

**43º Encontro Anual da Anpocs  
21 a 25 de Outubro de 2019  
Caxambu- MG**

**SPG – 06: Corpos, narrativas e regimes de visibilidade**

**Os efeitos das narrativas na classificação social de agentes estigmatizados como  
“loucos” no hospital psiquiátrico Nina Rodrigues.**

**Emanuelle do Espírito Santo Alves do Nascimento, PPGCSoc/UFMA,  
emanuellealvesnascimento@gmail.com**

**Juarez Lopes de Carvalho Filho, PPGCS-UFMA.  
juarez.lopes@gmail.com**

**Caxambu- MG  
2019**

## **Os efeitos das narrativas na classificação social de agentes estigmatizados como “loucos” no hospital psiquiátrico Nina Rodrigues.<sup>1</sup>**

Juarez Lopes de Carvalho Filho (UFMA)<sup>2</sup>

Emanuelle do Espírito Santo Alves do Nascimento (UFMA)<sup>3</sup>

**RESUMO:** O trabalho analisa a dinâmica interna do Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues na produção de narrativas classificatórias de agentes estigmatizados como loucos. Postula-se que as transformações legais e institucionais, que ocorreram ao longo da história psiquiátrica do Maranhão abrindo espaço para o surgimento de clínicas privadas, não desestigmatizaram a “loucura” e nem os espaços destinados a esses agentes. Para tanto, foi fundamental colocar em perspectiva a história social do hospital a fim de compreender o peso de um processo histórico específico na produção social da loucura como um estigma. Durante o trabalho de campo buscamos conhecer as formas de tratamento dado aos internos do hospital, aplicado por diferentes funcionários e profissionais da saúde. Assim, demonstramos como os corpos e os diagnósticos que estes recebem acabam cristalizando algumas características corporais e comportamentais que identificam e pré-classificam determinados agentes como “loucos”. Assim monopólio legítimo do saber médico e suas narrativas sobre a “doença mental” pode ser interpretado como parte do mesmo processo que produz e reproduz a percepção da “doença mental” como um estigma.

**Palavra- Chaves:** Instituição Total; “Doença mental”; Estigma.

### **Introdução**

Este trabalho analisa a dinâmica interna do Hospital psiquiátrico Nina Rodrigues, uma “Instituição Total”, e os efeitos da classificação na produção social do “louco” na cidade de São Luís, estado do Maranhão. Nosso intento é compreender e explicar como os processos de classificação do “louco” a partir de uma Instituição Total podem contribuir para desvelar a dinâmica da produção de estigmas. Buscou-se relacionar as características sociais e os pontos de vista dos diferentes agentes sociais envolvidos nesse

---

1 O trabalho é parte de uma pesquisa em andamento no âmbito de um mestrado em Ciências Sociais do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFMA, cujo título é **Instituições totais e carreiras morais: instituições psiquiátricas, famílias e “doentes mentais” em São Luís MA.**

2 Doutor em Ciências Sociais e Econômicas pelo Institut Catholique de Paris. Professor pesquisador do Departamento de Sociologia e Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFMA. Email: juarez.lopes@gmail.com.

3 Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Mestranda em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão-UFMA. Email: emanuellealvesnascimento@gmail.com

processo, bem como mostrar seu peso para construção de um estigma sobre determinados atores sociais visando analisar os seus efeitos sobre a visão que o estigmatizado tem de si.

O Hospital Nina Rodrigues, fundado em 1941, foi o primeiro hospital psiquiátrico do Maranhão e da cidade de São Luís, o que torna sua análise emblemática no que diz respeito à investigação dos processos sociais de classificação dos doentes mentais, de produção de estigmas e de transformações institucionais. A instituição foi criada com a finalidade de resolver os problemas existentes da época tais como a superlotação das casas de abrigo e misericórdia e limpar o espaço urbano da capital do estado do Maranhão.

Com o passar dos anos o hospital foi passando por reformas que incluíam desde o nome do hospital até a forma de tratamento dado aos internos da instituição. No entanto, somente na década de 1990 com a Reforma Psiquiátrica, que se instaurou em todo o mundo ocidental, operou-se melhorias tanto na estrutura física, quanto no aspecto administrativo. As melhorias físicas eram de imediatas; a ideia era eliminar a imagem de hospícios e manicômios que os hospitais psiquiátricos apresentavam. A lei era clara: essas instituições deveriam manter a aparência de hospital, não mais aqueles locais fechados, isolados, que apresentavam repugnância de muitos. Como a origem do próprio nome sugere, “hospital”, cunhado do francês do século XII “*hôpital*” que por sua vez deriva do latim “*hospitale*”, é relativo a “hospede”, “hospitalidade”. Seu adjetivo substantivado é “*hospitalis*”, que vem de *domus* (casa), lugar de hospedagem. Desse modo, pensava-se superar o preconceito que era gerado dentro e fora destas instituições. Foi diante destas reformas que o hospital Nina Rodrigues passou de hospital Colônia para hospital Nina Rodrigues, mudando suas nomenclaturas, suas estruturas e, por fim, suas políticas de tratamento ao interno.

Para elaborar esse trabalho, além do tratamento analítico da literatura especializada nesse assunto, os dados empíricos foram construídos a partir de uma observação direta, através de visitas regulares aos espaços internos do Hospital, essas guiadas por uma perspectiva etnográfica. Apesar da autorização aprovada pelo conselho de ética, a Secretaria de Estado de Saúde e a Plataforma Brasil, o trabalho enfrentou dificuldades quanto à obtenção das informações. Para superar esses percalços, foi preciso contar com ajuda graciosa da equipe profissional e administrativa do hospital. É comum esses trabalhos de pesquisa nesses contextos, enfrentarem tais dificuldades como o que

relata Karina Biondi (2010). Esta autora relata em estudo sobre a etnografia do PCC as dificuldades enfrentadas ao realizar seu trabalho, onde não dispunha de nenhum instrumento como gravador ou caderno de anotações; somente ela e sua memória para apreendermos percurso, eventos e cerimônias para desenvolvimento da pesquisa. Desse modo, os instrumentos de pesquisa aplicados no presente trabalho, para construção dos dados empíricos são a observação e o esforço da memorização, a fim de compor os relatos em cadernos de campo, após as visitas.

O presente trabalho se estrutura em três seções: a primeira trata da construção sociohistórica da loucura como um estigma; a segunda intenta objetivar a estrutura da equipe médica e o processo de classificação do “louco” no hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues. E a terceira seção, apresenta alguns resultados objetivados do ponto de vista dos atores sociais estigmatizados.

### **A construção sociohistórica da loucura como um estigma: transformações legais e institucionais no contexto brasileiro e maranhense**

A “loucura” é um fenômeno presente em determinadas sociedades desde as mais remotas épocas. Para as ciências sociais a loucura é uma construção social. Fazendo uma sociogênese da loucura, percebemos que esta, está associada a uma espécie de exclusão social. Ao longo dos estudos sobre a loucura, pobres, moradores de ruas, sem famílias entre outras, são enquadradas como “loucos” os quais os Estados deveriam acolhê-los e classificá-los. Para Silva (2017) ao longo da história das pessoas em situação de ruas, o Estado mostra a sua força com o silenciamento de cada pessoa que passa a representar problemas à ordem. Primeiro o Estado classifica, depois os enquadra, colocando-os em seus setores de silenciamento:

Exploradores da caridade e da bondade alheia, usurpadores de seus próprios corpos, manipuladores da sensibilidade pública, perturbadores da moral, reprodutores do degredo, predispostos ao crime, foco e disseminadores de doenças, semeadores da violência e do medo, depravados, viciados, vadios, ociosos, desordeiros, desregrados, indigentes, homens e mulheres de má conduta, prostitutas, velhas e velhos imprestáveis, pobres envergonhados, falsos mendigos e mendigos legítimos. Códigos criminais, leis de contravenções penais, casas de correção, colônias penitenciárias, policiamento, corporações de ofício, asilos, abrigos de mendicidade, orfanatos, conventos, sanatórios, hospitais, missões religiosas, campanhas contra a vadiagem,

intervenções médico-sanitárias, remoções urbanas, limpeza social, repressão, isolamento, controle e disciplina – conjunto de nomeações, categorias acusatórias, classificações, instituições e práticas de controle decorrentes de uma conhecida estruturação de saberes e poderes que, ao erigirem fronteiras entre a razão e a loucura, a lei e a ilegalidade, a norma e o desvio, lançaram, também, o relógio moral do trabalho sobre os corpos e organizaram dispositivos de sujeição e maximização de suas utilidades(SILVA, 2017, p. 47-48).

Segundo Silva (2017) o Estado tem em suas mãos a força potencializadora de excluir e incluir as pessoas que vivem às margens. Entretanto, esse incluir é limitado, e em alguns casos significa silenciamento. E no sentido proposto por Das e Poole (2008), o Estado possui fronteiras inertes, mas como objeto de contínua construção por parte dos atores e das instituições que, a partir de tecnologias de poder, “controlam” e “pacificam” certas populações sob o argumento de que elas não seriam suficientemente socializadas nos marcos da lei (DAS; POOLE, 2008, p. 24).

Outra imagem a ser observada que podemos afirmar sobre o Estado é aquela apresentada por Bachtold (2016, p. 292). Segundo este autor o Estado consegue chegar às margens, mas se mantém distante, opressor e sempre vigilante. Assim, o Estado é aquele que exclui os acometidos de loucura, ou classificados como loucos. Ele consegue chegar a estes usando seus atores, atravessadores ou militantes e apoiadores como observou Silva (2017).

É importante ressaltar que o Estado não se apresenta apenas como opressor, ele é contraditório, pois apresenta várias faces. Paula Lacerda (2015) destaca como o Estado é omissivo. Ele é responsável por negligenciar, abandonar e massacrar quando procurado, ele nem sempre é solícito à demanda da população. Nessa mesma direção Feltran (2010) observa que diante das omissões do Estado, a população acaba procurando outros apoios para que suas demandas, quando enfrentam situações consideradas injustas no seu dia a dia, podem recorrer a diferentes instâncias de autoridade em busca de justiça.

A escolha da instância a acionar depende do tipo de problema enfrentado. Por exemplo, se um homem tem um emprego e durante anos não recebeu as horas extras a que tinha direito, recorrerá à justiça do trabalho. Se uma mãe não recebe a pensão alimentícia do ex-marido, acionará a justiça civil. Se ela teve um filho preso injustamente, ou se ele sofreu violência policial na favela em que vive, tentará recorrer à imprensa e, se não der certo, a entidades de defesa de direitos. No limite, restará sempre o recurso à “justiça divina”. Mas, se alguém da família foi

roubado, agredido, coagido ou morto (e os agentes da ação criminosa não foram policiais), será feita uma queixa a uma autoridade local do “mundo do crime” (FELTRAN, 2010, p. 59).

Na Europa, entre os anos de 1657 a 1676, em um horizonte social e moral, o enclausuramento dos loucos ao final da idade clássica acompanha outros desviantes. A experiência da loucura manifesta-se institucionalmente por meio de uma política de isolamento, de um “grande confinamento” o que leva Foucault a classificar em uma mesma instituição, o “Hospital Geral”. Todos aqueles que representavam de alguma maneira um entrave para o estabelecimento da nova ordem social burguesa – o libertino, o alcoólatra, o vagabundo, o morador de rua, o louco –, são figuras tidas como incapazes de se adaptar aos valores de uma sociedade que enxerga no trabalho um valor supremo e que, pelo fato de estes não preencherem tais condições, a mesma sociedade decide banir toda forma de ócio do espaço urbano social (BERT, 2013).

Para Jean-François Bert (2013) essa seria a primeira ruptura entre o polo da loucura e o polo da razão, que assumiu a forma de um enclausuramento sistemático dos “associais” e que teve como consequência repelir a loucura para o lado do erro e do negativo. Séculos mais tarde, com as reformas de Philippe Pinel e Samuel Tuke, as reflexões que eles têm a respeito da loucura levam a “psiquiatria a recorrer a um novo tratamento moral e mudar a ideia de que a loucura era inteiramente culpável e que o médico não tinha nenhuma ação terapêutica”. Pinel passa a responsabilizar o louco por aquilo que em sua loucura vem perturbar a ordem moral. Assim, Pinel cria um espaço a partir do qual “o psiquiatra pode fazer atuar o conjunto das práticas psicológicas postas a sua disposição”. Assumindo o sentido médico, a loucura, transformada em “doença mental”, não pode mais ser curada, salvo no manicômio, convertido numa medicalização completa da loucura (BERT, 2015, p.54).

O novo manicômio que Esquirol, discípulo de Pinel, torna obrigatório em cada região francesa a partir de 1838, é tido como um lugar de infantilização, de punição e de responsabilização, onde se ensina o louco a viver com sua loucura. Tudo é organizado para que ele se reconheça nesse mundo do julgamento que o envolve por todos os lados; ele tem que se saber vigiado, julgado e condenado. Para Foucault a forma de internar os loucos, “de diagnosticá-los, de tratar-lhes de excluí-los da sociedade ou de incluí-los em lugar de enclausuramento, era decorrência de estruturas sociais, de condições econômicas, tais como desemprego, a necessidade de mão de obra” (BERT, 2015, p. 55).

No caso do Brasil, a “loucura” se institucionaliza em 1852, com a criação do hospício Pedro II. Criado com a finalidade de assegurar que todas as pessoas, sejam pobres, sem famílias ou abandonadas, sem assistência do Estado, em estados de chagas, doenças como lepras, tuberculoses, infecções fossem internadas e tratadas. Não havia um atendimento hospitalar adequado que atendesse essas pessoas; assim, os espaços urbanos serviam de moradas. A rua com o passar do tempo passou a ser não apenas um lugar de morada, mas um espaço de pessoas vulneráveis, que não têm outra opção. Em muitos casos é um espaço de movimento, organização, atendimento e acolhimento (SILVA, 2017).

Nesse período de 1852, o Estado como até os dias atuais, vê esses atores que vivem na rua como um grande problema, e como nos anos de 1800, a ordem era limpar todo o espaço urbano, já que estes indivíduos causavam perturbação à ordem. A criação do Hospício Pedro II deu-se tanto para dar fim a estes atores que incomodavam a ordem social, como também para dar assistência às casas de misericórdias que sofriam com as superlotações (SÁ JUNIOR, 2007). Com o aumento da quantidade de pessoas às margens, surge a necessidade de criar novos locais para colocar essas pessoas: hospícios e manicômios.

O Estado empenha-se em classificar o que é “de fora” para “dentro”, em tornar o não conhecido em legível, em conhecer e codificar tudo o que ocorre no seu território e em suas margens (BACHTOLD, 2016). Assim foram criados os espaços do Estado, que são representados por diversos nomes e que ao longo do tempo vão mudando, obedecendo às exigências do próprio Estado.

Ao longo dos tempos os espaços onde eram inseridos esses atores classificados pelo Estado como loucos foram nomeados pela ordem como casas de misericórdia, hospícios, colônias, manicômios, asilos (SILVA 2017). Somente depois da Reforma psiquiátrica que no Brasil os primeiros movimentos de uma mudança começam, a partir do final da década de 1970. Contudo, é na década de 1990 que passam a ser chamados de hospitais/clínicas psiquiátricas onde tem como principal foco o modelo assistencial em saúde mental. A proposta era evitar os longos períodos de internação, a exclusão do indivíduo da sociedade e do seio familiar, os tratamentos de desumanização, como instrumentos de violência física e mental que deixavam os indivíduos humilhados e desmembrados mentalmente.

Em 1937, justamente no golpe de Estado de Getúlio Vargas, colocando o Brasil em um regime ditatorial (Estado Novo), o Maranhão passa a experimentar um “processo de modernização” e de conquistas nas áreas sociais. Neste período, Paulo Martins Ramos, Interventor Federal no Maranhão, começa a realizar diversas obras, nas quais se encontravam a construção dos hospitais Nina Rodrigues, Getúlio Vargas e Colônia do Bomfim (antigo hospital especializado no tratamento da hanseníase). Após quatro anos, 25 de Março de 1941, é inaugurado o Hospital Colônia dos Psicopatas, mais tarde nomeado Hospital Colônia Nina Rodrigues. A mudança é em homenagem ao maranhense, médico legista, psiquiátrica, Raimundo Nina Rodrigues (RAPOSO FILHO, 2014).

Na década de 1990 o Hospital Colônia Nina Rodrigues passa por uma reforma de assistência psiquiátrica mudando totalmente seu modo de atendimento às pessoas com sofrimento psíquico. Nesse período de transformação administrativa e física, a instituição passa a se chamar Hospital Psiquiátrico de Nina Rodrigues. É nesse período que surgem os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS).

As reformas pelas quais passam o Nina Rodrigues geraram reações contrárias por parte das clínicas conveniadas, a La Ravardièrre e São Francisco<sup>4</sup>, que alegavam grande prejuízo financeiro por conta da redução de leitos contratados, já que com a Reforma Psiquiátrica as internações só poderiam durar 15 (curto), 30 (médio) e 45 (longo) dias, uma vez que o paciente deveria ser colocado junto à família ou responsável (RAPOSO FILHO, 2014).

Com a reforma psiquiátrica, novos dados foram surgindo, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Como informa Biehl (2008) de meados da década de 1990 a meados dos anos 2000, os serviços de saúde mental se transformam em razão da diminuição das internações; mas um problema real e crítico passam a se estabelecer, qual seja: o aumento de medicação. Segundo Biehl:

Em 1995, por exemplo, as internações psiquiátricas representavam 95,5% do total de gastos com saúde mental, passando para 49,3% em 2005. No mesmo período, houve um aumento significativo nas despesas com serviços comunitários e medicação. A distribuição de psicotrópicos cresceu de 0,1% em 1995 para 15,5% em 2005. 75% dos gastos com medicamentos neste período foram com novas drogas antipsicóticas. É

---

4 Trata-se de duas clínicas credenciadas ao Hospital Nina Rodrigues: La Ravardièrre, localizada na Avenida São Luis Rei de França, s/n, Olho d'Água, São Luís-MA; e Clínica São Francisco localizado na Estrada da Mata, S/N, Jardim Tropical I- São Luís-MA.



importante ressaltar que, nesses dez anos, o crescimento na alocação de recursos para medicação foi acompanhado por um decréscimo no número de psiquiatras contratados e que, no geral, as despesas com saúde mental diminuíram 26,7% (BIEHL, 2008, p.7).

O processo histórico de transformação do discurso institucional sobre a loucura, as conseqüentes mudanças de nomenclatura acompanhando a institucionalização do sistema de saúde mental, justificadas pelos inúmeros estudos naturalistas, higienistas, etnográficos, geográficos e nosológicos, contribuíram para a estigmatização da loucura.

Cumpre-nos Identificar a seguir, ainda que brevemente, o contexto desses processos no Maranhão.

### **A equipe médica, processo de classificação do “louco” e estigmatização Nina Rodrigues**

#### *Atores sociais do hospital: o quadro profissional*

Em visitas de campo e em entrevistas realizadas com funcionários e ex-funcionários (médico psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional e médico residente)<sup>5</sup> e três pacientes<sup>6</sup> e a mãe de um deles, pode ser observado, de modo ainda parcial, como funciona “o mundo do internado” (GOFFMAN, 2015). Esse funcionamento acompanha as mudanças pelas quais passou o Hospital.

Em 2012 o Nina Rodrigues passou a funcionar como Serviço de Pronto Atendimento - SPA, ou seja, como urgência e emergência. Ele passou a funcionar nos moldes das Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, 24/24h. Ao ser encaminhado o paciente passa por uma triagem, que contará com as retaguardas de leitos com tempo de permanência de 72 horas. Segundo um dos entrevistados:

*A entrada desse paciente depende bastante do grau do problema psiquiátrico; se a família percebe que o problema está fora do controle é interessante levar para uma internação que de acordo com o problema será escolhido se fica no Nina Rodrigues durante um tempo ou passa para outro estabelecimento (TERAPEUTA OCUPACIONAL).*

Após esse período de observação o paciente é encaminhado aos CAPs, ambulatórios, unidades de saúde, além das clínicas conveniadas ao Sistema Único de

<sup>5</sup> Os profissionais entrevistados serão destacados pelo título da profissão ocupada

<sup>6</sup> Os três pacientes deram entrada no hospital devido um surto: um foi encaminhado pela SAMU e os outros dois levados de carro particular por suas próprias famílias. Os pacientes serão apresentados pela primeira letra do nome, para preservar sua identidade pessoal segundo o acordo feito com estes durante as entrevistas.

Saúde (SUS). Mas é possível ter internações dentro do Nina Rodrigues, sendo internações de curto (15 dias), médio (30 dias) e longo prazo (45 dias), segundo um enfermeiro:

*O paciente que chega ao Serviço de Pronto Atendimento do hospital psiquiátrico, precisa primeiramente passar pelo setor de classificação (triagem). Posteriormente será encaminhado à equipe multidisciplinar composta pelo psiquiatra, enfermeiro especialista, psicóloga e assistente social. Estes farão a anamnese psiquiátrica. Dependendo da sua evolução, ele deverá ser encaminhado ao serviço ambulatorial ou permanecer até 72h em observação. Caso não apresente melhora do quadro psicopatológico, no prazo preconizado, o paciente deverá ser encaminhado às clínicas conveniadas ao SUS, para 45 dias de internação (ENFERMEIRO).*

Segundo o enfermeiro do hospital “Famíliares de primeiro grau são mais habilitados a fornecerem informações sobre o paciente. Porém existem exceções. Quando não são encaminhados pela família, mas pelos amigos, vizinhos e programas de reabilitação, torna-se mais difícil”. Há diversas maneiras em que o paciente adentra ao hospital. É o que relatou outro entrevistado:

*Os pacientes são recebidos na emergência do hospital trazidos pela família, oriundos de outra unidade de acolhimento que não possuem estrutura para pacientes psiquiátricos, como hospitais de emergência e urgência como o Socorrões e Upas. Usuários de drogas em situações de rua que apresentam transtorno, esses pacientes permanecem por um período de 72 horas, se não apresentarem melhoras no quadro de deu entrada é encaminhado para outra unidade (TECNICO EM ENFERMAGEM).*

Diante disto observamos que a primeira definição ou classificação do agente social como “doente mental” ou “louco” parece advir do senso comum, das famílias, ou mesmo de qualquer pessoa que possa observar um quadro de uma pessoa que apresenta problemas mentais. Nesse sentido, parece que o saber médico viria apenas confirmar essa primeira impressão advinda do senso comum, pelo fato do paciente ter chegado ao hospital psiquiátrico. Ainda que se fale de uma *anamnese* psiquiátrica, uma forma de tentar buscar algum quadro psiquiátrico na história de vida do paciente, esse paciente já recebe uma classificação prévia de doente mental, havendo uma concordância entre senso comum e saber médico sobre o que seria um quadro psicopatológico<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Analisando a loucura do ponto de vista durkheimiano, poder-se-ia concluir que a loucura é um fenômeno social normal (no sentido de regular) e não patológico, visto que esse fenômeno se apresenta (ainda que de diferentes formas) em diferentes épocas e sociedades (DURKHEIM, 2002).

A partir das visitas realizadas ao Nina Rodrigues podemos apreender uma equipe multiprofissional formada por psicólogos, neuropsiquiátricas, psiquiátricas, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e técnicos de enfermagem, que trabalham em prol do paciente no período de observação. Como o hospital funciona nos moldes das UPAs, o paciente passa por uma triagem por uma equipe como a descrita acima, sendo que os pacientes que chegam em estados de surto<sup>8</sup>, são primeiramente encaminhados pelos médicos para serem tranquilizados, como informa um enfermeiro. Assim o paciente vai poder ter condições de conversar e relatar à equipe multiprofissional o que realmente sente. A fala do paciente é fundamental, nos casos de internações psiquiátricas, principalmente após a reforma psiquiátrica, em que a constituição brasileira passou a seguir a norma que de acordo com o Art. 6º: a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: a) internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do indivíduo; b) Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do indivíduo, mas a pedido de terceiro, seja eles familiares e/ou responsáveis; c) Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça: caso dos detentos apresentando algum transtorno, encaminhado ao hospital.

Por sua vez, o artigo sétimo da lei antimanicomial ressalta que a pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Apesar de que em muitas internações o indivíduo nem é questionado, seu sintoma é ouvido por familiares e responsáveis que os trazem ao hospital e isso passa a ser muito comum no Nina Rodrigues. Como relata uma paciente:

*A primeira vez em que eu dei entrada era bem tarde da noite e eu não me lembro de muita coisa. Só de um médico, não me lembro o que ele falava com meu pai. Foi breve. Mas, ele não falou comigo, só me olhou rápido, e já me passou para medicação. Na segunda vez, quando nós chegamos para eu ser internada, pelo menos quando aconteceu comigo, diante dos profissionais e demais pessoas que ali estavam, o que o meu “internando”, por assim dizer, falasse, era tido como verdade inquestionável; a mim, não cabia sequer o benefício da dúvida enquanto eu dizia aos quatro cantos que estava bem, que gostaria de sair dali e ir*

---

<sup>8</sup> Quando a pessoa perde a noção da realidade e se torna incapaz de pensar racionalmente, apresenta alterações repentinas, alucinações e delírios. Muitas vezes machuca-se fisicamente ou a outrem.

*me consultar com o meu médico. Porém, meu pai fazia ouvidos de mercador e nem meu choro, de desolação por imaginar tudo o que eu iria passar de novo, tudo o que eu iria ver... O período da minha faculdade que eu perderia se eu fosse, de fato, internada... Até esse choro, eu tive que prender porque podia ser visto como surto! Por fim, adivinhe? Eu fui internada e entrei chorando... Já não tinha nada a perder mesmo. Fui internada lúcida no Nina Rodrigues! Ocupei um leito que poderia ser de uma pessoa como eu, anos atrás! Eu tinha feito uma promessa ao sair dali: nunca mais voltar àquele lugar daquela forma...*

Do ponto de vista sociológico, a fala da paciente P e a própria Lei antimanicominal revelam que há no interior de um hospital psiquiátrico relações nitidamente hierárquicas, que se não é “unilateral”, são constituídas de forma que o paciente não é encaixado em nenhum dos “lados” que tem o poder de decidir sobre seu destino, e que podemos interpretar como fruto de um processo histórico mais amplo em que a internação não tinha objetivos terapêuticos.

É claro que nem sempre o paciente é ouvido. O relato da paciente P é o de milhares de pessoas que passam pelo hospital cujo direito a voz é negligenciada ou mesmo evitada, já que a presença na instituição estigmatiza estes indivíduos. Essa produção de estigmas é vista desde o momento da entrada até o momento em que os próprios pacientes e familiares passam a ser responsáveis por produzir e reproduzir seus próprios estigmas. Como afirma o paciente P:

*Hoje eu sei, porém, que fraco e doente são os “profissionais” que sequer fizeram questão de olhar na minha cara ao me internarem. Por eu ter me recusado a entrar na sala de triagem, somente meu pai entrou e mesmo assim eu fui internada! Eu sei que ele queria me proteger, mas e se ele fosse uma pessoa de má fé? Se nem fosse meu pai? Parece fantasioso demais, mas internação contra a vontade do paciente é coisa séria! Geralmente em último caso. Séria demais para só se ouvir um lado das partes. E a minha parte sofre até hoje com isso (PACIENTE P).*

Além da equipe profissional da saúde, o hospital conta com mais duas equipes: uma é a equipe administrativa que se ocupa das questões burocráticas do hospital vis-à-vis do Estado. Neste caso, o diretor e seus assistentes, como o vice-diretor e a secretária. É por este meio que o Estado sabe e intervém quando necessário. Como dizia Bachtold (2016): é o encontro do Estado com suas margens, por meio de seus representantes, papéis e demandas. A outra equipe é a de serviço de apoio representada

pelos vigilantes, recepcionistas, auxiliar de serviços gerais e cozinheiras. Além destes, temos os prestadores de serviços direta ou indiretamente, tais como: os policiais presentes na instituição, já que no hospital estão internados os presos de justiça com transtornos mentais.

### *Estrutura externa e interna do Hospital*

O Nina Rodrigues é dividido em dois ambientes: o ambiente administrativo e os espaços dos pacientes. A circulação no espaço administrativo é permitida somente à equipe de trabalho e a cada membro em seu respectivo setor. Vejamos abaixo um quadro do espaço físico do Hospital<sup>9</sup>:

Locais administrativos	Locais com presença de pacientes
Farmácia	Ambulatório com setes consultórios
Arquivo	Auditório
Recepção	Unidade de retaguarda clinica
Setor de marcação	05 enfermarias <sup>10</sup>
Setor de consultas	Anexo de urgências (posto B)
COREME (comissão de residência médica)	Oficinas terapêuticas
Rouparia	Quadra de Esporte
Nutrição	Capela
Almoxarifado	SPA (Serviço de Pronto Atendimento) <sup>11</sup>
Recursos Humanos(Equipe Profissional)	2 CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) <sup>12</sup>
	Pensões <sup>13</sup>

A estrutura física do hospital possui 23 espaços centrais no funcionamento do hospital para o uso dos funcionários, pacientes e familiares dos pacientes. Destacam-se os espaços principais na parte mais central. No meio, entre o portão central e a porta de entrada, vê-se uma quadra de esportes, não coberta. Do lado esquerdo existe uma sala de controle de identidade com uma recepcionista munida de um computador que atende o familiar do paciente, solicitando todos os dados pessoais, endereço, telefone para alimentar o sistema do governo que controla todas essas pessoas. Caso o paciente retorne

<sup>9</sup> O quadro foi laborado com o auxílio de um funcionário.

<sup>10</sup> Uma de curta, uma de media e uma de longa permanência. As outras duas são enfermarias de presos de justiça, sendo uma masculina e outra feminina.

<sup>11</sup> Dispõe de classificação de risco, posto de enfermagem, sala de internação, equipe multiprofissional, 05 enfermarias cada uma com seis leitos, salas de repouso (masculina e feminina) e sala de reanimação.

<sup>12</sup> O primeiro deles é o CAPS – Bacelar Viana (homenagem a um dos diretores do Hospital) esse CAPS visa promover oficinas terapêuticas e socialização para os pacientes. O segundo CAPS denominado de CAPS- AD tem como finalidade a mesma do Bacelar Viana, entretanto neste os pacientes são os usuários de drogas e álcool.

<sup>13</sup> Para aqueles pacientes que foram abandonados pela família, vale ressaltar que este abandono vem de duas formas: Alguns já tinham sido abandonados nas ruas por seus familiares e alguém os encaminhou ao Nina; Outros foram abandonados depois de terem ingressado no hospital e após diagnóstico, aos poucos as famílias deixam de ir às visitas até ao ponto de nunca mais aparecerem.

ao hospital, ele já tem seu prontuário virtual com todas as informações para qualquer médico de plantão. O sistema registra e controla tudo que o médico precisa saber sobre o interno, quais medicamentos, última internação, etc. O “sistema” é uma entidade. Mais do que isso, o “sistema” é onipresente e vigilante (BACHTOLD, 2016).

Quando entramos no hospital, logo à frente temos a recepção. Na sala, ao lado esquerdo da recepção, tem a sala com a equipe multiprofissional; em frente à sala da equipe multiprofissional começam as salas de enfermarias emergenciais, tendo 03 leitos em cada sala, cada um é acompanhado com uma cadeira-cama para o acompanhante do interno. As refeições são levadas aos leitos, o paciente só levanta para tomar banho e pegar um sol nos horários de 9h a 10h30e de 16h a 17h30, sob a vigilância constante dos enfermeiros, principalmente para não perder o horário da medicação.

Do lado direito da recepção, existem as 2 enfermarias: uma feminina, outra masculina; são as alas dos presidiários que ficam internados por um longo prazo e têm uma vida mais regulada, ordenada, com vigilância tanto do hospital como da polícia. Mas os pacientes podem circular para prática esportiva, conversar entre si, mas sempre com os guardas acompanhando-os. Os pacientes das alas dos presidiários são pessoas que cometeram algum crime e desenvolveram os transtornos depois, ou outras que cometeram crime porque já tinha o transtorno, segundo descreve uma enfermeira do Nina Rodrigues. É essa estrutura e funcionamento de uma instituição tal como o Nina Rodrigues, com todos esses dispositivos que estamos chamando de “Instituição total”. Em “Manicômios, Prisões e Conventos” (2015), Erving Goffman propõe uma explicação sobre o que seria uma Instituição total. O autor a define como sendo um “local de residência e trabalho”, onde determinados indivíduos em “situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por um considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2015, p.22).

Toda instituição tem tendências de “fechamento” [...] seu fechamento ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – portas fechadas, paredes altas, arame farpado... (GOFFMAN, 2015, p.18).

Os atores sociais são condicionados pela forte pressão de uma instituição total com toda sua coerção, normas, disciplina e violência simbólica mostrando que a passagem de um indivíduo por uma instituição total contribui para uma construção ou formação de determinados aspectos morais da carreira destes. As “instituições totais”

podem ser agrupadas em cinco tipos, ressaltando que não são dados definitivos e sim vistos como tipos ideais. Segundo Goffman (2015):

Em primeiro lugar local para cuidar de pessoas que são consideradas incapazes e inofensivas, tais como as casas para cegos, órfãos e indigentes. Em segundo, locais para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são uma ameaça não intencional para a sociedade, como sanatórios, hospitais e leprosários. Em terceiro, locais para proteger a sociedade contra ameaças e perigos intencionais, sem se importar com o bem estar das pessoas segregadas, onde se inserem as cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerras e campos de concentração. Em quarto lugar instituições estabelecidas com intenção de realizar alguma tarefa instrumental, tais como quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalhos e colônias. Finalmente estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, que podem servir de locais de instrução para religiosos, como abadias, mosteiros, conventos e outros (GOFFMAN, 2015. p.16-17).

Goffman (2015) enfatiza que nas instituições totais as atividades são rigorosamente estabelecidas em horários contínuos, de modo que uma leva à outra e toda sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras explícitas e pelo grupo dirigente. As atividades estão reunidas em um plano racional e único, criado para atender aos objetivos oficiais do estabelecimento institucional. Existe um controle de muitas das necessidades humanas pela organização burocrática de grupos inteiros de internos.

Abordaremos agora algumas consequências do processo de classificação dos considerados com transtornos mentais para além dos muros da instituição psiquiátrica.

### **2.3A instituição fora da instituição**

O problema central começa justamente quando o indivíduo chega ao hospital, passa pela triagem e o processo de aguardo de 72 horas. Nesse período recebe uma medicação e depois das 72 horas o indivíduo ou volta para casa ou segue para uma internação. Entretanto, ambas as situações têm algo em comum: o diagnóstico e a medicação de problema mental. É o que veremos a seguir.

Sobre o diagnóstico pôde-se observar que ele é aceito com facilidade e sem questionamento da parte do paciente nem de sua família: *“é o que médico disser; o que podemos fazer? Só nos resta aceitar, por mais que doa, ele estudou para isso”*, nos relata

a mãe de um paciente. Essa situação revela e repete o que Foucault já havia observado de forma mais abrangente, ou seja:

O diploma serve apenas para constituir uma espécie de valor mercantil do saber. Isso permite também que os não possuidores de diplomas acreditem não ter direito de saber ou não serem capazes de saber. Todas as pessoas que adquirem um diploma sabem que ele nada lhe serve, não tem conteúdo, é vazio. Em contrapartida, os que não têm diploma dão-lhes um sentido pleno. Acho que o diploma foi feito precisamente para os que não têm (FOUCAULT, 2015, p. 103).

Cumpra observar aqui, na fase deste trabalho, que não ter tido acesso aos pacientes nos distanciou de certas informações que nos ajudariam a melhor compreenderem que situações certos medicamentos são utilizados, considerando tanto o tempo de internação de cada paciente bem como a história individual e social destes antes de sua internação.

Mesmo o paciente não estando mais internado, ele tem comportamento similar ao interno, pois em casa segue regras, planejamentos e vive em dependência de remédios, seja por um período longo ou curto, da mesma forma como dentro do hospital o internado passa por este processo similar. Na maioria das vezes o remédio é uma maneira que a equipe dirigente tem de controlar o paciente mesmo distante. Podemos constatar na fala de um paciente:

Ainda pela manhã eu sinto a ação dos remédios e é difícil me manter acordada para fazer as atividades para as aulas à tarde, e à noite não dá mesmo por causa do rivotril. Também sinto um cansaço frequente, como se dormir não repusesse minhas energias. Não sei se tudo isso se deve à medicação ou só a ela, mas recordo-me de quando não tomava e eu era uma pessoa bem mais disposta, não precisava me esforçar tanto para fazer tarefas simples como cuidar da casa ou pegar um ônibus. No mais, eu acho que a medicação me ajuda mais do que atrapalha (PACIENTE P).

O remédio, ou o peso simbolicamente negativo que esse tipo de remédio traz consigo cria em seus usuários uma espécie de característica para o estigma. Em efeito, o remédio em si já vem com o estigma; por exemplo, os termos dados aos remédios de forma negativa, como: “controlado”, “tarja preta”, “gardenal” remetem diretamente às formas como as pessoas falam dos doentes mentais. Esses aspectos levam o ator social que passa por tal procedimento a esconder, ou se esconder da sociedade. Talvez a



internação seja até mais aceitável, pois esconde de amigos um símbolo que está presente na casa: “*seria melhor viver internado, do que conviver com algumas piadinhas por tomar remédio, qualquer comportamento que tenho é justificável pelo remédio*”, reconhece o paciente W.

Sobre os diagnósticos médicos, mergulhamos em uma problemática complexa, porque o médico faz parte da equipe dirigente, tem um conhecimento sobre as diversas doenças que atingem as pessoas que chegam ali. Entretanto, não há uma explicação aos pacientes sobre a doença de cada um, não há um detalhamento específico. A ideia que passa é que todo paciente com problema mental recebe o diagnóstico de doente mental, como se não houvesse uma distinção de problemas que afetam a mente, ou como se todos os pacientes tivessem os mesmos problemas mentais.

A produção do estigma, que já tem sua origem no senso comum, é recriada e reforçada na instituição e passada para fora dela, pois após passar pela instituição vêm os símbolos da passagem por lá: a “famosa medicação” e a necessidade de voltar ao hospital por saber que não há espaço para esse indivíduo em uma sociedade ampla. O retorno à instituição é quase sempre mais aceitável e menos dolorido a esse indivíduo. Goffman diz que o internado absorve um tipo de alienação com relação à sociedade civil e que às vezes se exprime em não desejar sair do hospital (GOFFMAN, 2015).

A noção de diagnóstico foi um termo que apareceu com frequência durante algumas incursões de campo e entrevistas realizadas com funcionários e pacientes e estava relacionada ao conhecimento médico-psiquiátrico utilizada pelos médicos da clínica para classificar os pacientes. Nesse sentido, o diagnóstico funciona como um dispositivo de classificação que incide na prática de controle sobre os corpos dos indivíduos, como diz Foucault.

Desse modo, os medicamentos reforçam a presença e contribuem no controle da instituição sobre os pacientes. Não se negligencia aqui a importância dos medicamentos, nem a função da equipe médica no tratamento do transtorno. A ênfase aqui é dada no fato de que o senso comum ou as representações coletivas sobre a doença mental acabam sendo certificadas e legitimadas pelo saber médico justificado pelo diagnóstico emitido.

Podemos nos remeter a um relato que reporta alguns elementos:

*Tenho medo destes diagnósticos incertos; é um olhar distante e sempre um remédio no final das contas e nós aguardamos o milagre do efeito milagroso da medicação. Mas quando se diz: “mas isso é comum em todo hospital, os médicos dificilmente nos*

*olham”. A pessoa responde “sei, mas aqui é um hospital para a mente, a mente é complicada, um passo em falso você até se mata e com os remédios é bem diferente; eu tomo rivotril, você sabe o que é?... Eu tomo, tenho que tomar, se não tomar direto, aumentam a dosagem, sabe? é uma espécie de dependência, uma prisão em que você aceita ficar, por que me controla, me põe nos eixos, me deixa normal, tanto que estou aqui falando com você, né? (PACIENTE P).*

A questão da medicação é um dos símbolos que representam o estigma. Em alguns casos sabemos da necessidade do uso, porém o seu uso divide opiniões, há uma grande resistência por parte dos pacientes. Buscou-se entender se essa resistência se deve às nomenclaturas populares dadas à medicação: os estereótipos tomar remédio “controlado”, “Gardenal”, “remédio de doido”, reforça a ideia de que alguns precisam de controle para atingir a normalidade, em contraste com os que não precisam desse controle, pois têm domínios sobre si. É possível que a rejeição a medicamentos por parte dos estigmatizados seja algo que eles julgam fundamental para sua aceitação na sociedade mais ampla.

Vale dizer ainda que alguns internos quando passam pelo psiquiatra e recebem a receita com a medicação, ficam temerosos com a reação de amigos, familiares e conhecidos. Na verdade, a relutância maior vem da ideia de tomar uma medicação prescrita por psiquiatra, que se apresenta como assustadora a alguns pacientes, suscitando reações das mais diversas:

*Quando vi que precisava tomar remédio controlado, caiu a ficha que eu era louco; é assustador, chorei, chorei diversas vezes, imaginei as brincadeiras voltadas pra mim, aspiadinhas, e o que mais ia doer: as pessoas iam justificar qualquer comportamento meu pela doença, tudo seria motivo de brincadeira. Se meus pais se assustaram, até para me trazer eles relutaram, era inadmissível eu ir a um hospital psiquiátrico. Com o tempo minha mãe me escondia, minhas amigas vinham me visitar, minha mãe dizia que eu não estava; eu já estava deprimida demais, me vendo obrigada a depender de medicação, meus pais agindo assim, eu só me enterrei (PACIENTE P).*

Para a pessoa estigmatizada é percebido que a medicação talvez seja o símbolo mais marcante para o doente mental: “*eu compreendi a dimensão do meu problema com a medicação. Estar em uma clínica é dolorido, você já sofre com a situação, imagine saindo da clínica com a prova da sua loucura*”, diz a Paciente P.

Essa percepção do ponto de vista dos estigmatizados confirma a riqueza sociológica de apreender um fenômeno social em suas múltiplas dimensões, numa sociedade fundamentalmente hierárquica, desigual, com múltiplas formas de violência simbólica. Nesse sentido, o depoimento do Paciente Presume e ilustra nosso propósito de forma bastante clara:

Desde o infeliz incidente na última internação no Nina Rodrigues, em 2014, minha vida mudou completamente. Eu tenho sofrido de depressão e fobia social. Tranquei meu curso e há 1 ano e meio eu praticamente não saio de casa. Tenho dificuldades para cuidar de mim ou do lugar onde vivo devido à falta total de disposição. Tenho sentido uma espécie de medo das pessoas, logo, não vejo e mal falo com amigos há tempos. Vivo enclausurada, presa no passado, no “se”. Felizmente há alguns dias consegui retornar ao meu médico e ele fez uma mudança na minha medicação; essa tem me feito um bem maior do que minha desesperança acreditava. Tenho me sentido melhor há uma semana. Há uma semana eu voltei a olhar para o futuro e a acreditar que eu não sou uma fracassada. Ontem, eu consegui ir à praia e não sentir medo ou ter um ataque de pânico. Sabe o que significa isso para mim? Um recomeço!(PACIENTE P).

A fala da Paciente P revela a importância dos papéis sociais (estudante), das relações sociais (amizade e outras) e das interações cotidianas “normais” no controle e na gestão da identidade do eu de atores sociais estigmatizados. Por outro lado, a esperança subjetiva, talvez necessária para suportar as imposições, exclusões e silenciamento que a experiência de ser estigmatizado impõe, parece fazer parte do ponto de vista destes atores sociais.

### **Conclusão**

Como vimos ao longo desta exposição, as transformações legais e institucionais transcorridas ao longo da história da psiquiatria do Maranhão, abrindo espaço para o surgimento de clínicas privadas, não desestigmatizam a loucura. Essa assertiva pode ser verificada nas diferentes categorias produzidas e compartilhadas numa crença coletiva por diferentes atores sociais: famílias, os próprios atores classificadas como “loucos”, profissionais da saúde em diferentes escalões e pessoal administrativa. O monopólio legítimo do saber médico sobre a “doença mental” é visto como parte constitutiva desse processo de estigmatização da loucura.

Nesse contexto, considerando o pioneirismo do Hospital Nina Rodrigues, foi emblemático investigá-lo do ponto de vista sociohistórico, justamente como forma de compreender o peso de um processo histórico específico na produção social da loucura como um estigma. Esse tipo de análise permite afirmar que por conta desse processo histórico a loucura foi construída como um estigma no senso comum, sendo cristalizadas algumas características corporais e comportamentais, que identificam e pré-classificam determinados atores sociais como “loucos”.

Diante disso é possível afirmar que o estigmatizado tanto sofre os efeitos do estigma na vida cotidiana quanto aceita e internaliza o estigma, contribuindo inconscientemente para a reprodução deste, por estar numa posição de poder hierarquicamente inferior, mas também porque ele compartilha do senso comum que foi construído historicamente sobre a loucura e acredita no veredito do psiquiatra, certificado pela legitimidade social do saber escolar, médico e pela legitimidade social e institucional do profissional médico; e por fim, atestado pela força social e simbólica de uma Instituição Total.

### Referências

BACHTOLD, IsabeleVillwock. Quando o Estado encontra suas margens: considerações etnográficas sobre um mutirão da estratégia de Busca Ativa no estado do Pará. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 22, n. 46, p. 273-301, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v22n46/0104-7183-ha-22-46-0273.pdf>

BERT, Jean.-François. **Pensar com Michel Foucault**. Tradução Marcos Marcionilo. São Paulo, SP: Parábola, 2013.

BIEHL, João. Antropologia do devir: psicofármacos: abandono social-desejo. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 413-449, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27285>

BIONDI, K. **Junto e misturado. Uma etnografia do PCC**. São Paulo: Terceiro Nome, 2010.

DAS, Veena. POOLE, Deborah. El estado y sus márgenes: etnografías comparadas. **Revista Académica de Relaciones Internacionales**, Madri, n. 8, jun. 2008. Disponível em: <http://www.relacionesinternacionales.info/ojs/article/view/112.html>

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FELTRAN, Gabriel. Crime e castigo nas periferias da cidade: repertórios da justiça e a questão do homicídio nas periferias de São Paulo. **Cadernos CRH**, 23(58):59-73. <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v23n58/v23n58a05.pdf>

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva S. A, 2015.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Melo de Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2015.

LACERDA, Paula. **Meninos de Altamira: violência, “luta” política e administração pública**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2015.

SILVA, Tiago. Lemões. Da. De vidas infames à máquina de guerra: etnografia de uma luta por direitos. **Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Antropologia Social**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/172916/001060368.pdf?sequence=1>

VIEIRA, Suzanne. Resistência e Pirraça na Malhada: Cosmopolíticas Quilombolas no Alto Sertão de Caetité. **Tese (doutorado) Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2015. Tese disponível na base minerva – bibliotecas da UFRJ.

RAPOSO, Hamilton. História da Psiquiatria: o hospital Nina Rodrigues é a **História da psiquiatria maranhense**. Psychiatryonline Brasil. Março de 2014- vol, 19- N° 3. Acesso em <HTTP://www.polbr.med.br/ano14/walo314.phpas> 11h54min no dia 24/03/2016.