



Universidade Federal do Delta Do Parnaíba
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia

Antônio Joelmir Portela da Silva

**Manicômio “vivo em ato”: atualizações do “desejo de manicômio” e do gesto
manicomial na terceirização do cuidado familiar**

Parnaíba – PI

2023

Antônio Joelmir Portela da Silva

**Manicômio “vivo em ato”: atualizações do “desejo de manicômio” e do gesto
manicomial na terceirização do cuidado familiar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo.

Parnaíba – PI

2023

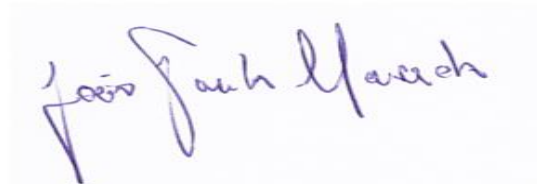
Antônio Joelmir Portela da Silva

**Manicômio “vivo em ato”: atualizações do “desejo de manicômio” e do gesto
manicomial na terceirização do cuidado familiar**

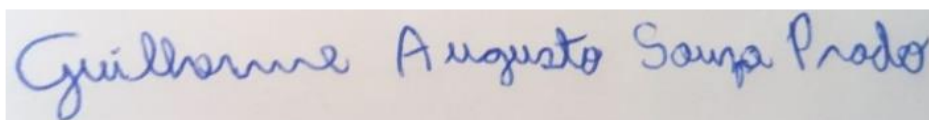
Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal do Delta do Parnaíba,
como requisito parcial para a obtenção de
título de Mestre em Psicologia

Aprovada em: 31/07/2023

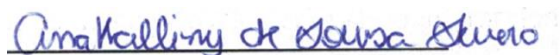
Banca Examinadora:



Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo
Universidade Federal do Delta do Parnaíba- UFDPAr (Orientador)



Prof. Dr. Guilherme Augusto Souza Prado
Universidade Federal do Delta do Parnaíba- UFDPAr (Avaliador Interno)



Prof. Dra. Ana Kalliny de Sousa Severo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN (Avaliador Externo)

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Delta do Parnaíba

S586m Silva, Antônio Joelmir Portela da
Manicômio “vivo em ato”: atualizações do “desejo de manicômio” e do gesto manicomial na terceirização do cuidado familiar [recurso eletrônico] / Antônio Joelmir Portela da Silva. – 2023.
1 Arquivo em PDF.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Delta do Parnaíba, 2023.
Orientação: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo.

1. Desejo de Manicômio. 2. Gesto Manicomial. 3. Família. 4. Cuidado. 5. Saúde Mental. I. Título.

CDD: 616.89



Dedicatória

Este trabalho é dedicado à memória de Luanny, corpo preto, periférico, pobre, trans. Luanny foi a primeira pessoa que fez eu me sentir professor, pois aprendi muito com ela, e era como ela me chamava, apesar da minha recusa... professor. Acredito que parte fundamental do mundo pedagógico é aprender com quem temos contato, só assim somos professores, quando reconhecemos que precisamos aprender com nossos alunos. Luanny era acompanhada pelo CREAS que eu atuava, ela também era usuária dos serviços de Saúde Mental. Luanny também foi a primeira pessoa a ser assassinada em Camocim-CE no ano de 2020, isso diz muito. Seu corpo sofreu investidas de pedras, gargalos de cerveja, ódio, truculência, preconceito, invisibilidade. Quatro homens foram presos por sua morte. Quatro contra uma. Uma contra todos, todos os dias. Luanny, o tempo e o espaço se configuram em sua memória e a mantém viva em mim. Luanny presente!

Aos meus pais, Diana Lúcia e Valdinar Portela por valorizarem a educação e me permitirem sonhar e concretizar esse ato ainda sob os seus cuidados e afetos.

Ao meu irmão Joel Portela, por ser meu companheiro de sorriso e de preocupação.

Ao Roger, meu companheiro de vida e travessia, a vida é boa com você.

Aos amigos que me cercam e me expandem em experiências de felicidade simples.

À todas as pessoas que percebem a vida como um “causo”, espero encontrá-las um dia, em uma escrita mais literatura.

Às pessoas que preferem o dialeto manuelês como linguagem de vida, expressando a simplicidade dessa estrada dura, mas passageira.

Agradecimentos

Agradeço aos que vieram antes de mim, cortando a faca e facão para abrir os caminhos. Sou sustentado por suas forças e pela resistência dos seus ombros.

Ao meu orientador professor João Paulo Sales Macedo. Esse trabalho foi pensado e construído com o senhor desde que era mesmo só desejo, que bom que apesar de tudo e tanto, foi possível. Grato pelos ensinamentos.

Ao professor Guilherme Augusto por aceitar estar nas bancas deste trabalho e acreditar na minha escrita como um produto popular, elogio grande para mim. Muito grato por suas contribuições tão sensíveis, por suas enriquecedoras colocações e sua majestosa paciência em transmitir o muito que sabe.

À professora Ana Kalliny, muito grato por aceitar colaborar com suas ricas e inquietas pontuações. Lembro com muita alegria do seu primeiro dia de aula na UFDPAr, na época UFPI, no curso de psicologia, e de como chegou tranquila e doce para construir a disciplina junto com os alunos. Lembro também das suas pontuações em meus diários de campo. Certamente fui mais feliz lendo o que você escreveu e sou mais feliz com a oportunidade de ouvi-la novamente.

“Eu tenho Zumbi, Besouro, o chefe dos tupis, sou Tupinambá. Tenho os erês, Caboclo Boiadeiro, mãos de cura, morubichabas, cocares, arco-íris, zarabatanas, curares, flechas e altares. À velocidade da luz, no escuro da mata escura. O breu, o silêncio, a espera. Eu tenho Jesus, Maria e José e todos os pajés em minha companhia. O menino Deus brinca e dorme nos meus sonhos, o poeta me contou.” Agradeço a espiritualidade benfeitora que a todo instante me cerca, me fazendo crer que nunca sou, tão pouco estarei só. Obrigado também por me mostrarem como posso ser agente potente de transformação íntima e com isso aprender, ensinar, evoluir, crescer e repetir esse processo tantas vezes seja necessário para o melhoramento possível e preciso.

À minha família,

No dia em que decidi abrir os olhos para o mundo material, a voz que eu ouvia e pensava ser eu falando ao mundo, era minha mãe afagando-me em seu colo e calando meu choro com carinho, a voz que eu ouvia e parecia vir do mundo para mim, era meu pai dizendo, pedindo pra eu ficar e não tão logo me despedir sem nem ao menos um sorriso lhe dar. Pois bem fiquei, não sei se por força, vontade própria, destino, vida ou só pelo chazinho de canela que minha vó fez e me “salvou”, me trazendo de volta dos dias que eu tinha passado fora do parto, sem nem ter vindo à vida ainda. Pela primeira vez eu senti que algo tinha ali, alguém chorando de felicidade só porque eu tinha vindo vê-lo nesse mundo e fazer uma ou outra coisa no mundo dele mudar, era meu irmão que queria ver o “Mizinho” dele, quem ele tanto tinha pedido e que naquele momento poderia segurar nos braços com todo o cuidado pra não “quebrar”. Pois bem irmão, eu cheguei, agora tudo está bem... eu vou cuidar de você, só não quebre meu dedo jogando bola, como você vai fazer quando eu tiver 6 anos e você tiver 9 e brincar na sala era o mais longe que se podia chegar quando o portão estava trancado com o cadeado que tentávamos sempre abrir, mas que o danado teimava em fechar, vai ver que ele não conversava muito com a chave, vai ver nem se conheciam...

“Estou aqui, onde sempre quis estar. Devo tudo isso a ti, mas preciso voar. Vou sempre ser seu, seu sorriso é meu. Lhe peço que tenha a coragem de confiar em sua criação. Mãe, eu sei, moro em outro mundo, sim, onde só o amor é lei. Me ensinou assim.” À minha mãe, Diana, agradeço por me ensinar desde pequeno como respeitar as mulheres e reconhecer que somos todos, homens e mulheres, dignos do que quer que seja, desde que se empregue boas energias e não prejudique ninguém. Esse trabalho é homenagem maior ao respeito e amor que lhe tenho. Obrigado, te amo mãe!

“Pai... eu não faço questão de ser tudo, só não quero e não vou ficar mudo, pra falar de amor pra você.” Ao meu pai, Valdinar, por ser referência de seriedade, honestidade e compromisso com a família. Sei, pai, que ainda é difícil dizer espontaneamente: “eu te amo” sendo que o senhor mesmo nunca ouviu isso dos seus pais quando criança, adolescente ou mesmo adulto. Não havia tempo para essas expressões de afeto quando se tem que ir para a roça aos 7 anos de idade e prover o sustento de toda a família composta de 6 irmãos. O senhor, do alto de sua sabedoria de vida construiu o maior patrimônio que pode existir. Se tenho hoje a possibilidade de segurar nas mãos um diploma de mestrado, devo muito ao senhor que tanto valoriza o estudo, que sempre diz que nos deu o que o senhor mesmo nunca pode ter e que sente falta. Lhe digo que tenho imensa felicidade de ser seu filho, e ver marcado no tempo de suas mãos calejadas, nos sulcos de sua pele envelhecida pelo sol, o esforço para nos manter sempre e incentivar o nosso crescimento pessoal e profissional. Obrigado, te amo pai!

“Você tem um amigo em mim, você tem um amigo em mim!” Ao meu irmão, Joel, por me permitir ser o presente que ele sempre quis ter, um irmãozinho chamado “Mizinho”, por me permitir sentir o amor de uma forma que dificilmente se experimenta em outra circunstância. Obrigado por dividir a infância comigo e me ensinar como é bonito a proteção que existe entre nós, somos loucos um pelo outro, mesmo com todos os conflitos próprios dos que se amam sem maldade. Obrigado, te amo “Dé-éu”!

Aos meus avós, paternos e maternos que de onde estão emanam amor e paz. Tenho certeza de que o nosso reencontro será um resgate de momentos não vividos, cheios de sorrisos furtados e lembranças amorosas. Eu os amo, obrigado por terem sido os anjos capazes de tirar suas asas e fazerem seus anjos voarem alto!

À Chico (meu coração fora do peito) e Catarina (Coração Quente), pela vigilância sempre ativa e amorosa, agradeço por ser contemplado por seres tão bondosos em minhas

(muitas) vidas. Obrigado por estarem comigo e mostrarem que o caminho, mesmo doloroso e difícil, é o melhor a ser seguido, obrigado por estarem comigo desde o meu, difícil, parto. Obrigado pelos afagos no momento do sono, dos sonhos, da vida. Sou imensamente grato pela generosidade de vocês.

À Roger, quelqu'un m'a dit que consta nos astros, nos signos, nos búzios, eu li num anúncio, eu vi no espelho, tá lá no evangelho, garantem os orixás! Serás o meu amor, serás a minha paz. Grato pela oportunidade de compartilhar os anos de amizade, amor e companheirismo, dos risos de felicidade, do amparo para o choro angustiado. Grato pela paciência e ciência de tudo que dividimos e somamos, está confirmado pela metanálise, metafísica, metáfora, zodíaco e signos, por cartas de baralho, escritas e não escritas. Grato pelo amor mais lindo do universo todo. Eu te amo e te admiro cada dia mais e como nunca.

À Ingryd, luz dos meus olhos, por todo apoio e afeto, por toda mão-aperto no peito. A travessia é mais segura quando estamos juntos.

Ao meu amigo Matheus Barbosa, integrante sempre atendo na itinerância de tentar ser eu, pesquisador. Pelos desabafos e pelo incentivo sempre carinhoso, muito grato.

À Ana Maria por ser o caminho de casa com portas sempre abertas. Obrigado por todo apoio e amizade ao longo de todos os anos.

Ao meu amigo Ismael Lopes, amigo melhor de todos, no momento e nos melhores momentos.

À Aline Santos, minha amiga de infância e mãe atenta do meu afilhado Romeo, minha comadre e comparsa de vida.

À todas aquelas pessoas que tive oportunidade de ensinar o que sei e aprender o muito que sabem, as alunas e alunos que passaram pela minha trajetória e deixaram um pouco de si, no que sou hoje.

Aos usuários de saúde mental que já tive contato pessoalmente ou pela escuta de suas histórias, aprendizado maior é viver, obrigado por me ensinarem sobre minha pequenez e impotência, talvez os maiores professores que tive e carrego na minha voz e escrita.

Aos colegas do NuPOLIS, pelas aflições e aprendizados coletivos, a educação é mesmo pensamento de muitos e construído por todos.

Aos funcionários da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba-PI, que dedicam tempo e seus maiores esforços em estar na lida cotidiana em contato com o sofrimento e as vulnerabilidades de toda ordem, todos são, cada um em sua singularidade, muito importantes para o que construí de vínculos e afeto, mas também de compromisso com a vida, principalmente quando há falta.

Se avexe não
A lagarta rasteja até o dia em que cria asas
Se avexe não
Que a burrinha da felicidade nunca se atrasa
Se avexe não
Amanhã ela para na porta da sua casa
Se avexe não
Toda caminhada começa no primeiro passo
A natureza não tem pressa, segue seu compasso
Inexoravelmente chega lá
Se avexe não
(A Natureza das Coisas – Flávio José)

Resumo

A presente pesquisa trata sobre a institucionalização de famílias durante a hospitalização de usuários de Saúde Mental em um município referência para esse tipo de intervenção na planície litorânea piauiense. O hospital escolhido para a realização do estudo é a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, mesmo sendo um hospital geral, guarda uma ala psiquiátrica, nos moldes manicomial, asilar e segregadora, acumula inúmeras contradições ao longo do tempo, inclusive após o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e de reordenamento da Rede de Atenção Psicossocial. Tal estrutura, surpreendentemente, permanece ainda hoje e compõe o ponto de atenção hospitalar como serviço de referência, no tocante a escancarar como o manicômio e sua racionalidade permanecem vivos, e se atualizam na própria estrutura e dinâmica da instituição e da cidade, inclusive sob a condição de para que a internação psiquiátrica ocorra, tanto o paciente como seu familiar (acompanhante) precisam ficar internados e vivenciar na pele o manicômio em suas vidas. Nesse sentido, temos como objetivo geral: refletir sobre os efeitos das relações entre a lógica manicomial e o capitalismo na terceirização do cuidado na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. Como objetivos específicos: a) descrever o dispositivo manicomial e suas relações com a cidade e a Rede de Atenção Psicossocial; b) apreender as atualizações do gesto manicomial e as operacionalizações do “desejo de manicômio” na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba; e c) discutir a terceirização do cuidado familiar, enquanto nova expressão da lógica manicomial na Saúde Mental. Para alcançar esses objetivos, essa pesquisa parte com o foco em lançar visibilidade sobre os atravessamentos de viver o manicômio sob sua pele ao ter que acompanhar um familiar em internação psiquiatria, enfatizando as contradições desse dispositivo e o desdobramento capitalista entorno dele. Para isso é utilizada a produção de sentido no cotidiano, onde assumo o lugar de pesquisador-trabalhador. Esperamos que com essa pesquisa possamos elucidar as

atualizações manicomiais na Rede de Atenção Psicossocial de Parnaíba, que estão operacionalizadas na terceirização do cuidado em Saúde Mental.

Palavras-chave: Desejo de Manicômio, Gesto Manicomial, Família, Cuidado, Saúde Mental.

Abstract

This research deals with the institutionalization of families during the hospitalization of Mental Health service users in a reference municipality for this type of intervention in the coast of Piauí. The hospital chosen for carrying out the study is the Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, despite being a general hospital, it has a psychiatric ward, which operates in an asylum-model and segregating manner and accumulates numerous contradictions over time, even after the process of Psychiatric Reform in Brazil and reorganization of the Psychosocial Care Network. This arrangement, surprisingly, remains today and is part of the hospital care network as a reference service, in terms of showing how the asylum and its rationality remain alive, and are updated in the structure and dynamics, both of the institution and of the city, including under the condition for psychiatric hospitalization to occur, both the patient and his family member (companion) need to be hospitalized and experience the mental asylum in their lives. In this sense, we have as a general objective: to reflect on the effects of the relations between the asylum logic and capitalism in the outsourcing of care in the Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. As specific objectives: a) describe the asylum device and its relations with the city and the Psychosocial Care Network; b) apprehend the updates of the asylum gesture and the operationalizations of the “desire for asylum” in the Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba; and c) discuss the outsourcing of family care, as a new expression of the asylum logic in Mental Health. To achieve these goals, this research focuses on shedding visibility on the crossings of living the asylum under your skin when having to accompany a family member in psychiatric hospitalization, emphasizing the contradictions of this establishment and the capitalist unfolding around it. For this, the method of production of meaning in everyday methods life is used, where the role of researcher-worker is assumed. We hope that with this

research we can elucidate the asylum updates in the Parnaíba Psychosocial Care Network, which are operationalized in the outsourcing of Mental Health care.

Keywords: Asylum desire, Asylum gesture, Family, Care, Mental Health.

Lista de Figuras

Figura 1. Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba vista de cima.....	32
Figura 2. Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba em meados dos anos 1900.....	41
Figura 3. Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba em meados dos anos 1930.....	43
Figura 4. Praça Antônio do Monte, popularmente conhecida como praça da Santa Casa de Misericórdia, com o hospital ao fundo.....	47
Figura 5. Vista de um dos quartos com dois leitos. Vista de uma cama de ferro e das grades na enfermaria e janelas.....	48
Figura 6. Corredor da ala psiquiátrica.....	48
Figura 7. Ala psiquiátrica vista por fora do hospital, pelos fundos, visão das janelas cobertas até a metade por chapa de ferro e grades.	49
Figura 8. Corredor “externo” da ala psiquiátrica, com mesas e cadeiras.....	50
Figura 9. Televisão fora da ala psiquiátrica.	50
Figura 10. Rampa de acesso ao andar superior, lateral a ala psiquiátrica.	51
Figura 11. Corredor lateral a ala psiquiátrica, embaixo da rampa de acesso ao andar superior.	51
Figura 12. Gela-água fora da ala psiquiátrica, próximo ao posto de enfermagem.....	52
Figura 13. Televisão fora da ala psiquiátrica, visão mais ampla do corredor “externo”.	52
Figura 14. Construção de cartazes com os usuários e estagiários da ênfase em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Delta do Parnaíba.	77
Figura 15. Cartazes construídos com os usuários, pendurados nas paredes internas da ala psiquiátrica.	77
Figura 16. Construção de “um mapa da rede social” com os usuários em internação.....	78
Figura 17. Construção de um mapa-corpo-afeto com os direitos e sentimentos dos usuários em internação.	78

Figura 18. Eu participando da construção e ocupação das paredes com os cartazes e os usuários.
..... 79

Figura 19. Construção de cartazes com os usuários e estagiários da ênfase em Saúde Coletiva
da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. 79

Sumário

1	Apresentação.....	14
2	Introdução	17
3	É trilha, não trilho: caminho metodológico	29
3.1	“A sensibilidade deve ser seu principal instrumento de trabalho”	29
3.2	“Hospício é não se sabe o quê, porque Hospício é Deus.”: cenário da pesquisa ...	30
3.3	“Só sei andar no sol, um passo depois o outro”, os sentidos no meu cotidiano: participantes.....	33
3.4	“Eu quase de nada não sei, mas desconfio de muita coisa”: ferramentas.....	33
3.5	“Ela voltaria. Sim, quanta vezes voltasse, ele a estaria esperando, consciente da sua empreitada”: aspectos éticos	35
4	“Manicômio é um Gesto”.....	37
5	“Hospício é não se sabe o quê, porque Hospício é Deus”	60
5.1	“De médico e louco, todo mundo tem um pouco.”.....	60
6	“Espero que meus pés não encontrem mais o caminho desse lugar”: Cosiderações finais.....	74
	Referências	80

1 Apresentação

Da sala “multiprofissional” ouço gritos desesperados vindos do andar de baixo. Corro para o setor da psiquiatria, mas conhecido como ala psiquiátrica da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba¹. Chegando lá, vejo cinco funcionários detidos em conter um paciente, enquanto duas técnicas de enfermagem aguardavam a concretização da imobilização, que já se fazia completa àquela altura, para aplicar duas injeções em cada uma das nádegas. Todo aquele procedimento, com manobras de contenção, foi acompanhado por altos gritos do paciente. Ele gritava como se esvaziasse os pulmões com alertas sobre o que estava a acontecer, podendo ser escutado pelos quatro cantos do hospital. Os funcionários seguravam aquele rapaz, que tinha cerca de uns 20 anos, com o uso da força. No máximo, o rapaz pesava 50 kg, emagrecido pela vida que leva por ser usuário de crack, tendo a fome e os martírios de uma vida sofrida como companheiros no cotidiano fora do hospital.

Eram cinco homens abordando aquele paciente: um segurando a cabeça e os demais em cada membro. E o paciente não parava de gritar: *“Tá doendo, me solta! Vão me matar!”* Eram gritos intercalados com uma respiração ofegante de quem lutava para se manter consciente e ouvido. Talvez não o matariam, assim eu penso (ou não...). Mas com certeza, ele morreu um pouco ali. Eu também, com aquelas cenas que ora e outra se repetiam no cotidiano da Santa Casa. Chego diante da ocorrência tentando gritar mais alto, foi a única ação que pensei realizar para abrir caminho para a oferta de uma intervenção mínima, uma interrupção do humano, que diz de quem enxerga um comum, um semelhante ali, uma abordagem que nem precisaria ser feita, mas que poderia ter sido

¹ A ala psiquiátrica da Santa Casa de Misericórdia fica situada em uma área inferior do hospital, na lateral e abaixo da rampa de acesso das macas e ao lado da pediatria. Porém, apenas a psiquiatria fica embaixo da rampa, talvez um gesto da arquitetura do hospital para deixá-la invisível para uns e visível para outros.

realizada por qualquer outra pessoa, por qualquer um. Seria ouvido? Não sei, mas apareço gritando para soltá-lo! E os funcionários resistem à soltura. Grito novamente e cedem. Eles o soltam e, o “perigoso” homem que tentavam conter, de 20 anos apenas, só chora! Foi o que aquele homem conseguiu expressar depois daquela intervenção violenta que sofreu, aos moldes do ocorrido com George Floyd² e tantos outros. A sorte que não acabou em um sufocamento!

Eram cinco contra um. Um contra todos e ninguém por ele! Em meio ao choro aquele homem falava: *“Eu gravei a cara de todos. Eu vou denunciar! Isso é errado! Eu só estava com dor de cabeça e chamei a enfermeira! Mas ela não liga para ninguém, nunca vem quando a gente chama!”* Acolho o que é possível, até quando é possível, porque em seguida passo mal, dor na nuca e minha pressão arterial chega a 17x10. Minha frequência cardíaca se equipara a de um exercício físico de alta intensidade, 165bpm.

A principal acompanhante dele era a mãe, mas ela não estava presente no momento. O que julgo que de alguma maneira possa ter minimizado o sofrimento vivido por ela e pela família diante da internação psiquiátrica na Santa Casa. Por outro lado, a irmã do paciente assistiu a tudo, atônita, sem conseguir elaborar nenhuma fala no momento da abordagem, muito menos após o ocorrido, quando eu tentei conversar com ela a respeito. A situação foi levada a Coordenação do setor de Enfermagem do Hospital, mas infelizmente não houve qualquer desdobramento no sentido de apuração diante da cena de violência ali testemunhada, ou perspectiva de mudança de práticas diante do ocorrido.

² George Floyd foi assassinado nos EUA por policiais em uma abordagem violenta. Ele foi asfixiado enquanto falava que não conseguia respirar, à luz do dia, e com pessoas filmando, o que possibilitou que o conteúdo do crime fosse compartilhado e se espalhasse rapidamente na internet, mobilizando pessoas e entidades ligadas à luta antirracista em solo americano e ao redor do mundo. Floyd era um homem afro-americano de 46 anos, pai, natural de Houston, Texas, onde frequentou a Yates High School como atleta poliesportivo e se formou em 1993. Floyd era cristão e seus amigos e conhecidos o descreviam como uma “pessoa de paz”.

Hoje me vejo atuando como psicólogo na assistência a esta instituição, porém, não sem ser atravessado pelas histórias que ouvi, testemunhei e vivi na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. Esse trabalho é fruto, portanto, da experiência de um trabalhador da saúde, em um ambiente controlado por forças institucionais e sociais, que mantém erguida uma rede de forças manicomiais em um serviço hospitalar de referência para internações psiquiátricas no extremo norte do Piauí, na cidade de Parnaíba.

Abro este trabalho de dissertação de Mestrado com esse relato pois, acredito que ele pode auxiliar na compreensão do envolvimento que acabo tendo com o meu trabalho enquanto profissional da instituição. Acredito também que esse relato seja mais do que ilustrativo do que os usuários e familiares que experienciam a internação psiquiátrica estão sujeitos a viver. Os efeitos e reverberações dessa vivência são o principal alvo desse trabalho no objetivo de tornar visível as diversas dobras do manicômio e sua permanência e força nos tempos atuais.

Nesse sentido, é imperativo para essa pesquisa, realizar ampliações, recortes e aproximações do meu cotidiano no hospital, por meio de falas, experiências e desdobramentos que são produzidos no contato com os familiares e usuários, pois, estando na posição de pesquisador-trabalhador³, é impossível dissociar o meu modo de fazer pesquisa do trabalho que me atravessa, ali, diariamente. Assim, qualquer proposta de pesquisa que pressuponha neutralidade ou distanciamento não pode, sequer, ser pensada como possível para esse estudo e para mim, na condição de pesquisador-trabalhador.

³ Nesse sentido, utilizo dos pronomes em primeira pessoa do singular (eu) e/ou do plural (nós), para dar visibilidade a minha escrita que não pretende se deslocar do meu cotidiano e reverenciar os que escrevem comigo esse trabalho como orientador, autores, autoras, estagiárias, usuários, profissionais e famílias que tenho contato e me auxiliam no dever ético-político da escrita.

2 Introdução

“Eu tenho me mantido o mais calma possível, graças a Deus. Eu me preocupo com os de casa, que eles tão mais preocupados com nós aqui... porque a gente imagina muita coisa, sabe? Como é o tratamento, se fazem... se é maltratado... eu posso dizer ne? A gente tem assim, hum... quando a gente tá só, a gente imagina muita coisa.”⁴

O título desse trabalho faz referência ao termo “trabalho vivo em ato” (Merhy, 2002), amplamente discutido pelo seu criador, Emerson Elias Merhy. A perspectiva do trabalho vivo em ato discutida pelo autor, coloca a dinâmica do trabalho na saúde como fator efetivo, determinante para a eficácia do trabalho nessa área, há uma corrente de fatores que corroboram para que o trabalho se configure dessa maneira, assim como apontamos aqui, que há uma corrente de fatores que também se desenvolvem e fazem com que o manicômio opere “vivo em ato”.

Segundo Merhy (2002) existem duas grandes dimensões em torno do trabalho vivo em ato:

“Uma, é a da atividade como construtora de “produtos”, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?); a outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com

⁴ Frase dita pela irmã de um usuário em internação psiquiátrica em 2022.

os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos.”
(p.281)

Nesse sentido, acreditamos que a expressão se aplica também ao modelo de cuidado ofertado pelo hospital, em se tratando de uma assistência hospitalocêntrica, manicomial e procedimento-centrada, na qual a produção dos “produtos” e o serviço dos trabalhadores se entrelaçam a bem da máquina hospitalar e dos interesses capitalistas. Indicando a efetividade do trabalho manicomial, apontando para o “manicômio vivo em ato”, funcionando como uma fundição sofisticada que indica como o manicômio vem durando, se atualizando e se mantendo ao longo do tempo, de forma sempre mais afinada com os interesses dos que detém o poder.

O hospital em questão, nomeado como Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, se localiza no extremo norte do estado, no litoral piauiense, criado para responder as necessidades da burguesia local que se via ameaçada pela assinatura da Lei Áurea, em 1888, com a libertação da população escravizada. A criação dessa instituição esteve voltada, inicialmente, para atender as aspirações de higiene social da elite local em ver a cidade limpa e higienizada, afastando do convívio todos os que de alguma maneira destoavam dos interesses dos chamados cidadãos parnaibanos, principalmente os que ocupavam as ruas da cidade e “atrapalhavam” a ordem (Athayde, 1984).

A instituição está localizada na região central da cidade de Parnaíba-PI, outra contradição, pois não foi situada as margens da cidade, como historicamente percebemos esse tipo de instituição, ela está com estrutura física resguardada desde a sua construção em 1896, com a adição de edificações conforme as necessidades vindouras com a implantação de serviços antes não oferecidos, a exemplo da ala psiquiátrica implantada em 1976. Assim, entrelaçadas às suas paredes seculares, encontramos a relação dessa instituição com a cidade, com a sua população e a importância cultural e histórica que

tem para o Piauí, considerando que a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba figura como o mais antigo hospital do estado em atividade até o momento (Athayde, 1984).

Deste modo, pretendo sustentar o argumento que o gesto manicomial (Wanderley, 2021) e o “desejo de manicômio” (Machado & Lavrador, 2001) colocam-se como mecanismos e operações que sustentam com “mão” firme a lógica manicomial que se atualiza na própria estrutura e dinâmica da instituição e da cidade. Tal lógica se apresenta em diferentes entradas, desde as mais estruturais às mais microsociais e relacionais, inclusive sob a condição de: para que a internação psiquiátrica ocorra na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, tanto o paciente quanto o seu familiar (acompanhante) precisam ficar internados e vivenciar na pele o manicômio em suas vidas.

O termo ‘gesto manicomial’ deriva da fala de Lula Wanderley, médico psiquiatra que trabalhou diretamente com Nise da Silveira e desenvolveu métodos de pesquisar e intervir junto a usuários de saúde mental – em sua fala Lula cita: “manicômio é um gesto”. Como gesto manicomial entendemos todo o conjunto de ações, explícitas e não explícitas, que desenvolvem alguma iniciativa que invariavelmente está direcionada a replicar o manicômio na vida cotidiana. Nesse sentido, o colocamos não apenas como uma consequência do desejo de manicômio, mas como uma atualização manicomial e uma resistência as iniciativas e gestualidades após Reforma Psiquiátrica.

Já o conceito “desejo de manicômio” (Machado & Lavrador, 2001) é entendido como o nosso desejo em subjugar, dominar, exercer poder e controle sobre corpos e subjetividades que destoam do que se tem como ideal de normalidade, o desejo de excluir as diferenças e ignorar as subjetividades, trancafiando-as, marginalizando-as, sustentando uma racionalidade carcerária (Machado & Lavrador, 2001), o que corrobora com a discussão de manicômios mentais que também utilizamos nessa pesquisa. Percebemos

também que esse desejo penetra o tecido social e faz como a instituição de interesse dessa pesquisa seja alimentada e o retroalimente (Alverga & Dimenstein, 2006).

Esses aspectos se configuram e se colocam, portanto, como um analisador (Baremlitt, 1996) das dobras do manicômio e do gesto e desejo manicomial que imperam na cidade e na instituição, inclusive sob a captura da terceirização do cuidado em saúde mental pela Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, no âmbito da assistência que o hospital oferece, com a imposição de que o familiar precisa se “internar” junto com o paciente para acompanhá-lo e cuidá-lo, transferindo a responsabilidade do cuidado nesse ambiente, para a família, escancarando, talvez, a maior contradição na saúde e no cuidado em saúde mental que pode ser capturado na rede municipal de saúde mental.

Para figurar como contradição, um fenômeno necessita ter força suficiente para se estabelecer como tal, não basta apenas o status de diferença essencial, ou não. Ou seja, por mais que os fenômenos apareçam de maneiras distintas em algumas realidades, instituições ou em uma mesma instituição, como no caso da Santa Casa, não basta para que a observemos como contradição entre paradigmas (Costa-Rosa, 2000). Sobre isso, o autor aponta ainda: “Somente aquelas diferenciações capazes de se manifestar com força radical, a ponto de imprimir a determinado fenômeno um sentido contrário àquele seguido até então, poderão requerer o estatuto de contradição” (p.144).

As contradições de compor um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e apresentar um padrão manicomial no que se refere a estrutura física do hospital, nas intervenções profissionais, na visibilidade/invisibilidade dada a alguns pontos específicos dos usuários e o próprio setor voltado para atenção à saúde mental são inúmeras, no decorrer do processo de escrita desse trabalho, busco apresentar o máximo possível desses elementos contraditórios.

Dessa forma, uma primeira contradição que consigo constatar logo que cheguei no serviço foi o fato de existir equipe multiprofissional atuando no hospital, porém com quase nenhuma investida no setor de psiquiatria. A ala fica entregue aos técnicos de enfermagem, aos trabalhadores dos serviços gerais⁵ e ao médico psiquiatra⁶, que é incipiente no trabalho com os usuários e na atenção às famílias.

A gestão local também financia a manutenção do manicômio, com emendas impositivas por parte do legislativo municipal com “investimentos” no setor, mesmo que o dinheiro não seja visto concretamente nas ações que dizem implementar. Exemplo disso é a emenda impositiva Nº 01/2021 da Vereadora Fátima Carmino (PT), que destina o valor de 70 mil reais para manutenção do equipamento e contratação de pessoal para trabalhar no setor, porém até o momento, as instalações continuam as mesmas e não houve a admissão de funcionários para essa área do hospital. Enquanto o município conta com outros serviços da rede psicossocial sucateados, a exemplo explícito, o CAPS II e, especialmente o CAPS AD III. Ainda assim, os gestores preferem financiar o manicômio.

Outra contradição é o hospital, com sua ala psiquiátrica, figurar como dispositivo da RAPS, um manicômio na Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, embora contraditório, não é difícil perceber que esse posicionamento é sustentado tanto pela população que não visualiza ou conta com uma alternativa para lidar com as situações de crise psiquiátrica, quanto pelos trabalhadores inclusive dos CAPS da cidade, que localizam em suas falas e operacionalizam em suas ações, ainda muito institucionalizadas, “a importância da psiquiatria da Santa Casa”.

⁵ Localizo aqui esses trabalhadores, pois os mesmos são “responsáveis” pelas contenções físicas e mecânicas dos usuários em desalinho com os interesses do manicômio. Outro motivo é a relação que esses trabalhadores desenvolveram com o serviço e com as famílias institucionalizadas.

⁶ Não há, necessariamente, visita leito a leito ou a todos os pacientes, muitas vezes o médico realiza a prescrição apenas com as informações dos familiares e/ou técnicos de enfermagem do setor, mesmo sem ter contato com os usuários.

Mesmo considerando o posicionamento por parte da Direção da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba em fechar o setor de psiquiátrica do hospital, aproveitando a situação pandêmica de COVID-19, e dos reclames quanto a questão financeira, no entanto é recorrente a pressão por parte da população e dos serviços de atenção psicossocial do município, demais serviços da saúde, e até do Ministério Público, para formar uma rede de sustentação para o pleno funcionamento do manicômio em Parnaíba.

As contradições começam por aí, mas ficam sim mais evidentes e intensas quando olhamos para a estrutura de outra área do hospital que também contempla, em alguns casos, a internação psiquiátrica - aqui chamaremos esse setor de cardiologia. De fato a cama-leito parece ser o único símbolo de internação na cardiologia, já que a visitação é livre, há acomodações para os acompanhantes, os usuários podem sair dos quartos e andar pelos corredores, pegar sol no corredor externo, há ar-condicionado, interruptor para campainha que aciona as técnicas, se necessário há intervenções de outros profissionais (fisioterapeutas, médicos com outras especialidades, enfermeiros com outras especialidades), os banheiros são privativos, há janelas sem grades e em alguns quartos até mesmo frigobar.

Outro ponto fundamental é a conduta medicamentosa oferecida aos dois públicos, na cardiologia é possível que haja interferência de outros psiquiatras, se for o desejo da família. Há também outro fator importante a ser levantado, o tempo. O tempo de internação entre os dois ambientes e que afeta diretamente os públicos são distintos, seja pela efetividade do tratamento oferecido na cardiologia, seja pelo desejo da família na pronta recuperação do paciente, fato que implica em menor tempo de internação se comparado ao tempo dos usuários da ala psiquiátrica.

E, quando da alta, muitas vezes o que ocorre é uma desospitalização e não a desinstitucionalização de fato (Rotelli, 2001), o que faz com o que o usuário retorne

inúmeras vezes ao hospital, não só pelos agravos em relação a sua saúde mental, mas também por conta da não adesão dos serviços aos usuários (os usuários parecem, muitas vezes, ter desejo de adesão, os serviços não). Essa realidade remonta, reforça e estrutura as vezes de forma velada e outras vezes de maneira escancarada o desejo de manicomializar os usuários (Macedo & Dimenstein, 2009), não só pelos dispositivos e profissionais, mas também pela sociedade de forma geral.

Assim, percebemos que o hospital também está em movimento constante, muito embora haja a nível social, nacional e político, muitas mudanças, a movimentação é em prol de alimentar a contradição entre racionalidades psicossociais e o modelo hospitalocêntrico, manicômio centrado.

Porém, nesse trabalho, não nos interessa apenas o investimento nas grandes contradições, mas sobretudo nas micro contradições, talvez o mais estreito tecido institucional que faz passar no cotidiano, essas contradições quase que como naturais. É por isso que nos interessa fazer ver esses pontos contraditórios no micro tecido do emaranhado manicomial a vistas de tentar lançar alguma luz sobre o fenômeno da terceirização do cuidado que ocorre na instituição. Onde os acompanhantes, quase sempre familiares, são obrigados, como requisito para internação dos usuários de saúde mental, a ficarem alojados juntos com eles, vivendo também a internação e dividindo os cuidados com a equipe de saúde.

Não é ocasional a escolha por esse ambiente de pesquisa, pois há grande importância da instituição na rede de saúde e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. O hospital é referência na modalidade de internação psiquiátrica para o município de Parnaíba e para 10 outros municípios que compõem a Região de Saúde da Planície Litorânea, além dos municípios circunvizinhos dos estados do Ceará e Maranhão.

A ala psiquiátrica é conhecida no município e nos arredores, estando no imaginário popular como ambiente e recurso aos acometidos por alguma psicopatologia ou questões relacionadas a saúde mental, muitas vezes, visto como recurso primeiro às situações de crises em saúde mental e surtos psicóticos, muito embora haja preconização por parte da política de saúde mental e pelo ministério da saúde por outros serviços e dispositivos de base territorial e comunitária, conforme o que consta na lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental (Brasil, 2001).

No modelo de atenção psicossocial de cuidado em saúde mental, promove-se o cuidado e autonomia, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. Ademais, preconiza-se um serviço com atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, pautando o desenvolvimento de atividades no território, favorecendo a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Em suma, as diretrizes da RAPS visam garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, da acessibilidade, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

Nesse ponto, as observações enquanto profissional me permitem apontar essas diferenciações. Na rotina do serviço, são recebidos pacientes de diversas localidades, status civil, escolaridade, raça, crença, configurações familiares, recorte de classe e de gênero. O ponto de maior destaque dessas diferenças entre esse serviço e outros que existem na rede e no país, o mais emblemático e o que aparece com maior força, é o fato do acompanhante estar necessariamente em internação junto com o paciente, o que, nesse trabalho, buscamos apreender enquanto ferramenta utilizada pelo capitalismo e os

interesses neoliberais, que não se estabelece como paradigma se comparada a outras instituições dessa natureza.

A pesquisa se inicia quando percebo o confinamento dos familiares juntamente com os pacientes acometidos por alguma psicopatologia ou quadro de desorganização mental. Lembro como essa prática me causou estranhamento logo no meu primeiro dia de trabalho no hospital, cerca de 5 anos atrás. No entanto, mesmo tentando me manter sensível e atento às questões que chegam no cotidiano do trabalho, essa questão foi incorporada por mim como rotina, como procedimento próprio aos internados ali, assim como foi também incorporada por todos os outros profissionais, com mais dureza, pontuo.

No processo de elaboração das supervisões em grupo com os outros colegas e o professor João Paulo, esse ponto ganha destaque e aparece com força suficiente para figurar como problema de pesquisa e impulsionar a realização desse estudo. Após imersão teórica e reconhecimento de que essa problemática ainda não fora abordada pela literatura, decidimos enveredar nessa pesquisa.

A investida, nesse sentido, se dá também por reconhecer, a partir da produção de sentido no cotidiano (Spink, 2010), minha posição de trabalhador-pesquisador (Penido, 2020), onde assumo o lugar de pesquisar no meu local de trabalho, considerando que a pesquisa é realizada no serviço em que atuei profissionalmente nos últimos cinco anos.

Esperamos situar a vivência do familiar em internação psiquiátrica, para qualificar o trabalho em saúde mental, a abordagem das famílias em direção ao modelo psicossocial, bem como instrumentalizar pesquisas outras que busquem como foco não somente os possíveis desdobramentos desse trabalho, mas também abordagens e pesquisas outras que aqui ganharão margem.

Diante disso, temos como *objetivo principal*: refletir sobre os efeitos das relações entre a lógica manicomial e o capitalismo na terceirização do cuidado na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. E como *objetivos específicos*:

- a) Descrever o dispositivo manicomial e suas relações com a cidade e a Rede de Atenção Psicossocial;
- b) Apreender as atualizações do gesto manicomial e as operacionalizações do “desejo de manicômio” na Santa Casa de misericórdia de Parnaíba;
- c) Discutir a terceirização do cuidado familiar, enquanto nova expressão da lógica manicomial na Saúde Mental.

Esperamos que com essa pesquisa possamos reconhecer os atravessamentos que incidem sobre o fenômeno do familiar que fica em internação, ao acompanhar um paciente psiquiátrico na Santa Casa. Reconhecer o sofrimento dessa clientela não é só validar uma realidade já supostamente conhecida, mas também facilitar meios de intervir e construir novas propostas de políticas públicas ou funcionamento na instituição que estejam voltadas à realidade local e comprometidas com os usuários e familiares em questão.

Nesse sentido, será possível pensar em linhas de fuga para o modelo vigente, possibilitando refletir sobre outros possíveis para essa clientela e para a rede de saúde do município. Os resultados dessa pesquisa também colaboram para a construção e aprimoramento de conhecimento científico sobre o assunto nos campos teóricos, técnicos, políticos e assistenciais.

É nesse sentido que apontamos esse trabalho como constituído de relevância científica e conceitual, pois apresentamos ao longo dessa escrita o que constitui hoje a atenção a clientela e aos familiares de saúde mental no município de Parnaíba e região. Ademais, desenvolvemos nessa pesquisa a internação do familiar juntamente com o

paciente em surto, ou crise, como apresentamos, algo que a literatura ainda não abordou. Pretendemos lançar luz sobre esse fenômeno ainda nebuloso, pouco (re)conhecido e sem nenhum trabalho crítico-reflexivo relacionado a ele.

Para maior fluidez da leitura e melhor compreensão do que pretendemos transmitir com essa escrita, o texto está organizado em dois capítulos, organizados da forma apresentada a seguir, com o intuito de dar subsídios para maior esclarecimento e instrumentalização sobre essa temática.

No primeiro capítulo situamos o caminho metodológico, bem como os colaboradores, o espaço de desenvolvimento do estudo, o envolvimento ético-político com a aposta metodológica, os procedimentos, e os materiais que corroboram para os interesses dessa construção.

No segundo capítulo trato de descrever a instituição, localizando-a no tempo e espaço que habita, apontando um breve histórico das instituições do tipo Misericórdia no Brasil e na cidade de Parnaíba. Apontamos também as contradições encontradas já de início, na fundação da Santa Casa de Misericórdia em Parnaíba, por fim caracterizo pormenorizadamente a ala psiquiátrica da instituição, durante esse percurso construo apontamentos que intencionam mostrar as atualizações do gesto manicomial e do “desejo de manicômio” na cidade e na instituição, tendo como produto mais explícito, a terceirização do cuidado em saúde mental com a família do usuário enquanto ferramenta dessa prática.

No terceiro capítulo, que dá sustentação ao trabalho, discutimos sobre os aspectos entorno da internação da família, a participação familiar no acompanhamento do tratamento do paciente psiquiátrico na Santa Casa, bem como o cuidado em saúde mental, e entrelaçamos essa esses pontos à discussão sobre o capitalismo na saúde.

Trata-se de um trabalho de caráter teórico-analítico, histórico em sua extensão, logo, não há nenhuma área específica onde o leitor encontrará resultados e discussões, pois o trabalho como um todo é construído atrelando os dados do campo aos encontrados na literatura, costurando ao longo do texto linha e agulha teóricas, conceituais, reflexivas e empíricas, para o surgimento desse tecido escrito.

Esse trabalho é escrito com a intenção de acolher as travessias e atravessamentos que surgem ao longo do processo de escrita, elaboração e pesquisa. Logo, apesar da linearidade, assuntos já mencionados podem retornar ao longo do texto, à medida que essas costuras possam fazer sentido para mim e imagino que para quem o lê.

3 É trilha, não trilho: caminho metodológico

3.1 “A sensibilidade deve ser seu principal instrumento de trabalho”⁷

Este é um estudo de base qualitativa, onde apostamos na produção de sentido no cotidiano enquanto proposta teórico-metodológica, onde assumo o lugar de pesquisar no meu local de trabalho, pois que a pesquisa é desenvolvida a partir de todos os atravessamentos que incidem sobre o serviço em que atuo profissionalmente. Esse modo de fazer pesquisa se debruça sob um longo processo de investigação e imersão no campo que se pretende pesquisar. Buscando a cicatriz subjetiva que interessa a essa pesquisa.

A pesquisa qualitativa, para Minayo (2014), pode ser utilizada na investigação de diversos fenômenos, a exemplo das relações, representações, a história, crenças e opiniões que são constituídas a partir do que as pessoas vivenciam em suas vidas, como podem ser afetadas, afetar e produzir modos de subjetivação diversos.

A construção de conhecimento nessa pesquisa, emerge no cotidiano, é uma aposta ético-política em reverenciar um campo tão amplo que é estar em contato com o público atendido e com as dificuldades que surgem desse atendimento, possibilitando olhar em ampliação para o repertório que surge sobre a terceirização do cuidado, ou a manicomialização da vida.

Assim, essa construção parte no cotidiano e não “do” cotidiano, como se fora uma empreitada meramente investigativa, como pode ser comum na curiosidade ocidental. Pois o sentido nessa perspectiva, nasce no cotidiano das relações de poder, nos jogos sociais e nos interesses políticos e é somente através dos sentidos impregnados nessas

⁷ Frase dita à Lula Wanderley, por Nise da Silveira, quando o psiquiatra iniciara o processo de estágio em psiquiatria com a equipe de Nise.

esferas, que podemos saber mais sobre elas e atuar na construção de outros possíveis atrelados aos espaços sociais (Spink, 2010).

Assim, enquanto pesquisador-trabalhador, é possível capturar – capturar como registro fotográfico, de quando a luz passa pelos mecanismos da câmera e apreende o momento, a paisagem, o efeito e fenômeno que se desenham, e não como aprisionamento – uma série de nuances que dificilmente seriam apreendidas por meio de perguntas, visto que o cotidiano deixa escapar o que há de mais espontâneo, a vida real, pois quando um colaborador fala de seu microespaço, ele está, por meio de sua narrativa, denunciando o que pode estar contido no espaço macropolítico das relações sociais, comunitárias e familiares. (Minayo, 2011).

Nessa pesquisa o que busco, além da técnica metodológica é a participação plena nas atividades do campo que estudo e trabalho. Busco elucidar questões que surgem no cotidiano, entrelaçadas a vida dos usuários e familiares no emaranhado manicomial de Parnaíba, da Santa Casa de Misericórdia.

3.2 “Hospício é não se sabe o quê, porque Hospício é Deus.”⁸: cenário da pesquisa

Como temos dito, o ambiente para o desenrolar dessa pesquisa é a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, datada como o hospital mais antigo do Piauí em atividade, fundada em 1896 (Athayde, 1984). Trata-se de um hospital situado no centro da cidade de Parnaíba, localização estratégica por conta de sua proximidade com o rio Igaraçu, um dos afluentes do rio Parnaíba, que constitui o único Delta das Américas, desaguardo em

⁸ Frase de Maura Lopes Cançado, que consta em seus escritos autobiográficos, produzidos entre 1959 e 1960, período anterior à reforma psiquiátrica brasileira. Maura passou por diversas internações psiquiátricas ao longo de sua vida, muitas de forma voluntária.

mar aberto. Essa localização foi muito importante na constituição da cidade e na função exercida pelo hospital.

Atualmente, a Santa Casa de Parnaíba conta com cerca de 120 leitos divididos em clínica médica feminina e masculina, clínica cirúrgica, pediatria, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, além dos leitos particulares. São 70 leitos de internação para tratamento clínico/cirúrgico, todos custeados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), 14 leitos pediátricos, 20 leitos de obstetrícia e 16 leitos na ala psiquiátrica, todos também de custeio pelo SUS, sendo 8 masculinos e 8 femininos.

O hospital recebe pessoas com transtornos mentais comuns, leves, moderados e severos e persistentes, psicopatologias diversas, bem como “acolhimento” à crise psicótica, além de pacientes com demanda de uso de crack, álcool e outras drogas, são recebidos também casos encaminhados pela justiça, onde esperam maiores determinações dos órgãos responsáveis. É responsável pelo acolhimento dessa demanda nos 11 municípios que compõem a Região da Planície litorânea piauiense, mais alguns outros municípios do Ceará e Maranhão. É importante que fique entendido, que tal referência acontece devido a posição geográfica de Parnaíba, e da maior distância entre os municípios do Ceará e Maranhão, das suas respectivas instituições de referência.



Figura 1. Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba vista de cima.

Sobre os trabalhadores, são 67 médicos cadastrados e exercendo alguma função no hospital, entre diaristas, plantonistas, cirurgiões e médicos em diversas especialidades atendendo em ambulatório SUS e particular. Também conta com 32 técnicos de enfermagem e 8 enfermeiros distribuídos em 7 assistenciais e 1 responsável técnica/coordenadora de enfermagem, 2 fisioterapeutas divididas em dois turnos (manhã e tarde), 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 nutricionista e cerca de mais 50 funcionários divididos entre serviços gerais, recepcionistas, secretárias e serviços de copa e cozinha. (CNES, 2021).

A equipe responsável pela ala psiquiátrica conta com 4 técnicos fixos e mais um técnico que cobre as folgas dos colegas, sendo uma técnica fixa responsável pelo turno da manhã, um técnico fixo responsável pelo turno da tarde e mais duas técnicas que revezam os plantões noturnos. Há um médico psiquiatra responsável pelo setor, que realiza a “corrida de leito”⁹, geralmente por volta das 19:00 horas, diariamente.

Os outros profissionais como a assistente social e enfermeiros (diaristas e plantonistas), além do médico plantonista são chamados apenas quando há algum tipo de intercorrência que demande suas intervenções. Eu, enquanto psicólogo, construí uma rotina de ao menos 3 vezes na semana realizar corrida de leito na ala psiquiátrica, prática que só é possível quando as demandas do restante do hospital permitem.

⁹ Não há, necessariamente, visita leito a leito ou a todos os pacientes, muitas vezes o médico realiza a prescrição apenas com as informações dos familiares e/ou técnicos de enfermagem do setor.

3.3 “Só sei andar no sol, um passo depois o outro”¹⁰, os sentidos no meu cotidiano: participantes

Auxiliaram na construção dessa pesquisa, todos os usuários, familiares e profissionais que pude ter contato durante o processo do mestrado, ou mesmo antes, enquanto essa pesquisa não existia nem mesmo na intenção. No entanto, estão todos presentes mesmo que na lembrança que evoco para a escrita. De maneira específica, são usuários e familiares, todos maiores de 18 anos em internação hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. As falas apresentadas ao longo do texto foram registradas no período de setembro a dezembro de 2022, retiradas dos diários de campo, das evoluções profissionais, em conversas “formais” e informais e nas várias outras movimentações que pude (re)fazer.

3.4 “Eu quase de nada não sei, mas desconfio de muita coisa”¹¹: ferramentas

Utilizamos como ferramentas facilitadoras para a construção dos resultados dessa pesquisa, a participação observante, as conversas no cotidiano e os diários de campo. Entendemos que todos esses elementos, combinados, auxiliam o nosso propósito de produzir sentidos no cotidiano.

A construção de uma participação observante nos coloca em um lugar de desenvolvimento de uma relação em que a participação potencializa o conhecimento construído (Fernandes, 2013). É então justificável a construção de uma participação

¹⁰ Frase dita por uma usuária internada na ala psiquiátrica, em diálogo comigo, durante um atendimento. Ela se referia a falta de espaço com incidência de luz solar para os internados nessa área do hospital. Esse diálogo ocorreu em meados de 2019.

¹¹ Frase dita por um usuário quando questionado sobre sua trajetória até chegar à internação psiquiátrica na Santa Casa de Misericórdia. Tempos depois tenho contato com a mesma frase dita pelo usuário em “Grande Sertão: veredas” de João Guimarães Rosa, 1994.

observante, já que por meio dessa ferramenta é possível viver a construção desse conhecimento, assumindo também os riscos que podem surgir desse lugar. Me situando para além de pesquisador, mas como interlocutor, em alguma medida, do processo de construção desses sentidos que surgem e que tenho contato no cotidiano. Isso implica em um processo de coparticipação, coprodução de sentidos, a medida em que sempre busco entender (Cardona, Cordeiro & Brasilino, 2014), o que se passa no contexto da hospitalização e de manicomialização da vida.

As conversas no cotidiano são importantes ferramentas para dar conta de mediar a comunicação cultural, social e familiar que pode estar inserida na fala dos coautores – participantes. Este foco de ferramenta-análise trabalha com a perspectiva de que os diversos agentes (científicos e não científicos, pessoas, espaços, culturas) se movimentam como mediadores na produção de textos de saúde. Assim, as conversas no cotidiano, bem como os trechos trazidos aqui, nessa produção, são inscritos como pontos de mediação ou atualização possível de sentidos do gesto manicomial na vida dos coautores (Silva, 2003).

O diário de campo foi utilizado durante todo o processo da pesquisa, os quais registram as informações colhidas no dia a dia do serviço-campo de pesquisa, a exemplo de conversas no cotidiano tidas com os profissionais em rodas setoriais e intersetoriais, de maneira informal ou na discussão de casos, no contato com as famílias, usuários ou outros atores que circulam por esses espaços, como por exemplo, as estagiárias. Os diários de campo são ferramentas importantes no processo de conhecimento do pesquisador sobre o que se pretende na observação. Para Weber (2009), o diário de campo é uma ferramenta indispensável e riquíssima para a vivência e posterior análise do pesquisador.

Os diários de campo são produzidos, ainda que apenas para minha própria orientação enquanto trabalhador-pesquisador do serviço. Neles são relatadas impressões

e afetações enquanto pesquisador-trabalhador, além dos casos, conversas, intervenções e movimentações discursivas sobre os processos entorno da ala psiquiátrica. As ressonâncias que podem ser produzidas no restante do hospital também são relatadas, como meio de captar as paisagens psicossociais que se produzem e se movimentam (Rolnik, 2007). Quando um colaborador fala de seu microespaço, ele está, por meio de sua narrativa, denunciando o que pode estar contido no espaço macropolítico das relações sociais, comunitárias e familiares.

3.5 “Ela voltaria. Sim, quanta vezes voltasse, ele a estaria esperando, consciente da sua empreitada”¹²: aspectos éticos

Enveredar pela pesquisa é ofício e dever que exige autorreflexão constante, sobretudo quando seu local e “objeto” de estudo estão emaranhados com a vida profissional e o dever de disponibilidade para o outro e os seus sofrimentos. Essa pesquisa é baseada na minha relação com os usuários de saúde mental que tenho convívio no cotidiano do serviço, que me impulsionam a questionar e endossar suas falas, a validar o sofrimento de passar algum episódio da vida, sob a tutela de uma instituição manicomial. Ser trabalhador-pesquisador sustenta a aposta de que tal condição é um operador potente na dinâmica desse processo investigativo (Penido, 2020).

Não há aqui, qualquer intenção em romantizar essa prática, pois também a reconheço como complexa, cheia de melindres e dificuldades, no entanto, é necessário lançar luz sobre esse aspecto de pesquisa, visto que não há grande produção nesse sentido no Brasil (Penido, 2020) e também, evidenciar a potência do encontro do pesquisador e do trabalhador que coabitam minha pele.

¹² Cançado, M. L. (2016). O sofredor do ver. Autêntica.

É imperativo a necessidade de discutir ética em pesquisa, sobretudo como elemento fundante na relação política com grupos historicamente marginalizados e violentados em seus direitos de ser quem são, de transitarem por espaços e relações saudáveis. Reafirmo aqui o investimento de afetos e não apenas interesses, não se trata e não poderia se tratar-se de uma observação meramente investigativa, com finalidade conteudista e esvaziada de sentido, trata-se de uma aposta de vida, de um interesse enquanto trabalhador, de ter luz sobre essa realidade e alcançar possibilidades para alterá-la no quanto for possível.

Ademais, é importante salientar que esta pesquisa está em consonância com às normas e procedimentos éticos relativos às pesquisas em ciências humanas e sociais, em acordo com a resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa Resolução se aplica a toda pesquisa que se inclua nessa definição e que não tenha intervenção direta no corpo humano (Guerriero & Minayo, 2019). Saliento por fim, que houve a necessidade de submissão dessa pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa tanto da unidade hospitalar, quanto da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (CEP – UFDPar), tendo aprovação em ambos conforme consta no Parecer Consubstanciado Nº 5.827.987.

4 “Manicômio é um Gesto”¹³

“Eu estou cansada de viver no futuro! Estou CAN- SA- DA de viver no futuro! “não pode isso”; “não pode aquilo”; “quando você sair daqui isso”; “quando você melhorar aquilo”; “quando a pandemia acabar vai ser assim”; “quando a pandemia acabar nós vamos”; “quando você tomar o remédio e ele fizer o efeito”; “quando você dormir”. Eu estou cansada de viver no futuro!”¹⁴

Inúmeras foram as irmandades, ordens e confrarias que se instalaram no Brasil, desde o período denominado de descobrimento, dentre elas, a mais importante e que tem destaque ao longo dos séculos é a Misericórdia. Não apenas por sua função primordial de oferecer assistência aos mais necessitados, mas por todo um conjunto de elementos políticos, sociais e econômicos que se apresentavam à época (Figueiredo, 2000).

Esses elementos ainda se sustentam, em alguma medida, na instituição que nos dirigimos. É imperativo que possamos perceber, que mesmo sofrendo alterações nesses interesses, ainda há de modo muito intenso, uma teia de relações de poder, de disputa por espaço, por visibilidade e, sobretudo, por direcionar a finalidade da máquina hospitalar (Foucault, 1989). Ainda nesse sentido, é possível que evoquemos Foucault (1989), quando ele diz que o hospital médico nasce para intervir sobre os corpos, a cidade, o meio, a sociedade como um todo, a partir de uma de configuração de técnicas de poder disciplinar e técnicas médicas de intervenção, aproximação muito particular com a realidade atual ainda percebida na SCMPHB.

¹³ Frase dita por Lula Wanderley em entrevista ao Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Laps/Fiocruz). Essa frase encabeça parte da narrativa desse trabalho ao reconhecer que o gesto manicomial que opera firmemente na cidade de Parnaíba é um robusto produto do “desejo de manicômio”.

¹⁴ Diálogo com uma usuária em internação, ela me falava essa frase de modo muito enérgico. Estávamos conversando entre as grades, enquanto eu esperava que o técnico em enfermagem abrisse a ala para que eu pudesse entrar para atender os pacientes e familiares.

No Brasil, após a fundação de vilas, os portugueses preocuparam-se em fundar, em seguida, as Santas Casas, pois precisavam responder a necessidade de assistência aos “enfeitados” de toda ordem, que podiam surgir das contradições do ideal de progresso que a nação perseguia: assim como crescia a população também crescia a propagação de doenças, além de questões oriundas da pobreza e mendicância (Lobo, 2008). Segundo registros históricos, para Figueiredo (2000), as Santas Casas de Misericórdias seguiam o modelo de Casa-Mãe, instituição com origem em Lisboa. O modelo foi transferido para o Brasil colônia, sendo inaugurada na data de 1543, por Braz Cubas, a primeira Santa Casa no Brasil, em Santos. No entanto, há autores que apontam a Santa Casa da Vila de Olinda, em Olinda, como a primeira fundada em terras brasileiras, datada de 1539 (Fernandes, 2009).

Essas dificuldades sobre a precisão das datas históricas, localidades e nomes de importância para as Santas Casas, são justificadas pela má conservação e administração dos documentos, que passam por um processo de deterioração pelo tempo, pragas e insetos que consomem e danificam documentos seculares com a história dessas instituições no Brasil, nos estados e municípios. Ainda assim, os documentos produzidos na época e que servem de material para pesquisas como fontes primárias, devem ser lidos de forma crítica sob o contexto histórico e sociopolítico da época, pois serviam a interesses e objetivos específicos de quem os confeccionava (Potengy, 2018).

As Misericórdias são consideradas como pontos importantes de atuação, manutenção e articulação entre o capitalismo e a caridade. Nesse sentido, estudos se dedicaram a pesquisar os efeitos dessas instituições na economia, na política e sobretudo na clientela atendida (Fernandes, 2009). Alguns autores trabalham a perspectiva da “economia de salvação de almas” (Le Goff, 1991), para discutir sobre os investimentos

da burguesia nessas instituições e esses efeitos nas cidades, estados e nos atendidos de diversas ordens, sobretudo mulheres, órfãos e loucos.

Um exemplo da função de comércio desempenhada pelas Santas Casas, ou como “casa de câmbio” em que a moeda de troca era a caridade, está na fala de Castel (2009):

As “obras de Misericórdia” desenvolvem uma economia política da caridade cujo valor de troca é a esmola que “apaga o pecado”. Desse modo, estabelece-se um comércio entre o rico e o pobre como vantagem para as duas partes: o primeiro ganha a sua salvação, graças à sua ação caridosa, mas o segundo é igualmente salvo desde que aceite a sua condição. (p. 65)

Estar ligado a uma Misericórdia e pertencer a ela era status de privilégio¹⁵, não apenas social, mas político e econômico, por isso o grande interesse da burguesia em financiar esse projeto e sobretudo potencializar a função higienista que as Santas Casas possuíam. Como aponta Fernandes (2009), no século XIX as Misericórdias continuam em expansão, sendo criadas cerca de 58 novas instituições dessa origem, com a instalação justificada pelo crescimento econômico e político das regiões, que implicara em aumento populacional e consequente necessidade de controle e intervenção desses.

Via de regra, o que se percebe nos relatos históricos dessas instituições e, de tantas outras, nesse modelo, é que há sempre uma supervalorização de figuras importantes, imponentes da política ou da sociedade da época. Esse processo se reflete em um relato aburguesado dos fatos, com pouca ou nenhuma atenção para os pequenos produtores, as

¹⁵ Na atualidade, esse status de privilégio ainda é fortemente percebido na instituição de Parnaíba. A elite local muitas vezes se organiza em torno dos acontecimentos que envolvem o hospital e deles tiram vantagens e aproveitam para ter visibilidade social e política. Na instituição de Parnaíba é notório o envolvimento de algumas famílias sobre os acontecimentos e decisões do hospital, distanciando-se pouco do que ocorrera no passado. Fato que ilustra bem esse dado, é a ocupação do parnaibano Mirocles Campos Veras Neto na presidência da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Brasil (CMB), no triênio 2020 – 2023. Essa família tem envolvimento (mesmo possuindo um hospital particular e vários outros empreendimentos no Piauí) nos assuntos e na administração das Santas Casas de Misericórdia desde a fundação da instituição na cidade de Parnaíba, tendo sido administrada por algum tempo, pelo avô do atual presidente, o Dr Mirocles de Campos Veras, que também figurou como prefeito de Parnaíba (1947 – 1950) e deputado federal (1951 – 1954).

peessoas que movimentam as cidades e não estavam sob a atenção dos grandes feitos, dos ricos da época (Potengy, 2018).

Pode-se destacar que, durante o período republicano, as Santas Casas de Misericórdia passam a ser usadas como continuidade dos governantes locais, não somente em relação a saúde e a assistência, mas também como ponto fundamental de articulação política, com grandes chances de reverberações nacionais. É nesse sentido, que essas instituições deixam de ser nomeadas como instituições de caridade para adquirir o status de filantrópicas/assistenciais. São, então, tomadas e respaldadas pelos ideais de ordem, moral, progresso e controle social vigentes na ideologia republicana, que depositava no Estado a responsabilidade sobre o projeto de modernidade e higienização, devendo intervir sobre questões sociais, dado o crescente número de doenças e doentes que poderia ameaçar esses ideais mencionados acima (Fernandes, 2009).

Não é por acaso que, desde o início do século XX, os registros de entrada e saída de paciente caracterizavam as pessoas pela cor, naturalidade e estado civil. Há então, a inferência sobre o “tipo” de público que seria priorizado para atendimento na instituição (Rocha, 2020). Nesse contexto, a instituição funcionava como expressão do poder em forma de dominação e controle, uma vez que a política dominante poderia intervir na cidade, em prol de um lugar limpo e higienizado, exercendo controle sobre a pobreza que tanto “emanava perigo” (Rocha, 2020).

De acordo com registros, o Brasil possui 464 Santas Casas de Misericórdia cadastradas pela Confederação Internacional das Misericórdias, dessas 110 são tidas como as mais antigas e compõem um Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdias no país, lançado em dois volumes, com o intuito de resgatar e resguardar a história, a memória e os arquivos dessas instituições (Silva, 2017). Dentre essas 110

instituições, a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba figura como uma das mais antigas do Brasil.



Figura 2. Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba em meados dos anos 1900.

Parnaíba passou por um processo de “embelezamento” e limpeza no início dos anos 1900, onde é possível destacar ações específicas desse processo, como a construção de praças e avenidas, alargamento de ruas, plantio de árvores vindas do Rio de Janeiro, reforma de cemitérios, aterro de zonas alagadiças na cidade, além do recolhimento de lixo das casas particulares (Diário do Piauí, 1914). A função exercida pela SCM entra em contato direto com esses interesses e o desenrolar dessas ações, não só para engrandecer o status da cidade, com a constituição de uma Misericórdia¹⁶, mas também pelo projeto higienista que esse dispositivo teria com o avanço do projeto urbanista na cidade.

A Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba tem sido campo de atuação do saber psiquiátrico, tido como único possível, mantido por uma lógica manicomial e higienista (Foucault, 2015), desde a abertura da ala psiquiátrica do hospital, datada de 1976

¹⁶ As Misericórdias eram regidas por meio de 14 “obras de misericórdia”, sendo 7 de ordem espiritual e 7 de ordem física/corporal: “Primeiro as espirituais: ensinar os simples; dar bom conselho a quem o pede; castigar com caridade os que erram; consolar os tristes e desconsolados; perdoar a quem errou; sofrer as injúrias com paciência e rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos. Em seguida as corporais, que são: remir os cativos e visitar os presos; curar os enfermos; cobrir os nus; dar de comer os famintos; dar de beber aos que tem sede; dar pousada aos peregrinos e pobres e, por fim, enterrar os finados (MELO, 1997, p 24)”.

(Athayde, 1984). Em contextos como esse, não apenas médicos operam por essa lógica, outros saberes operam de modo positivista em relação a atuação, reduzindo o sujeito ao seu diagnóstico, ofertando apenas intervenções medicamentosas e/ou tecnicistas como cuidado (Santos & Zambenedetti, 2019). Essa forma de atuação parece durar mesmo com pressões em diferentes campos, desde sociais a políticos, permitindo pensar a existência de mecanismos que os mantêm no tempo, bem como os atualizam, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, e a instauração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na cidade, mesmo que não haja contornos bem definidos dessa rede no município.

O fato de Parnaíba ser uma cidade portuária é característica de destaque em relação a outras cidades do Brasil, dessa forma, ela também surge como alvo de investimentos e ponto de entrada e saída de pessoas, produtos e doenças. Os investimentos, nesse sentido, acabam sendo fortemente atrelados aos ideais de higiene da cidade, para deixá-la mais agradável a elite que a visitava e buscava moradia, vislumbrando o progresso que seguia no século já destacado acima (Cerqueira & Fontineles, 2017). É nesse sentido que a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba pode ser situada, a nível nacional, visto que a cidade tinha importante movimentação econômica para época, com ampla circulação de charque e carnaúba, por exemplo. A importância econômica que Parnaíba desempenhava era tão evidente, que se instalou na cidade a 24ª agência nacional do Banco do Brasil, em 1917 (Rego, 2010).

É notório que o surgimento da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba é a resposta a uma demanda da elite local. Não há, logo de início, a preocupação com a assistência de saúde propriamente dita, visto que a instituição foi pensada e fundada por organização e interferência de políticos e grandes empresários da época. Nos primeiros anos, nem mesmo contava com auxílio médico. Sua fundação foi tensionada, sobretudo pelo juiz da época, Dr. Manoel Fernandes de Sá Antunes, que em aliança com outros poderosos da

época decidiu por sua fundação (Khoury, 2004). Aqui é imprescindível que observemos que é a junção e articulação da elite que faz o dispositivo ser criado, a elite demanda um aparelho que de conta de higienizar e reter os que não eram desejados por eles.

Consta no Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, volume I (Khoury, 2004), que a importância da inauguração da Santa Casa de Misericórdia acontece em Parnaíba devido ao aumento de “problemas sociais e conjunturais” (p. 207). Essa parece ser uma referência aos efeitos da abolição da escravatura, que colocou em liberdade escravizados sem qualquer planejamento, essa colocação é feita de forma taxativa e preconceituosa por Candido Athayde¹⁷ (1984) em publicação comemorativa aos 88 anos do hospital.



Figura 3. Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba em meados dos anos 1930.

Somente após o aumento expressivo da demanda de pacientes, houve a organização para a presença de um médico na instituição, a qual contava antes somente

¹⁷ Candido Athayde foi um médico maranhense que exerceu na Santa Casa as funções de clínico geral, cirurgião geral, cirurgião obstetra e diretor geral do hospital. A lembrança de sua passagem pelo hospital é viva e forte na fala dos profissionais mais antigos, que conviveram com ele. Alguns funcionários o citam como médico muito bom, como homem rico e generoso, porém sem muitas habilidades sociais no traquejo com as pessoas, ocorrendo sempre chateações oriundas de suas palavras duras. A maior lembrança citada é em relação a “cesta” de pães e peixes que ele distribuía para os funcionários no Natal e Semana Santa. Cândido Athayde também foi prefeito de Parnaíba (1945-1946) e membro da Academia Parnaibana de Letras. Faleceu em 1998 aos 94 anos.

com dois funcionários chamados de “criados”. Os cuidados eram prestados aos enfermos que buscavam auxílio nas dependências de uma pequena casa alugada, onde iniciaram os trabalhos da Santa Casa de Parnaíba. Nesse cenário, houve a organização, por meio de doações à Santa Casa, para o envio de João Maria Marques Bastos para a Bahia, no intuito de cursar medicina e em seguida retornar à cidade para assumir os trabalhos como médico do hospital (Khoury, 2004).

João Maria Marques Bastos era conhecido como Dr. Joca Basto, parnaibano de família abastada, foi enviado para prestar vestibular e em seguida cursar medicina, o que de fato ocorreu por seis anos. Após esse período ele retornou à Parnaíba e exerceu a função de médico na instituição, assumindo também a direção médica da instituição, permanecendo nessa função até meados de 1905, quando saiu do cargo por falta de pagamento, dando continuidade apenas aos seus atendimentos particulares. Esse desfalque leva a Santa Casa a primeira crise da instituição, que a fez cerrar as portas em meados de 1915 (Athayde, 1984).

Somente o que faz a máquina parar é a alimentação financeira, os incentivos e a participação na instituição só são viáveis com o retorno financeiro que se pode ter, com o lucro. Como o que aconteceu com Joca Bastos, que apenas continua na instituição com seus atendimentos particulares, se afastando da assistência hospitalar, mesmo que o hospital (ou pelo menos os interessados) tenha pagado seus estudos, como um investimento. O mesmo continua acontecendo. O hospital só para ou reduz o funcionamento por conta da demanda financeira, não há qualquer outro impedimento, nem mesmo os casos ostensivos de violência, ou intervenções de ordem jurídicas. O capitalismo se alia a saúde para fazer com que a máquina continue funcionando.

A instituição só foi reativada em 1917, quando reúnem-se os médicos que já habitavam a cidade e decidem por seu retorno, sob a tutela de Dr. Antônio Godofredo de

Miranda e Dr. Mirócles de Campos Vêras, ambos iniciam os trabalhos no hospital sem receber pelos seus serviços, exigindo apenas a organização para ampliação das edificações para acomodação de salas de cirurgia. Segundo os relatos de Cândido Athayde (1984) foi somente nessa reunião da mesa diretora em 1917, que surgiu a “ideia” de, assim como acontecia em outras Misericórdias, pedirem intervenção de freiras para organizar o hospital e assumir a administração. No entanto esse auxílio foi negado pelas freiras da então ordem de irmandade “Coração Imaculado de Maria”, como sede em Belém-Pará. Houve também a solicitação à ordem de Freis Franciscanos, ao que também foi negada.

Ao contrário do que se pode pensar, somente em 1921, 25 anos após a inauguração do hospital, após um longo período de pressão exercida pelo Bispo Diocesano, sediado em Teresina (Dom Otaviano de Albuquerque), é que ele passa a ser coordenado por freiras com a orientação da igreja católica, sempre sob vigilância dos médicos que compunham a mesa diretora. No mesmo ano de entrada das freiras para a administração do hospital, foi criada uma empresa funerária que daria conta do traslado dos corpos dos mortos e/ou seu sepultamento. Esse processo ocorreu devido ao fato de a instituição ser responsável não somente por enterrar os mortos, mas também pela administração do cemitério da cidade (Khoury, 2004). Esse apontamento é curioso, pois não é visto no histórico de outras instituições desse modelo (Santas Casas de Misericórdia), onde a intervenção da igreja e das religiosas é ponto fundante dessas instituições, figurando desde o início dos trabalhos, com caridade, assistência e saúde.

Outra contradição já apontada e que interessa a esse trabalho, é o fato de que em Parnaíba, mesmo antes do que podemos apontar como qualquer organização entorno da saúde, o “desejo de manicômio” e o gesto manicomial já imperavam e vão apenas se desenvolver, ganhar força e crescer com o tempo. Percebemos isso, pois a organização não era para uma instituição de saúde, meramente. Mas para um aparelho com força capaz

de retirar de circulação os loucos, prostitutas, órfãos e outros parnaibanos que incorriam em mendicância, por exemplo. Ou seja, em Parnaíba o desejo de manicomializar (mesmo que não haja logo de início uma ala específica para a psiquiatria no hospital) é tão forte, que a organização da cidade, dos moradores se sobrepôs inclusive a força da igreja católica, já que é primeiramente a elite local que se organiza, para só depois ter a intervenção da igreja. Aqui já podemos incluir como observação, o desdobramento capitalista entorno dos interesses na saúde.

A psiquiatria e a manicomialização da vida são instituições (Baremlitt, 1996), que foram se configurando e se forjando ao longo do tempo. Ou seja, o processo instituinte de manicomializar e reter o louco foi gestado ao longo do tempo, com configurações fortes o suficiente para concretizar como um status instituído (Baremlitt, 1996) que opera e se atualiza constantemente, alimentando e sendo alimentado pelo desejo de manicomialização da vida e do cotidiano de atividades da pessoa com transtorno mental ou pessoas que constroem vias outras de possibilidade de vida que fogem do que é localizado como “normal”, por exemplo.

Mais do que localizar conceitos epistemológicos próprios e discutir com raízes na história, nos preocupamos em assinalar que esse processo é muito mais social. Percebemos tal ponto ao localizarmos enquanto um aspecto marginal que vai se implicando e ganhando a centralidade nos processos de saúde mental, tornando-se o protagonista.

Esse processo só é possível pois a vida é processual, um processo que vai se constituindo, mudando, sofrendo alterações. Nesse sentido, para que esse processo instituído seja funcional na vida social, do cotidiano, é preciso que outras transformações também da vida social o acompanhem, produzindo cada vez mais novos instituídos e estados sociais oriundos deles (Baremlitt, 1996).

Em 1976 as freiras são demitidas pelos médicos da mesa diretora, sob a alegação de contenção de custos e endossados pelo discurso de progresso e crescimento. Nesse mesmo ano funda-se no hospital a ala psiquiátrica, com o intuito de diversificar suas atividades. Isso acontece através da assinatura de convênio com o governo do estado (Athayde, 1984).



Figura 4. Praça Antônio do Monte, popularmente conhecida como praça da Santa Casa de Misericórdia, com o hospital ao fundo.

De acordo com o que já mencionamos, há vários pontos que acumulam contradições nessa instituição, especialmente no que se refere a assistência psiquiátrica, ao escancarar como o manicômio e sua racionalidade permanecem vivos e se atualizam na própria estrutura e dinâmica da instituição e da cidade. Primeiro, na forma física como a ala psiquiátrica se apresenta, com 16 leitos divididos em 8 masculinos e 8 femininos, esses leitos são separados por uma grade no meio, dividindo homens e mulheres que é fechada a noite, para dificultar o acesso dos homens às mulheres, e evitar abusos, como há relatos. Os leitos possuem duas camas de ferro, muito antigas.



Figura 5. Vista de um dos quartos com dois leitos. Vista de uma cama de ferro e das grades na enfermaria e janelas.

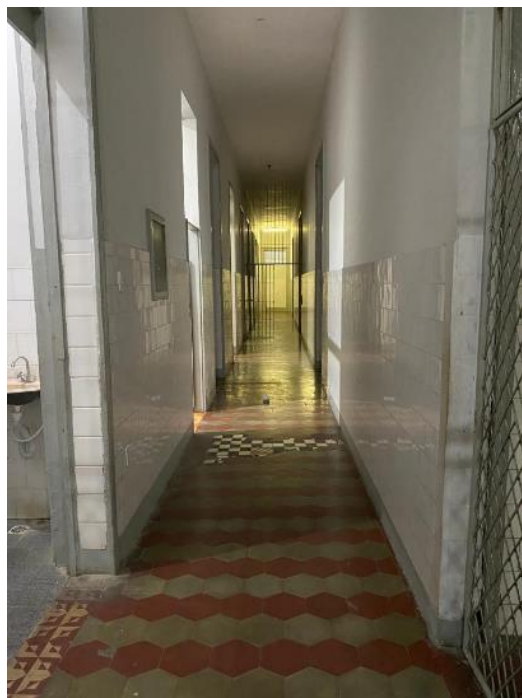


Figura 6. Corredor da ala psiquiátrica.

Já houve a tentativa de equipar os leitos com camas-leito hospitalares, no entanto foi negada pelo médico psiquiatra responsável. Não há qualquer outra coisa nos quartos além das camas e dos colchões recobertos de lona azul para facilitar a higienização. Não

há cadeiras ou outros estofados para os acompanhantes, quando os quartos não estão com todos os pacientes, os acompanhantes dormem nas camas vazias, mas é raro acontecer.

Alguns técnicos conseguem cadeiras para que eles possam dormir nas cadeiras, a contragosto da direção. Todos os quartos têm janelas gradeadas com chapa de metal até pouco mais da metade, o que não possibilita a visão da rua, e da metade para cima são grades vazadas.



Figura 7. Ala psiquiátrica vista por fora do hospital, pelos fundos, visão das janelas cobertas até a metade por chapa de ferro e grades.

Existem dois banheiros, um feminino e um masculino, o feminino fica logo no início do corredor (do lado das mulheres) e o masculino no final do corredor (no lado dos homens) esses contam com 3 sanitários cada, uma pia e 3 chuveiros cada, também com o mesmo sistema de grades dos quartos, os banheiros são compartilhados entre usuários e acompanhantes. Existem 2 mesas e alguns bancos e cadeiras para refeição no corredor ao lado, que é inteiramente gradeado.



Figura 8. Corredor “externo” da ala psiquiátrica, com mesas e cadeiras.



Figura 9. Televisão fora da ala psiquiátrica.

A ala fica ao lado de uma rampa construída com a doação do Rotary Clube do município, nesse espaço embaixo da rampa, há pouca incidência de sol direto, a não ser no final da tarde. Nesse espaço também, os usuários e seus acompanhantes assistem a

uma televisão que fica fora das grades, controlada (assim como quase todos os outros aspectos) pelos técnicos.



Figura 10. Rampa de acesso ao andar superior, lateral a ala psiquiátrica.



Figura 11. Corredor lateral a ala psiquiátrica, embaixo da rampa de acesso ao andar superior.

Outro dispositivo que fica fora das grades é o gela-água, onde os usuários e familiares pedem aos técnicos para encher suas garrafas e passar pelas grades. Ou seja, mesmo que dentro de uma unidade hospitalar, a ala não figura como parte do todo hospitalar, mas sim como um todo manicômio.



Figura 12. Gela-água fora da ala psiquiátrica, próximo ao posto de enfermagem.



Figura 13. Televisão fora da ala psiquiátrica, visão mais ampla do corredor “externo”.

Segundo pelo campo das relações que essa estrutura impõe, como por exemplo, a assistência distinta que usuários alocados nessa área do hospital recebem, como já citado em relação a “cardiologia”. O fato de profissionais e serviços de saúde e da rede socioassistencial demandarem do manicômio respostas, relações, encaminhamentos e ações como se (e há) houvesse expectativa para incorporá-lo nas ações em rede, muitas vezes há a centralidade no hospital como se ele fosse o serviço responsável por disparar processos dentro da rede de saúde. Quando na verdade, o CAPS AD e CAPS II nem ao menos sabem quando um dos usuários acompanhados por eles está internado no hospital, mesmo que o usuário saia, volte a frequentar o serviço e volte a ser internado, não há qualquer iniciativa de acompanhamento dos casos, não há contato dos serviços, com o hospital para acompanhá-los. Um agravante é o fato de profissionais de outros serviços de saúde mental trabalharem no hospital e ainda assim não se relacionarem com a psiquiatria enquanto estão no serviço.

Esses traços, reafirmam que não é necessária apenas uma iniciativa de desospitalização, mas sobretudo, uma laboriosa investida a findar os manicômios mentais e o desejo de manicomializar pessoas, famílias e relações, como a relação entre serviços de saúde nessa realidade, por exemplo.

Assim, o que podemos perceber, a partir da leitura dos materiais relacionados a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, é o que a literatura aponta como “excentricidades históricas”. Trata-se de uma narrativa pouco dinâmica, em que não há um investimento em produzir questionamentos e tensões sobre o que está sendo relatado historicamente, mas sim ênfase na quantidade de informações apontadas (Potengy, 2018). Além disso, essas “excentricidades históricas” são apenas apresentadas, mas não discutidas em profundidade, pois se o fosse, certamente surgiriam desdobramentos outros sobre elas.

É comum, ao longo da história, que as Santas Casas assumam os cuidados sobre os alienados da época. Para discorrer sobre a assistência aos alienados é preciso que destaquemos que em Parnaíba, assim como no restante do Piauí e em outros estados, a loucura é tratada nos mesmos moldes da criminalidade, em que os loucos sem assistência da família vagavam pela cidade sob essa perspectiva de periculosidade ou eram detidos e encarcerados quando tinham atitudes mais ostensivas de violência (Santana, 2019).

É nesse cenário que começam a organização para a criação do hospital psiquiátrico no Piauí, em 1905. Nasce então, o Asilo de Alienados de Teresina, em 1907, com a promessa “de retirar da indecorosa promiscuidade que até então viviam na cadeia pública, os infelizes cegos de espírito.”¹⁸

Em 1909 o asilo foi entregue a Santa Casa de Misericórdia de Teresina, por diversos problemas econômicos do estado em manter o asilo, sendo administrado por essa até meados de 1941, quando teve suas atividades encerradas para abertura do Hospital Getúlio Vargas (Guimarães, 2003). De acordo com Guimarães (2003), a “terapêutica” ofertada aos loucos no asilo era um aglomerado de práticas rudimentares e desumanas que consistiam no acorrentamento dos pacientes agitados em troncos e no isolamento dos outros pacientes, como técnica geral de tratamento. Somente em 1940 houve a introdução de métodos mais modernos de tratamento na instituição e a mudança do nome de Asylo de Alienados para Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu.

Embora a administração dos cuidados à alienados fosse realizada pela Santa Casa, por entenderem que ela tinha melhores condições para os doentes do que o estado oferecia, ainda assim as condições eram insalubres e desumanas. Era comum que ocorressem denúncias aos jornais da época sobre a situação de internação dos loucos, ela

¹⁸ Mensagem governamental apresentada pelo governador do Estado, Anísio Auto de Abreu, à Câmara Legislativa em 1º de junho de 1909, p. 41.

também sofria pressão popular por conta das condições que se encontravam os doentes, “expostos” (Santana, 2019).

A preocupação da elite local e as denúncias aos folhetins da época se davam pela agressiva imagem que chegava à sociedade, no entanto a preocupação se esgotava nesse sentido. A sociedade como um todo não demandava respostas sobre os tratamentos ou as condições de saúde e higiene dos internos, mas sim que eles estariam muito expostos, prejudicando a imagem do hospital, como afirma Santana (2019). Isso mostra como os pobres sempre dependeram da “caridade” e piedade pública, já que os ricos sempre mantinham os seus doentes em casa, mesmo que em uma acomodação nos fundos da casa, para evitar ao máximo uma internação psiquiátrica e gerar escândalos e desconfortos à família. Já os pobres não tinham opção (Colombier, 2012).

No Brasil, desde a época colonial, os loucos são tratados conforme suas posses e classe social. Segundo Moreira (2011) os que detinham de poder aquisitivo, eram mantidos em casa quando tranquilos ou mandados para morar na Europa na companhia de algum familiar, por orientação médica, quando agitados eram separados em um cômodo da casa contidos ou soltos, a depender da sua agitação. O mesmo autor coloca como eram as possibilidades para os menos (ou nada) abastados, relata que ficavam vadiando pela rua, malnutridos e sofrendo com violências de outras pessoas na mesma situação. Os agitados eram recolhidos para cadeias e brutalmente amarrados e ainda mais malnutridos, levando-os a morte (Moreira, 2011).

Juliano Moreira (2011) coloca que é datado do ano de 1830 a primeira “manifestação” contra o modelo de assistência ofertado naquela época aos loucos e desafortunados de toda ordem, houve uma reivindicação por parte da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, no que se tem como o primeiro protesto público dessa ordem.

A reforma psiquiátrica é entendida como um processo civilizador, um processo que no cotidiano, cria e recria modos de lidar com o sofrimento e o transtorno mental, produzindo modos de cuidados que geram transformação e mudança (Yasui, 2010). É o caso da construção de espaços coletivos de cuidado e convivência, da diversidade de relações em rede para a construção de formas de sociabilidade, de valor social e de uma ética onde é possível vislumbrar outros possíveis para os caminhos da saúde mental e dos usuários, como aponta Silvio Yasui (2010).

No final dos anos 1970 se inicia alguma organização entorno da Reforma Psiquiátrica que ganha força nos anos 1980, tornando-se política pública em 1990. Inicia-se em 1970, porém não sem passar por uma série de contradições e tensionamentos, pois ao passo em que era intensificado o processo de abertura de novas instituições hospitalares por parte do governo brasileiro, passava também por investidas e pressões para a reformulação dos modelos de práticas de saúde da época.

Peter Pál Pelbart (1991) no texto inaugural sobre manicômios mentais (Manicômio Mental: a outra face da clausura, apresentado em 1989 no encontro organizado pelo plenário de trabalhadores de saúde mental), provoca sobre os desdobramentos da desospitalização e da luta pela vida sem manicômios. Ele chama atenção para as prisões subjetivas que são impostas a todo instante e se forjam no cotidiano, a vistas de enclausurar o louco e seus desdobramentos.

Pelbart (1991) questiona se faremos com os loucos o mesmo que já foi realizado com indígenas, gays, crianças e outras “minorias”: “definir-lhes uma identidade, atribuir-lhes um lugar, direitos, reconhecimento, até mesmo privilégios - mas ao mesmo tempo torná-los inofensivos, esvaziando seu potencial de desterritorialização” (p.132). Em possibilidade de dialogar, diria que não, os loucos ainda não ganharam status equiparado a dos indígenas ou homossexuais, ainda são nichados em espectros de humanos, vezes

para servirem a preconceitos ou para serem de alguma maneira, olhados em cuidado. Nem mesmo obtiveram em quantidade ou qualidade, a mesma visibilidade e garantia de direitos.

O que percebemos na realidade é muito pior quando se trata do louco. É o apagamento de suas funcionalidades, de suas expectativas e o crescimento do desejo de manicomializar essas pessoas. Para além disso, vemos o retrocesso nas políticas públicas, com o sucateamento dos aparelhos de saúde, seja pelo sub financiamento ou pior, pelo financiamento de dispositivos lesivos a vida das pessoas com transtorno, com sofrimento psíquico, como vemos a crescente investida nas comunidades terapêuticas, por exemplo.

Aos loucos parece que nem mesmo o privilégio de serem nossos vizinhos restou, pois ainda são alvos do manicômio e da exclusão, do pouco convívio no território e da grande violência urbana apadrinhada e acompanhada inclusive pelas forças policiais e serviços de tortura e crime disfarçados de saúde e terapêutica. Podemos levantar aqui o que chamo de “recolhimento” em saúde mental para os casos de usuários crise em Parnaíba, quando o usuário só é atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) quando uma viatura da polícia é deslocada para o local de atendimento, o que reforça o status de periculosidade do louco (Tedesco, 2016). Dessa atitude, os desdobramentos são inúmeros, imperando a truculência das abordagens a esses usuários.

Volto aos questionamentos de Pelbart (1991) em sua indagação sobre a suposta estratégia de diluição de singularidades e homogeneização dos loucos que a “libertação” dos mesmos poderia estar de fato interessada. O autor aponta para uma suposta diluição do louco na sociedade, quase que como se o fosse para apagá-lo, invisibilizado em meio aos “comuns”. Percebemos, no presente (copia “melhorada” do passado), que nunca foi

projeto integrar o louco de fato, há sim uma tentativa de apagamento social, incluindo a família como principal protagonista nesse jogo de forças e resistências.

Há a tentativa de terceirização do cuidado, o que na Santa Casa de Parnaíba é um fato. Esse deslocamento do cuidado quase que especializado para a família, a dota de uma responsabilização cruel e unilateral sobre a saúde e/ou agravo do adoecimento do seu familiar.

Nesse sentido a família pode sim, ser ferramenta da tentativa de diluição do louco entre seus próprios membros, como um ser quase sempre passivo provocado pela medicalização excessiva e/ou como apenas um membro da família que precisa de cuidados a mais e vigilância. É nessa perspectiva que corroboro com o ponto levantado pelo autor, quando relata sobre a tentativa de normalizar o louco, tirando sua característica fundamental, a estranheza, a capacidade inerente de criação, de ir contra o senso comum, de inverter ou mesmo romper com a lógica vigente (Pelbart, 1991).

Como podemos perceber, desde a sua fundação, essa instituição tem atrelada a sua história, grandes poderes com também grandes interesses. A burguesia, a medicina, a igreja, e o ministério público, à justiça. Esse campo de batalhas que tensiona vez por outra a uma dessas esferas, vai, com o passar do tempo, sendo lapidada, sofisticando-se a cada invertida. O processo de sofisticação é tão intenso, que fatores que podem ser percebidos com absurdo, são incorporados à rotina do serviço e ao cotidiano da cidade, de tal maneira que passam a ser naturalizados.

Caso esse ocorrido com a “internação” da família junto com o louco. Pontuo aqui, a fala de uma profissional que inverte a lógica de uma premissa antimanicomial, para responsabilizar a família de um usuário em internação, quando ela diz a mãe do paciente internado: *“a senhora tem que ficar acompanhando seu filho, cuidando dele. A senhora*

sabe que a família tem protagonismo no tratamento de pacientes assim...”. o protagonismo familiar apontado por essa profissional é de outra ordem, ele não diz de um cuidado tutelar, tão pouco especializado enquanto dispositivo de saúde. Como já mencionei, esse fator me chamou atenção logo que fui admitindo no hospital, mas tempos depois o incorporei como rotina.

As possibilidades de um serviço de saúde mental não devem se alinhar com propostas meramente “curativas”, mas promotoras de saúde mental e de cunho psicossocial, não voltadas para a normalização ou cronificação das questões em saúde mental. O contrário é o ideal, a busca por outros possíveis em saúde mental, com propostas libertadoras, formadoras e promotoras de autonomia e de garantia de direitos dos usuários, rompendo com qualquer vínculo de tutela e manicomialização.

No entanto, no manicômio em questão, o gesto se afina, sofisticado ele impõe não somente a manicomialização às mentalidades, aos pensamentos, mas também no mais elaborado e melindroso que se pode estruturar dos processos familiares em saúde mental: o cuidado. Nesse sentido, diante do que expus, é evidente que a partir da discussão entorno do “desejo de manicômio” e do gesto manicomial, não há qualquer possibilidade de libertação, sem que essa seja, antes de qualquer outra, uma libertação mental, como dito por Pelbart (1991): “Libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios.” (p.137).

5 “Hospício é não se sabe o quê, porque Hospício é Deus”¹⁹

“Depois que eu vi... que ela abriu o portão que ela fechou o portão, a gente... (faz sinal com a mão no pescoço como indicando engolir seco) vai... (ri desconsertada) a gente vai percebendo, como é que... aí eu senti um, eu me senti perdida, senti medo, (pausa) muito medo. Foi o que eu senti, depois que a gente vai se familiarizando, ne?”²⁰

Houve um paciente que fugiu durante a noite, um homem com pouco mais de 50 anos de idade. Após sua “fuga” ele não foi mais encontrado, sequer foi visto, o que fez com que a família buscasse meios de responsabilizar o hospital na justiça, por sua perda. A partir de um longo processo judicial, o hospital foi condenado a pagar um montante expressivo à família, bem como subsidiar uma pensão por tempo indeterminado à esposa do paciente, já que ele era arrimo de família. A iniciativa por parte do hospital em buscar a internação da família junto com os usuários de Saúde Mental, parte desse fato supostamente²¹ ocorrido cerca de 20 anos atrás.

5.1 “De médico e louco, todo mundo tem um pouco.”²²

O movimento da Reforma Psiquiátrica, propõe uma rede substitutiva ao modo asilar, hospitalocêntrico e médico centrado, como exemplo, temos as iniciativas e dispositivos de base territorial e com forte participação comunitária, familiar, com vistas

¹⁹ Frase de Maura Lopes Cançado, que consta em seus escritos autobiográficos, produzidos entre 1959 e 1960, período anterior à reforma psiquiátrica brasileira. Maura passou por diversas internações psiquiátricas ao longo de sua vida, muitas de forma voluntária.

²⁰ Fala da irmã de um usuário em sua primeira internação psiquiátrica.

²¹ Cito esse fato como suposto, pois não tivemos acesso a nenhum material comprobatório dessa história, apenas o relato dela, quando questionamos qualquer um dos funcionários ou membros da gestão.

²² Ditado popular.

a estimular a autonomia dos usuários e o seu livre trânsito nos espaços sociais de toda natureza. É um dos pontos, o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o fortalecimento de políticas públicas que promovam o cuidado articulado em rede, em liberdade, garantindo que a de Saúde Mental enquanto direito humano possa ser garantido (Sampaio & Bispo, 2021). Seria essa uma alternativa para uma sociedade sem manicômios, no entanto não basta somente desospitalizar, como já discutimos, é preciso quebrar as correntes mentais que insistem em encarcerar o louco e sua família, suas relações.

Nessa forma de cuidado em saúde mental, promove-se o cuidado e autonomia, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. Ademais, preconiza-se um serviço com atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, pautando o desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania com ampla participação familiar (Brasil, 2011).

O modo de atenção psicossocial, é descrito como sendo organizado de forma horizontalizada, com participação social além da clientela específica, autogestão e interdisciplinaridade. Esse modo considera fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes, ao passo que os meios básicos são psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação (Costa-Rosa, 2000). A participação do sujeito com existência-sofrimento em seu acompanhamento é importante e decisiva, além do fato desse modelo considerar o usuário como de um grupo familiar e social, entendendo a loucura como um fenômeno social, devendo ser trabalhada dessa forma.

Além disso, o modelo psicossocial opera entendendo como amplas e diversas as demandas e as resoluções em saúde mental, bem como enquanto espaço de interlocução,

sendo as instituições típicas os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), agindo com interlocução entre os usuários e o território. Ademais, esse modelo busca com a terapêutica um “reposicionamento subjetivo”, pensado a partir de uma ética da singularização (Costa-Rosa, 2000).

É preciso também, segundo Yasui (2010), ir além no processo de desinstitucionalização e desconstruir, desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico, reconstruir a complexidade do objeto, desmontar o conceito de doença, retomar o contato com a existência, o sofrimento e sua ligação com a sociedade, não com a pretensão de curar, mas de produzir vida, sentidos, sociabilidade e espaços potencialmente coletivos de convivência. O que reforça o ideal de desinstitucionalizar mentes, pensamentos e desejos.

Para tanto, a política de Saúde Mental brasileira, reconhece a família como pilar principal na relação de cuidado e vínculo do usuário com a comunidade, os serviços e a adesão ao seu tratamento. Ficando evidente que é necessário intervir junto a família do usuário durante o processo de internação psiquiátrica e se possível, até mesmo antes, quando a pessoa apresenta indicativos. Pois a família não dispõe de repertório emocional e suporte para administrar a situação, a maioria desconhece o que está acontecendo e é sempre desejosa de informações de como lidar com o familiar adoecido (Cabral & Chaves, 2005).

As intervenções junto a família logo de início possibilitam maiores chances de minimização dos agravos para o usuário e familiares, resultando na redução da morbidade posterior e promoção de recuperação (McGorry, Killackey & Yung, 2008). Para Mello e Schneider (2011), há uma grande influência do passado histórico e cultural sobre as famílias com algum membro em sofrimento psíquico, ao situar o louco na história como um sujeito marginalizado na sociedade e direcionando a suposta culpa de seu

adoecimento, nos demais membros de sua própria família. Fato que é alterado pela reforma psiquiatria, ao localizar a família como co-participante em relação aos cuidados com o sujeito, o que facilitaria a participação familiar, bem como a adesão do usuário as iniciativas direcionadas ao seu melhoramento. Ou seria, esse retorno a família, um mecanismo político de responsabilização, de isenção e de terceirização do cuidado?

No contexto de atendimento psicossocial, a família que sempre foi historicamente excluída, adquire um papel de protagonista no cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico (Mello & Schneider, 2011). Protagonismo muito distinto do citado pela colega em intervenção profissional já mencionada anteriormente. Cada família desenvolve uma maneira própria de se relacionar com o transtorno mental e a partir disso, também desenvolve de maneira muito particular, formas de cuidado do familiar com transtorno mental (Souza, Pereira & Scatena, 2002). É nesse sentido que se insere o protagonismo da família junto ao usuário, quando há o entendimento das possibilidades de cuidado e de convivência com o usuário e os desdobramentos das questões que envolvem a sua saúde mental.

O que percebemos na Santa Casa, não é a validação do papel da família como protagonista no tratamento do usuário, mas sim o repasse da responsabilidade e gerência dos cuidados, em algumas oportunidades até mesmo “especializado”, como a administração de medicamentos que os usuários e familiares nunca ouviram falar, ou quando algum membro da equipe solicita que o familiar fale sobre a evolução de quem ele está acompanhando, sem ao menos ir avaliar o paciente. O que noto é a família muitas vezes sendo chamada a ficar com seu familiar na internação até mesmo como um mecanismo punitivo. Fica evidente que as intervenções na família são utilizadas para a manutenção de um ordenamento e controle social (Severo, Dimenstein & Brito, 2007).

A fala ríspida e o mau jeito dos profissionais em abordar a participação familiar durante a internação, exacerba, geralmente, o medo e o status de periculosidade do louco na sociedade, com falas como: *“Se você não ficar aqui com ele e ele fizer alguma coisa com alguém, não nos responsabilizamos.”* ou mesmo: *“Se o paciente fugir com você aí dentro, você é o responsável por isso.”* O efeito dessas falas pouco assertivas chega aos usuários como geradores potentes de medo, angústia e outros sentimentos que não precisariam ser fomentados em uma situação como a da internação, suficientemente traumática. Percebemos esse ponto em falas como: *“é muito pesado... as vezes um paciente chega, a gente fica tudo ansioso, “ele é agressivo, como é o jeito dele? O que foi que ele fez pra ta aqui?” é a primeira coisa que a pessoa se pergunta logo.”* ou na fala de outra familiar, que relata:

“é... é assustador, porque a pessoa nunca sabe a cabeça dos outros internos aqui... nunca sabe como é que eles reagem quando eles estão no surto, a pessoa nunca sabe, então pra mim é assustador... tem dias que eu não consigo dormir direito, porque eu fico meio que entre a cruz e a espada, ou eu durmo ou fico atenta, porque é muito... tá aqui é muito difícil.”

O familiar não acompanha a hospitalização do paciente, ele a vive junto com ele e a vive com o peso de se responsabilizar por aspectos que a instituição deveria subsidiar. Um outro exemplo dos efeitos dessa terceirização do cuidado pode ser visto em falas como:

“é cansativo, bastante cansativo... cansativo... no dia que eu tinha chegado uns dois dias, não sei, sei que eu dormi um cochilo e pensei assim: ‘eu vou descansar só um minuto’ e eu acabei dormindo bastante e quando eu acordei foi com a menina chegando dizendo que ele tinha caído no banheiro que

tinha levado uma queda. Então foi meio que um choque porque eu não sabia o que fazia, sei que eu me levantei e fui ver. ”

O risco de queda faz parte do protocolo de segurança do paciente e deve ser avaliado, classificado e evitado (ANVISA, 2013) para que não gere mais agravos ao paciente internado, no entanto, o familiar, mais uma vez fica sob essa responsabilidade.

Essa postura dos profissionais pode, inclusive, influenciar a busca por outras internações no futuro, como aponta Rosa (2008): “Quanto mais medo o cuidador tem da pessoa com transtorno mental e mais se preocupa com a segurança, mais restringe sua área de circulação. Isola-o no ambiente doméstico ou recorre à internação psiquiátrica” (p.282).

Nesse sentido, é preciso considerar que embora exista, um enorme arcabouço legal em nosso país, que regulamenta a Saúde Mental, ainda é longa a distância entre o modelo de reestruturação da assistência em Saúde Mental proposto e as ações que são de fato desenvolvidas a vistas de desinstitucionalizar (Rotoli & Silva, 2020).

Amarante em 1996 destaca aspectos importantes e que percebemos com muita nitidez no território manicomial de Parnaíba e que eclode na estrutura da Santa Casa, ainda nos dias atuais, mesmo se passando mais de 25 anos desde o seu seguinte apontamento:

“O manicômio está ainda presente: todavia faltam serviços e estruturas adequadas; a qualidade de intervenção é muitas vezes decadente e insuficiente, muitos familiares denunciam o fato de ter que arcar, muitas vezes sem auxílio ou com pouco apoio, com o peso do parente doente. Mas ninguém quer mais o manicômio.” (p. 11)

“Ninguém quer mais o manicômio”, no entanto ainda são fomentadas racionalidades, gestos e práticas que não só o mantem vivo, mas o atualizam fortemente,

impulsionando as racionalidades psicossociais para qualquer lugar outro, sem espaço nas vidas de quem sente o manicômio sobre suas peles já calejadas por esse sistema. Salientamos que a família e o ambiente familiar com todos os seus modos de existir, podem ser facilitadores para a melhora de um usuário, bem como desorganizadores em potencial dos quadros de saúde mental.

No entanto, como podemos exigir que haja melhora ou qualquer organização salutar, vindo de um processo não só de adoecimento de um dos membros, mas de sobrecarga e institucionalização em conjunto? Não há espaço para organização do sistema familiar para lidar com o afastamento do usuário com transtorno, pois esse mesmo sistema tem que lidar com o afastamento de um outro membro de apoio, geralmente mulheres.

Autores como Mello e Schneider (2011) colocam a internação como um ponto que pode ser necessário para que o usuário e seu familiar se percebam dentro da dinâmica das relações, facilitando que haja uma percepção mais apurada sobre o cotidiano das relações e sobre o cuidado. A partir de então o familiar teria mais visibilidade sobre como é afetado pela doença. Nesse sentido, ainda para esses autores, o familiar teria uma noção ampliada sobre si e sobre o outro – o familiar internado. Apesar de não concordar com essa perspectiva, questiono como ela seria experimentada por familiares que internam e são paralelamente internados com seus familiares na instituição psiquiátrica. Como seria possível, a partir da visão desses autores, que os envolvidos percebessem, nessa vivência, uma oportunidade para encontrar com suas individualidades preservadas e gerando processos saudáveis de afeto, autocuidado, relação com os outros, saúde mental?

Existe sim a necessidade de cuidar da família, pois são inúmeras as questões que as envolvem, como violência urbana, de gênero, saúde, questões relacionadas as demandas sociais e as próprias demandas familiares. Todos esses pontos exacerbam a sobrecarga emocional, financeira, social, comunitária (Mello & Schneider, 2011) e

tensionam para o cuidado da família como um todo, evitando que os membros sem transtorno, se tornem usuários diretos dos dispositivos de saúde mental (Campos & Soares, 2005).

Nesse momento, é importante que possamos evocar o sentimento dos próprios familiares viventes em internação, para que seja ainda mais didático a reverberação de uma internação psiquiátrica para quem a vive. Dadas todas as contingências que envolvem a ala psiquiátrica do hospital, os familiares são viventes da mesma rotina dos usuários internados, as diferenças entre eles são muito sutis, esse fato pode ser exemplificado a partir da fala seguinte, do irmão de um usuário: *“é tedioso, eu passo o dia dormindo ai, ai levanto vejo o celular e durmo de novo. Deito ali, fico ali.”* e continua com: *“rapaz eu entendo porque até mesmo a gente adoece de tá batendo cabeça com gente assim...”* as falas desse familiar são emblemáticas e denunciam muito do que outros familiares passam durante a internação. Em conversa sobre o adoecimento do irmão dele, e o de outros familiares ali, ele aponta: *“assim... a maioria das vezes, assim... adoecido, adoecido assim não, eu me sinto incapaz, essa que é a palavra, incapaz, tá entendendo? Adoecido assim é quando a gente já tá mesmo... (faz gesto com as mãos como se jogasse algo sobre a mesa) se entregou, ne?”* mesmo sem conseguir exemplificar com palavras, ele fala de como percebe o adoecimento de seus colegas de clausura, a partir de seu repertório de vida:

“rapaz cara... é... assim... mas a gente fica assim, mas aqui a gente vê que não é só a gente que sofre com isso, eu vejo que os outros pessoal ali, eu vejo, acompanho, ne? Então eu vejo que é muito pesado, tem certas coisas que a gente não aguenta não, o que a gente vê aqui. Tipo, tem certas pessoas ali que eu vejo que já abandonaram o barco. Já deixaram mesmo...”

É importante salientar que esses usuários e a internação de seus familiares não devem ser pensados como um perfil de clientela que já está posto na literatura e que denuncia o fracasso ou “os fracassos” dos serviços substitutivos” (Bezerra & Dimenstein, 2014). Pois eles não dizem da ineficiência da RAPS em acolher esses usuários, mas sim de um esforço para que eles sejam institucionalizados, inclusive vindo da própria RAPS, nesse caso. Para Bezerra e Dimenstein (2014) os casos “fracassados” dos serviços substitutivos são aqueles que já houve investimentos em outras áreas e perspectivas terapêuticas, mas que continuam sendo encaminhados a internação.

Assim, podemos destacar que no hospital geral, lugar alternativo ao acolhimento de situações extremas em saúde mental, após a reforma psiquiátrica, o que simboliza o adoecimento e a necessidade de cuidados é a cama, o leito (Benelli, 2014). Na Santa Casa, na ala psiquiátrica, tudo simboliza o adoecimento dos usuários e a representação e ordenamento manicomial de que se tem dele. Nesse sentido cita-se: as grades, cadeados, fechaduras, a vigilância, as contenções físicas, químicas, afetivas e simbólicas, a condição dos banheiros, as enfermarias sem porta, o sol que adentra insuficientemente a ala, tornando o espaço praticamente sem luz de sol, na penumbra, a fala dos profissionais, a dificuldade de acesso a outros procedimentos, seja de ordem clínica como exames, a dificuldade de articulação com outros serviços, especialmente no processo de alta, além da falta de cuidado e suporte à família também adoecida e cansada, com pouco apoio ao cuidador e ao paciente no que se refere ao suporte comunitário, familiar e institucional.

Cabe retomar um aspecto bastante presente na ala psiquiátrica: o paciente e seu familiar não tem acesso a luz do sol a maior parte do tempo, a água que os usuários têm para beber também fica fora da ala (fora das grades), o que demonstra marcadores de controle que, além de impedir o direito constitucional de ir e vir, priva os pacientes de autonomia sobre suas próprias necessidades básicas: beber água depende da boa vontade

dos técnicos para dar acesso ou mesmo encher garrafas de água que ficam sem refrigeração nas celas-enfermarias.

Até mesmo a alimentação é ofertada aos acompanhantes, no esforço de que eles não precisem sair da ala e do hospital para se alimentarem ou, pelo menos, diminua a circulação dos familiares, para que não deixem os pacientes desacompanhados, sem vigilância, sem cuidado. Essas práticas de isolamento e exclusão aparecem atualizadas no tecido manicomial que reveste o dispositivo da santa casa, a família é enterrada nas grades do manicômio junto com o louco e sofre, dupla, triplamente a internação.

Diante disso, é salutar que pensemos na organização do modelo asilar e no modo de organização psicossocial, a fim de localizarmos na literatura mais contradições e pontos fortes da assistência na instituição. Costa-Rosa (2000) define o modelo asilar como sendo extremamente verticalizada, sem a participação do usuário no seu tratamento, além de operar de forma médico-centrada e procedimento-centrada. Além disso, esse autor entende que a fonte dos adoecimentos é orgânica, implicando que o meio básico de intervenção seja o medicamentoso.

Outra característica é a centralidade das intervenções no paciente, com pouca participação e articulação familiar e social; para o autor a instituição típica é o hospital psiquiátrico ou outros dispositivos que operam na mesma lógica. Do ponto de vista institucional, se relaciona entre loucos e sãos, interdita o usuário e age com tutela, produzindo e fixando o usuário ao mutismo; no modelo asilar há uma “hipertrofia” dos efeitos de tratamento, como a cronificação asilar. Na Santa Casa, a partir de forças que a fazem atualizar, o familiar também se insere, em alguma medida, nesse processo de interdição, tutela, vigilância e responsabilização.

Percebemos também, que muitas vezes os efeitos da internação para o familiar são tão intensos, que não é incomum que eles retornem tempos depois como usuários diretos.

O último caso que pudemos acompanhar, foi uma mulher, que foi internada 5 dias após sua passagem como acompanhante do filho em internação psiquiátrica no hospital.

A partir do que percebemos nesse trabalho e enquanto profissionais, na lida diária com usuários, familiares e trabalhadores de saúde dentro dos serviços, é imperativo que possamos refletir: Sendo os dispositivos, meios de agenciamento da vida, (Severo, Dimenstein & Brito, 2007) para quais lados estão tendenciados a apontar a família que passa pela institucionalização junto com seu familiar com transtorno mental?

Nesse sentido, sem pretensão de lançarmos uma resposta em específico, refletimos em como esse agenciamento parte intensamente de interesses capitalistas e incidem na vida dos usuários a partir de relações de interesses na saúde, fazendo com que ela funcione como um mercado permeado por interesses que nem sempre centralizam o usuário em si. O capitalismo na saúde agencia tão bem e de maneira tão sofisticada os mecanismos de exclusão e de marginalização do louco, que é transferido para a família o cuidado que supostamente especializado, seria ofertado pela máquina hospitalar (Foucault, 2015).

Ademais destacamos, a partir do apreendido nesse trabalho, como é solitário o cotidiano das famílias em relação ao provimento de cuidado de um membro com transtorno mental. Podemos destacar também o quanto as famílias se organizam e desorganizam para a criação de configurações que permitam desenvolver qualquer estratégia de cuidados em relação aos membros necessitados quase sempre com mulheres à frente dessa organização e provimento (Passos, 2011).

Tal ponto gera a reafirmação do papel e protagonismo feminino na gestão do cuidado familiar, outra captura que é percebida pela psiquiatria, que transfere para a mulher da família, a responsabilidade pelo cuidado com o louco, no entanto, “sempre” sobre a vigilância dos médicos, que ofertam o cuidado especializado (Passos, 2011). As mulheres assumem essa “não especialidade” como meio de perpetuar o capitalismo,

estratégia criada pelo próprio capital, que as reduz ao trabalho mecânico, repetitivo, “automático” com poucas chances de assumir grandes responsabilidades e desempenhar trabalhos outros com maior importância, por exemplo (Passos, 2016).

Ainda segundo Passos (2011), não por acaso, a enfermagem é percebida e construída a partir de um lugar feminino de trabalho e cuidado. E percebemos que realmente, as práticas de proteção primária acabam sendo delimitadas, desempenhadas e geridas pelas mulheres, que também sofrem solitariamente os ônus dessa prática que é naturalizada pela família e pela sociedade, reservando ao homem o reconhecimento dos espaços públicos. O que percebemos ainda é um segundo encarceramento, já historicamente reconhecido, o de “acorrentar” corpos femininos a tarefas sociais e historicamente pré-estabelecidas, sempre ligadas a um papel de submissão. E há aqui, outra atualização disso.

Não somente isso, os modos de agenciamento capitalistas incidem também nos afetos, nos gestos, nas iniciativas e estruturas que moldam como nós, humanos, nos relacionamos. Esses modos “moldados” de seres humanos reafirmam diretamente no nosso desejo de manicomializar, de interagir deslocando o manicômio das grades físicas para a clausura mental, subjetiva. Tal perspectiva atravessa a todos, usuários, serviços, políticas públicas, opressores e oprimidos (Alverga & Dimenstein, 2006).

Muitos problemas que vivenciamos atualmente e que colaboram para as questões envolvendo a saúde mental, são derivados do modo como nossa sociedade está organizada. De tal maneira que essa discussão se torna crucial, já que a moderna sociedade capitalista continua a ser caracterizada por uma incompatibilidade entre a busca implacável da lucratividade do capital e, por outro lado, as necessidades essenciais das pessoas (Costa & Silva, 2020).

Fato esse que pode corroborar para os adoecimentos, como também para a hospitalização dos usuários, como meio de evitar outras situações tão graves quanto as situações de crise psíquica, por exemplo. Podemos situar a fome e as questões de vulnerabilidade social que figuram como facilitadores para que as famílias percebam a internação como possibilidade primeira ao usuário. Isso pode ser percebido quando temos contato com os usuários e acompanhantes, em frases como: *“ficar indo pra lá e pra cá, aqui eles dão almoço... o almoço aqui é bom, dão merenda também. E também pra ele.”* E: *“Rapaz, é... o bom é que tem almoço e tem janta, né?”* esse ponto escancara como a máquina hospitalar, por meio da intenção do capital, captura corpos e subjetividades à bem das necessidades criadas ou pelo menos intensificadas pelo próprio capitalismo.

Ou seja, o capitalismo na saúde, assim como de forma geral, cria e agencia necessidades para que corpos possam buscar saná-las. No entanto, não falamos aqui de necessidades maiores do que as básicas, não falamos de itens que são disputados na sociedade do “melhor que bem”, e de “espetacularização da vida” (Sibilia, 2008), falamos de insumos alimentares e medicamentosos.

A disputa aqui não é para obter a melhor alimentação, o prato mais “instagramável”, mas para ter acesso a pelo menos 4 refeições diárias, como as que o hospital oferece, inclusive como mecanismo para que o acompanhante não deixe a ala psiquiátrica. Muitos dos adoecimentos desenvolvidos nesse aspecto, correspondem à resposta pessoal (e humana) ao modelo de gestão empresarial capitalista (Casulo, 2018).

A indústria, o mercado da loucura estabelecida no Brasil, não se interessa pela cura dos usuários, ao contrário, o interesse é pela reincidência do paciente, que gera demanda, gerando mais lucro. Nessa configuração, os familiares negociam sua liberdade, sua privacidade, em “benefício” de ter o mínimo, o cuidado, a alimentação, a atenção e

medicações. Porém, são capturados pela lógica manicomial que opera no hospital tão intensamente, que de ordinário é naturalizada.

Diante do que discutimos, podemos apontar como o louco rompe com o modo de subjetivação capitalista. Não podendo dar conta da loucura, o capitalismo captura, agencia e financia o manicômio, para aí sim dar conta de corpos em desalinho, os fazendo ser lucrativos de qualquer forma. Nesse sentido, não somente o louco é foco dos interesses capitalistas, mas sua família também, sendo presa na teia de interesses que envolvem o manicômio, sua atualização e os gestos derivados do desejo de manicomializar, tão forte na sociedade. Para Nogueira (2010), o trabalho terceirizado estabelece quase que obrigatoriamente a realização de atividades no domicílio, o que por sua vez estabelece a concretização do trabalho produtivo no ambiente doméstico. Porém, não somente no domicílio é percebida a terceirização no sentido que apreendemos aqui. Há a replicação de um ciclo que seria desenvolvido no ambiente familiar, só que no hospital.

6 “Espero que meus pés não encontrem mais o caminho desse lugar”²³:

Cosiderações finais

Quando ingressei no mestrado, tinha empolgação, vivacidade, intensidade e vontade de fazer acontecer alguma realidade que destoasse da que eu vivia na minha rotina no hospital. Não por acaso, foi de lá que surgiu o interesse em estudar aquele ambiente, aquele chão que eu pisava quase todos os dias, 5 dias por semana, 30/40 horas semanais, durante 5 anos. Foi a partir desse campo que eu aprendi a acolher minha impotência, a brincar com minha seriedade, a entender muito mais sobre o humano, sobre relações, interesses, habilidades e leitura de processos em saúde mental. Acredito que esse talvez seja o alicerce do motivo de me reconhecer, me perceber e assumir o lugar de trabalhador.

Ademais, essa pesquisa buscou refletir sobre os efeitos das relações entre a lógica manicomial e o capitalismo na terceirização do cuidado na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. Para tanto, discutimos sobre a organização física do serviço, a partir de sua estrutura, bem como das relações que estabelece com a cidade e com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

A descrição do dispositivo manicomial e suas relações com a cidade e a Rede de Atenção Psicossocial foram imprescindíveis para que pudéssemos compreender como o manicômio funciona “as claras”, sem qualquer impedimento e com força suficiente para não somente trabalhar, mas também atualizar de maneira sofisticada, os mecanismos que o mantém no tempo e se configuram com o espaço, apresentando-o plenamente vivo e com força.

²³ Frase dita pela mãe de uma usuária após atravessar as grades da ala psiquiátrica com sua filha e seus pertences, logo após a comunicação da alta hospitalar.

Para tanto, foram apreendidas e apresentadas as atualizações que configuram o que chamamos de do gesto manicomial e as operacionalizações do “desejo de manicômio” na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, como artefato que denuncia a assistência asilar apresentada à saúde mental no extremo norte piauiense. Contudo, também buscamos discutir a terceirização do cuidado familiar, enquanto nova expressão da lógica manicomial na Saúde Mental.

Esse trabalho não teve a pretensão de esgotar as discussões em torno de nenhuma das problemáticas abordadas, ao contrário, esperamos que esse trabalho consiga trazer para a centralidade das discussões acadêmicas e principalmente profissionais, os enredos e problematizações tão marginalizados e carentes de atenção e principalmente de ações. Procuramos apresentar um debate do que é hoje a assistência aos usuários e familiares de Saúde Mental na planície litorânea piauiense, tensionando a partir das contradições, como o desejo de manicomializar pessoas se atualiza e é concretizado em atos.

Infelizmente, com a limitação do tempo e das contingências da vida, esse trabalho apresenta fragilidades e limitações que nos fazem perceber a necessidade de investigar ainda mais sobre esse tema em perspectivas outras. Uma das necessidades percebidas é em relação a atenção dada aos profissionais, reconheço minha limitação em destacar as ações dos meus colegas de trabalho, não conseguindo me distanciar do trabalhador que partilha com eles o cotidiano, do pesquisador investindo em uma empreitada científica. Acredito que a participação dos trabalhadores nesse trabalho poderia auxiliar na compreensão dos mecanismos de terceirização do cuidado, bem como o posicionamento de como eles percebem as suas atuações limitadas e limitantes.

Localizamos também, como outra necessidade que precisa de continuidade analítica, a influência do capitalismo, bem como dos agenciamentos neoliberais na saúde mental e na gestão do cuidado familiar. Tal discussão ficou pouco trabalhada nessa

pesquisa, mais uma vez em decorrência do tempo de elaboração e escrita da versão final desse trabalho.

A partir disso, recomendamos que pesquisas futuras possam ter destacado o papel da mulher sobre os cuidados em saúde mental, destacando inclusive, as participações femininas no processo de reforma psiquiátrica e reordenamento da assistência em saúde mental nacional e piauiense.

Destacamos também a importância em sinalizar ações que visam a desinstitucionalização, não somente a desospitalização, mas a desconstrução do manicômio no cotidiano, na vida diária, nas amarras subjetivas e mentais. Ações exitosas dessa natureza precisam circular, senão serem criadas, para libertar mentes e corpos das grades do manicômio físico e mental.

Encerro esse trabalho com fotos de uma ocupação realizada nas paredes do manicômio. Os cartazes, fotos, mapas e folhetos, bem como desenhos produzidos por ou com os usuários foram literalmente lavados das paredes da ala em um período de recesso, quando não havia usuários ou familiares internados. Quando cheguei ao plantão, senti a ausência dos cartazes, das paredes ocupadas. Questiono o funcionário responsável pela limpeza, sobre os cartazes, onde eles teriam guardado. O funcionário responde rindo que eles foram “lavados”, questiono incrédulo e ele mais uma vez responde: *“fizemos a lavagem da ala, pra aproveitar que tá sem ninguém, daí lavamos as paredes, tavam muito suja, os cartaz foi junto.”*

Essa iniciativa gerou uma grande confusão, sendo levada mais uma vez a coordenação, sem sucesso em qualquer desdobramento. Com isso, gostaria de exemplificar, como ações minimamente emancipadoras, informativas, que buscam a instrumentalizar usuários e familiares sobre seus direitos, são “simplesmente” postas por água abaixo quando a força do manicômio exige e depende da cegueira dos

conhecimentos. Aponto também o quanto todos os agentes que trabalham no manicômio operam por essa lógica, independente da função exercida ou da escolaridade.

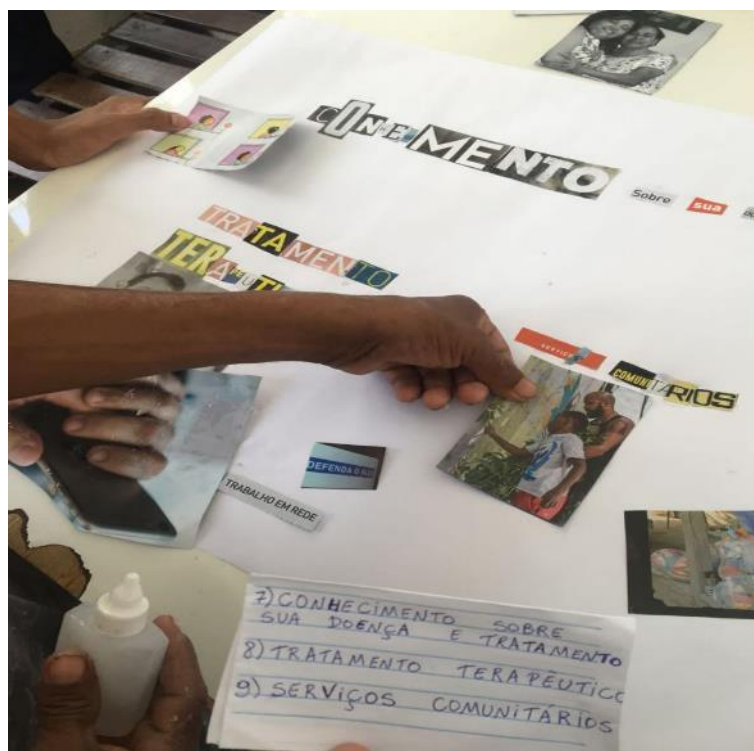


Figura 14. Construção de cartazes com os usuários e estagiários da ênfase em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (2022).



Figura 15. Cartazes construídos com os usuários, pendurados nas paredes internas da ala psiquiátrica.



Figura 16. Construção de “um mapa da rede social” com os usuários em internação.

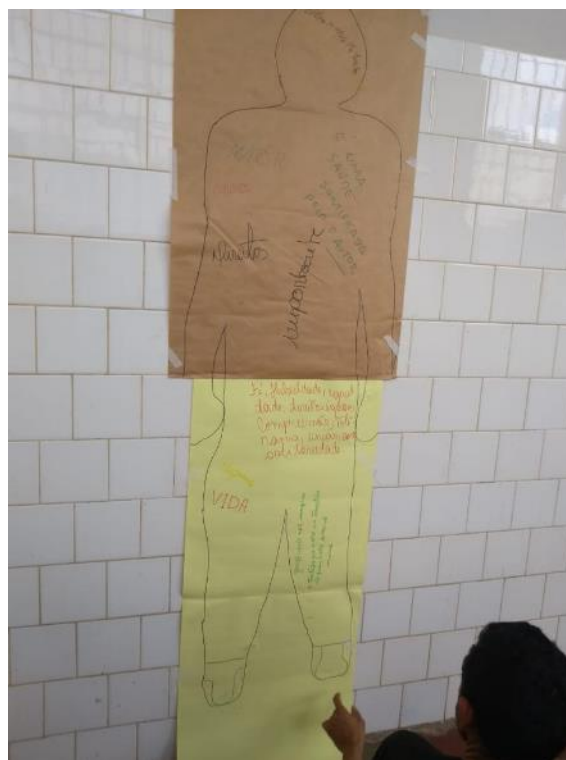


Figura 17. Construção de um mapa-corpo-afeto com os direitos e sentimentos dos usuários em internação.



Figura 18. Eu participando da construção e ocupação das paredes com os cartazes e os usuários.



Figura 19. Construção de cartazes com os usuários e estagiários da ênfase em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

Por fim, desejo que meus pés sempre encontrem o caminho desse lugar de pesquisa, mas também consigam caminhar por outras trilhas e, ainda desejosos, possam encontrar caminhos de cuidados aliados com ideias de liberdade e autonomia.

Referências

- Agamben, Giorgio. (2009). O que é dispositivo? In: Agamben, Giorgio. *O que é Contemporâneo? E outros ensaios*. Chapecó, SC: Argos., 2009
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo Prevenção de Quedas. Rio de Janeiro: ANVISA, 2013.
- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2006) A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface Comunic., Saude, Educ.*, v.10, n.20, p.299-316, 2006.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Amorim, A. K. de M. A.; & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.
- Apepi. (1984). Histórico: Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, escrito por Cândido de Almeida Athayde. Códice. A65s, 614.8122. Ex. 1.
- Baremlitt, G. F. (1996). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos.
- Benelli, S. J. (2014). *A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des) educativas*. São Paulo: Editora Unesp.
- Bezerra, M. L., & Dimenstein, M. B. D. (2014). Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 31-46.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. (2021). Consulta ao total de leitos da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=22077023651

54

Cardona, M. G., Cordeiro, R. M., & Brasilino, J. (2014). Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social. In M. J. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento, M. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social-compartilhando ferramentas* (pp. 123-148). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein.

Castel, Robert. (2009) *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. [Trad. Iraci D. Poleti]. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

Cerqueira, M. D. F. & Fontineles, C. C. da S. (2017). A Cidade Atraente: A disciplinarização do espaço urbano de Parnaíba (PI) no século XX. In: Lima, F. O. A. (Org). *Parnaíba: enchendo os vazios com palavras*.– Parnaíba: Edufpi., 2017

Colombier, J., & Doublet, F. (2012). Instruções sobre como controlar os insanos e de trabalhar para sua cura nos Asilos que lhes são destinados. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 113-137.

Corbanezi, E. R. (2021). Saúde mental, depressão e capitalismo. Editora Unesp.

Costa, Jurandir J. Freire F. (2006): *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

Costa, R. O., & da Silva, A. X. (2020). Capitalismo e saúde mental. *Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social*, 1(1).

Costa-Rosa, A. D. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 141-68.

Diario do Piauíhy. Teresina, 1914 p.01.

Fernandes, F. M. B., & Moreira, M. R. (2013). Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. 243 Physis Revista de Saúde Coletiva, 23 (2), 511-529. doi: 10.1590/S0103-73312013000200010.

Fernandes, L. A. (2009). *As Santas Casas da Misericórdia na República brasileira (1922-1945)*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Évora).

Figueiredo, G. (2000). As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casas. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(3), 133-133.

Foucault, M. (1989). *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2015). O nascimento do hospital: In: Foucault, M. *Microfísica do poder*. Organização, Introdução e Revisão de Machado, R. (Org.) Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 201.5.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (Vol. 4, p. 175). São Paulo: Atlas.

Gondim, S. M. G., & Bendassolli, P. F. (2014). Uma crítica da utilização da análise de conteúdo qualitativa em psicologia. *Psicologia em Estudo*, 19, 191-199.

Guerriero, I. C. Z., & Minayo, M. C. (2019). A aprovação da Resolução CNS nº 510/2016 é um avanço para a ciência brasileira. *Saúde e Sociedade*, 28, 299-310.

Guimarães, Humberto. (2003). História do hospital Areolino de Abreu. In: *História da Medicina no Piauí*. Teresina: Academia Piauiense de Letras, 2003.

Khoury, Y. A. (2004). Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (fundadas entre 1500 e 1900) v. 1 (Regiões centro-oeste, nordeste, norte e sudeste. In *Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (fundadas entre 1500 e 1900)* v. 1 (Regiões centro-oeste, nordeste, norte e sudeste (pp. 381-381).

- Le Goff, J. (1991). *La naissance du Purgatoire*. Gallimard.
- Lobo, L. F. (2008). *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina.
- Macedo, João Paulo & Dimenstein, Magda. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, v. 22, p. 138-164, 2012.
- Machado, L. D., & Lavrador, M. C. C. (2001). Loucura e subjetividade. *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 45-58.
- Mello, J. M. C. D. (1982). O capitalismo tardio: contribuição à revisão crítica da formação e do desenvolvimento da economia brasileira. *São Paulo: Brasiliense*.
- Melo, Mariana M. Ferreira. (1997). *Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, sociabilidade e poder (1780-1822)*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 1997.
- Merhy, E. E. (2002). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E. & Onocko, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec. *Saúde em debate*, 145.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª. Edição. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C.S. Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes Limitada.

- Moreira, J. (2011). Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14, 728-768.
- Nogueira, C. M. (2010). As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. *Revista Aurora*, 3(2).
- Passos, R. G. (2011). Mulheres, Cuidados e Maternalismos na Reforma Psiquiátrica Brasileira: o lado oculto da história.
- Passos, R. G. (2016). Trabalhadoras do Care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino.
- Paulon, S. M., & Londero, M. F. P. (2019). Saúde mental na Atenção Básica: o pesquisar como cuidado. Porto Alegre : Rede UNIDA.
- Pelbart, P. P. (1991). Manicômio mental: a outra face da clausura. Ed. Hucitec.
- Penido, C. M. F. (2020). Trabalhador-pesquisador: análise da implicação como resistência ao distanciamento do objeto. *Psicologia em revista*.
- Potengy, G., & Venâncio, A. T. (2018). *O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliano Moreira*. Editora Garamond.
- Rego, J. M. A. N. D. (2010). *Dos sertões aos mares: história do comércio e dos comerciantes de Parnaíba (1700-1950)* [Tese de doutorado]. Programa de pós-graduação em História Social, Universidade Federal Fluminense.
- Rocha, A. S. C. (2019). _____. Relações cotidianas do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba (1914 a 1928). In *30º Simpósio Nacional de História*. Recife. Anais... Recife: ANPUH-Brasil, 2019.
- Rocha, Aleisa A. & Sousa Carvalho S. C. (2020). Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba: Atuação e assistência aos corpos acometidos por doenças (1914-1924). *Vozes, Pretérito & Devir: Revista de história da UESPI*, v. 11, n. 2, pp. 178-197, 2020.

- Rolnik S. *Cartografia Sentimental, transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Sulina; 2007.
- Rotelli, F., De Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via.[Deinstitutionalization, another via]. *Desinstitucionalização*, pp. 17-59.
- Santana, M. C. B., & Silva, R. M. (2019). Estado, caridade e filantropia: a santa casa e o asilo de alienados na assistência médica em Tteresina (1889-1909). *Embornal*, 10(19), 63-84.
- Santos, Rayssa BecchiR. B. & Zambenedetti, Gustavo. (2019). Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. *Salud & Sociedad*, v. 10, n. 1, pp. 22-37, 2019.
- Severo, A. K. S. & Dimenstein, M.; Brito, M. (2007). A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*,59:143-155.
- Sibilia, P. (2008). O show do eu. *Rio de janeiro: nova fronteira*, 158-174.
- Silva, L. A. V. D. (2003). Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translingüística bakhtiniana. *Interface-Comunicação, saúde, educação*, 7, 135-146.
- Silva, R. M. (2017). As Faces da Misericórdia: A Santa Casa de Teresina na assistência pública (1889-1930).
- Smith, J. A. (2020). *Psicologia Qualitativa: Um guia prático para métodos de pesquisa*. Editora Vozes.
- Spink, M. J. (2010). Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.
- Tedesco, S. (2016). A função ético-política das medidas de segurança no Brasil contemporâneo. *Venturini E, Oliveira RT, Mattos V, organizadores. Louco infrator e o estigma da periculosidade. Brasília: Conselho Federal de Psicologia*, 258-87.

Weber, F. (2009). A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?. *Horizontes Antropológicos*, 15, 157-170.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Editora Fiocruz.