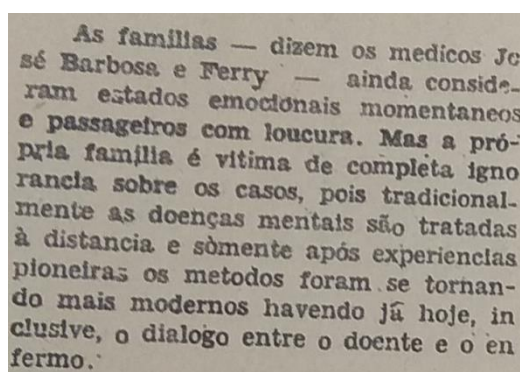
mental”, a família precisaria ter o controle, segundo o discurso proferido pelos médicos entrevistados.

Os médicos ainda pontuam que “como a família o considera completamente louco procuram interná-lo nos hospitais para doenças nervosas, quando o caso nem sempre exigiria um tratamento tão rigoroso”. A partir desse enunciado percebemos novamente que os médicos entrevistados acreditam que os familiares do considerado “louco” sabem exatamente como proceder, mas esquecem que estes, dificilmente, eram orientados sobre como atender aos cuidados do ente necessitado.

Além disso, também deixa claro que o atendimento psiquiátrico-manicomial no HAA é rigoroso o suficiente para atender somente os casos mais graves e esquecem que os casos considerados mais simples também requerem atenção e cuidado médico, o que não significa que também exigem internação, mas exigem uma atenção psiquiátrica que não pode ser desconsiderada.

O texto segue pontuando (Figura 41) que “a própria família é vítima de completa ignorância sobre os casos”, mas ainda assim, nos parece que a responsabilidade é da família em procurar informação sobre como proceder e não do hospital em orientar os familiares sobre como cuidar de uma pessoa com transtorno mental.

Figura 41 - *O Dia*, 23 de março de 1973, p. 5



As famílias — dizem os médicos José Barbosa e Ferry — ainda consideram estados emocionais momentâneos e passageiros com loucura. Mas a própria família é vítima de completa ignorância sobre os casos, pois tradicionalmente as doenças mentais são tratadas à distância e somente após experiências pioneiras os métodos foram se tornando mais modernos havendo já hoje, inclusive, o diálogo entre o doente e o enfermo.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A notícia também relata (Figura 42) o crescente número de pessoas consideradas “doentes mentais” pelas ruas de Teresina. O médico entrevistado, Joe Ferry, o caracteriza como “exagerado”, explicando que por Teresina ser considerado um lugar de fluxo entre outras cidades, é comum que pessoas vindas de outros locais passem a se encontrar em situação de rua na capital. É importante perceber que a partir do momento em que um médico

em sua posição de poder afirma que a superlotação de pessoas em situação de rua se configura como “exagero”, são construídos modos de operação e formação discursiva através de um juízo de valor que suavizam um real problema de saúde pública.

Figura 42 - *O Dia*, 23 de março de 1973, p. 5

em estado latente no indivíduo. Sobre a grande incidência de doentes mentais pelas ruas da cidade, diz o Dr. Ferry que isso não pode ser considerado como exagerado, pois sendo Teresina um ponto de convergência e centro rodoviário, diversas pessoas chegam diariamente de outros Estados já acometidos do mal e aqui - pelas condições do meio - são marginalizadas procurando viver em locais públicos onde se reúnem elementos marginais porque isso favorece a sobrevivência de cada um deles.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

É importante relembrar que na década de 1970, Teresina se configurava como um pólo de saúde e a imigração de pessoas de cidades próximas era comum, tanto para procurar empregos quanto para buscar tratamento psiquiátrico nos hospitais de referência da cidade.

Por fim, o texto traz a informação de que havia uma equipe de oito médicos no HAA e que, segundo a direção do hospital, o próximo passo a ser dado seria a criação de um serviço de caráter social, com o objetivo de reinserir o ex-interno ao convívio da família e da sociedade, evitando que ele seja rejeitado, “como geralmente acontece” (Figura 43).

Figura 43 - *O Dia*, 23 de março de 1973, p. 5

Contando com uma equipe de oito médicos, o Hospital Areolino de Abreu mantém um grande número de pessoas como auxiliares, mas segundo a sua direção o hospital deverá evoluir para um estágio mais completo com a criação de um serviço de caráter social, que terá finalidade de facilitar o retorno do ex-interno ao convívio da família e da sociedade, evitando que ele seja rejeitado, como geralmente acontece. Reconhece o médico José Barbosa, que a implantação do centro é lenta e custosa, devendo os familiares participarem ativamente das finalidades do centro objetivando um entrosamento entre o doente, família e equipe médica.

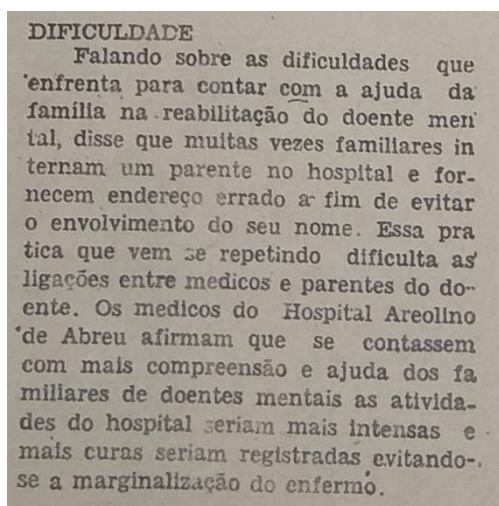
Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

É importante ressaltar que, embora nas grandes cidades do Brasil na década de 1970 a Reforma Psiquiátrica criava forma e já surtia efeito nos hospitais psiquiátricos, com a redução de leitos, atendimentos à família do interno, redução do tempo de internação, entre outros, no Piauí, os indícios da Reforma Psiquiátrica atingiram os hospitais psiquiátricos do Estado somente nos anos 2000.

Assim sendo, percebemos que no Piauí da década de 1970, a maior preocupação era a retirada das pessoas com transtornos mentais das ruas da cidade e da internação das mesmas, seja em hospitais psiquiátricos ou penitenciários, como era comum. Porém, podemos observar as primeiras manifestações de um movimento humanizado no atendimento psiquiátrico no Piauí, o qual buscava, ao menos, em teoria, oferecer uma atenção multidisciplinar as pessoas com transtornos mentais.

O texto é finalizado trazendo uma informação considerada grave pelos médicos entrevistados (Figura 44). A notícia conta que, muitas vezes, familiares internam um parente no hospital e disponibilizam um endereço errado para dificultar ou evitar o envolvimento da família na internação do considerado “doente mental”. Suponhamos que fatos como este ocorressem pelas mesmas questões que pontuamos anteriormente: a falta de informação e a vergonha de ter um familiar considerado “louco”.

Figura 44 - *O Dia*, 23 de março de 1973, p. 5



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Na notícia analisada, a família do considerado “doente mental” é responsável pelo sujeito até mesmo quando o hospital já realizava seu trabalho. Também é considerada responsabilidade da família facilitar o trabalho do médico psiquiátrico, ou seja, a família é

apresentada nessa notícia ora como responsável e ora como culpada pelo atraso de uma possível cura do interno.

A relação entre hospital psiquiátrico e família da pessoa com transtorno mental internada no hospital psiquiátrico é repleta de ruídos e de desinformação. Compreendemos que esse deve ser um movimento duplo, mas considerando a realidade e o contexto histórico da notícia, sabemos que é responsabilidade médica a orientação dada aos familiares.

A terceira notícia analisada é de título “*Psiquiatria afirma que famílias criam os loucos*”, publicada em 25 de abril de 1974, localizada na página cinco do 1º Caderno da edição (Figura 45).

Figura 45 - *O Dia*, 25 de abril de 1974, p. 5



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

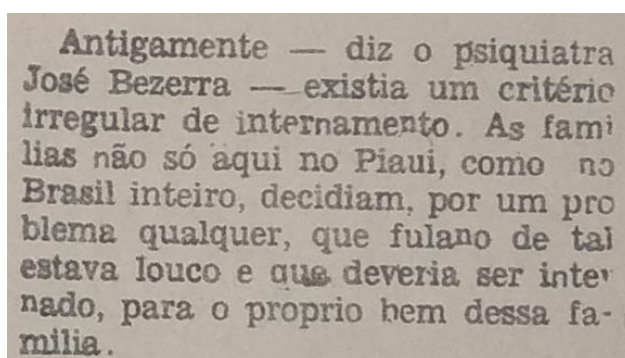
O texto inicia afirmando que as famílias são as responsáveis pela “fabricação” dos loucos da cidade e que menos da metade dos internos não tem nenhum “problema” e não deveriam estar internados. A imagem que acompanha a notícia mostra mulheres com uma mesma vestimenta em uma área compartilhada, que acreditamos ser na ala feminina do Hospital Areolino de Abreu.

A sociedade e a família do Piauí ainda continuam fabricando seus doentes mentais. Para o psiquiatra José Bezerra chefe do Hospital Areolino de Abreu a proporção de pseudo-doentes mentais é de 40 por cento, porque de cada 100 pessoas enviadas pela própria família, para receberem tratamentos médicos no hospital 40 não tem nenhum problema. O psiquiatra José Bezerra desmentiu a afirmação de que está faltando vagas no Hospital Areolino de Abreu e que ele estaria cobrando Cr\$ 400 por um laudo médico,

para dar atestados de loucos a quem não tem (*O Dia*, 25 de abril de 1974, p. 5).

É interessante observar que a pessoa responsável pela produção de um diagnóstico que afirme quem é louco e quem é são é o médico psiquiátrico e não os familiares. Além disso, a falta de informação e orientação desses familiares fazia com que qualquer instabilidade ou questão pessoal pudesse ser um fator para a busca pela internação do familiar, estando sujeito à confirmação ou à negação de um diagnóstico clínico (Figura 46).

Figura 46 - *O Dia*, 25 de abril de 1974, p. 5



Antigamente — diz o psiquiatra José Bezerra — existia um critério irregular de internamento. As famílias não só aqui no Piauí, como no Brasil inteiro, decidiam, por um problema qualquer, que fulano de tal estava louco e que deveria ser internado, para o próprio bem dessa família.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Não podemos desconsiderar que muitas famílias procuravam os hospitais psiquiátricos para se verem “livres” dos seus entes que lhe davam algum tipo de trabalho, mas é necessário pontuar que a informação principal e o diagnóstico só é dado pelo médico psiquiátrico. Acreditamos que essa superlotação se dê por diversos fatores, mas os principais se configuram a partir da necessidade de isolamento desses sujeitos e da falta de informação dada aos familiares dos envolvidos.

O enunciado traz a fala do médico psiquiatra que afirma que um novo sistema de atendimento, apresentado como ambulatório surgiu para aproximar “doente” e família, a fim de evitar o bloqueio que ocorria. Através da formação discursiva “O doente vai para o hospital, recebe todo o medicamento e volta, para dormir com sua família” percebemos como esse processo se daria. Acreditamos que essa nova alternativa também busca combater o descaso familiar, tendo em vista o alto número de abandono dos familiares em relação aos internos. Podemos perceber as primeiras manifestações do desenvolvimento de políticas públicas em relação à figura do louco no Piauí.

O texto segue com a fala do psiquiatra pontuando que era comum famílias levarem seus “doentes” para o hospital e ficarem até mesmo anos sem visitá-los para saber sobre seu estado (Figura 47). Todas essas questões contribuem para um descaso em relação aos internos dos hospitais psiquiátricos, visto que o hospital não conseguia atender as demandas e não conseguia notificar os familiares, e estes, por sua vez, não tinham informações o suficiente ou não queriam se envolver com a internação do familiar e nem serem responsáveis por seu acompanhamento.

Figura 47 - *O Dia*, 25 de abril de 1974, p. 5

Para isso, declarou, o psiquiatra nos estamos conversando, orientando, informando as famílias que têm doentes mentais. A família deve aceitar, compreender o seu doente caso contrário ele só tendera a piorar cada vez mais.

O psiquiatra José Bezerra informou ainda que há sete meses, várias famílias que levavam seus doentes para o hospital e as vezes passavam até dois anos sem aparecer para saber informações, se ele estava ou não melhor.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

No enunciado abaixo (Figura 48), o médico lamenta a ausência de um manicômio judiciário em Teresina para atender a demanda de pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes, que não podem ser mantidos nas cadeias e penitenciárias e que não permitem serem mantidos juntamente com outros internos nos hospitais psiquiátricos. O enunciado também deixa claro que não é porque os hospitais não queiram misturar loucos e criminosos, mas por questões da “própria justiça”.

Figura 48 - *O Dia*, 25 de abril de 1974, p. 5

É uma pena que uma cidade como Teresina não tenha ainda o seu manicômio judiciário — declarou o psiquiatra — vários delegados e advogados solicitam que os psiquiatras forneçam atestados de sanidade mental para doentes comprometidos juridicamente, para que sejam internados.

— Eu quero aproveitar para informar a esses delegados e advogados — disse o psiquiatra José Bezerra — que só poderemos dar atestados a esses doentes, com autorização de juizes. Não é porque os hospitais não queiram misturar seus doentes mentais, que não praticaram nenhum crime, com o outro doente comprometido juridicamente. Mas é por questão da própria justiça, disse ele.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

As condições de produção discursiva nos revelam determinados modos de operação e construção da linguagem em relação ao louco que reforçam o descuido médico e o caráter urgente de uma medida em relação a essas pessoas, nem que para isso fosse necessário por, em um mesmo espaço, pessoas consideradas “loucas” junto com pessoas que cometeram crimes.

Na década de 1970, no Piauí, eram muitos os casos de crimes cometidos por pessoas com transtornos mentais, seja por estarem em momentos de crise ou por uma questão de defesa. Assim, as delegacias e centrais de polícia viviam cheias de pessoas com transtornos mentais detidas, sem ter para onde serem direcionadas. A solução posta na época era a criação de um manicômio judiciário que não comprometesse o serviço dos hospitais psiquiátricos e nem das centrais de polícia.

Podemos observar na notícia acima que a responsabilidade familiar em relação ao “seu louco” se torna maior do que a responsabilidade de um saber médico, um profissional instruído para atender pessoas com transtornos mentais. E também que a irresponsabilidade familiar é motivo suficiente para o hospital psiquiátrico retirar sua responsabilidade de interno, por vezes, usando do argumento de que quem deveria assumir seria a família do interno.

A quarta notícia de título “Menino vive 12 anos amarrado a uma árvore”, publicada em 28 de dezembro de 1974, localizada na página 12, editoria de Polícia, do 1º Caderno da edição (Figura 49).

Figura 49 - O Dia, 28 de dezembro de 1974, p. 12



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A linguagem utilizada no título da notícia, “*Criança vive amarrada há 12 anos em União*”, chama atenção pelas características do caso e pela imagem que acompanha: uma senhora e segura a mão de um menino que parece não ter mais do que 10 anos de idade, e uma corda amarra um ao outro. O texto é iniciado afirmando que o Serviço Social do Estado mandou hospitalizar para um tratamento um menino de 15 anos “cujo estado psíquico é tão delicado que é obrigado a viver amarrada como um pequeno animal, tal o seu estado de violência”.

Caracterizado através da marca discursiva “com um temperamento neurótico”, o menino, de nome não identificado, foi abandonado pela mãe biológica quando teve consciência da condição do filho. Criado por uma mãe adotiva, o menino vive há 12 anos amarrado a uma árvore por ser considerado por ela como perigoso a si e as outras pessoas. A mãe afirma que o menino não come se não misturar areia à comida, não anda vestido, pois rasga as roupas e pode provocar violência a si e a estranhos. As características de violento ou potencialmente violento também se apresentam na notícia em questão.

O enunciador afirma que a criança “vive amarrada a um pau como um pequeno e feroz animal” (Figura 50), o que nos faz refletir sobre a comparação entre um menino e um animal, colocando o considerado “doente mental” em uma posição animalesca, associada às características de imprevisibilidade e periculosidade. Mesmo sendo apenas uma criança, o menino já é considerado violento ou potencialmente violento.

Figura 50 - *O Dia*, 28 de dezembro de 1974, p. 12

Ele foi trazido a Teresina por sua mãe de criação, dona Maria Pedro, residente em União, onde a criança vive amarrada a um pau como um pequeno e feroz animal. A família é ignorante e pobre e talvez seja este o principal fator que contribui para manter a criança naquele estado. Segundo dona Maria a criança começou a demonstrar sinais de anormalidades aos três anos de idade. Nessa época sua mãe legítima o abandonou. — Como tinha muita vontade de ter um filho homem, adotei o menino, mas não sabia que era doente. Dez anos depois muita gente me aconselha a abandonar meu filho à sua sorte, mas não tenho coragem”. Este é o depoimento da mãe da criança feito sem qualquer constrangimento como se estivesse falando de um animalzinho de estimação,

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A formação discursiva “Como tinha muita vontade de ter um filho homem, adotei o menino, mas não sabia que era doente. Dez anos depois muita gente me aconselha a abandonar meu filho à sua sorte, mas não tenho coragem”. Este é o depoimento da mãe da criança feito sem qualquer constrangimento como se estivesse falando de um animalzinho de estimação demonstra que se a mãe adotiva tivesse conhecimento da condição psíquica do menino, não o teria adotado. Além disso, percebemos também a indiferença das pessoas ao aconselhar a mãe adotiva a abandonar o menino, pelas mesmas questões pontuadas anteriormente.

No último parágrafo do enunciado, o enunciador faz uma comparação do menino com um “animalzinho de estimação” colocando a criança em um estado animalesco, além de reforçar a relação de dependência do filho em relação à mãe adotiva e a responsabilidade familiar em relação ao considerado “louco”.

O discurso do enunciador “A primeira impressão que se tem ao ver a criança amarrada é a de que se trata de algo perigoso” (Figura 51) reforça os estigmas em relação ao menino considerado “louco”, como se amarrar o menino fosse a justificativa e a consequência para controlar suas crises de agressividade.

Figura 51 - *O Dia*, 28 de dezembro de 1974, p. 12

A primeira impressão que se tem ao ver a criança amarrada é a de que se trata de algo perigoso. Entretanto tem os olhos tranquilos e não demonstra sinal de aversão por ninguém. Durante o instante em que permaneceu aqui na redação mostrava-se muito mais tímido que violento. A criança leva em uma das mãos um maço de folhas. Dona Maria disse que ele nunca se separa de folhas e quando elas lhe faltam sua violência (não demonstrada enquanto esteve no jornal) se multiplica e é capaz de agredir.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

No último parágrafo do enunciado a formação discursiva “sua violência (...) se multiplica e é capaz de agredir” também coloca o menino em uma condição de potencialmente violento e, por isso, se mantém preso a uma árvore para tentar controlar sua agressividade que, apesar de não ser constante, poderia acontecer a qualquer momento.

Por fim, no texto é apresentado detalhes do comportamento do menino quando se encontrava em estado agressivo (Figura 52). Podemos supor que muito do comportamento

agressivo do menino pode ter se dado justamente pela condição de estar amarrado há 12 anos. Além disso, a marca discursiva “dona Maria Pedro, uma mulher sem meios para cuidar de criança tão problemática” revela que nem mesmo a mãe adotiva da criança tem condições de cuidar do menino e que o melhor que poderia acontecer a ele era sua internação no Hospital Areolino de Abreu.

Figura 52 - *O Dia*, 28 de dezembro de 1974, p. 12

SEM ROUPAS

Outro detalhe que dona Maria Pedro, uma mulher sem meios para cuidar de criança tão problemática, adianta sobre a situação do seu filho adotivo é o fato de a criança ter o hábito de atrair excrementos por ele expelidos contra pessoas que vão visitá-lo em União. Aqui no jornal ele não fez nada disso e ficou apenas um pouco impaciente dando gritos ininteligíveis.

Segundo ainda a mãe adotiva da criança, já houve um internamento no Hospital Colônia, mas não houve resultado nenhum, elegando que o menino voltou magro e nunca mais conseguiu atingir o peso que tinha antes de ser internado.

O problema agora está entregue aos cuidados dos médicos do Hospital Areolino de Abreu. Não se pode adiantar diagnósticos, mas espera-se antes de mais nada que tais autoridades médicas tenham boa vontade.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciado traz a fala da mãe adotiva que pontua que o menino já esteve internado no hospital psiquiátrico, “mas que não houve resultado nenhum”, além disso, o menino voltou magro e nunca mais conseguiu atingir o peso que tinha antes de ser internado. É compreensível que os familiares desejem uma “cura” absoluta para a loucura quando não são orientados corretamente sobre a condição do interno, assim sendo, a marca discursiva “não houve resultado nenhum” pode ser percebida como a esperança da mãe em ter seu filho são.

Essa responsabilidade de cura do menino em relação a sua agressividade é posta como esperança não mais na mãe adotiva, mas na instituição psiquiátrica. Nessa notícia podemos perceber a responsabilidade familiar concentrada na figura dessa mãe adotiva que, sozinha, a partir dos métodos que considerou mais adequado e da maneira que conseguiu no momento, cuidou e criou do menino que adotou.

Percebemos também que a voz da mãe adotiva só foi ouvida e percebida quando esta se deslocou da sua cidade de origem, União, para procurar atendimento psiquiátrico na capital, se dirigindo a redação do Jornal *O Dia* para pedir auxílio. Como já citamos anteriormente, esta é uma situação comum para quem residia nas cidades do interior do Estado e necessitava

de atendimento psiquiátrico, o que reforça o movimento de imigração intensificado na década de 1970 para a capital Teresina.

Partindo do princípio de que a figura do louco foi construída a partir da ideia de que essas pessoas não respondem por si e que necessitam de alguém ou de alguma instituição para os representar ou para ser responsável por eles, percebemos nessa categoria que o laço familiar se mostra presente enquanto responsável pelo louco judicial, emocional e financeiramente e todos os âmbitos possíveis que a medicina psiquiátrica não conseguir acessar.

É importante perceber a construção dos modos enunciativos e dos conceitos associados a responsabilidade da família em relação ao louco. Como citamos anteriormente, as formações desses modos enunciativos constroem uma regularidade, uma unidade discursiva, que torna possível inúmeras descrições dentro de determinados espaços e épocas. A partir disso, percebemos que as notícias que envolvem uma responsabilidade familiar exclusiva em relação ao louco foram construídas em um espaço de tempo curto e próximo.

Com o título “*Doente mental foge e preocupa família*”, a última notícia desta categoria foi publicada em 24 de julho de 1987, localizada na página 12, editoria de Polícia, do 1º Caderno da edição (Figura 53).

Figura 53 - *O Dia*, 24 de julho de 1987, p. 12



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A notícia traz a informação do desaparecimento de Severo Lopes do Nascimento, descrito no texto como um senhor que “tem problema de debilidade mental”. O enunciador afirma que o homem desapareceu há dias e deixou sua família preocupada, principalmente seu filho, que já o procurou pelas delegacias e hospitais e não obteve sucesso. O texto segue pontuando a preocupação da família em encontrar seu ente considerado “doente mental”, o que fez, inclusive, estes se dirigirem à redação do Jornal *O Dia* para pedir que divulgassem o fato.

O enunciado relata que mesmo sendo “doente mental”, o homem “é calmo e vivia tranquilamente no convívio de sua família” (Figura 54), reforçando o estigma de que o transtorno mental é associado à agressividade, violência e histeria. A linguagem utilizada pelo enunciador nos revela uma prática discursiva, carregada de sentido e efeitos de sentido construídos em relação ao louco ao longo do tempo. Além disso, reforça o distanciamento entre pessoa com transtorno mental e seus familiares, apresentando o caso do Sr. Severo como a exceção.

Figura 54 - *O Dia*, 24 de julho de 1987, p. 12

Mesmo doente, Severo Lopes é calmo e vivia tranquilamente no convívio de sua família no bairro São Pedro de onde desapareceu misteriosamente sem deixar pistas. Segundo o

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A notícia segue passando as informações sobre o dia do desaparecimento do homem, pedindo que quem tivesse informações passassem à família responsável. É interessante perceber que a busca pelo homem desaparecido é realizada pela família, e não pela polícia.

Acreditamos que isso possa ter acontecido diversas vezes com diversas pessoas por inúmeras questões, seja por se tratar de uma pessoa considerada “doente mental”, não sendo prioridade policial, ainda mais considerando a superlotação dos hospitais psiquiátricos do Estado; ou seja pela iniciativa ter se dado por parte da família em não confiar na polícia para encontrar seu familiar desaparecido, considerando que o desaparecimento de pessoas com transtornos mentais era bastante comum nessa época.

Quando não se tornavam responsabilidade familiar, a polícia era a principal responsável por investigar e assumir os direcionamentos acerca de situações que envolvessem pessoas

com transtornos mentais dentro de uma sociedade. É o que nos leva a próxima categoria, onde o louco se torna responsabilidade policial.

5. 4. 4. Louco enquanto Responsabilidade Policial

A primeira notícia analisada é de título “*Loucos: desafio à segurança*” e foi publicada em 11 de abril de 1973, na página oito do 1º Caderno da edição (Figura 55). A imagem que acompanha o texto é a mesma de uma das notícias analisadas na categoria anterior.

Figura 55 - *O Dia*, 11 de abril de 1973, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A partir do contexto jornalístico no qual a notícia foi construída, acreditamos que o uso da imagem de uma pessoa considerada louca associada à questão de segurança pública tem como consequência o reforço dos estigmas e a manutenção de um perfil comum no que tange à pessoa com transtorno mental, como também em relação à pessoa em situação de rua e, mais grave ainda, a pessoa com transtorno mental em situação de rua.

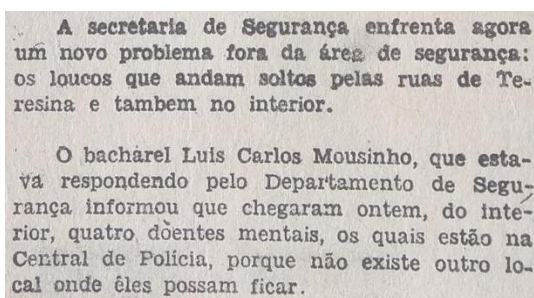
A formação dos sentidos no que diz respeito à pessoa dita como louca e os efeitos de sentido que são acionados a partir desse conjunto de enunciados e associações também reforçam os estigmas e os preconceitos sobre a pessoa com transtorno mental.

É necessário perceber que as condições de produção discursiva e a repetição noticiosa de um padrão da figura do louco são capazes de formar uma memória discursiva, compreendida aqui como um perfil associado instantaneamente a um padrão de comportamento que reproduz juízos de valor e estereótipos relativos a esses sujeitos.

O enunciado do primeiro parágrafo da notícia descreve como um “novo problema” os considerados “loucos” andarem “soltos” pelas ruas da capital e do interior. Já podemos perceber que a liberdade dessas pessoas causava incômodo na sociedade e nos órgãos de segurança pública, visto que se estarem “soltos” era considerado um problema, suponhamos que seu aprisionamento ou encarceramento seria considerado o correto para a época.

O responsável pelo Departamento de Segurança informou que chegaram do interior quatro “doentes mentais” e que estão na Central de Polícia (Figura 56), pois não há outro local em que possam ficar. É interessante pontuar que, a menos de um ano, como trouxemos na categoria analisada anteriormente, dizia-se possível atender a todos os que se encontravam em estado grave.

Figura 56 - *O Dia*, 11 de abril de 1973, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

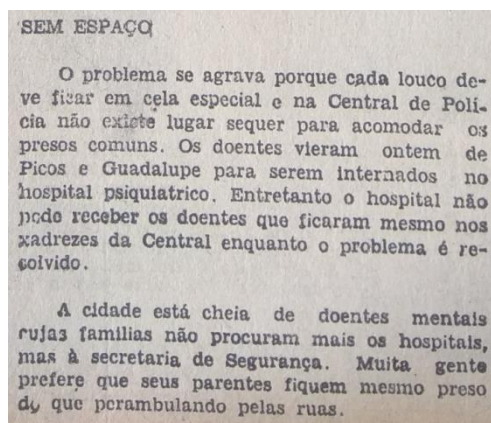
Assim sendo, os que não se encontravam nesse estado grave, não tinham para onde ir, pois nos hospitais psiquiátricos não havia vagas por não ser grave o suficiente; nem nas residências domiciliares por não por haver suporte e auxílio médico; nem nas delegacias por não serem violentos o suficiente, o que gerou o crescente número de pessoas com transtornos mentais nas ruas da cidade.

Podemos perceber que, ao mesmo tempo em que qualquer pessoa com um comportamento desviante ou considerado “anormal” para a sociedade da época já era motivo suficiente para a internação nos hospitais psiquiátricos, também havia um perfil ideal de louco para ser internado no hospital psiquiátrico, tendo que ser louco, agressivo, violento, imprevisível e problemático o suficiente pra precisar estar internado em um manicômio.

Na categoria analisada anteriormente, na qual o louco é enquadrado como responsabilidade familiar, depreendemos que muitas famílias levavam seus entes para serem internados nos hospitais psiquiátricos por diversos motivos, desde um real quadro de instabilidade, crises de violência, ou até mesmo por desavenças familiares, funcionando como uma alternativa para isolar aquele indivíduo. Assim, ao passo que necessitava haver um perfil comum ao louco para que este fosse internado, se não houvesse um atendimento psiquiátrico, qualquer pessoa poderia ser internada na instituição sem motivos reais para tal fato, o que gerava uma superlotação nas instituições psiquiátricas.

O texto segue pontuando que o problema se torna mais grave, pois os considerados “loucos” não podem ficar em cela comum, misturado aos outros presos e que devem ficar em uma cela especial, o que limita as vagas para os presos comuns e proporciona uma superlotação na Central de Polícia (Figura 57).

Figura 57 - *O Dia*, 11 de abril de 1973, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O último parágrafo traz um enunciado que descreve que a cidade “está cheia de doentes mentais cujas famílias não procuram mais os hospitais, mas à secretaria de Segurança”, pois muitos familiares preferem que seus parentes fiquem presos nas cadeias do que estando em situação de rua, considerando o desamparo, a fome, a sede, o perigo em que se encontravam ao ficarem nas ruas. Realidade comum para a época levando em conta que os hospitais psiquiátricos estavam superlotados e os hospitais das cidades do interior do Estado não conseguiam atender a demanda de atendimento psiquiátrico que era necessitado.

Nessa notícia, o discurso construído pelo enunciador em relação ao louco o coloca em uma situação de descontrole populacional. Analisando a marca discursiva “a cidade está cheia” concluímos que o louco se torna um problema familiar, de polícia e segurança pública, institucional e psiquiátrico.

O grande número de eixos no qual o louco é percebido como um “problema” nos faz identificar as formações dos modos enunciativos pelos quais o louco se torna notícia. Essas formações desencadeiam uma regularidade que permite a emergência de diversos objetos para o discurso que põe a loucura enquanto eixo principal. Esses discursos também são responsáveis por construir as representações da figura do louco, reforçando padrões e perfis constantemente associados a essas pessoas.

Publicada em 13 de abril de 1973, na página oito do 1º Caderno da edição, a segunda notícia analisada é “*Segurança nervosa com tantos loucos*” (Figura 58).

Figura 58 - *O Dia*, 13 de abril de 1973, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciado presente no título já apresenta um quadro de descontrole em relação à figura do louco. Notamos, a partir da formação discursiva “Segurança nervosa com tantos

loucos”, que os órgãos de segurança pública, considerados os responsáveis por manter a ordem e a segurança da população, agora se apresentam desestabilizados, sem muitas opções sobre como proceder com a superlotação de pessoas com transtornos mentais nas cadeias e centrais de polícia.

O texto inicia afirmando que a Secretaria de Segurança recebeu de Landri Sales, cidade do interior do Piauí, “mais dois loucos que estavam ameaçando a população da cidade”. A notícia não identifica quem de fato enviou essas pessoas à Secretaria de Segurança, mas podemos notar que a intenção era a retirada dessas pessoas dos espaços públicos e o aprisionamento – já que estavam sendo consideradas perigosas – com um tratamento psiquiátrico ou não – considerando a situação de superlotação nos hospitais psiquiátricos que já acometia Teresina.

O Sargento Alberto José dos Santos comissário de polícia de Landri Sales chegou ontem e trouxe em sua companhia José Moreira, mais conhecido por Zé Gato; e Wilson Carvalho de Sousa doentes mentais que estão precisando de tratamento. Não ficou só nisso: o sargento Alberto disse que ainda ficaram em Landri Sales três doentes que também precisam ser internados imediatamente, porque estão furiosos (*O Dia*, 13 de abril de 1973, p. 8).

O enunciado acima traz a fala do Sargento, responsável pela saída dos considerados loucos de sua cidade de origem para buscar tratamento psiquiátrico na capital. Não sabemos se essa foi uma decisão da família dessas pessoas ou se uma decisão médica, jurídica, social ou policial.

O fato é que havia um grande número de migração de pessoas com transtornos mentais vindas do interior do estado para serem tratadas da “doença da loucura”. O discurso utilizado pelo sargento é o de que essas pessoas estavam “furiosas”. Novamente, é reforçado o estereótipo relacionado ao sujeito considerado louco, o de agressivo, potencialmente violento e nos casos presentes na categoria analisada.

O enunciador do texto segue pontuando que a Secretaria de Segurança “não sabe o que fazer com tanto louco” e que apesar de não ser sua responsabilidade, um grande número de pessoas consideradas “doentes mentais” é levado para as delegacias e o objetivo é claro: a contenção e o controle desses corpos considerados agressivos e violentos (Figura 59). É importante destacar que o louco se torna caso e responsabilidade de polícia a partir do

momento que viola a segurança pública e que se é considerado um perigo para a sociedade, casos bastante comuns na década de 1970 e 1980 em Teresina e no Piauí.

Figura 59 - *O Dia*, 13 de abril de 1973, p. 8

A Secretaria de Segurança não sabe o que fazer com tanto louco, apesar de não ser da sua atribuição os doentes mentais, principalmente do interior, geralmente são levados para os delegados.

O bacharel Luis Carlos Mousinho, diretor do Departamento de Polícia Judiciária, informou que a Secretaria não dispõe de acomodação para os doentes que ficam recolhidos aos xadrezes da Central de Polícia. Disse que os hospitais psiquiátricos não possuem psiquiátricos e por isso os doentes são levados para a Polícia.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Enquanto nas principais cidades do Brasil as primeiras transformações da Reforma Psiquiátrica apareciam nas décadas em questão, no Piauí esse processo se agravava e eram reforçados os estigmas sobre figura do louco. No último parágrafo da notícia, o enunciado traz a fala do diretor do Departamento de Polícia Judiciária informando que a Secretaria não dispõe de acomodação para os considerados “doentes” que ficam “recolhidos” nas Centrais de Polícia. A marca discursiva “recolhidos” é utilizada aqui como forma de amenizar um termo de aprisionamento ou encarceramento, fazendo acreditar que é para o bem da sociedade que essas pessoas estão presas nas Centrais.

Os hospitais psiquiátricos não tinham mais leitos disponíveis – e essa era uma informação facilmente compartilhada entre as instituições de segurança pública. Acreditamos que a retirada dessas pessoas dos seus convívios e lugares de origem tinha como principal objetivo a higienização da cidade e dos espaços compartilhados, sabendo que assim que disponibilizassem vagas no Hospital Areolino de Abreu, os considerados “doentes mentais perigosos” seriam remanejados para a instituição ou seriam simplesmente esquecidos dentro das cadeias públicas.

É válido destacar que essas pessoas eram levadas para a capital sem nenhum tipo de assistência médica, jurídica ou familiar, ou seja, eram transferidos sem nenhum

acompanhante, o que nos faz questionar como essas pessoas eram internadas se só podia abrir o procedimento de internação se houvesse um responsável familiar para se comprometer ao acompanhamento psiquiátrico. Acreditamos que o poder policial existente seria responsável por essas autorizações, considerando o bem-estar social como prioridade pública.

Passamos agora a terceira notícia analisada de título “*Loucos: problema para a polícia*”, publicada em 19 de abril de 1974 e localizada na capa e na página 6 da edição.

Figura 60 - *O Dia*, 19 de abril de 1974, capa



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciado no título da notícia apresenta os considerados “loucos” como um problema, uma questão fora do controle dos órgãos de segurança pública e ainda questiona se há solução para este problema. A imagem que acompanha a chamada da notícia mostra um homem sem camisa, atrás de grades e com um semblante triste.

O texto inicia reforçando a situação que a Secretaria de Segurança enfrenta em relação à superlotação das Centrais de Polícia com os considerados “loucos”. Um ano de diferença separa esta notícia da notícia analisada anteriormente, contudo, a superlotação das Centrais de Polícia permanece em consequência da superlotação do Hospital Areolino de Abreu. É interessante observar que o enunciador aponta como um “problema” os considerados “loucos” que estão nos espaços públicos da capital, e não a superlotação dos hospitais psiquiátricos e das Centrais de Polícia.

A formação discursiva “Mais uma vez a Secretaria de Segurança enfrenta problemas causados por loucos”, apresentada pelo jornal, coloca como se essas pessoas tivessem escolhido terem sido retiradas do seu lugar de origem para se manterem em uma cela superlotada, passando necessidades e sem saber seu destino final.

Já a formação discursiva “Enquanto isso, as ruas de Teresina vivem infestadas de doentes mentais num constante perigo para a população” posiciona as pessoas consideradas “doentes mentais” como uma praga da sociedade, vistas como um problema sem solução, que causa desconforto, mal estar, medo e receio na sociedade.

O texto segue na página 6 da edição, afirmando, já através do título, que os considerados “loucos” são um problema para a polícia (Figura 61). Ao mesmo tempo em que o louco é um problema de família, ele também é considerado um problema médico e policial, ou seja, a loucura se torna um problema de todos e um problema de ninguém.

Figura 61 - *O Dia*, 19 de abril de 1974, p. 6



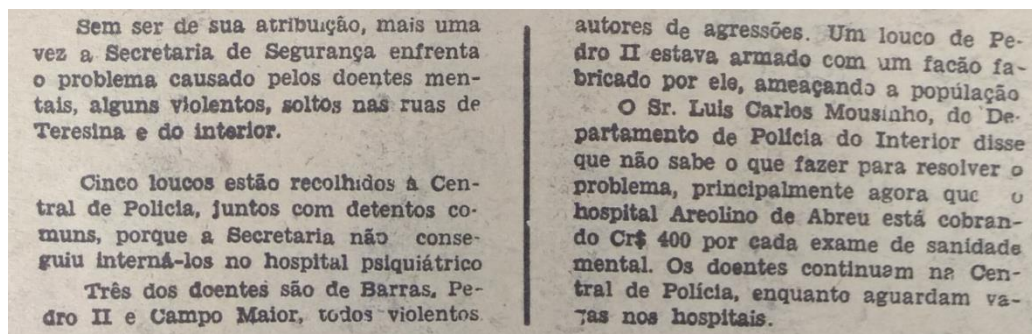
Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Esses modos de operação e construção discursiva que indefinem a responsabilidade sobre a pessoa considerada “doente mental” também são fatores relevantes para a construção de práticas discursivas que reforçam o perfil do louco como um “problema”, permitindo se construir uma superfície de associação entre “loucura” e “problema” por meio da linguagem e dos eixos pelos quais o louco se torna notícia.

Se no título da notícia a responsabilidade sobre o louco é da polícia, a formação discursiva “Sem ser de sua atribuição, a Secretaria de Segurança enfrenta o problema causado

pelos doentes mentais” (Figura 62) contrapõe esse argumento, reforçando as questões de responsabilidade sobre os loucos que ocupam os espaços públicos da cidade.

Figura 62 - *O Dia*, 19 de abril de 1974, p. 6



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto segue pontuando que cinco pessoas consideradas “loucas” foram recolhidas à Central de Polícia e misturados a detentos comuns, pois o hospital psiquiátrico Areolino de Abreu se encontrava superlotado. O enunciador também pontua que três desses “doentes” são considerados violentos, “autores de agressões”.

É importante perceber que a marca discursiva “Um louco de Pedro II estava armado com um facão fabricado por ele, ameaçando a população” reforça os estereótipos agressivos e potencialmente violentos em relação à pessoa com transtorno mental e ainda predispõe a responsabilidade sobre o louco como um caso de polícia.

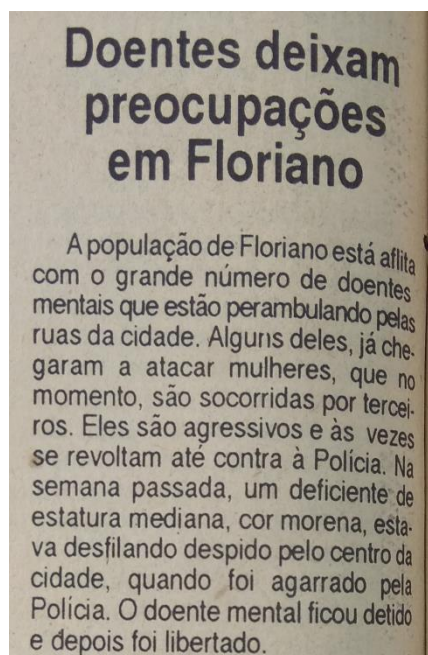
Acreditamos que havia pessoas com transtornos mentais graves que acabavam agredindo quem lhe proporcionava algum tipo de perigo ou ameaça e, considerando o estado de encarceramento em que se encontravam, podemos identificar como uma reação à violência que sofriam.

O enunciado presente no último parágrafo da notícia pontua que o Departamento de Polícia “não sabe o que fazer para resolver o problema, principalmente agora que o hospital Areolino de Abreu está cobrando Cr\$ 400 por cada exame de sanidade mental”. Isso nos faz refletir sobre a real intenção de uma cobrança financeira por um exame que afirme quem é louco e quem é são, considerando que as pessoas mais desfavorecidas financeiramente não teriam condição de arcar com esse custo, o que, conseqüentemente, acarretaria em maior número de pessoas pobres com transtornos mentais em situação de rua ou encarceradas nas Centrais de Polícia.

Na notícia analisada, podemos identificar o reforço dos estigmas e dos preconceitos existentes em relação à pessoa considerada “doente mental”, além da repetição de um padrão perigoso, potencialmente violento e agressivo associado a essas pessoas. A loucura é manifestada na notícia como uma situação fora do controle e da responsabilidade policial, embora muitos dos considerados “loucos” estejam sob a custódia da polícia, não por vontade própria, mas em consequência de um processo de higienização das cidades do interior do Estado.

Passamos agora a quarta notícia analisada, de título “*Doentes deixam preocupação em Floriano*”, publicada em 17 de dezembro de 1992, localizada na página oito do Caderno 1 da edição (Figura 63). O enunciador inicia relatando que a população da cidade de Floriano, localizada a 240km de Teresina, está “aflita com o grande número de doentes mentais que estão perambulando pelas ruas da cidade”. Podemos identificar o desconforto em relação à pessoa com transtorno mental em ocupar os espaços públicos da cidade.

Figura 63 - *O Dia*, 17 de dezembro de 1992, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

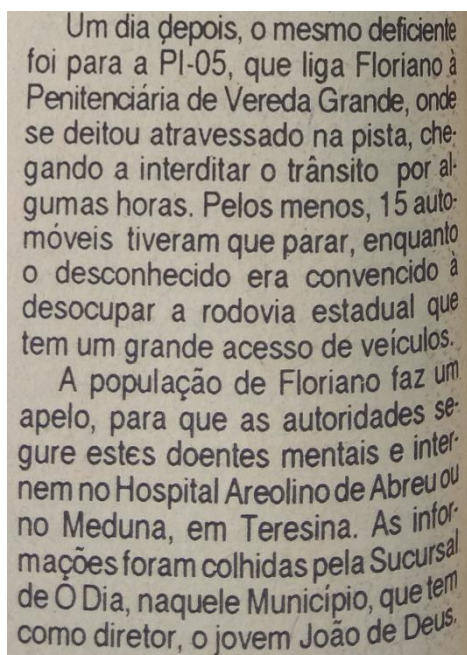
A formação discursiva “Alguns deles, já chegaram a atacar mulheres, que no momento, são socorridas por terceiros” apresenta o risco potencial que os considerados loucos ofereciam à sociedade, colocando em risco a vida das mulheres da cidade. A notícia segue afirmando que os considerados “doentes mentais” são agressivos e se revoltam “até contra a Polícia”,

isto é, a instituição responsável pela segurança pública se encontrava em situação de temor em relação aos considerados “loucos” da cidade por não saber como lidar.

O produto noticioso segue colocando um caso em que um “deficiente”, como é citado pelo enunciador, estava desfilando despido pelo centro da cidade “quando foi agarrado pela polícia”. É válido perceber que embora a polícia tenha agarrado o homem, ele não oferecia nenhum perigo no momento da abordagem. O fato de a pessoa ter sido “agarrada” pela polícia demonstra também os mecanismos de contenção realizados na época, visto a necessidade de controle existente. O enunciado afirma também que o homem foi preso e liberado pela polícia em seguida.

No penúltimo parágrafo (Figura 64), o enunciado comenta sobre outro episódio com o mesmo homem considerado “doente mental”. Novamente, o homem não oferecia nenhum perigo à sociedade, dado que apenas atrapalhava o trânsito e causava um transtorno no fluxo de veículos, mas, mesmo assim, configurado como um problema para as autoridades policiais.

Figura 64 - *O Dia*, 17 de dezembro de 1992, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A notícia é encerrada com um apelo feito pela população de Floriano para que as autoridades “segure este doentes mentais e internem no Hospital Areolino de Abreu ou no Meduna, em Teresina”. Podemos perceber através da formação discursiva acima que os considerados “doentes mentais” causam transtornos somente por ocupar os espaços públicos compartilhados e quando acontece de alguma dessas pessoas consideradas “loucas” se

envolverem em algum episódio da cidade, a sua loucura se torna argumento suficiente para seu aprisionamento e reclusão, conseqüentemente, se tornando caso de polícia.

É válido destacar que 18 anos separam esta notícia da notícia analisada anteriormente, contudo, as pessoas consideradas “doentes mentais” permaneceram sendo vistas como um problema, uma questão de polícia que necessitava de internação e isolamento, sendo vistas como sinônimo de vergonha e constrangimento para a população. Além disso, os órgãos responsáveis pela segurança pública ainda buscavam mecanismos para uma distribuição dos considerados “doentes mentais” nos hospitais psiquiátricos existentes.

Seguimos a análise da categoria do louco enquanto responsabilidade policial, agora com a última notícia analisada. De título “*Doentes mentais presos ilegalmente*”, a notícia foi publicada no dia 17 de junho de 1994 e localizada na capa da edição e na página 8 do primeiro caderno (Figura 65).

Figura 65 - O Dia, 17 de junho de 1994, capa



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A notícia em questão trata de pessoas com transtornos mentais que foram encarceradas em uma Penitenciária de Teresina por conta da superlotação dos hospitais psiquiátricos e das Centrais de Polícia. Podemos identificar nos enunciados a seguir que não havia assistência suficiente nos hospitais da capital para a grande procura de pessoas que buscavam tratamento psiquiátrico. Para que essas pessoas não ficassem nas ruas, elas eram levadas às delegacias e penitenciárias, como pontuamos anteriormente.

A fotografia que acompanha a matéria de capa mostra três homens sentados em um banco de cimento com um colchão em péssimas condições. O texto que acompanha a fotografia, “*Reclusos, eles são obrigados a dormir em camas de cimento sem colchão*”, reforça outro perfil do louco, agora não mais uma pessoa potencialmente agressiva, mas sim recluso e isolado de qualquer convívio. Aqui observamos as transformações do perfil do louco, desde o perfil invasor que ocupa as ruas ao perfil abandonado que, embora digno de pena, também é considerado perigoso.

A penitenciária Major César era considerada uma referência na rede de encarceramento da região, mas que com a chegada dos considerados “doentes mentais”, passou a viver um momento de crise. Para lá, foram levadas 17 pessoas que não foram sentenciadas pela Justiça, ou seja, que não cometeram crimes ou ainda não foram julgadas criminalmente. Assim, não deveriam estar em uma instituição penitenciária.

Porém, a superlotação do Hospital Areolino de Abreu e a necessidade de uma higienização social que objetivava tirar essas pessoas das ruas e colocá-las em uma instituição fechada fez com que fossem transferidas para onde houvesse maior garantia de vigilância.

É importante perceber que, a princípio, a notícia não tem como foco principal o encarceramento de pessoas que não cometeram crimes e nem mesmo carrega um caráter denunciativo sobre isso, mas visa, especialmente, dar destaque ao que as pessoas consideradas “doentes mentais” fizeram dentro da Penitenciária.

Além disso, a superlotação do HAA fez com que essas pessoas fossem transferidas para as Centrais de Polícia até chegar ao momento em que até mesmo as Centrais já estavam superlotadas de pessoas consideradas “doentes mentais”, além dos presos comuns.

A formação discursiva “Eles queimam colchões, danificam cadeados, celas e paredes, além de abrirem túneis nos banheiros” (Figura 66) demonstra uma contradição em relação à fotografia que acompanha a notícia. Enquanto a chamada principal e a imagem falam de cidadãos com transtornos mentais presos ilegalmente, a representação discursiva construída na notícia jornalística reforça o perfil agressivo e perigoso do louco.

O mesmo enunciado também afirma que os loucos correm risco de serem confundidos com detentos condenados e, portanto, estão à mercê de punição e podem vir a ser alvejados pelos militares. Podemos perceber que o louco sai do papel de agressor e passa a ser o agredido, a vítima.

Figura 66 - *O Dia*, 17 de junho de 1994, capa

A penitenciária Major César Oliveira (25 km de Teresina) era considerada um presídio modelo até alguns anos atrás, mas atualmente atravessa por uma crise e está sendo depredada por doentes mentais encaminhados pra lá, embora não tenham sido sentenciados pela Justiça. Eles queimam colchões, danificam cadeados, celas e paredes, além de abrirem túneis nos banheiros. Eles correm riscos de serem confundidos com detentos condenados e alvejados por alguns dos militares da guarda externa. Em sua totalidade, são 17 doentes mentais, que permanecem na penitenciária sem acompanhamento psiquiátrico direto.

Página 8

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciado traz a fala do diretor da Penitenciária afirmando dos riscos que os considerados “doentes mentais” correm dentro da instituição. Para o diretor, entretanto, são eles mesmos que se colocam nessas situações de risco, pois se deixam manipular pelos presos comuns que tentam fugir, reforçando o caráter manipulável que foi construído em cima dos considerados “doentes mentais”.

“Eles nunca deveriam ter ido para a penitenciária. Deveriam estar no hospital Areolino de Abreu ou no Sanatório Meduna para receber o tratamento adequado”, diz o presidente do Sindicato dos Policiais Civis Penitenciários e Servidores da Justiça” (*O Dia*, 17 de junho de 1994, p. 8).

Notamos que a fala do presidente do Sindicato é colocada pelo enunciador como se os considerados loucos estivessem presos na penitenciária por vontade própria e reforça a questão como um problema a ser solucionado.

A formação discursiva “Os prejudicados mentalmente dormem em camas de cimento sem colchões e alguns ficam isolados” (Figura 67) reforça a necessidade de isolamento de alguns sujeitos considerados loucos. O estereótipo do louco considerado perigoso é novamente identificado no discurso jornalístico.

Além disso, ainda no mesmo enunciado é afirmado que todos estão correndo risco dentro da instituição penitenciária. A formação discursiva “Todos nós corremos o risco de ser atingidos por uma pedrada, um estilete porque além de trabalharmos com detentos de alta periculosidade, ainda convivemos com 16 loucos” põe a pessoa com transtorno mental, que está presa, como um agravante na situação carcerária, assim como reitera o perfil perigoso do louco.

Figura 67 - *O Dia*, 17 de junho de 1994, p. 8

Os prejudicados mentalmente dormem em camas de cimentos sem colchões e alguns ficam isolados. A penitenciária não possui ambulatório, enfermeiro e psiquiatra para o tratamento dos detentos com problemas mentais. “A Secretaria de Justiça teria que colocar um psiquiatra de plantão aqui, diretamente, todos os dias. Aqui o chefe de grupo é chefe de segurança, enfermeiro, médico, cozinheiro, é tudo. Todos nós corremos o risco de ser atingidos por uma pedrada, um estilete porque além de trabalharmos com detentos de alta periculosidade, ainda convivemos com 16 loucos”, afirma o chefe da Segurança da Penitenciária Major César de Oliveira, Deusdeth Soares Araújo.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Na notícia supramencionada, podemos identificar a responsabilidade policial e carcerária no que se refere a um aprisionamento e a contenção dos corpos dos sujeitos considerados “doentes mentais” a fim de higienizar as áreas urbanas compartilhadas, bem como isolar esses sujeitos para que não sejam vistos e nem percebidos pela sociedade.

Observamos que o local em que essas pessoas são direcionadas só é relevante para os órgãos de segurança pública envolvidos, como Secretarias de Segurança, Centrais de Polícia e Penitenciárias, pois os quadros de superlotação e desassistência causavam transtornos para os próprios funcionários.

De todo modo, tornava-se responsabilidade policial a retirada dessas pessoas dos seus lugares de origem, como também a distribuição dos mesmos entre as instituições de aprisionamento. Quadros de superlotação como este era considerado comum, mas eram constantemente denunciados nos jornais da época, revelando que, até mesmo aprisionados, os conjecturados “doentes mentais” se tornavam um problema.

Nessas notícias, nas quais o louco é percebido enquanto responsabilidade da polícia, identificamos que o perfil do louco se mantém enquanto objeto da loucura e que, apesar do perfil do louco ser apresentado e modificado de acordo com o tempo e o espaço, percebemos uma busca pela regularidade das formações dos enunciados e por uma unidade discursiva, que permanece enquadrando o louco em um perfil – ou em diversos perfis – e construindo uma série de discursos através do encadeamentos de enunciados.

Durante séculos, o louco foi configurado sob a ótica de um problema que atravessou questões de tempo, espaço, classe social, cor, localidade, gênero e diversas outras questões que alteraram o olhar sobre a pessoa considerada “doente mental”. Chamamos atenção agora para esta última questão, a qual o gênero da pessoa considerada “doente mental” foi decisiva para a construção de um perfil em comum, como também se tornou um fator relevante para seu discurso ser ou não ser legitimado. É o que nos leva a construir a categoria analítica de Loucura e Gênero que iremos desenvolver agora.

5. 4. 5. Loucura e Gênero

Iniciamos a discussão dessa categoria com a notícia “*A doce liberdade da menina louca*” foi publicada em 23 de março de 1979, localizada na página oito do Caderno 1 da edição (Figura 68). A matéria fala sobre uma jovem que tomava banho no rio Parnaíba e estava sem roupa nas margens do rio.

Figura 68 - *O Dia*, 23 de março de 1979, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A imagem que ilustra a notícia tem como subtítulo “*Nudismo: A liberdade no rio*”. Podemos identificar a partir desse enunciado que seu estado de nudez é apresentado como uma liberdade a ser desfrutada e carrega em si uma infantilização da jovem como se ela não tivesse a noção do que a sua nudez pudesse representar, considerando o contexto narrativo. A imagem da mulher considerada “louca” foi editada com uma tarja preta para cobrir apenas os seus seios, exibindo seu corpo sem nenhum tipo de critério jornalístico ou respeito.

O seu corpo não é respeitado e é válido refletir se esse desrespeito acontece pela nudez em que a mulher se encontrava ou se é por ser considerada “louca”, dando margem para essa mulher ser considerada “louca” justamente pelo estado de naturalização da própria nudez.

No primeiro parágrafo da notícia, a marca discursiva “encarou o pessoal que lhe observava despida, com a maior naturalidade” (Figura 69) reflete um perfil naturalizado dessa mulher considerada “louca”, de quem não teme e não se importa com determinadas normas sociais impostas, caracterizado como “típico de um louco” por meio das características de desleixo, descuido, despreocupação.

Figura 69 - *O Dia*, 23 de março de 1979, p. 8

Contemplando a visão panorâmica do majestoso Centro Administrativo do Estado - sem temer os jacarés que habitam a área - a jovem que aparece na foto encarou o pessoal que lhe observava despida, com a maior naturalidade e ainda fez pose para o fotógrafo de O DIA.

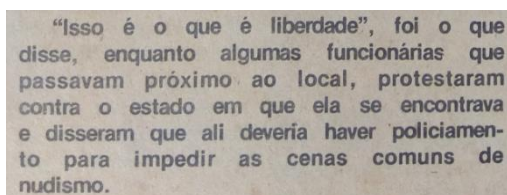
Ela simplesmente deleitava-se sobre a areia fina e fria na beira do Parnaíba, onde tomou um banho gostoso e depois deitou-se para bronzear-se sentindo a delícia de um clima agradável, indiferente ao fato de estar provocando alegria nos homens e raiva nas mulheres.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense

No segundo parágrafo, a marca “simplesmente deleitava-se” também reflete essa naturalidade como se uma pessoa considerada “normal” não tivesse esse comportamento. Percebemos também que seu comportamento causa um desconforto na sociedade, apresentado na formação discursiva “alegria nos homens e raiva nas mulheres”, refletindo a ideia de que homens gostam de ver mulheres nuas e mulheres sentiam raiva com essa cena. Em relação a essa questão, a jovem é vista como “indiferente” a esse desconforto, como se ela não se importasse porque não era considerada “normal”.

O último parágrafo da notícia traz uma fala da jovem (Figura 70) – o que significa que a entrevistaram e lhe deram o direito de voz. No entanto, acreditamos que essa fala foi colocada de maneira tendenciosa, até mesmo ridicularizada, a fim de expor a jovem. Ainda no mesmo enunciado percebemos que outras pessoas se incomodaram com sua nudez.

Figura 70 - *O Dia*, 23 de março de 1979, p. 8



“Isso é o que é liberdade”, foi o que disse, enquanto algumas funcionárias que passavam próximo ao local, protestaram contra o estado em que ela se encontrava e disseram que ali deveria haver policiamento para impedir as cenas comuns de nudismo.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A formação discursiva “disseram que ali deveria haver policiamento para impedir as cenas comuns de nudismo” reflete, através de uma polifonia, que a melhor solução era a retirada forçada dos considerados incômodos para a sociedade pela segurança policial e que essas cenas comuns de nudismo também retratavam um incômodo e a necessidade de higienização social, característica dada constantemente ao sujeito considerado louco.

Essa mulher-louca apresentada na notícia acima poderia ter algum tipo de transtorno mental comprovado, mas o que percebemos é que esse diagnóstico foi apresentado de maneira prévia somente por ela ter tomado um banho de rio sem roupa, sem se preocupar com as pessoas a sua volta. É importante considerar o contexto histórico em que a notícia foi construída, pois essa mulher considerada “louca” era vista como uma afronta ao perfil ideal de mulher construído na década de 1970, onde na capital Teresina, a sociedade era bastante conservadora e o corpo da mulher visto como um ser submisso e como um fetiche sexual.

Por fim, um perfil infantilizado foi construído sobre essa mulher-louca, como se além de todos os fatores por ela ser quem era não fossem suficientes para sua voz ser legitimada. Desse modo, a infantilização deslegitima sua fala, sua vontade, seu corpo e sua liberdade. Nessa notícia identificamos a construção de uma regularidade na formação dos modos enunciativos associadas à questão de gênero.

Essa construção de regras nas formações discursivas podem ser percebidas através da necessidade de enquadrar discursivamente um perfil ao louco, mas também pode ser percebida sobre o viés de gênero, visto que se o homem considerado louco era vítima de preconceito e estigma, a mulher considerada louca era deslegitimada também por seu gênero e por todos os objetos discursivos que acompanham essa figura.

O texto da notícia “*Débil mental mata mulher e agora persegue os parentes*”, publicada em 9 de junho de 1979 na página oito do primeiro Caderno (Figura 71), inicia com o testemunho do senhor Raimundo Nonato que “apavorado, temendo ser assassinado a qualquer momento” dirigiu-se a redação do Jornal *O Dia* para pedir ajuda, pois está sendo perseguido

por seu ex-cunhado Francisco José dos Santos, apresentado como “débil mental”. A marca discursiva “apavorado, temendo ser assassinado” revela o temor que o homem sentia e reforça uma memória discursiva em relação ao considerado “débil mental”.

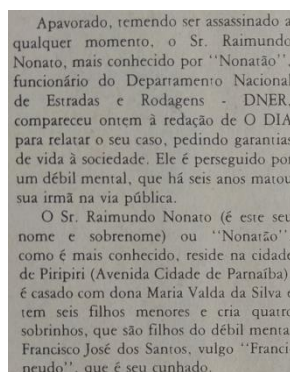
Figura 71 - O Dia, 9 de junho de 1979, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto traz a informação de que o homem considerado “débil mental” assassinou a irmã do Sr. Raimundo Nonato, seis anos antes, em via pública, e agora persegue a ele e a sua família (Figura 72). Responsável por criar os quatro filhos de sua irmã com Francisco José dos Santos, o Sr. Raimundo temia ser morto pelo seu ex-cunhado, que foi preso pelo crime que cometeu, mas dias depois foi posto em liberdade, “devido ter sido constatado que tratava-se realmente de um louco e passou uma temporada internado no Hospital Colônia Areolino de Abreu”.

Figura 72 - O Dia, 9 de junho de 1979, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

É importante destacar que o crime cometido por uma pessoa com transtornos mentais era e ainda é considerado inimputável, pois o Estado entende que essas pessoas não compreendem a ilicitude do ato criminoso. Apesar disso, na década de 1970, no Piauí já se discutia a possibilidade da criação de um manicômio judiciário, direcionado às pessoas com transtornos mentais que cometiam crimes.

Ainda no texto, o Sr. Raimundo Nonato afirma que seu ex-cunhado é “sabido-doido”, pois “faz tudo correto quando é para se beneficiar, mas em relação aos seus parentes, procura atacá-los” (Figura 73). Podemos compreender, a partir das marcas discursivas acima, que o entendimento sobre uma pessoa considerada “doida” é de que seja desprovida de inteligência, distraído, tolo e ingênuo. Quando o considerado “doente mental” não se enquadra nesse perfil, ele passa a ser caracterizado como um “doido esperto demais”. A notícia ainda pontua que Francisco José dos Santos também persegue uma cunhada, que era amiga de sua ex-mulher.

Figura 73 - *O Dia*, 9 de junho de 1979, p. 8

No dia 28 de novembro de 1973, “Francisco”, assasinou com um “chacho” (espécie de cavador), sua mulher Maria Consuelo Alves dos Santos, fato registrado no bairro São Cristóvão, em Teresina, onde o casal residia na rua 6.

Maria Consuelo foi assassinada no meio da rua. Seu corpo ficou esfaçalhado e os miolos ficaram expostos. Foi um dos crimes mais bárbaros já registrados em Teresina. O criminoso foi preso e autuado em flagrante, passou alguns dias na cadeia, mas foi posto em liberdade, devido ter sido constatado que tratava-se realmente de um louco e passou uma temporada internado no Hospital Colônia Areolino de Abreu.

O Sr. Raimundo Nonato chegou à conclusão que o seu cunhado é “sabido doido” ou vice-versa, porque faz tudo correto quando é para se beneficiar, mas em relação aos seus parentes, procura atacá-los. Assim, fica ganhando dinheiro do 2º BEC como aposentado e sem fazer nada de proveito.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A notícia segue pontuando outro assassinato que Francisco dos Santos cometeu ainda enquanto estava internado no Sanatório Meduna, reforçando o perfil perigoso do homem

considerado “doido” (Figura 74). No parágrafo seguinte esse perfil se mantém sendo exposto, e através das marcas discursivas “De periculosidade comprovada” e “(...) encontra-se impune, em liberdade, podendo atacar a qualquer hora, fazendo novas vítimas” revela as construções simbólicas associadas às pessoas com transtornos mentais de que são pessoas perigosas, que deveriam ser isoladas do convívio social e de que não são reabilitáveis.

Figura 74 - *O Dia*, 9 de junho de 1979, p. 8

No ano passado, Francisco José dos Santos assassinou um rapaz - maranhense de Imperatriz - no Hospital Meduna, com uma cadeirada, segundo o Sr. Raimundo Nonato.

De periculosidade comprovada, temido até por sua família, Francisco José dos Santos, encontra-se impune, em liberdade, podendo atacar a qualquer hora, fazendo novas vítimas e já invadiu três vezes uma casa pertencente ao Sr. Raimundo Nonato, no bairro São Cristóvão, olhou até debaixo da cama para ver se o encontrava. A casa é do Sr. Raimundo Nonato mas está alugada.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

É importante considerar que não foram dadas informações sobre o crime cometido por Francisco dos Santos contra a própria mulher. Apesar de constar as características do crime, não sabemos as motivações de Francisco dos Santos para assassinar a própria companheira. De todo modo, compreendemos que este foi um crime cometido por questões de gênero e consideramos que este é um fator relevante para não ter sido investigado na época.

O texto encerra com o enunciador afirmando que o Sr. Raimundo Nonato já solicitou duas vezes alguma medida policial, mas não foi atendido, pois Francisco José “faz o papel de louco”, reforçando os padrões de ingenuidade e distração comumente associados a um perfil do louco.

A formação discursiva “Porém, Francisco José dos Santos continua solto, impune, ameaçando praticar outros crimes”, presente no último parágrafo (Figura 75), revela a inquietação e a busca implícita pelo aprisionamento do criminoso, colocando a potencialidade da reincidência do crime como um fator necessário para a sua prisão.

Figura 75 - O Dia, 9 de junho de 1979, p. 8

O Sr. Raimundo Nonato já foi duas vezes solicitar providências aos policiais do 5º Distrito Policial, mas não obteve nenhum resultado, vez que Francisco José dos Santos “faz o papel de louco” para poder passar.

Em companhia do prefeito de Piripiri, Sr. Jônatas Melo, o Sr. Raimundo Nonato foi à Secretaria de Segurança, onde manteve contato com o chefe de gabinete Macário Oliveira, que anotou os dados referentes ao caso e prometeu adotar providências. Porém, Francisco José dos Santos continua solto, impune, ameaçando praticar outros crimes.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

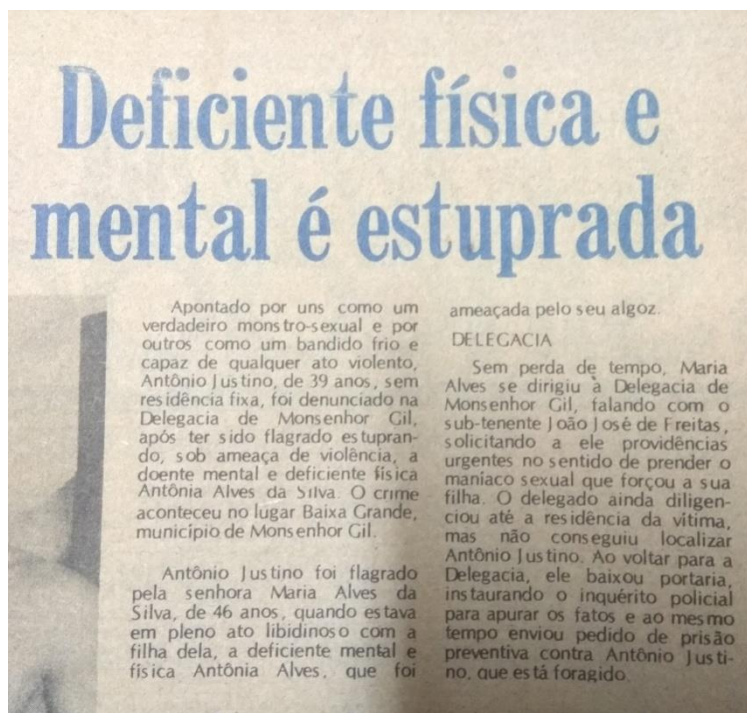
É importante lembrar que o perfil do louco passou por diversas transformações, desde o perfil agressivo, potencialmente violento, ao perfil infantilizado, ingênuo e distraído. Além disso, todas essas variáveis poderiam estar numa mesma pessoa e essas características oscilantes também fazem parte do que se compreendia como um perfil ideal do sujeito considerado louco.

Podemos identificar a diversidade de entendimento de conceitos a partir do espaço e do tempo em que se constroem. A unidade do discurso sobre a loucura presente nessa categoria se encontra nas regras que tornaram possíveis um número variado de descrições dentro de determinados espaços, alterando os entendimentos e os modos de dizer.

Decorrente disso, o louco passa a ser representado sobre diversas perspectivas, associado a diversas questões, e posto em condições de exposição, reforçando o perfil do louco como um objeto da loucura.

No primeiro parágrafo da notícia “*Deficiente física e mental é estuprada*”, publicada em 2 de junho de 1988, na página 12, editoria de Polícia, do 1º Caderno (Figura 76), o enunciador informa que um homem, de nome Antônio Justino “apontado por uns como um verdadeiro monstro-sexual e por outros como um bandido frio e capaz de qualquer ato violento”, foi flagrado estuprando, sob ameaça de violência, uma mulher de nome, Antônia Alves da Silva, deficiente física e considerada “doente mental”.

Figura 76 - *O Dia*, 2 de junho de 1988, p. 12



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciador afirma que o estupro foi flagrado pela mãe da mulher, Maria Alves da Silva, que se dirigiu à Delegacia da cidade para que o sub-tenente prendesse o criminoso. O delegado foi até a residência da vítima e não encontrou o homem. Então, instaurou um inquérito para investigar os fatos e logo abriu um pedido de prisão para o homem considerado maníaco-sexual.

Nessa matéria, é importante perceber que a figura do louco assume dois papéis: um louco maníaco-sexual que estupra mulheres em estado de vulnerabilidade e uma mulher considerada “doente mental” que se torna vítima e é abusada com mais facilidade justamente pela condição de vulnerabilidade física e psíquica em que se encontra.

A notícia apresenta um estupro de uma mulher que se encontrava duplamente vulnerável, por sua condição física e psíquica. E é necessário perceber que as relações de gênero associadas a um perfil de vulnerabilidade aqui se apresentam como um fator relevante para o entendimento e para as consequências de um caso de estupro de incapaz.

Acreditamos que essa mulher que foi violentada já sofria anteriormente preconceitos em relação ao seu gênero, a sua condição física, e agravada por seu estado psíquico, sendo percebida como “doente mental”. Os episódios de estupro na década de 1980 que eram denunciados se tornavam notícia e identificavam as vítimas, o que muitas vezes colaborava

com o processo de estigmatização destas. Associado a uma mulher com transtorno mental, refletimos que essa exposição possa ser considerada mais grave ainda.

Assim, compreendemos que a necessidade de produção da notícia muitas vezes sobrepunha o respeito em relação à vítima. Na década de 1980 no Piauí, os critérios noticiosos não se concentravam em direitos humanos ou na não-identificação da vítima, mas sim na exposição e na gravidade do fato e na urgência da notícia.

Publicada em 1º de outubro de 1992, na página oito do primeiro Caderno, a quarta notícia analisada é “*Lavrador estupra sua sobrinha doente mental*” (Figura 77).

Figura 77 - O Dia, 1º de outubro de 1992, p. 8



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto inicia informando sobre a prisão do lavrador Ananias Fernandes que havia estuprado sua sobrinha de nove anos, considerada “doente mental”. A menor de nome não identificado havia ficado sozinha em casa com seu tio, irmão de seu pai, e foi encontrada ensanguentada por uma vizinha que visitava sua residência de acordo com o enunciado presente no primeiro parágrafo (Figura 78).

Figura 78 - O Dia, 1º de outubro de 1992, p. 8

praticado por Ananias. D. Maria de Fátima disse que quando chegou de Teresina, com o marido, por volta das 20 horas de segunda-feira última, dia 28, ainda encontrou a menina com sagração na vagina e teve dúvida quanto a autoria do estupro.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Caracterizado como “maníaco” pelo enunciador do texto, Ananias Fernandes estava há três semanas morando com os pais da vítima e, por ser adulto e irmão do pai, mereceu a confiança do casal. É importante observar que somente a mãe da vítima foi ouvida, colocando mais uma mulher em estado de vulnerabilidade e exposição. Além disso, também foi posta sob a mãe a responsabilidade da justificativa por ter deixado sua filha sobre os cuidados de um homem adulto, o que a princípio, ainda causou dúvida quanto à credibilidade da mãe da vítima.

O texto encerra informando que o considerado “maníaco” foi preso no dia seguinte e que confessou friamente e com detalhes a autoria do crime (Figura 79). Nessa notícia, é importante perceber que um homem se aproveitou da fragilidade de uma criança do sexo feminino e da condição psíquica que esta se encontrava, desconsiderando o ato criminoso, a relação familiar entre a vítima e a condição psíquica da mesma.

Figura 79 - *O Dia*, 1 de outubro de 1992, p. 8

A queixa foi feita no dia seguinte na Delegacia Especial dos Direitos da Mulher e ontem pela manhã o acusado foi preso, tendo confessado friamente e com detalhes a autoria do delito. Ele será encaminhado hoje à Divisão de Presídios da Secretaria de Justiça, de será escoltado para a Casa de Custódia, onde ficará à disposição da Justiça.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto da última notícia desta categoria – “*Mãe quer que filha faça aborto*”, 5 de dezembro de 1992, pagina oito, Caderno 1 (Figura 80) - informa sobre o caso de estupro de uma jovem de 13 anos, violentada pelo vizinho carpinteiro de 48 anos, Manoel de Jesus. O enunciado presente no título reflete uma decisão que não coube ao sujeito envolvido, no caso, a filha de 13 anos. A mãe, sua responsável, assume a decisão sobre o corpo da filha, menor de idade e considerada “deficiente mental”, como descrito na notícia.

Figura 80 - *O Dia*, 5 de dezembro de 1992, p. 8

Mãe quer que filha faça aborto

Foi constatada através de análises clínicas, a gravidez da menor e deficiente mental, S.S.N., de 13 anos de idade, residente na quadra 22, casa 17, do conjunto Dirceu Arcoverde I, estuprada pelo vizinho, o carpinteiro Manoel de Jesus, de 48 anos, que já se encontra preso na Casa de Custódia, à Disposição da Justiça. Há muito tempo o acusado vinha mantendo em um quarto de sua casa, relações sexuais com S.S.N., mas somente há quinze dias o fato chegou ao conhecimento de sua mãe, D. Elza Maria da Silva Nunes, que trabalha numa lanchonete na Avenida Miguel Rosa, que denunciou o estupro na Delegacia da Mulher, onde as providências foram tomadas pela delegada Vilma Alves.

MÃE QUER O ABORTO.

Muito tensa, a Sra. Elza, com o resultado do exame que confirmou a gravidez de sua filha, procurou ontem a Delegacia da Mulher, para pedir à delegada Vilma Alves, uma solução para o caso. O infrator, que é casado e pai de muitos filhos, já se encontra na cadeia e agora ela quer uma permissão da Justiça, para mandar fazer o aborto de S.S.N. que após ficar gestante, teve agravado o seu estado de saúde e só consegue dormir quando ingere remédio controlado.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

No enunciado abaixo (Figura 81), podemos perceber que a fala da jovem sobre a gestação foi contestada e necessitou de análise clínica para comprovar a gravidez, o estupro e o estuprador. Identificamos aqui a falta de veracidade no discurso da mulher já considerada louca, impondo comprovações externas para ser legitimado. Ainda é apontado que, há muito tempo, o acusado mantinha, em um quarto de sua casa, “relações sexuais” com a vítima.

Figura 81 - *O Dia*, 5 de dezembro de 1992, p. 8

Foi constatada através de análises clínicas, a gravidez da menor e deficiente mental, S.S.N., de 13 anos de idade, residente na quadra 22, casa 17, do conjunto Dirceu Arcoverde I, estupro pelo vizinho, o carpinteiro Manoel de Jesus, de 48 anos, que já se encontra preso na Casa de Custódia, à Disposição da Justiça. Há muito tempo o acusado vinha mantendo em um quarto de sua casa, relações sexuais com S.S.N.,

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Compreendemos que não eram relações sexuais a partir do momento que não são consensuais e que se configura como estupro de vulnerável. Contudo, apreendemos também as construções discursivas e os critérios noticiosos da década de 1990 no Piauí, que avançava nas questões de não identificação de vítimas e na busca pela quebra dos estigmas e estereótipos em relação à pessoa com transtorno mental por meio das terminologias utilizadas.

Em seguida, podemos perceber a necessidade de sujeitos externos para confirmar e reforçar a fala da mulher considerada “deficiente mental”. A marca discursiva “chegou ao conhecimento de sua mãe” apresenta este discurso. O parágrafo seguinte com a marca “MÃE QUER O ABORTO” (Figura 82), em caixa alta, reflete além da urgência das medidas a serem tomadas, uma decisão que não foi tomada pela jovem, mas sim pela sua responsável.

Figura 82 - *O Dia*, 5 de dezembro de 1992, p. 8

mas somente há quinze dias o fato chegou ao conhecimento de sua mãe, D. Elza Maria da Silva Nunes, que trabalha numa lanchonete na Avenida Miguel Rosa, que denunciou o estuprador na Delegacia da Mulher, onde as providências foram tomadas pela delegada Vilma Alves.
MÃE QUER O ABORTO.
Muito tensa, a Sra. Elza, com o resultado do exame que confirmou a

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

No enunciado a seguir (Figura 83), observamos que o fato da jovem ser considerada “deficiente mental” é considerado um agravante para seu aborto ser permitido pela Justiça. O enunciator pontua que de acordo com a mãe, seu estado de saúde se agravou após a gravidez e a jovem só consegue dormir com medicação controlada, o que reflete esse controle social em relação ao sujeito considerado louco e a necessidade de interdição e amenização da sua personalidade.

Figura 83 - *O Dia*, 5 de dezembro de 1992, p. 8

gravidez de sua filha, procurou ontem a Delegacia da Mulher, para pedir à delegada Vilma Alves, uma solução para o caso. O infrator, que é casado e pai de muitos filhos, já se encontra na cadeia e agora ela quer uma permissão da Justiça, para mandar fazer o aborto de S.S.N. que após ficar gestante, teve agravado o seu estado de saúde e só consegue dormir quando ingere remédio controlado.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Nas notícias analisadas na categoria em questão, podemos perceber a deslegitimação da voz da mulher e, mais grave ainda, da mulher considerada “louca” ou “deficiente mental”. Seu estado de vulnerabilidade nos parece, nas matérias analisadas, justificativa para serem abusadas, violentadas, estupradas ou deslegitimadas em seus discursos.

Esses perfis da mulher-louca se apresentavam, ao longo das épocas, como um sintoma patológico e que toda a exclusão, a repressão, a segregação, o abandono, a rejeição familiar e social, fizeram com que a mulher-louca, de fato, apresentasse quadros de transtornos mentais após todo um sistema social e médico-hospitalar afirmar diretamente a essa mulher que ela se enquadra como louca e deveria ser isolada.

A partir disso, percebemos, nas notícias analisadas na categoria de Loucura e Gênero, os perfis de meninas ou de mulheres jovens com transtornos mentais que não têm autonomia sobre seus corpos, ainda mais após serem vítimas de violência sexual. Aqui, quem decide sobre seu corpo e seu futuro são seus responsáveis legalmente.

Por fim, podemos identificar nesta categoria que a figura da mulher considerada “louca” ou da mulher considerada “deficiente mental” se apresenta partindo da necessidade de interdição e controle familiar, policial, jurídico e médico, apontados como solução para o mal-estar que se é causado para a sociedade e para seus familiares. Além disso, notamos um perfil

infantilizado da mulher considerada “louca”, carregado de indignação social e que necessita de uma interdição e controle institucional.

Podemos apreender uma construção de regras na formação dos modos enunciativos em relação ao gênero. Essa regularidade é identificada nas notícias a partir de uma repetição que associa mulher e loucura a algum tipo de violência, seja ela física, sexual ou moral.

As formações dos modos enunciativos e o encadeamento de enunciados que associam a loucura a figura feminina e a contenção dos seus corpos, são responsáveis pela emergência de diferentes objetos que formam a representação. Assim, essas mulheres consideradas loucas são representadas não somente pela sua possível condição psíquica, mas pela mancha que esses discursos provocam em sua imagem por ser mulher e pelos padrões normativos da época.

É importante lembrar que, na década de 1970, no Brasil, profissionais de saúde mental, bem como enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, iniciam uma busca por mecanismos de tratamento e acompanhamento psiquiátrico que fossem humanizados e não causassem tanto sofrimento às pessoas com transtornos mentais e a seus familiares.

No Piauí, esse processo só passou a acontecer na década de 1980, mas ainda nos anos 1970, profissionais de saúde criavam alternativas para que o atendimento à pessoa com transtorno mental fosse modificado, proporcionando uma maior assistência e reavaliando os métodos utilizados anteriormente. É o que nos leva a sexta e última categoria de análise, a de Loucura e Políticas Públicas.

5. 4. 6. Loucura e Políticas Públicas

A imagem que acompanha a primeira notícia dessa categoria, intitulada “*Hospital Psiquiátrico evita ócio dos doentes*”, publicada em 5 de novembro de 1974, veiculada na página 5, da editoria de Polícia, do 1º Caderno, mostra os internos do Hospital Areolino de Abreu trabalhando em uma horta, utilizada como um mecanismo de terapêutica ocupacional (Figura 84).

Figura 84 - O Dia, 5 de novembro de 1974, p. 5



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto informa que o Hospital Areolino de Abreu implantou uma horta como terapia ocupacional para os internos do hospital “a fim de evitar a ociosidade e auxiliar no tratamento das doenças nervosas”. A plantação e produção desses alimentos seriam utilizadas para a alimentação dos internos no hospital. Com auxílio de outros órgãos de apoio, como o Serviço Social do Estado, a intenção era gerar atividades que pudessem dar algum retorno para os próprios produtores que estavam internados no HAA.

É importante lembrar que, na década de 1970, o processo de higienização e distribuição de pessoas consideradas “doentes mentais” nas clínicas psiquiátricas, nas penitenciárias e nas Centrais de Polícia era grandioso, considerando o processo migratório e a superlotação desses espaços, como citamos anteriormente nas notícias analisadas.

O enunciador segue pontuando a importância do trabalho manual para evitar a ociosidade dos internos (Figura 85). No segundo parágrafo, o enunciado informa que a terapêutica ocupacional é mais aconselhada “para tratamento das doenças mentais”, assim, podemos perceber os primeiros indícios de um movimento que se preocupava com as pessoas com transtornos mentais que se encontravam internadas nos hospitais psiquiátricos.

A marca discursiva “apesar dos poucos recursos” nos revela que em um hospital psiquiátrico público, como é o caso do Hospital Areolino de Abreu, ferramentas foram sendo desenvolvidas para evitar o ócio dos internos e agregar um retorno financeiro ao trabalho que desenvolviam.

Figura 85 - *O Dia*, 5 de novembro de 1974, p. 5

TRABALHO MANUAL

Além da horta os doentes estão fazendo trabalhos manuais, de tapeçaria, pintura, bordados e crochês, cujos recursos apurados na venda dos objetos são utilizados para compra de matéria-prima.

É um esforço do hospital no sentido de intensificar, apesar dos poucos recursos, a terapêutica ocupacional atualmente mais aconselhada para tratamento das doenças mentais.

Cerca de 270 pessoas vivem no hospital e a maior parte recebendo tarefas específicas, de modo que pouca gente fica sem afazeres no hospital.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O enunciado (Figura 86) continua destacando que o hospital realizou um levantamento sobre o quadro clínico dos internos para que eles pudessem ser direcionados as atividades que se relacionassem a atividades de trabalho realizadas antes da internação no hospital. A formação discursiva “A tendência do hospital é fazer com que todos trabalhem, para que seus problemas mentais não se agravem” revela a necessidade de ocupação para todos os internos, a princípio, não por sua vontade, mas pela ideia de que o trabalho além de dar dignidade, dá ocupação e um retorno financeiro, e revela também a associação de que “o trabalho cura” qualquer doença, inclusive, a “doença da loucura”.

Figura 86 - *O Dia*, 5 de novembro de 1974, p. 5

LEVANTAMENTO

Para implantação das atividades ocupacionais o hospital fez um levantamento da situação dos doentes e de acordo com cada caso clínico os doentes são designados para determinadas tarefas.

A tendência do hospital é fazer com que todos trabalhem, para que seus problemas mentais não se agravem. A iniciativa partiu do médico psiquiatra José Soares Ferry, diretor clínico do hospital.

Na horta os doentes, na maioria lavradores vivem como se estivessem nos seus próprios ambientes de lavoura, cuidando das plantas. Assim os doentes não são marginalizados e recebem tratamento humano.

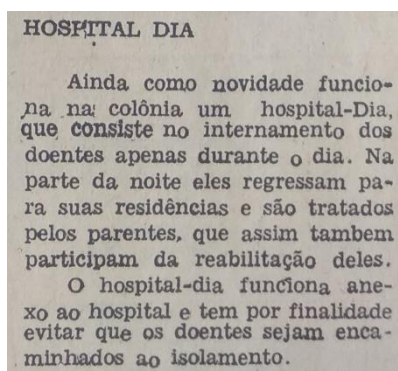
Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

No último parágrafo do enunciado acima, a formação discursiva “Assim os doentes não são marginalizados e recebem tratamento humano” relata a realidade que acometia a assistência psiquiátrica da década de 1970 no Piauí: a marginalização e a estigmatização atreladas às pessoas com transtornos mentais. Além disso, associa um tratamento psiquiátrico minimamente humano a ocupação com o trabalho, ou seja, se o interno trabalhar, ele recebe um tratamento humanizado e não será marginalizado.

A relação entre utilidade e atendimento psiquiátrico ocasionava uma série de relações de autoridade dentro das instituições psiquiátricas. Eram internos que trabalhavam diariamente nos hospitais de modo ilegal e abusivo, realizando atividades que cabiam aos funcionários da instituição e como recompensa, no fim do dia, recebiam um copo de café ou um cigarro como pagamento. Essa era uma realidade comum dentro dos hospitais psiquiátricos da década de 1970 e 1980 no Piauí e no Brasil.

A matéria também cita o Hospital-Dia, implantado dentro do Hospital Areolino de Abreu, que tinha como objetivo uma internação somente durante o dia, para o desenvolvimento dos trabalhos ocupacionais e para o acompanhamento das medicações. No fim do dia, os considerados “doentes mentais” retornavam às suas casas e mantinham uma relação direta com os familiares (Figura 87).

Figura 87 - *O Dia*, 5 de novembro de 1974, p. 5



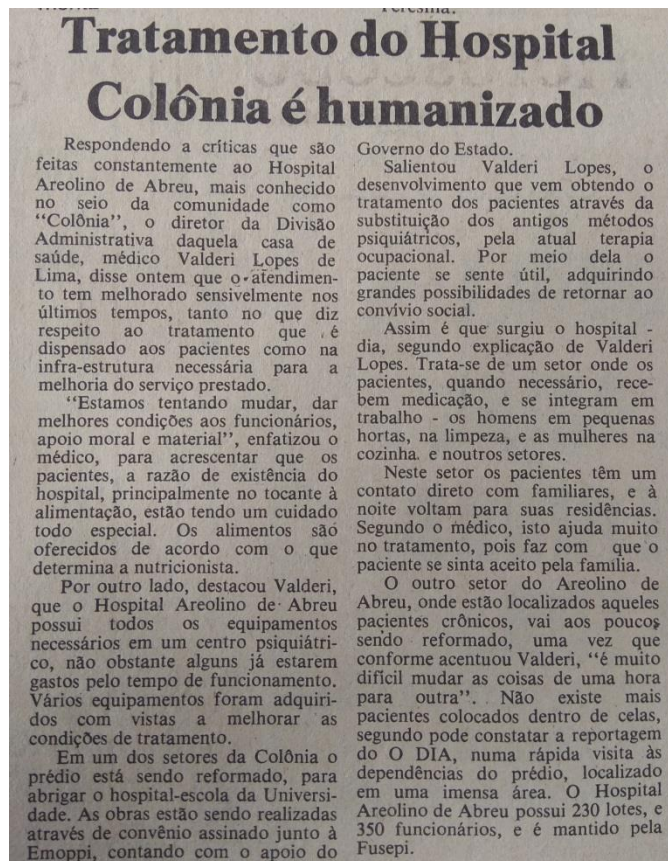
Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A formação discursiva “tem por finalidade evitar que os doentes sejam encaminhados ao isolamento” revela que esse método fazia parte do tratamento dos internos, mas que novas alternativas e possibilidades já surgiam para evitar o aprisionamento maciço dessas pessoas. É importante perceber que dentro de uma mesma instituição comportamentos diversos aconteciam em decorrência de uma assistência psiquiátrica mais direcionada e humanizada.

Na notícia acima identificamos a formulação de conceitos a partir de determinados discursos e modos de dizer a respeito da figura do louco. O perfil do louco não se apresenta enquanto objeto discursivo, mas sim enquanto formação enunciativa, que se altera e se modifica de acordo com o tempo, dando uma unidade ao discurso e emergindo diferentes objetos a respeito da loucura.

A segunda notícia a ser analisada foi intitulada “*Tratamento do Hospital Colônia é humanizado*”, publicada em 10 de setembro de 1982, localizada na página 7 do 1º Caderno da edição (Figura 88).

Figura 88 - *O Dia*, 10 de setembro de 1982, p. 7



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A matéria é apresentada como uma “resposta às críticas que o Hospital Areolino de Abreu” vem sofrendo a fim de esclarecer sobre o atendimento realizado na instituição. O enunciado foi construído a partir da fala do médico e diretor da Divisão Administrativa, Valderi Lopes de Lima.

No primeiro parágrafo, a formação discursiva “(...) que o atendimento tem melhorado sensivelmente nos últimos tempos, tanto no que diz respeito ao tratamento que é dispensado

aos pacientes como na infra-estrutura necessária para a melhoria do serviço prestado” demonstra que há uma preocupação no que concerne ao atendimento oferecido no hospital, mas sabemos que, mesmo assim, a assistência psiquiátrica no HAA no contexto da década de 1980 ainda era precária.

Com oito anos de diferença da notícia anterior para esta, podemos perceber que os avanços que aconteciam em 1974 e as discussões que eram realizadas acerca da assistência psiquiátrica ainda caminhavam lentamente em 1982. Reformas estruturais foram realizadas na instituição, a alimentação dos internos passou a ser orientada por profissionais, a terapia ocupacional ainda ocupava uma área isolada do Hospital Areolino de Abreu e a superlotação seguia como um problema para a direção.

Através da fala do diretor, o enunciado pontua que é pela terapia ocupacional que os internos se sentem “úteis”, “adquirindo grandes possibilidades de retornar ao convívio social” (Figura 89), ou seja, é associado o trabalho a utilidade do sujeito no mundo, fazendo acreditar que esta seria a condição para uma melhor ressocialização do indivíduo ao retornar ao convívio social.

Figura 89 - *O Dia*, 10 de setembro de 1982, p. 7

Salientou Valderi Lopes, o desenvolvimento que vem obtendo o tratamento dos pacientes através da substituição dos antigos métodos psiquiátricos, pela atual terapia ocupacional. Por meio dela o paciente se sente útil, adquirindo grandes possibilidades de retornar ao convívio social.

Assim é que surgiu o hospital - dia, segundo explicação de Valderi Lopes. Trata-se de um setor onde os pacientes, quando necessário, recebem medicação, e se integram em trabalho - os homens em pequenas hortas, na limpeza, e as mulheres na cozinha, e noutros setores.

Neste setor os pacientes têm um contato direto com familiares, e à noite voltam para suas residências. Segundo o médico, isto ajuda muito no tratamento, pois faz com que o paciente se sinta aceito pela família.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

No segundo parágrafo, percebemos a manifestação de determinados padrões normatizados ao longo do tempo. A formação discursiva “Os homens em pequenas hortas, na limpeza, e as mulheres na cozinha e noutros setores” evidencia a reprodução do machismo

implantado há séculos e ainda limita as possibilidades de ascensão e as alternativas dos internos em relação ao trabalho quando obtivessem alta do hospital psiquiátrico.

No último parágrafo do enunciado acima, a formação discursiva “pois faz com que o paciente se sinta aceito pela família” nos apresenta uma realidade comum entre os internos do Hospital Areolino de Abreu e seus familiares. Como pontuamos anteriormente, era comum as famílias não se responsabilizarem por seus parentes internados, creditando a responsabilidade à instituição. Assim, acreditava-se que o trabalho proporcionaria melhor satisfação e aceitação em relação à pessoa com transtorno mental na família.

Por fim, o texto refere-se aos “pacientes crônicos”, ou seja, os considerados de quadros mais graves. A marca discursiva “é muito difícil mudar as coisas de uma hora para outra” mostra o processo lento que essas mudanças na assistência psiquiátrica aconteciam no cenário do Piauí (Figura 90). Ainda no mesmo parágrafo, a marca discursiva “Não existe mais pacientes colocados dentro de celas” apresenta uma realidade considerada comum aos hospitais psiquiátricos do Brasil e do Piauí, a superlotação de internos por celas e por alas psiquiátricas. No caso, o diretor afirma que é uma realidade que não acontece mais no HAA.

Figura 90 - *O Dia*, 10 de setembro de 1982, p. 7

O outro setor do Areolino de Abreu, onde estão localizados aqueles pacientes crônicos, vai aos poucos sendo reformado, uma vez que conforme acentuou Valderi, “é muito difícil mudar as coisas de uma hora para outra”. Não existe mais pacientes colocados dentro de celas, segundo pode constatar a reportagem do O DIA, numa rápida visita às dependências do prédio, localizado em uma imensa área. O Hospital Areolino de Abreu possui 230 lotes, e 350 funcionários, e é mantido pela FUSEPI.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Conseguimos observar que as informações sobre o hospital psiquiátrico Areolino de Abreu se tornam uma questão de saúde pública e havia uma necessidade de informar publicamente os avanços realizados dentro da instituição. Acreditamos que essa necessidade tenha se dado a partir de diversas denúncias realizadas sobre o hospital, tanto por questões assistenciais, quanto por questões trabalhistas.

A terceira notícia analisada recebeu o título “*Programa reduz número de doentes mentais no Piauí*”, publicada em 22 de dezembro de 1988, na página 2 do Caderno 1 da edição (Figura 91).

Figura 91 - *O Dia*, 22 de dezembro de 1988, p. 2

Programa reduz número de doentes mentais no Piauí

Com a descentralização do atendimento e a redefinição da assistência psiquiátrica no Piauí, através do Programa de Saúde Mental Comunitário, o quadro hoje de doentes mentais mudou: diminuíram as internações. Segundo os dados estatísticos fornecidos pela coordenadora do programa, Maria do Rosário Miranda, a diferença de consultas do ano passado para 88 é de 3.057 e de internações 17, o que demonstra um quadro positivo.

Dotados de infraestrutura, os dois únicos hospitais especializados no tratamento mental, o Areolino de Abreu (Público) e o Sanatório Meduna (privado), no Estado do Piauí, têm atendido a demanda que chega em média 80 pessoas que procuram atendimento diário. Deste número, de 6 a 8 ficam internados, com o mesmo número de altas, segundo o psiquiatra Carlos Alberto Soares, professor adjunto da Universidade Federal do Piauí e Coordenador Pós-Graduação em Psiquiatria do Hospital Infante Juvenil.

Atualmente os dois hospitais têm capacidade para atender 655 pessoas com internações, sendo o Areolino e o Sanatório Meduna com 400 leitos. O Areolino de Abreu, conforme o Psiquiatra Carlos Alberto, está dotado de todas as infraestruturas: com consultórios, bibliotecas, salas de jogos e áreas de recreação para os internados, atendendo toda capital e interior do Estado.

PROGRAMAS

O Programa de Saúde Mental Comunitário, responsável pela descentralização do atendimento hospitalar no Piauí, a sua aplicação tem sido positiva. No Piauí que teve no ano passado 2.277 consultas ambulatoriais com 297 internações, a realidade hoje é completamente outra, pois até o mês passado foram registradas 5.334 consultas e apenas 230 internações. A tendência,



As internações no Hospital Areolino de Abreu estão reduzindo

segundo a coordenadora de Saúde Mental, é diminuir, principalmente porque melhorou o nível de atendimento primário, isto é, a consulta ambulatorial.

O programa funciona hoje em todos núcleos afiliados ao Hospital Areolino de Abreu. Na capital, nos bairros Dirceu Arcoverde e Parque Piauí, e no Hospital Getúlio Vargas, locais onde atendem com consultas ambulatoriais, atendendo a política de saúde mental. No interior do Estado, o programa funciona nos municípios de Água Branca, Campo Maior, Corrente, Floriano, Picos e Altos, este último implantado recentemente.

Além de piauienses, o Hospital Areolino de Abreu atende com o programa outros Estados que ficam vizinhos ao Piauí, a exemplo do Maranhão, Ceará e Pernambuco, dos quais centenas de pessoas que residem nos municípios próximos a Teresina procuram tratamento no hospital.

Os programas especiais, considerados específicos, têm surtido efeitos positivos e contribuído para que haja a redução das internações. Segundo a coordenadora, o Hospital Dia, é um dos que tem bastante aplicação, pois a pessoa recebe medicação o dia inteiro e volta à noite para casa, retornando apenas no dia seguinte.

O programa Infante Juvenil é outro que está dando certo, pois sua aplicação consiste no acompanhamento ambulatorial, o Terapias Ocupacionais com boa aplicação e outros que ainda estão esperando a especialização de profissionais, a exemplo do programa de saúde escolar, pois a equipe que atuará nele ainda está em fase de montagem. O da Unidade de Desintoxicação, Alcoolatra e Drogados, com a equipe técnica sendo treinada no Rio Grande do Sul, para depois entrar em ação.

O psiquiatra Carlos Alberto Soares afirmou que a priorização no Hospital Areolino de Abreu não é o atendimento psiquiátrico com internação, mas o ambulatorial, o qual tem um efeito positivo maior e tem correspondido as expectativas do Programa de Saúde Mental Comunitário.

A política de descentralização do atendimento a pessoas com problemas mentais tem dado certo e o Hospital Areolino de Abreu hoje é visto como um dos melhores do país, segundo Carlos Alberto Soares, ao garantir que a tendência do hospital é tornar suas instalações em condições de oferecer um melhor atendimento à população que atualmente procura fazer tratamento de saúde mental.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

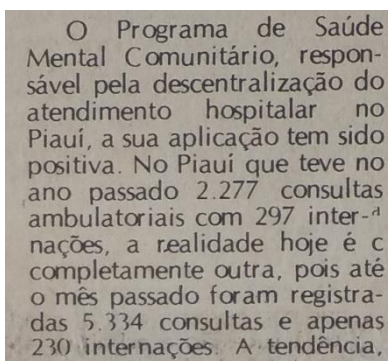
O enunciado localizado no título nos chama atenção, pois afirma que o número de “doentes mentais” reduziu no Piauí devido ao programa implantado. Sabemos que o programa oferece alternativas que não seja a internação compulsória, mas não é totalmente responsável pela redução de números, quadros e quantidade de pessoas com transtornos mentais no Estado. Compreendemos que esse número não se alterou drasticamente, porém, ao longo dos anos, foi modificada a forma com que se fala dessas pessoas e os modos como se lida com essas questões.

O texto inicia informando que com a descentralização do atendimento e a redefinição da assistência psiquiátrica no Estado, as internações psiquiátricas reduziram. A partir dessa afirmação podemos perceber que a superlotação dos hospitais psiquiátricos acontecia por uma falta de triagem e avaliação dos novos internos, o que ocasionava a internação de pessoas que não tinham quadros de transtornos mentais, superlotando as instituições.

Outra possibilidade para a redução de internações no hospital é a atuação do Hospital-Dia como ferramenta de humanização no tratamento psiquiátrico, que também evitava o abandono das pessoas com transtornos mentais na instituição, ou seja, considerando que já não era mais realizada a internação intermitente, como muitos familiares ou terceiros desejavam, também acreditamos que tenha sido um fator considerável para a redução da busca por internações.

O enunciador informa um aumento nas consultas com a implantação do Programa de Saúde Mental Comunitário (Figura 92), contudo, apresenta também uma redução no número de internações, o que nos mostra um processo de triagem e avaliação mais rígido e preciso antes de uma internação em um hospital psiquiátrico do Estado.

Figura 92 - *O Dia*, 22 de dezembro de 1988, p. 2



O Programa de Saúde Mental Comunitário, responsável pela descentralização do atendimento hospitalar no Piauí, a sua aplicação tem sido positiva. No Piauí que teve no ano passado 2.277 consultas ambulatoriais com 297 internações, a realidade hoje é completamente outra, pois até o mês passado foram registradas 5.334 consultas e apenas 230 internações. A tendência,

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Atendendo também em cidades do interior do Piauí, como Água Branca, Campo Maior, Corrente, Floriano, Picos e Altos, o programa se desenvolve buscando atender a toda a demanda do estado, descentralizando o atendimento que antes se concentrava na capital e apenas em dois hospitais. Além disso, dentro do Programa de Saúde Mental Comunitário, desenvolveram-se outros métodos específicos e de acordo com as necessidades, como é o caso do Hospital-Dia, o Programa Infante-juvenil, a Terapia Ocupacional e a Unidade de Desintoxicação, Alcoólatra e Drogados.

O enunciado referente ao último parágrafo trata sobre a política de descentralização do atendimento às pessoas com transtornos mentais – apresentados na notícia como “problemas mentais” – como um fator positivo, considerando a redução do número de internações (Figura 93). É importante destacar que a redução do número de internações não reflete obrigatoriamente uma redução de quadros clínicos ou diagnósticos de transtornos mentais,

mas sim apenas que menos pessoas estão sendo internadas compulsoriamente, pois um mecanismo de triagem ambulatorial vem sendo investido com mais atenção.

Figura 93 - O Dia, 22 de dezembro de 1988, p. 2

A polícia de descentralização do atendimento a pessoas com problemas mentais tem dado certo e o Hospital Areolino de Abreu hoje é visto como um dos melhores do país, segundo Carlos Alberto Soares, ao garantir que a tendência do hospital é tornar suas instalações em condições de oferecer um melhor atendimento à população que atualmente procura fazer tratamento de saúde mental.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Dentre as imagens que acompanham a próxima notícia - “Atendimento a doentes mentais é modificado”, publicada em 10 de agosto de 1994, na na página 9 do Caderno - há uma fotografia de uma sala com várias pinturas em papel e cerâmica a fim de mostrar a pintura como uma atividade terapêutica realizada dentro do Hospital Areolino de Abreu (Figura 94).

Figura 94 - O Dia, 10 de agosto de 1994, p. 9



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

A notícia tem como subtítulo “Fundação Municipal e Secretaria do Estado desenvolvem projeto para melhor atender pacientes com distúrbios mentais” e é interessante perceber que as terminologias em relação à pessoa com transtorno mental foram se

modificando ao longo dos anos. A partir da metade da década de 1980, já observamos que ao invés de “doido”, “doente mental”, “débil mental”, “louco”, agora passamos a encontrar “pessoa com distúrbios mentais”, “paciente”, entre outros.

A matéria informa que a Fundação Municipal de Saúde (FMS) e a Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI) estão desenvolvendo um projeto de descentralização do atendimento dos “pacientes com distúrbios mentais” que tem como propósito fornecer atendimento psiquiátrico próximo às residências dos usuários do programa de saúde mental. O objetivo que antes era a criação de Unidades de Saúde nas cidades do interior do Estado, passa a ser a criação desses espaços nos bairros da capital.

O enunciado seguinte expõe a descentralização do atendimento psiquiátrico através da construção de uma rede de profissionais de saúde, que inclui não somente o médico psiquiatra, mas também assistente social, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e uma equipe de apoio (Figura 95). Podemos considerar essa descentralização do atendimento psiquiátrico como um grande avanço que, embora tardio, proporcionou mudanças significativas em relação ao diagnóstico, ao atendimento e à manutenção da assistência psiquiátrica no Estado.

Figura 95 - *O Dia*, 10 de agosto de 1994, p. 9



Segundo a psicóloga Maria Alzira Carvalho, atualmente, o Hospital Areolino de Abreu tem 232 internações, em média, enquanto que o atendimento ambulatorial está entre 80 a 100 por dia. Ela disse que com a descentralização do atendimento a rede municipal passou a atender 2 mil pacientes por mês. Já o psiquiatra Edson da Paz Cunha Neto, diretor de ações especiais da SESAPI, informou que o programa consiste num melhor tratamento do paciente através do acompanhamento do psiquiatra, de um assistente social, de uma enfermeira e da aplicação de medicamentos específicos.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

O texto segue informando sobre a possibilidade de execução de um projeto aprovado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que consiste na criação de um hospital-dia infanto-juvenil para atendimento preventivo e na recuperação de drogas, com maior foco para os “meninos de rua” (Figura 96).

Figura 96 - *O Dia*, 10 de agosto de 1994, p. 9

regiões do Estado. Além disso, a Unicef já aprovou um projeto da criação de um hospital dia infanto-juvenil para atendimento preventivo e na recuperação de drógas, visando, especialmente, os meninos de rua. Além desses serviços está sendo estudado a criação de um centro de atenção e da pensão protegida. Nesse último, o Estado assume o ônus no atendimento ambulatorial e uma família adote um deficiente mental abandonado.

“Com este novo trabalho acreditamos que vamos reduzir o número de internações e poderemos oferecer um serviço ambulatorial melhor e, desta forma, a população passa conhecer mais os serviços e a confiar no médico”, diz a psicóloga Maria Alzira.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

É válida a reflexão acerca da intenção em atender pessoas em situação de rua, considerando o grande número de andarilhos e pessoas em situação de rua que permaneceram desde a década de 1970 nas ruas do centro da capital e eram constantemente internadas nos hospitais psiquiátricos ou expulsas dos espaços urbanos por uma questão de higienização social.

Além disso, outro projeto também estava sendo desenvolvido, que consistia na criação de um centro de atenção e da pensão protegida, na qual “O Estado assume o ônus no atendimento ambulatorial e uma família adote um deficiente mental abandonado”. Esse projeto não foi implantado na prática e acreditamos que a rejeição tenha sido decorrente do estigma relativo à responsabilidade de um tutor em ter um “louco” da família.

Por fim, percebemos as inúmeras tentativas dos profissionais de saúde em desenvolver alternativas que visem um melhor atendimento e uma melhor assistência psiquiátrica no Estado, embora nas principais capitais do Brasil, na década de 1990, os avanços eram outros, considerando as realidades existentes.

A última notícia analisada da categoria, de título “*Nova filosofia humaniza saúde*”, foi publicada em 1º de novembro de 1994, está localizada na página 9, na capa do caderno de Cidades e tem como subtítulo “*Hospital Dia e Assistência Domiciliar visam a integração da alta hospitalar e o atendimento ambulatorial*” (Figura 97).

Figura 97 - *O Dia*, 1 de novembro de 1994, p. 9

NOVA FILOSOFIA HUMANIZA SAÚDE

Hospital Dia e Assistência Domiciliar visam a integração da alta hospitalar e o atendimento ambulatorial

FRANCISCO F. LIMA
De Editoria de Cidade

Usando a necessidade de um elo entre a alta hospitalar e o atendimento ambulatorial, para os pacientes portadores de doenças crônicas ou incuráveis, ou em fase terminal, muitos médicos defendem, hoje, a implantação do Núcleo de Assistência Psico-Social (NAPS), Clínica-Dia e de Serviço de Assistência Domiciliar para pacientes de Aids e Idosos. Esta nova filosofia é capaz revolucionar todo o sistema de assistência médica e hospitalar do Brasil, dando um toque de humanismo na promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente.

A médica Beatriz Mac-Dowell Soares, ex-chefe do Centro de Saúde número 01 de Brasília, é uma ardorosa defensora dessas novas ações de assistência médica.

Já em outubro de 1993 ela apresentou um projeto de Reestruturação do Centro de Saúde no. 01 de Brasília. "Aquele projeto tinha como objetivo alcançar um novo paradigma em assistência, visando a integração entre as diversas ações desenvolvidas naquele Centro de Saúde", disse. Na visão da médica, a implantação do NAPS, da clínica-dia e do serviço de assistência domiciliar, são ações que servem de promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente, de trabalho em equipe multidisciplinar e de visão integral do paciente, como também servir para capacitação profissional nos vários programas e nas diversas profissões da área de saúde.

Beatriz Mac-Dowell, explica que o NAPS além de atender aos pacientes que necessitam de cuidados prioritários em Saúde Mental (para pacientes egressos dos serviços de psiquiatria), o núcleo teria ainda como objetivo dar assistência aos pacientes portadores de doenças crônicas como: Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão Arterial, Diabetes, Aids e outras, ajudando na sua recuperação e na integração com a sociedade.

"Além disso, o NAPS serviria, ainda, para treinamento contínuo da equipe do Centro de Saúde, sensibilizando-a para um melhor relacionamento equipe-paciente e médico-paciente, dando suporte psicológico para os profissionais que trabalham nos referidos programas", disse. Ela informou que o Centro de Saúde de Brasília, é referência em Tuberculose e Hanseníase. Com a implantação do NAPS, facilitaria ainda mais a integração das ações voltadas para os portadores da infecção pelo HIV e AIDS, melhorando a qualidade da assistência.

CLÍNICA-DIA - Ela disse que a AIDS vem se alastrando e a tendência, é que a cada ano é dobrar o número de casos de doentes. Hoje, segundo a médica, no Distrito Federal, há vários hospitais que dão assistência aos doentes. Muitas vezes estes pacientes permanecem internados por longo período somente para fazer medicação venosa no tratamento das infecções oportunistas. Ocupam um leito precioso para outro que se encontra no serviço de Emergência, aguardando uma vaga para investigação diagnóstica.

"Além desta situação que é alarmante temos pacientes que apresentam a necessidade de fazer prevenção de infecções e pacientes que precisam ser medicados por poucas horas", alerta. Ela disse ainda que, estes motivos, aliando ao menor risco de infecção hospitalar, a possibilidade de aumentar a resolutividade dos procedimentos terapêuticos a nível ambulatorial, à manutenção do vínculo familiar do paciente de se oferecer treinamento para a equipe de saúde.

Dados do Ministério da Saúde, indicam que a redução do custo da assistência em Clínica-Dia com funcionamento de 12 horas dia, é da ordem de um terço do valor da internação em Hospitais Gerais. "São experiências que vêm se desenvolvendo em outros países com sucesso, principalmente para aqueles pacientes com dificuldades de desambulação", informa.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - Ela defende, ainda, com os mesmos argumentos da clínica-dia, a implantação do Serviço de Assistência Domiciliar para os pacientes de Aids e Idosos. "Estas são propostas que necessitam de um envolvimento grande da equipe, já que culturalmente a assistência domiciliar ainda não foi assimilada pelos profissionais de saúde do DF. Necessitam também de uma integração com os hospitais de referência", disse.

AREOLINO DE ABREU - No Piauí, o Hospital Areolino de Abreu é um exemplo desta nova filosofia de atendimento ao paciente. Há algum tempo a diretoria daquele hospital implantou o Hospital-Dia, onde o paciente tem um acompanhamento ambulatorial e ao mesmo tempo serve de núcleo de convivência. No hospital são desenvolvidas diversas atividades sócio-culturais tais como aula de canto e pintura.

Areolino de Abreu acompanha nova filosofia



Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

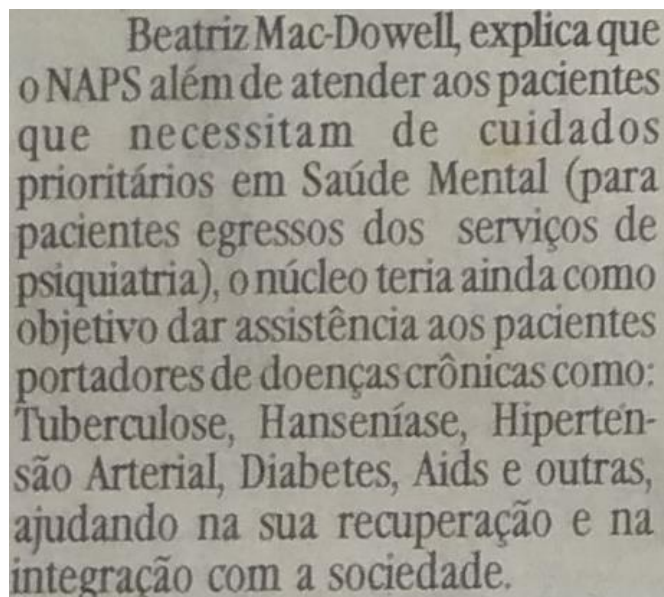
É válido perceber o impacto que esse novo atendimento veio a causar na assistência psiquiátrica do Estado. Descrita na marca discursiva como uma “nova filosofia” pelo Jornal *O Dia*, os passos da Reforma Psiquiátrica chegam ao Piauí de maneira lenta, mas efetiva dentro das instituições psiquiátricas.

Com uma distância temporal de apenas três meses da notícia analisada anteriormente, já podemos perceber como esse processo de implementação de novos recursos e ferramentas aconteceu no Piauí. O texto é iniciado com o enunciador pontuando sobre a necessidade de uma integração entre a alta hospitalar e o atendimento ambulatorial para as pessoas com transtornos mentais usuárias do sistema de saúde ou “para os pacientes portadores de doenças crônicas ou incuráveis ou em fase terminal”, como é descrito na notícia.

Na notícia, é entrevistada a médica Beatriz Mac-Dowell, ex-chefe do Centro de Saúde número 1 de Brasília. A médica reforça a importância da implantação do NAPS, da Clínica-Dia e do Serviço de Assistência Domiciliar, elencando as transformações significativas que essas instituições realizam na cidade de Brasília.

Observamos que essas instituições oferecem tratamento e atendimento não somente para pessoas com transtornos mentais, mas também pessoas com doenças crônicas como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, HIV-AIDS, entre outras doenças que necessitariam de uma maior assistência médica e hospitalar (Figura 98). Esta última apresentada sobre o aumento do índice de casos no mundo ainda na década de 1990.

Figura 98 - *O Dia*, 1º de novembro de 1994, p. 9



Beatriz Mac-Dowell, explica que o NAPS além de atender aos pacientes que necessitam de cuidados prioritários em Saúde Mental (para pacientes egressos dos serviços de psiquiatria), o núcleo teria ainda como objetivo dar assistência aos pacientes portadores de doenças crônicas como: Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão Arterial, Diabetes, Aids e outras, ajudando na sua recuperação e na integração com a sociedade.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

É importante destacar que, ainda em 1994, passou a ser estudado um novo grupo de drogas inibidoras da protease, uma das enzimas presentes no retrovírus HIV, apresentadas como um potente antiviral. Nessa mesma época, houve uma diminuição da mortalidade imediata, além da melhoria dos indicadores imunológicos e da recuperação de infecções.

Acontecia um grande avanço na medicina no Brasil em prol da saúde coletiva e o Piauí buscava acompanhar essa evolução, afinal, era considerado um pólo de saúde desde a década de 1970 e muitos investimentos eram realizados em prol desse avanço do Estado em relação ao país. O texto segue pontuando sobre a relevância de um atendimento especializado para pessoas com HIV-AIDS, considerando o crescente número de diagnósticos que surgiam no Brasil e no Piauí na década de 1990.

Por fim, o texto é encerrado com o enunciado que pontua sobre os avanços realizados dentro do Hospital Areolino de Abreu, como é o caso da implantação do Hospital-Dia e das atividades terapêuticas executadas dentro da instituição psiquiátrica (Figura 99).

Figura 99 - *O Dia*, 1º de novembro de 1994, p. 9

AREOLINO DE ABREU - No Piauí, o Hospital Areolino de Abreu é um exemplo desta nova filosofia de atendimento ao paciente. Há algum tempo a diretoria daquele hospital implantou o Hospital-Dia, onde o paciente tem um acompanhamento ambulatorial e ao mesmo tempo serve de núcleo de convivência. No hospital são desenvolvidas diversas atividades sócio-culturais tais como aula de canto e pintura.

Fonte: Projeto Memória do Jornalismo Piauiense.

Nessa notícia, podemos identificar uma solidificação do atendimento e da assistência psiquiátrica no Hospital Areolino de Abreu na década de 1990. Contudo, não podemos esquecer que, ainda assim, era um hospital psiquiátrico de modelo manicomial em sua estrutura, que se utilizou de métodos agressivos, violentos e dolorosos por mais de 50 anos e que passou por um processo de implementação de políticas públicas há menos de 30 anos.

É válido destacar que por mais que o processo de humanização do tratamento psiquiátrico proporcionasse uma melhor discussão acerca da assistência psiquiátrica, percebemos que as notícias que se referiam a um “louco” foram se tornando mais raras. Acreditamos que isso tenha acontecido partindo de uma resignificação sobre o entendimento de quem de fato é o sujeito “louco”, considerando que antes da década de 1980, qualquer pessoa que tivesse um comportamento que fugisse da normalidade imposta socialmente era caracterizada sujeito desviante, potencialmente louco.

Percebemos também que o espaço que as notícias que tratam da loucura ou de uma pessoa identificada como “louca” passaram a ocupar lugares menores nas páginas do Jornal *O Dia*. Enquanto na década de 1970 o louco se tornava capa da edição e diariamente encontrávamos casos que o envolviam, no final da década de 1990, pouco se falava sobre uma figura considerada “doente mental”, e quando se era citado, ocupava as páginas finais da edição.

Há uma tentativa de construir algum tipo de regularidade a partir das construções discursivas em relação ao louco, que se dão ao longo do tempo de diversas maneiras e perspectivas e são responsáveis pela pluralidade de entendimentos de conceitos a partir do espaço em que se constroem. A figura do louco passa a ser representada sobre o viés do controle, da contenção de seus corpos, mas também sobre o viés da cura.

Percebemos nas notícias analisadas da categoria de Loucura e Políticas Públicas a transformação de um entendimento sobre uma “cura para a loucura” que passava pela aceitação dos envolvidos, desde o médico psiquiatra, à família do considerado “doente mental”, aos profissionais de saúde e a sociedade, e buscava a inserção dessas pessoas nos espaços públicos, como também, um melhor atendimento, melhor assistência e acompanhamento e, principalmente, a criação de uma rede de apoio para os usuários do sistema de saúde mental do Piauí.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante todo o exposto, percebemos que a construção da figura do louco no Piauí aconteceu para reproduzir os estereótipos já existentes referentes a perigo, imprevisibilidade e incapacidade, necessidade de interdição e controle familiar, médico, institucional ou policial, ou, por vezes, de todos ao mesmo tempo. Identificamos que o louco é visto também como um problema institucional, relacionado mais aos órgãos de segurança pública do que aos de saúde pública, considerando a necessidade de isolamento dos considerados loucos dos espaços públicos.

Em resposta aos objetivos específicos e às hipóteses formuladas, observamos que o Jornal *O Dia*, enquanto observável, trata a temática da loucura de modo superficial, não atendendo às necessidades dos profissionais de saúde e nem respeitando os usuários do sistema de saúde mental.

Na década de 1970, o louco se tornava notícia diariamente, ocupando as páginas principais do jornal, seja na manchete ou como destaque da página policial da edição, constantemente associado à invasão, crimes, furtos, perseguição e superlotação em hospitais e cadeias.

Não havia preocupação com a exposição dessas pessoas, como também não eram ouvidas, necessitando de um porta-voz para representá-las. O porta-voz do louco na década de 1970 no Piauí era o médico psiquiátrico, o delegado de polícia, juízes ou familiares, todos recebendo uma posição de responsabilidade sobre o louco, ao qual se acreditava não poder responder por si.

É importante lembrar que, para cada época, havia a sua maneira de lidar com o louco e o Jornal *O Dia* era figura central na construção das narrativas que envolviam o louco e que o definiam enquanto notícia relevante para a sociedade. Na década de 1980, o louco passa a se tornar vítima da sua própria loucura e passa a ser constantemente associado ao preconceito, a crimes enquanto vítima, abandono, agressão, descaso médico, policial ou familiar.

Através dos enunciados que apresentam esses primeiros movimentos em direção a melhoria no atendimento psiquiátrico, reconhecemos pequenas transformações e o início de um remodelamento na assistência psiquiátrica do estado. Mas é somente a partir da década de

1990 que acontecem as primeiras manifestações e a busca por mudanças no atendimento psiquiátrico no Piauí.

Ao mesmo tempo, o Jornal *O Dia* passa a noticiar o louco de modo mais assertivo, trazendo à tona as questões de transtornos mentais com embasamento médico, e com características que mais denunciavam os métodos e condições anteriores de tratamento do que reforçavam os padrões supramencionados.

Nessa época, a quantidade de notícias que citavam e envolviam um louco foram se tornando mais raras. Os profissionais de saúde mental, por sua vez, realizavam eventos de formação e buscavam encontrar mecanismos de atendimento psiquiátrico que fossem mais humanizados, dialogassem com os familiares e com a sociedade, resultando em entrevistas mais aprofundadas nas publicações do Jornal *O Dia*, com enfoque ao tratamento e a importância de um acompanhamento multiprofissional e da participação da família da pessoa com transtorno mental.

Acreditamos ainda que a preocupação do Jornal *O Dia* tenha se alterado ao longo do tempo ao tratar das questões voltadas à saúde mental. De início, as construções narrativas giravam em torno da veiculação imediata do fato, não se aprofundando nas proposições de assistência e nem nas questões de sociabilidade.

Com o passar do tempo, notamos, contudo, uma preocupação jornalística em dar voz aos sujeitos envolvidos e em noticiar informações com o objetivo de desconstruir determinados preconceitos que eram constantemente associados à pessoa com transtorno mental. Apesar disso, compreendemos que até essa preocupação jornalística parte de um interesse mercadológico, com o objetivo de se consolidar enquanto jornal imparcial, confiável e legítimo para a sociedade e para os investidores.

Constatamos também que o louco só se torna notícia no observável em questão quando acontece algum fato marcante que quebre a rotina da sociedade, em sua maioria relacionados a tragédias, crimes, superlotação, ou em casos em que a assistência psiquiátrica necessita de atenção pública e governamental.

Dentro dessas questões que determinam se o louco se torna notícia ou não, inferimos que as construções narrativas seguem um padrão de assuntos que implicaram na enumeração das categorias de análise deste trabalho. São eles: o louco enquanto violento ou potencialmente violento; o louco como vítima; o louco cuja responsabilidade é da polícia; o

louco enquanto responsabilidade da família; o louco associado a questões de gênero e o louco associado às políticas públicas.

A primeira categoria referente ao Louco Violento ou Potencialmente Violento pode ser percebida a partir de características como impulsividade, pressão, violência e raiva descritas no sujeito considerado louco. Mas também se enquadram o medo, temor, receio, desconfiança ou estranhamento da sociedade em relação ao considerado louco.

Nessa categoria, depreendemos, através das construções narrativas presentes no jornal *O Dia*, um perfil constantemente associado à ausência de razão, ao descontrole e ao desequilíbrio sobre si mesmo. A agressividade do considerado louco passa a ser vista enquanto potência, encaixada como um estado constante de perigo. Essas características podem ser percebidas como efeitos de sentido associados ao perfil do louco e reforçam os estigmas associados à pessoa com transtorno mental.

Já a segunda categoria do Louco enquanto Vítima pode ser identificada nas notícias analisadas nos discursos nos quais o louco é vítima de alguma violência devido a sua patologia, bem como naqueles em que o louco se torna digno de pena, assumindo o papel de coitado, não responsável por si, pois já não tem condição de um autocuidado.

Ainda nessa categoria, o louco pode ser reconhecido enquanto vítima nas construções narrativas por reagir a alguma violência que cometeram contra ele, ocasionando finais trágicos e muitas vezes com a perda de vida do considerado louco. Além disso, aquele considerado como louco se torna vítima não apenas por uma agressão ou crime cometido contra ele, mas também por todo um sistema opressor e violento, que produz sentido e efeitos de sentido capazes de construir uma superfície que reforça os estigmas.

A terceira categoria discutida é a do Louco enquanto Responsabilidade Familiar, identificada nos discursos em que a família do considerado louco é a única responsável pela situação em que o sujeito se encontra, assim como por retirá-lo dos espaços públicos e responder por eles dentro das instituições psiquiátricas.

Aqui, assinalamos, por meio das narrativas presentes em *O Dia*, que a família daquele caracterizado como louco, durante décadas, foi apontada como culpada pela condição do mesmo e considerada responsável pelas situações em que ele se envolvia, seja com a polícia, com a sociedade ou com os próprios familiares. Os enunciados que apresentavam características de responsabilidade familiar também reforçavam os padrões de ausência de normalidade.

A quarta categoria, por sua vez, representada através do Louco como Responsabilidade Policial, pode ser descrita por meio dos discursos em que a polícia assume a responsabilidade sobre o considerado louco ou nos discursos em que o poder policial é acionado enquanto instituição de segurança pública, responsável por conter os corpos indesejados. É importante destacar que a polícia era vista como a maior instituição de segurança pública, responsável por retirar os indesejáveis e os considerados perigosos dos espaços públicos.

Com a superlotação das instituições psiquiátricas, os loucos eram levados para as cadeias públicas, delegacias e penitenciárias, gerando um desejo da sociedade em aprisionar os considerados loucos, onde quer que fosse. Assim, a loucura se torna problema e caso de polícia, esta sendo desenhada enquanto instituição responsável pelos loucos tanto quanto as instituições psiquiátricas e se tornando fonte noticiosa para o Jornal *O Dia*.

A quinta categoria construída, que relaciona Loucura e Gênero, é caracterizada pelos enunciados construídos pelo Jornal *O Dia* nos quais a condição de ser mulher é decisiva e, associada à loucura, as características de discriminação são evidenciadas. A loucura associada à figura feminina é percebida através de características de crimes, abusos, violências físicas, morais, sexuais e emocionais. Ao analisar os discursos, identificamos que existe uma deslegitimação da voz da mulher e, principalmente, da mulher considerada “louca”.

Seu estado de vulnerabilidade nos parece, nas construções narrativas observadas e analisadas, justificativa para serem abusadas, violentadas, estupradas ou deslegitimadas. Percebemos que não há autonomia da mulher sobre seu próprio corpo, e que sua voz é silenciada, sendo transferida às instituições médicas, policiais ou à família dessa mulher. Além disso, esse perfil da mulher louca pode ser associado também a um perfil infantilizado, construído para diminuir seu protagonismo e sua responsabilidade sobre si mesma.

As formações dos modos enunciativos que associam a loucura à figura feminina e ao controle dos seus corpos são responsáveis pela emergência de diferentes objetos que formam a representação da mulher na loucura, de modo que essas mulheres consideradas loucas são representadas não somente pela possível loucura que as acomete, mas pela marca que esses discursos provocam em sua imagem, considerada tão importante para os padrões normativos da época.

Por fim, a sexta categoria é Loucura e Políticas Públicas e pode ser reconhecida nas características minimamente sutis de ações voltadas às políticas públicas de assistência ao sujeito considerado louco, bem como no olhar humanizado, vindo de organizações e

instituições de apoio que compreendem a realidade desses sujeitos e buscam soluções a longo prazo.

Nessa categoria, as construções narrativas são formadas visando informar a sociedade sobre determinados avanços em relação à assistência psiquiátrica no estado. Essas notícias foram imprescindíveis para que pudéssemos perceber com certa precisão em quais momentos da história da psiquiatria no Piauí as questões de atenção à saúde mental ascenderam e se tornaram questões de políticas públicas estaduais.

Também notamos, por meio das formações discursivas e das construções narrativas, a necessidade de uma “cura para a loucura”, de um atendimento urgente e eficiente, que desenvolva a atenção à pessoa com transtorno mental de modo multidisciplinar e multiprofissional. Ainda identificamos uma preocupação no que tange à quebra de estereótipos em relação à pessoa com transtorno mental.

Dito isto, como resultado direto da presente pesquisa, observamos a existência e a transformação de construções narrativas e unidades discursivas no que se refere ao louco – que se encontram nas regras que tornaram possíveis um variado número de descrições e de enunciados dentro de determinados eixos, contextos, espaços, etc –, que, em sua maioria, reforçam uma variedade de perfis relativos ao sujeito considerado louco.

Entretanto, constatamos que essa variedade de perfis que contempla um louco violento ou potencialmente violento, um louco vítima, um louco enquanto responsabilidade familiar ou policial, um louco associado às questões de gênero ou de políticas públicas, faz parte de um único perfil multifacetado, complexo, que se modificou ao longo do tempo e deixou cicatrizes e marcas historiográficas.

Todos esses perfis podem ser vistos concentrados sob a ótica de um mesmo sujeito tido como louco, considerando as mudanças em relação ao perfil do louco na história, como também as alterações diacrônicas que se deram no tempo e no espaço e as modificações nas construções narrativas desenvolvidas pelo Jornal *O Dia*. Acreditamos que, por essas questões, dentro do processo analítico, uma notícia poderia ser enquadrada em mais de uma categoria, considerando a fluidez da construção da figura do louco.

É importante destacar que as dificuldades de superação do modelo hospitalocêntrico-manicomial vão além do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da construção de novas ferramentas na assistência psiquiátrica. Há uma lógica institucionalizada e construída

historicamente que precisa ser rompida e retrabalhada pelos profissionais de saúde, pelos pesquisadores, pelos familiares e pela sociedade.

Assim, o presente trabalho almeja preencher, ainda que parcialmente, uma lacuna nas pesquisas sobre a loucura no Piauí, assim como perceber novas possibilidades de formação discursiva e de construção noticiosa no que diz respeito às pessoas com transtornos mentais e, por fim, quebrar determinados estigmas e preconceitos relacionados ao objeto deste estudo.

7. REFERÊNCIAS

American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

BARBOSA, M. RÊGO, A. R. Historicidade e Contexto em Perspectiva Histórica e Comunicacional. **Revista FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, set-dez, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495553932012>. Acesso em 12 out 2019.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: AMARANTE, P. (org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 237-257.

BOCK, A. M. B. **A perspectiva sócio-histórica na Formação em Psicologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão de identidade**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. 2019. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/vigilancia-sanitaria-no-brasil>. Acesso em: 19 mar 2019.

CARRARA, S. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1. abr., 2010. p. 16-29.

CARVALHO, E. C. de. **O DIA – UM JORNAL SEM MANUAL: Análise dos jornais O Dia e Folha de São Paulo, enfocando os aspectos estilísticos e ortográficos**. 2003. 97f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Comunicação com Hab. Jornalismo) – Departamento de Comunicação Social, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2003.

CARVALHO JR, D. **História Episcopal do Piauí**. Teresina: COMEPI, 1980.

CHARTIER, R. **A História Cultural**. Entre Práticas e Representações. Lisboa: Difel, 1990.

DUNKER, C. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: Uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

FAUSTO NETO, A. Enunciação, auto-referencialidade e incompletude. **Revista Famecos**, Porto Alegre, v. 14, n. 34, dez. 2007. p. 78-85. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3456>. Acesso em: 30 set 2019.

FEDERICI, S. **O Ponto Zero da Revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do Saber**. 7ª ed. Tradução Luiz F.B. Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 7ª ed. Rio de Janeiro\São Paulo: Paz e Terra, 2018.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. 20ª ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1999.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: A Vontade de Saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FREUD, S. **Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 231-244.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GRMEK, M. D. Declínio e emergência das doenças. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, jul/out, 1995. p.09-31.

GUIMARÃES, H. **Para uma Psiquiatria Piauiense**. Teresina: COMEPI, 1994.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **Physis**, Rio de Janeiro, 2005, v.15. p.57-70.

HOBBS, T. **Leviatã** ou Matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil. São Paulo: Abril, 1979. 423 p.

Jornal O Dia, Teresina, 25 de abr. 1954

Jornal O Piauí, Teresina, 8 de abr. 1954

Jornal O Piauí, Teresina, 24 de jan. 1907

LIPPMANN, W. **Opinião Pública**. Petrópolis: Vozes, 2008.

LOPES, F. da C. **Patológicos e delinquentes: estratégias do controle social da loucura em Teresina (1870-1930)**. 2011. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Humanidades, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2011.

MACIEL, S. C. **Exclusão/inclusão social do doente mental/ louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MATALLO JUNIOR, H. **Construindo o saber – metodologia científica: Fundamentos e técnicas**. Maria Cecília Maringoni de Carvalho (org.). **A problemática do conhecimento**. 17ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 2006.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

NOVA IORQUE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946)**. Nova Iorque: Organização Mundial da Saúde, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 20 mar 2019.

OLIVEIRA, E. **A Incrível História de von Meduna e a Filha do Sol do Equador**. São Paulo: Oficina da Palavra, 2011.

PIAÚÍ. **Regimento Interno do Asylo de Alienados Areolino de Abreu**. Imprensa Oficial, 1907.

PORTUGAL, D. **As Bestas Dentro de Nós**. Rio de Janeiro: Áspide editora, 2019.

RAUTER, C. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RÊGO, A. R. **Jornalismo, Cultura e Poder**. Teresina: EDUFPI, 2007.

REGO, A. R. **Articulação temporal e essência narrativa: o jornalismo para além do tempo presente**. **Contracampo**, Niterói, v. 37, n. 03, p. 149-168, dez. 2018/ mar. 2019.

RIBEIRO, A. P. G.; FERREIRA, L. M. A. (org.). **Mídia e Memória**: a produção de sentidos nos meios de comunicação. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

RICOEUR, P. **Ética e Moral**. Tradução de Antonio Campelo Amaral. Covilhã: LusoSofia Press, 2011.

RICOEUR, P. **Tempo e Narrativa** (Tomo 1). Tradução de Constança Marcondes Cesar. Campinas: Papyrus, 1994.

SABBATINI, R. M. E. A história da terapia por choque em psiquiatria. **Cérebro & Mente**, Campinas, v. 4, n. 4, 1997.

SESA. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. (SPP/DVSAM - Saúde Mental) Definição de Saúde Mental. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=587>. Acesso em: 15 set 2019.

STONE, M. H. **A cura da mente**: a história da psiquiatria da Antiguidade até o presente. Porto Alegre: Artmed, 1999.

VEIGA NETO, A. Teoria e Método em Michel Foucault: (im)possibilidades. **Cadernos de Educação**, Pelotas, n.34, p. 83-94, set/dez, 2009.