



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- UFCG
CENTRO DE HUMANIDADES- CH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA- PPGH

MIRTYS GISLAINE OLIVEIRA DA SILVA
ORIENTADORA: Professora Dra. Keila Queiroz

**OS CAMINHOS DA LOUCURA NA ATUAÇÃO DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA EM CARUARU-PE.**

CAMPINA GRANDE- PB

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- UFCG
CENTRO DE HUMANIDADES- CH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA- PPGH

**OS CAMINHOS DA LOUCURA NA ATUAÇÃO DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA EM CARUARU-PE.**

Mirtys Gislaine Oliveira da Silva

Orientadora: Professora Dra. Keila Queiroz

Dissertação apresentada ao programa de
Pós-Graduação em História da
Universidade Federal de Campina Grande
como requisito para obtenção do grau de
Mestre em História.

CAMPINA GRANDE- PB

2019

MIRTYS GISLAINE OLIVEIRA DA SILVA

**OS CAMINHOS DA LOUCURA NA ATUAÇÃO DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA EM CARUARU-PE.**

Dissertação apresentada ao programa de
Pós-Graduação em História da
Universidade Federal de Campina Grande
como requisito para obtenção do grau de
Mestre em História.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Professora Dra. Keila Queiroz e Silva
Universidade Federal de Campina Grande

Professora Dra. Regina Coelli Gomes Nascimento
Universidade Federal de Campina Grande

Giuseppe Roncalli Ponce Leon de Oliveira
Bolsista PNPD/CAPES do PPGH/UFCG

CAMPINA GRANDE

2019

RESUMO

A lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216) de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde, foi um dos significativos resultados da luta antimanicomial que vem se estendendo no país desde a década de 70. Os impactos dessa lei começaram a ocorrer de forma mais significativa em Caruaru no ano de 2011, quando as portas da Clínica Psiquiátrica Santa Sofia foram fechadas e foi iniciado o processo de adaptação dos ex-internos, pacientes e familiares às novas formas de tratamento e transferência para outras unidades direcionadas à saúde mental que tiveram que emergir no cenário urbano. Neste contexto, há também um minucioso processo de readaptação aos espaços citadinos, reapropriação da urbe e emancipação, não apenas social, mas também política, cultural e, principalmente, pessoal dos portadores de transtornos mentais. A cidade e as ruas são os grandes cenários para todas essas mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica e analisar os caminhos a serem trilhados dentro delas, em vistas ao processo de desinstitucionalização da loucura, é de fundamental importância. Para trilhar esses caminhos e compreender um pouco das tramas envolvidas neste processo, fiz um levantamento bibliográfico das diversas produções acadêmicas a respeito da temática; obtive alguns dados através de textos encontrados em sites, blogs, mídias sociais e jornais eletrônicos, mas, sobretudo, fiz uma pesquisa calçada na experiência etnográfica e em relatos orais de memória de alguns atores históricos que vivenciaram a experiência da loucura na cidade.

Palavras-chave: Caruaru, Reforma Psiquiátrica, louco, loucura, cidades.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform Law (10.216) of 2001, which deals with the protection and rights of persons with mental disorders and redirects the health care model, was one of the significant results of the anti-asylum struggle that has been going on in the country since The impact of this law began to occur in Caruaru in 2011, closing the doors of the Santa Sofia psychiatric clinic and initiating the process of transferring and adapting ex-inmates, patients and relatives to other units and forms of treatment that had to emerge in the urban setting. In this context, there is also a meticulous process of readaptation to the city spaces, appropriation of the city and emancipation, not only social, but also political, cultural and, above all, personal of those with mental disorders. The city and the streets are the great scenarios for all these changes arising from the Psychiatric Reform and analyzing the paths to be traced within them, in view of the process of institutionalization of madness, is of fundamental importance. In order to follow these paths and to understand some of the plots involved in this process, I made a bibliographical survey of the various academic productions on the subject, a collection of data through memorialist texts on websites, blogs, social networks and, above all, ethnographic experience and oral memory reports of the various historical actors who experienced the experience of madness in this city.

Keywords: Caruaru, Psychiatric reform, mad, madness, cities.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. UM BREVE PERCURSO PELOS CAMINHOS DA LOUCURA: DA MEDICALIZAÇÃO AO CONTEXTO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.	
1.1- Do silenciamento à reclusão: a loucura da Idade Clássica.....	22
1.2- A loucura como objeto do saber médico.....	26
1.3- A Loucura no contexto brasileiro: Das primeiras instituições à promulgação da Lei 10.216.....	29
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CARUARU E OS NOVOS ESPAÇOS PARA A LOUCURA NA CIDADE.	
2.1- A Narrenschiff Caruaruense fecha suas portas: “e agora, o que faremos?”36	
2.2- Os ditos e feitos no cotidiano do CAPS em Caruaru.....	39
2.3- Residências Terapêuticas: como habitam os “anormais”?	56
3. A CIDADE, AS RUAS E LOUCURA: OUTRAS CENAS E CENÁRIOS.	
3.1- Nas ruas a protestar: a marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru.....	66
3.2- O processo de desinstitucionalização e as possibilidades do acolhimento da ‘loucura’ no cenário urbano.....	70
3.3- Os loucos de rua: algumas falas sobre Laércio.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	96
CATÁLOGO DAS FONTES	100

AGRADECIMENTOS

Por entre os caminhos que trilhamos no decorrer da pesquisa, nos encantamos com histórias, imagens, personagens e tantos outros elementos que nos ajudam a prosseguir com a vontade de construir um trabalho relevante, que de alguma forma ultrapasse os muros da academia e possa surtir efeito em determinadas realidades. Posso dizer que esse foi o objetivo impulsionador e primordial para mim desde o momento em que pude escolher uma temática a qual iria me dedicar durante o mestrado. É certo que no decorrer desses caminhos que trilhei, onde tantas coisas me entusiasmavam e me enchiam os olhos, me deparei também com muitos problemas, empecilhos, incompreensões, pessoas que me fecharam as portas, dificultando e até impossibilitando que eu desse mais um passo adiante. Deparei-me com cenários sociais e políticos a nível local e nacional que me deixaram, por vezes, arrasada, sem forças e estímulo, acreditando que na condição de historiadora e pesquisadora deste país, as oportunidades e possibilidades para a atuação de minha profissão, para a construção do meu trabalho, pareciam aos poucos se esvaír. Não diferente de outros colegas que conheci, tive que lidar com o inesperado, e este me obrigou em todo momento a encontrar outras formas de se refazer, não somente a pesquisa, mas principalmente a mim mesma, driblando os obstáculos e aos poucos podendo dar as mãos aos prazos e ao tempo que todavia me faziam entrar em desespero.

Posso afirmar com toda certeza (e serei mais uma a dizer isto) que a pesquisa acadêmica não é algo fácil de realizar, mas, mesmo diante desses retratos de dificuldades, parafraseio meu querido Belchior e digo que, ainda sim, “posso me considerar um(a) sujeito(a) de sorte”, principalmente porque a vida muito me agraciou com pessoas especiais que estiveram comigo em muitos momentos, me ajudando direta e indiretamente durante minha curta trajetória neste mestrado. Meu muito obrigado a vocês, queridos e queridas que estiveram ao meu lado. Obrigada pelas palavras que me orientaram, me ajudaram a persistir, a fazer mais e melhor nos tantos episódios de intempéries em que vivi. Obrigada àqueles (as) que estavam comigo cotidianamente, me ajudando a carregar fardos pesados, trazendo leveza e até melodia à minha rotina. Obrigada pelas conversas, pelas risadas, beijos e

abraços que ao término de muitos dias e semanas cansativos, puderam revigorar minha alma, me dando forças para mais um amanhã de pesquisa, estudo e escrita.

Meus sinceros agradecimentos também estão direcionados, em especial, àquelas que contribuíram diretamente para construção deste trabalho, com suas falas e narrativas que muito me inseriram dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica em Caruaru. Meu muito obrigado à Heloisa Germany (Helô) e à Rafaela Moura por me introduzirem nas vivências dos CAPS e Residências Terapêuticas da cidade, por terem me disponibilizado tempo e atenção sempre que precisei, aproveito esse momento para também parabenizá-las pelo trabalho tão comprometido com a luta antimanicomial. À Dona Rosângela Xavier também vai minha profunda gratidão por abrir as portas de sua casa e também de seu coração ao me relatar com profundidade e sentimento, suas experiências e de seu irmão, o Toni, que muito me tocaram e me fizeram refletir a partir de outros olhares, sobre algumas questões importantes de minha pesquisa, que outrora fugiam ao meu entendimento.

À professora Keila Queiroz expresso, a princípio, minha profunda admiração por ela ser uma mulher tão forte, verdadeira, inquieta e inteligente, inteiramente engajada nas causas e lutas em prol de uma sociedade mais justa e mais humana. Tê-la como orientadora foi, com certeza, mais um dos presentes que a vida me deu. Meus sinceros agradecimentos por sua compreensão, paciência por suas contribuições: suas falas, criatividade, sensibilidades... Todas elas sugeriram novas possibilidades para minha pesquisa e se fazem presentes em cada capítulo desta dissertação. Reservo meus agradecimentos ao Professor Giuseppe e a Professora Regina que desde minha qualificação, puderam repousar um olhar teórico-metodológico sobre meu texto me levando ao amadurecimento e aperfeiçoamento de minha escrita.

Por fim, agradeço aos meus pais, Verônica Maria e Luis Carlos, por todo apoio, cuidado e preocupação. Vocês sempre estiveram comigo, mesmo eu estando um pouco longe e ausente. Em tantas noites de agonia, pude me deitar e saber que com vocês eu poderia contar há qualquer momento. Da mesma forma, me direciono às minhas irmãs Carla Millena e Michelly Ellen, ao meu irmão Isaque Luís, à minha vó Branca e a minha vó Maria que faleceu durante meu mestrado, ter sido e ainda ser

nutrida pelo amor e cuidado de vocês neste caminho percorrido, foi e é um dos principais motivos que me fazem prosseguir. Amos vocês e muito obrigada!

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, em face da eclosão da chamada nova história cultural, a cidade passou a ser um objeto de destaque por entre os historiadores. Para além de suas demarcações territoriais e construções materiais, segundo a historiadora Sandra Jatahy Pesavento, a cidade se apresenta como um desafio para o historiador, como um importante objeto de análises, reflexões e questionamentos: “Cidade-problema, cidade-representação, cidade-plural, cidade- metáfora – o urbano se impõe para o historiador da cultura nos dias de hoje, como um domínio estimulante.” (PESAVENTO, 1999, p.10). Quando me debrucei a estudar a cidade de Caruaru, pude perceber que dentro das imagens e discursos proferidos sobre ela, nas mais diversas produções publicitárias, musicais, artesanais, literárias, entre outros segmentos artísticos, os que mais prevaleciam e ainda prevalecem, são os que a desenham unicamente como uma cidade de tradições nordestinas e de fortes relações comerciais. Indo na contramão dessa Caruaru já tão conhecida por muitos, na condição de historiadora que, assim como outros colegas caruaruenses, enveredou seus passos pelos caminhos da história cultural e pelos estudos que abordam de forma múltipla a cidade e o fenômeno urbano, fui atrás das tramas, personagens e espaços cuja historicidade ainda permaneciam invisíveis, outras Caruarus que mereciam e ainda merecem ter visibilidade. Mas antes de introduzir um tanto das outras faces desconhecidas desta cidade, gostaria de lhes apresentar um pouco da primeira Caruaru que conheci, e desta forma, através de uma breve narrativa sobre minhas andanças iniciais dentro dela, das primeiras impressões e posteriores reflexões, também os conduzirei aos motivos pelos quais pude chegar ao meu objeto de pesquisa.

Fui morar em Caruaru no ano de 2007, nesse mesmo ano, no dia 18 de maio, a cidade estava para completar os seus 150 anos de emancipação política. Caruaru estava em festa, em todos os lugares da cidade podíamos perceber os anúncios dessa data comemorativa: “Caruaru,150 anos”. Mas, me recordo que mesmo chegando em um período tão festivo (além do seu aniversário, estava para se iniciar os festejos juninos) algumas das impressões que tive sobre aquela cidade, à princípio, me causaram uma certa surpresa e estranhamento.

Quis logo conhecer a parte central de Caruaru, a feira e o seu famoso comércio por inteiro, pois confesso que já tinha estado na feira de artesanato há uns anos, coisa muito breve e sem necessariamente ter feito o percurso a pé para chegar até lá. Recordo-me de minha caminhada a partir do momento em que estava ali, pouco antes do Grande hotel, na pontinha a Agamenon Magalhães, onde antes existia uma rotatória muito movimentada. De imediato, pude perceber o quanto aquele lugar era agitado e um tanto bagunçado, o trânsito era caótico, ruas e avenidas estreitas demais, sem estrutura e sinalização, muitas delas ligadas por giratórias que se encaminhavam a tantas mais outras ruas, becos e vielas. Veículos de todos os tipos que não respeitavam pedestres, semáforos e calçadas, uma grande quantidade de motos que, inclusive, eram tidas como as grandes vilãs do trânsito desorganizado daquela época. As pessoas que andavam pelo centro, muito ligeiramente, pareciam sempre estar com pressa, correndo contra o tempo para evitar algum atraso, foram muitas as vezes que me lembro de ter esbarrado nessas pessoas por causa do meu jeito lento e distraído de transitar pelas ruas da cidade.

Para quem vinha da Avenida Rio Branco em direção à Feira da Sulanca, tentar atravessar a Rua Duque de Caixas, era uma tarefa um tanto árdua e perigosa, pois fazer a travessia sem ser atropelado por ônibus, carros, motos ou pelas dezenas de carrinhos de salada de frutas que competiam o trânsito com os demais veículos, era realmente desafiador. Mas, ao conseguir sair ilesa após esse feito, o percurso para chegar à feira, ainda não havia terminado, assim que atravessávamos a Duque de Caxias, entrávamos no bequinho curto e estreito ao lado da Livraria Estudantil, seu pequeno trajeto era feito ao som de inúmeros gritos dos panfleteiros de dentista popular, empréstimos e agências de trabalho, dos vendedores ambulantes que comercializavam carregadores de celular, cartão de memória, chip da TIM, óculos de sol e, ao som de um dos gritos mais icônicos entre todos que existiam naquele beco: o da senhora que vendia famosa Bala de coco. Os caruaruenses e seus visitantes que fizeram esse percurso tão costumeiro para se chegar à feira, hão de lembrar desses gritos que de tão repetitivos e estridentes, nos levavam a quase uma obrigação de provar aquela deliciosa bala.

Saindo do beco da Estudantil, estávamos na Avenida Santo Antônio onde as coisas não eram muito diferentes do percurso de até então, mais carros desalinhados no trânsito congestionado, pessoas sempre apressadas, vendedores

ambulantes, um cheiro incessante de espetinho de churrasco vindo de todas as partes, nas calçadas enxergamos isopores enormes, cheios de lanches vendidos a dois reais e com suco e mendigos sentados no chão a pedir alguma moeda. Nessa avenida existem algumas ruas e mais becos que dão passagem direta à feira, e na passagem principal, ao lado do Colégio Sagrado Coração, temos que andar por cima da ponte que fica sob o Rio o Ipojuca, lamentavelmente condenado pela poluição há alguns anos e por esse motivo, ainda hoje, fazemos essa travessia sentindo o forte odor que ele exala e também admirando os cágados que de uma forma incompreensível a esta pesquisadora da área de humanas, conseguem nadar livremente em meio a tanto mau cheiro, lixo e sujeira.

Após ponte atravessada, chega-se finalmente à Feira de Caruaru. De longe podemos ver aquela multidão de pessoas e barracas, também ouvimos a famosa rádio da feira que faz sua transmissão através de autofalantes distribuídos em postes espalhados em vários pontos do local. Junto aos locutores da rádio da feira que vez outra colocam para tocar as músicas mais pedidas das paradas de sucesso, escutamos as que são tocadas nos diversos carrinhos de CDs e DVDs (estes eram uma verdadeira febre naquela época). Avistamos alguns vendedores gritando, seja com microfone ou sem microfone, fazendo propaganda de suas mercadorias; mais moto taxistas, aglomerados um em cima do outro disputando e até brigando por passageiros; um ou dois carros que pedem ajuda para alguma pessoa que está passando por problemas de saúde (geralmente os doentes estão dentro desses carros em meio a todo esse burburinho), e tantos outros personagens e atividades presentes naquele espaço que nos remetem a uma verdadeira confusão audiovisual.

Transitar por entre a feira, pra quem não era acostumado, também não era uma tarefa muito fácil. Havia um perigo iminente de ser derrubado por aquelas pessoas com seus sacolões de compras ou ser atropelado pelos carroceiros que passavam com tamanha ligeireza conduzindo suas enormes carroças, cheias de mercadorias e gritando: "Olha o pesado! Olha o pesado!" Levei umas duas ou três pancadas até perceber que as pessoas já estavam habituadas àquilo, quando escutavam os gritos de longe, se encostavam rapidamente nos bancos laterais da feira ou se debruçavam por cima deles para evitarem ser atropelados, pois se você não fizesse isso, eles jamais parariam, e na lei dos carroceiros de feira, com certeza o acidente seria culpa sua. Por fim, ao término da manhã e encerrando minhas

andanças pela feira um tanto quanto atordoada, me recordo de ter lembrado diversas vezes da famosa música tão bem cantada por Luiz Gonzaga, dizendo para mim mesma em meus pensamentos que “a Feira de Caruaru (não) dá gosto de a gente ver”.

Saindo da feira e do centro da cidade, me dirigi ao Bairro Rendeiras, onde o espírito festivo transmitido através de placas que anunciavam o São João e o aniversário de 150 anos da cidade, já não era mais possível encontrar. No percurso pra chegar até lá, que era um bairro muito distante do centro, fui refletindo sobre as coisas que eu vi anteriormente nos locais pelos quais tinha passado e sobre a cidade que tinha planos de morar, trabalhar e estudar daquele momento em diante. Fazia essas reflexões na janela de um ônibus superlotado quando em vários momentos, a presença inusitada de alguns porcos enormes e muito gordos que transitavam livremente com os pedestres nas principais vias, principalmente do bairro Alto da Balança e do Cedro, me chamavam a atenção. Também fui interpelada com o mau cheiro exalado fortemente pela fábrica de sabão do Cedro, como os moradores daquelas redondezas conseguiam conviver com tamanho mau cheiro? Havia uma escola quase ao lado, alguns metros depois, mais Rio Ipojuca poluído, mais porcos, e mais reflexões sobre aquela Caruaru recém conhecida...

Muitas coisas naquela cidade me causaram estranhamento e hoje, refletindo, penso se esse estranhamento não teria sido pelo fato de que tudo aquilo fazia parte de um ritmo que eu desconhecia, pois toda minha vida havia morado em cidades menores, frias e pacatas do agreste meridional pernambucano, não sabia o que era o ritmo frenético de uma cidade que se tornara um dos mais importantes centros comerciais do estado, com um porte maior, um fluxo de pessoas mais intenso com um estilo de vida diferente das cidades mais interioranas. Mas, em contrapartida, também refleti se aquele estranhamento todo, não teria sido pelo fato de ter uma visão de Caruaru, não diria diferente, talvez, mas quem sabe um pouco limitada ou única. Cadê aquela cidade bonita, limpa, arrumada, onde pessoas felizes dançavam quadrilha nas ruas inteiramente enfeitadas de balões e bandeirolas? Onde estavam as comidas de milho gigantes, os trios pé-de-serra, as fogueiras, os bonecos de barro? Estariam na feira? Mas que feira? Aquela que Luiz Gonzaga cantava tão divinamente ou aquela que acabara de conhecer? Tudo era tão diferente do que eu

via nos jornais, nas propagandas televisivas. Tudo desentoeava tanto dos discursos proferidos acerca daquela cidade!

Alguns anos se passaram e após algumas leituras e entendimentos adquiridos nos anos de graduação em história, hoje posso dizer que meu olhar sobre Caruaru, à priori, era um olhar voyerístico que, segundo Certeau (2007), observa a cidade de cima, como uma vasta totalidade, homogênea que se distancia de sua perspectiva individual e de suas práticas cotidianas. O ato de caminhar pela cidade me fez construir uma outra Caruaru que desconhecia, subverti aquela cidade propagada pelos discursos homogeneizantes e pude observar algumas das múltiplas “práticas microbianas, singulares e plurais” existentes dentro dela. Ao chegar mais “embaixo”, e me colocar na condição de caminhante, ao passo que no decorrer dos anos fui conhecendo aqueles espaços da cidade, explorando e interagindo com eles, fui descobrindo que Caruaru, além de ser a cidade do “maior e melhor São João do mundo”, da Feira da Sulanca, das comidas gigantes e do comércio, descobri que ela também é a cidade de pobrezas, fomes, violências, corrupções, desigualdades sociais, exclusões, descasos com saúde, segurança e educação públicas. Que ela era a cidade de artesãos, músicos e literatos como Mestre Vitalino, Mestre Galdino, Azulão, Tavares da Gaita, Onildo Almeida, João Condé, Nelson Barbalho, Limeira Tejo e tantas outras personalidades conhecidas, mas descobri também que ela é a cidade dos carroceiros, porcos gigantes pelas ruas, estudantes, costureiros, barbeiros, sulanqueiros, rezadeiras, trabalhadores, mendigos, prostitutas, loucos e tantos outros atores históricos que andam lado a lado em seus espaços, compartilhando e entrelaçando suas experiências de vida.

São vários olhares sobre a cidade, vários discursos, várias faces do cotidiano, diversas tramas, trajetórias, representações, personagens... Uma infinidade de elementos e saberes que compõem a cena urbana. Não tenho o intuito de diminuir a importância do que é muito situado e aclamado na cidade, mas minha fala desse momento repousa na ideia de um olhar múltiplo sobre ela, e de dar visibilidade ao que é silenciado ou apagado por um discurso minuciosamente elaborado para fazer desaparecer tudo (mesmo que não seja), tudo que não seja atrativo, que não gere retornos financeiros, que seja feio, obsoleto ou estranho e desagradável. Iniciei a escrita deste trabalho narrando minhas primeiras andanças na cidade, essa foi a forma que achei mais apropriada para lhes apresentar um pouco da Caruaru que eu

conheci e que existe. Também me utilizei desta narrativa, para encaminhar os que leem às reflexões que também me conduziram ao objeto de pesquisa para o mestrado: o que mais sobre as nossas cidades desconhecemos? O que mais podemos falar sobre elas e que também seja traduzido em uma análise sobre seus governantes, seus atores sociais, sua mobilidade? Quais outras tramas, personagens e espaços da cidade cuja historicidade merece visibilidade? E foi justamente em um desses momentos de questionamento sobre as Caruarus “invisíveis”, que me deparei com o texto do Historiador Herlon Cavalcante intitulado de: " A morte do país de Caruaru"¹, e nele pude encontrar a resposta dos questionamentos anteriores e o ponto de partida para a escolha do tema deste trabalho.

O texto do historiador caruaruense falava um pouco a respeito da perda de alguns monumentos e lugares antigos considerados como importantes depósitos de memórias da cidade e que poderiam ser tomados como patrimônios históricos, mas que por justificativa do poder público municipal, essencialmente econômicas, acabaram sumindo da paisagem urbana e conseqüentemente da memória do povo caruaruense. O historiador escrevera o texto para poder exprimir, em especial, suas lamentações pela derrubada recente de um relógio que era um antigo referencial de localização e ponto de encontro e dos que transitavam pelo centro da cidade, mas no decorrer do texto, ele também citou outros lugares e monumentos importantes que foram aniquilados pelo poder público e privado, tais como a Vila do Forró no pátio de eventos, o Museu de Arte Popular que depois abrigou o prédio da prefeitura, a Casa das Máquinas onde hoje funciona um posto de gasolina, entre outros.

Em meio a esses monumentos citados, estava também o prédio da Clínica de Repouso Santa Sofia, demolido em fins do ano de 2011. Esse monumento me chamou mais a atenção pelo fato de já carregar comigo algumas inquietações sobre esses lugares, pois quando adolescente, fiz trabalhos de proselitismo no antigo Hospital da Providência de Garanhuns-PE e as lembranças daquelas visitas, sempre

¹ Disponível em: <<http://blogdomarioflavio.com.br/vs1/opiniao-a-morte-do-pais-de-caruaru-por-herlon-cavalcanti/>> Acesso em 31 de março de 2019

se fizeram muito presentes em minha memória. Porém, minha inquietação também se deu pelo fato de saber que poucos meses antes de ser demolida, a clínica, ou hospital como muitos a conhecem, era um lugar que estava em pleno funcionamento e os questionamentos acerca dos “porquês” do fechamento e demolição daquele lugar, cujo significado vai para além de um mero espaço físico, foram muitos: estaria havendo apenas uma mudança de prédio e endereço? Se não, para onde teriam ido as pessoas que lá estavam internadas e sendo assistidas por tratamento psiquiátrico? E os familiares destas pessoas, como reagiram, como lidaram com a situação? O poder público municipal teve alguma influência ou interviu no fechamento, já que a clínica também atendia pelo SUS? Como teriam resolvido aquela situação?

Ao pesquisar, ir atrás de documentos, familiares, dados e experiências, o que pude encontrar e que respondesse algumas dessas perguntas foi muito diversificado, mesmo se tratando de uma mesma questão. O fato em comum entre todas as respostas que obtive converge na ideia de que as justificativas para o fechamento da Clínica Santa Sofia naquele momento e posteriormente, residiram na dificuldade de mantê-la depois das novas políticas de assistência à saúde mental provenientes da Lei da Reforma Psiquiátrica que é um significativo resultado de uma série eventos e lutas em prol de um tratamento mais humanizado para as pessoas portadoras de transtornos mentais. Desta forma, respondendo aos meus questionamentos sobre quais mais Caruarus eu desconhecia, acabei por descobrir que Caruaru, com todas as suas referências já tão conhecidas, era também era a cidade dos loucos e da loucura².

Me debrucei um pouco mais sobre essa temática naquela cidade e pude descobrir que a Lei da Reforma psiquiátrica é a lei 10.2016(Lei Paulo Delgado) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde, começou a atuar significativamente em Caruaru somente a partir de 2011, dez anos após ter sido promulgada. Por meio dessa lei, deve-se trocar o modelo hospitalocêntrico com internações contínuas, até

² A forma pela qual as palavras ‘louco’ e ‘loucura’ se fazem presentes neste trabalho, são entendidas enquanto conceitos que foram construídos historicamente de acordo com os ditames de cada sociedade vigente. Esses conceitos foram elaborados para nomear e produzir significados sobre os sujeitos, mas não são inerentes a eles.

então hegemônico no Brasil, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, baseados em serviços de saúde mental descentralizados, multiprofissionais e diversificados (BRASIL, 2005).

Percebi também que o processo de aplicabilidade dessa lei em Caruaru e o que ela representou e ainda representa para os sujeitos envolvidos nessa trama, implica fazer uma análise crítica das ações sociais e políticas que se fizeram presentes e foram determinantes do decorrer de sua atuação, observar a construção das passagens da clínica para as Residências Terapêuticas, Centros de Assistência Psicossociais (CAPS) e outros lugares e instituições de tratamento que emergiram no cenário urbano, bem como para o retorno de suas casas e de suas famílias, sabendo-se que dentro desse processo há um minucioso trabalho de readaptação e reapropriação da urbe, do convívio social e familiar.

Outro ponto importante a se pesquisar, diz respeito à luta desses atores sociais ditos “loucos” por essas melhores condições de tratamento, por poderem transitar pelos espaços citadinos, livres de estigmas e preconceitos, serem vistos como seres dotados de autonomia e que suas diferenças não os tornam anormais ou incapazes. Por fim, ainda há uma ressalva dentro destes caminhos a se percorrer, sobre aqueles que não foram abarcados pela Reforma Psiquiátrica, que se colocam ou foram colocados às margens da lei, mas que todavia são incluídos no contexto da loucura nas ruas. Portanto, cidade é o grande cenário para todas essas mudanças advindas da atuação da lei 10.2016 e analisar os caminhos a serem trilhados dentro dela pelos portadores de transtornos mentais³, profissionais e familiares, pós-reforma, é de fundamental importância e objetivo deste trabalho.

³ A nomenclatura “transtorno mental” substituiu outros termos como “doença mental” e “enfermidade mental” com o propósito de promover uma abordagem diagnóstica descritiva pautada no reconhecimento dos sintomas e no comportamento destes indivíduos, e em alguns momentos no decorrer deste trabalho, eles também serão mencionados como portadores de sofrimento psíquico, sofrimentos estes que podem ser entendidos como consequência dos transtornos mentais que causam alterações no funcionamento da mente, prejudicando a vida familiar, social e afetiva. Esses transtornos, não são oriundos de uma causa determinada, mas sim, de fatores biológicos, psicológicos e, sobretudo, socioculturais. Cf. OMS, 1993.

Para fazer esse percurso por entre os caminhos da loucura na cidade de Caruaru a partir da atuação da Lei da Reforma Psiquiátrica, fiz um estudo sobre as leis brasileiras que tratam da assistência aos indivíduos portadores de transtornos mentais, bem como um levantamento bibliográfico que buscou conhecimento nos campos de saberes da filosofia, sociologia, antropologia, psicologia, literatura, entre outros, que dialogam com a historiografia a respeito dos temas da loucura, louco, Reforma psiquiátrica e cidades.

O livro *História da Loucura na Idade Clássica* de Michel Foucault foi primeiro passo dado nessa busca de conhecimento que me encaminhou a outras obras do mesmo autor: *Vigiar e Punir*, *O Nascimento da Clínica*, *Microfísica do Poder* e outros textos, me fazendo compreender melhor acerca de alguns conceitos que permearam e ainda permeiam a loucura, na forma pela qual ela foi construída historicamente de forma discursiva e através de relações de saber e poder.

Autores e suas respectivas obras tais como: Peter Pál Perbart em *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura- Loucura e Desrazão*, Isaias Pessoti com as obras *A loucura e as Épocas*, *Os nomes da Loucura* e *O Século Dos Manicômios* e a obra *Loucura na Idade Média: Discursos, práticas e significações sociais*, de Kamila Dantas Matias, contribuíram na ampliação desse conhecimento acerca dos questionamentos em torno da loucura, suas mudanças e representações ao longo das épocas e os diversos conceitos que a ela foram atrelados.

As obras dos autores Paulo Amarante, Roberto Machado, Magali Engel e Daniela Arbex, me inseriram no contexto histórico brasileiro da loucura e compreender sobre: as primeiras instituições manicomiais brasileiras; como a medicina se une à psiquiatria para atuar no meio social como uma política de controle; a patologização dos comportamentos das pessoas ditas loucas; práticas de relação e exclusão dentro e fora dos muros dos manicômios; a Reforma Psiquiátrica e alguns percursos transcorridos durante a luta antimanicomial para se chegar ao ato de promulgação da lei 10.216 no ano de 2001.

A temporalidade desse trabalho corresponde aos anos de 2011 a 2018. Esse recorte foi feito tendo em vista o primeiro ano de atuação da reforma psiquiátrica na cidade e seus últimos episódios dos momentos em que eu estava no campo a pesquisar. É um trabalho que se caracteriza por ser uma história do tempo presente

e em sua especificidade de um tempo recente, que se refere a um passado atual ou em permanente processo de atualização. Esta perspectiva historiográfica já foi e ainda é alvo de algumas críticas relacionadas, principalmente, ao fato do historiador estar envolto em seu objeto de pesquisa e inserido na temporalidade abordada, para alguns, manter distância dos fatos para melhor problematizar seu objeto é primordial, mas segundo o historiador Eric Hobsbawm (1998) , o tempo presente é o período durante o qual se produzem eventos que pressionam o historiador a revisar a significação que ele dá ao passado, a rever as perspectivas, a redefinir as periodizações, isto é, olhar, em função do resultado de hoje, para um passado que somente sob essa luz adquire significação. As resistências com relação à história do tempo presente são muitas, mas a escolha dessa perspectiva como campo de estudos e pesquisa, vem ganhando mais legitimidade ao passo que ela também sugere algumas reflexões epistemológicas e metodológicas, pois o objeto de pesquisa do historiador, ao encontrar-se distante dos ditames do positivismo, cuja historiografia só se faziam presentes os grandes fatos, seus principais personagens e a radical separação entre passado e presente, renovam-se as noções de fontes históricas e a relação do historiador com a temporalidade.

Para a construção desse trabalho, irei me ater aos relatos orais de memória de familiares dos portadores de transtornos e dos profissionais que estão ou estiveram diretamente ligados à área de saúde mental do município e ao processo de desinstitucionalização da loucura. Dar voz aos atores que são enunciados em meio à reforma, se torna um ponto fundamental em minha pesquisa, pois compreendo que algumas narrativas e testemunhos podem ser identificados como registros importantes, documentos que podem contribuir para um melhor aporte da história de um tempo presente. Me utilizarei da metodologia da história oral, onde nela existe a possibilidade de registro das mais diversas narrativas que são valorosas construções memoriais, individuais e coletivas.

Nesta metodologia de pesquisa, estimulados por historiadores e profissionais de áreas afins à história, os diferentes sujeitos e testemunhas dos fatos, relatam suas experiências de vida, as quais se convertem em documentos passíveis de crítica e análise. O desenvolvimento da história oral como parte de um método de investigação participativa se coloca como um campo promissor que possibilita descobrir novos sujeitos, interpretações e consciência do passado, novas vozes,

experiências, pensamentos e desejos que emergem do silêncio historiográfico. Ao se privilegiar a análise dos excluídos, dos marginalizados e das minorias, a história oral ressalta a relevância das memórias subterrâneas (memória do povo) que se opõem à história oficial (POLLAK, 1989). Apesar de essas memórias subterrâneas estarem no silêncio por muito tempo, elas não ficam esquecidas, elas são preservadas e transmitidas oralmente de uma geração para outra, pai para filho, amigos para outros amigos e assim por diante. Muitas vezes, essas memórias só estão à espera da melhor ocasião para serem lembradas e virem à tona, elas também se constituem como resistência diante de um momento inoportuno para que se coloque certas verdades à mesa que, conseqüentemente, podem ter o poder de abalar as estruturas sociais e, sobretudo, questionar a história oficial.

Alguns dados presentes em documentos nacionais e a legislação brasileira que abarca a temática da Reforma Psiquiátrica, se farão presentes neste trabalho. Me utilizarei também de informações contidas em algumas entrevistas e reportagens feitas por jornais locais e de algumas imagens e textos memorialísticos retirados das mídias sociais, assim como de arquivos pessoais.

O trabalho será dividido em três capítulos. No primeiro, irei fazer um percurso historiográfico pretendendo retomar alguns momentos dos caminhos da loucura que transcorrem desde suas representações na modernidade ocidental, quando ela se torna um objeto específico do saber médico, até o contexto brasileiro de lutas em prol da desinstitucionalização da loucura e promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica.

No segundo Capítulo, adentrando no contexto caruaruense de aplicabilidade da lei 10.2016, inicialmente se farão presentes as narrativas sobre alguns episódios do ano em que se fechou o antigo referencial de loucura na cidade, a Clínica Santa Sofia. Logo em seguida, mapearei os novos espaços que imergiram no cenário urbano caruaruense, para cuidado e suporte aos portadores de transtornos mentais. Falarei um pouco dos CAPS, que são um dos principais dispositivos para tratamento das pessoas portadoras de transtornos de base, sobre a forma como ele oferece seus serviços na cidade e algumas das práticas lá existentes que o configura, ou não, como um espaço que não dá continuidade à experiência manicomial. No segundo tópico, trarei

algumas narrativas sobre o cotidiano dos moradores das Residências Terapêuticas: seus hábitos, rotinas, responsabilidades, dificuldades, ou seja, e em que consiste o ato de habitar daquelas pessoas ditas “anormais”.

No terceiro e último capítulo, abordarei a loucura na cidade e nas ruas por meio de outras cenas que também estão inseridas dentro do contexto da loucura na cidade. Narrarei um pouco do que presenciei e registrei na terceira Marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru, momento em que os portadores de transtornos juntamente com profissionais e estudantes da área da saúde mental foram às ruas para relembrar momentos históricos de lutas e resistências, denunciar retrocessos na nova política de assistência à saúde mental e reivindicar por mais direitos. Mostrarei neste tópico algumas imagens da marcha que muito têm a dizer sobre as falas enunciadas pelas ruas, destes atores sociais. Em seguida, problematizarei um pouco sobre o louco de rua e em situação de rua, tendo como principal referência a figura de Laércio, personagem bastante conhecido por muitos Caruaruenses. Minhas reflexões permearão sobre as formas como Laércio é visto por alguns moradores da cidade, seja como um personagem icônico dos arredores da antiga Estação Ferroviária ou seja como uma pessoa que necessita de cuidados e que, porventura, deveria ser abarcado pela atuação da Reforma Psiquiátrica em Caruaru.

Esses diálogos que partem desses entrecruzamentos bibliográficos dos autores já citados e de outros que se apresentarão no corpo desse trabalho, possibilitarão o entendimento de que a desinstitucionalização da loucura não se refere apenas ao processo de desospitalização, tampouco diz respeito a confirmar uma inclusão por exclusão já vivenciada por essas pessoas. A radicalidade de sua proposta permeia na ideia de que é necessário desconstruir também as formas de relação cotidiana com a experiência da loucura que foram se constituindo ao longo do tempo. Mergulhemos então nessas memórias subterrâneas da desrazão!

CAPÍTULO 01

1. Um breve percurso pelos caminhos da loucura: da medicalização ao contexto brasileiro de desinstitucionalização.

Nem sempre a loucura foi considerada o oposto da razão, nem sempre foi considerada um mal, algo passível de caráter moral ou até mesmo uma doença. As sociedades, além de atribuir funções distintas para a loucura, criam modos específicos para ela e o ser louco. É retomando alguns momentos da historiografia a respeito do tema, que encontraremos algumas reflexões sobre a loucura que irão sustentar esse tipo de pensamento. Neste capítulo iremos perceber como a experiência da loucura vai sendo conceituada com o passar das épocas, influenciando diretamente os espaços e as práticas destinadas a ela. Através de uma reflexão teórica, partiremos das representações da loucura na modernidade ocidental, até os dias atuais, pontuando alguns momentos significativos que demonstram que a construção histórica da loucura é permeada de transformações profundas nas diversas momentos em que ela é analisada.

1.1 Do Silenciamento à Reclusão: A loucura na Idade Clássica.

No início da Idade Média, em uma sociedade profundamente marcada pela religiosidade cristã, bastava algum tipo de comportamento ser considerado “estranho” que rapidamente o indivíduo cometedor de tal estranheza, seria taxado como alguém possuído pelo demônio e em seguida afastado do convívio social. Em meio a esses “possuídos” expurgados das cidades, encontravam-se loucos (ROCHA, 2011), pois naquela época, acreditava-se na loucura como sendo uma possessão diabólica capaz de alterar percepções e emoções. Por fins do século XV e início do XVI, essas concepções tomaram rumos diferentes e no polo oposto a esta natureza das trevas, o insano passou a ser aplaudido, considerado símbolo da pureza original, da humildade, da ingenuidade, o conhecedor de saberes inatingíveis

e incompreensíveis aos homens comuns (MATIAS, 2015), os loucos passaram de possuidores dos signos do pecado para detentores da verdade. Mas a partir do séc. XVII em diante, na era clássica, a loucura, cujas vozes da renascença acabara de libertar através da literatura, filosofia e outras expressões, colocando-a imanente à razão, será reduzida ao silêncio.

A experiência clássica da loucura nasce. A grande ameaça surgida no horizonte do século XV se atenua, os poderes inquietantes que habitavam a pintura de Bosh perderam sua violência. Algumas formas subsistem, agora transparentes e dóceis, formando um cortejo, o inevitável cortejo da razão. A loucura deixou de ser, nos confins do mundo, do homem e da morte, uma figura escatológica; a noite na qual ela tinha os olhos fixos e da qual nasciam as formas do impossível se dissipou. O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela livre escravidão de sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugido e absoluto. Ei-la amarrada solidamente no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital. (FOUCAULT, 2000, p.46)

Se no decorrer da Idade média e do Renascimento existia o reconhecimento, mesmo que de certa forma fosse simbólico, de uma loucura que era capaz de enunciar a verdade sobre o mundo e sobre os homens, esse reconhecimento irá desaparecer no século XVII. A influência do pensamento cartesiano ocasionou uma ruptura da loucura com a verdade à qual anteriormente estava relacionada e a sociedade começará a vê-la de acordo com o racionalismo moderno que vai separar a loucura do pensar, da verdade e da razão. Aqueles que tinham conhecimento, não poderiam ser loucos e os que não pensavam, não existiam, a loucura seria a condição de impossibilidade deste pensamento, ou seja, a partir deste racionalismo moderno, sabedoria e loucura se separam e, conseqüentemente, qualquer perigo que a loucura outrora tenha oferecido para influenciar a relação entre sujeito e as verdades, foram afastados (FERREIRA, 1984).Descartes coloca não somente os sujeitos em questão, mas também, tudo que os circunda juntamente com suas certezas, afirmando que somente pela experiência da razão é que se poderia chegar à verdade, e todo esse processo só seria possível pela certeza que era assegurada através do pensamento.

Neste momento, houve uma constituição correlata do discurso filosófico de Descartes como as Renovações políticas e institucionais, que implicavam também em um campo de Novas práticas sociais, o séc. XVII caracterizou-se pela estruturação do estado, urbanização e industrialização, e esses três fenômenos provocaram grandes mudanças em diversas esferas da sociedade. O avanço do capitalismo veio dar outros sentidos à vida das pessoas que naquela época iam conquistando a sua condição de cidadãos (AMARANTE, 2003). Em contrapartida, a pobreza, a violência e a mendicância passaram a fazer parte do convívio das cidades europeias, as pessoas cobravam do estado as providências para esses problemas que com o passar dos tempos só se agravavam. Como resposta do estado, foram criadas instituições que tinham objetivo de abrigar desempregados, doentes, vagabundos, libertinos, mendigos, alguns eclesiásticos que cometiam infrações contra a igreja e outros sujeitos que andassem de encontro à ordem, à moral e à razão tão propagadas nessa nova sociedade. Em todo esse contexto, o louco também teve seu lugar reservado nesses estabelecimentos de enclausuramento.

Em 1656 houve o grande marco desse fenômeno de reclusão social e enclausuramento da loucura também conhecido como *A grande internação*, ele se deu com a criação do Hospital geral na França, sobre o perfil dessa instituição, Foucault nos mostra que:

O hospital geral não tinha o aspecto de um simples refúgio para aqueles que a velhice, a enfermidade ou a doença impedem de trabalhar; ele não terá simplesmente o aspecto de um ateliê de trabalho forçado, mas antes o de uma instituição moral encarregada de castigar, de corrigir uma certa “falha” moral que não merece o tribunal dos homens mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência. O Hospital Geral tem o estatuto ético. É desse encargo moral que se revestem seus diretores, e é-lhes atribuído todo aparelho jurídico e material da repressão (FOUCAULT, 2002, p.74).

Entre outros estabelecimentos que foram surgindo em território francês com os mesmos fins, o Hospital Geral era uma estrutura de ordem monárquica e burguesa, não possuía um caráter médico, não era um hospital destinado a sanar

enfermidades, um local que apenas representava o papel da polícia e da justiça. A grande internação reduziu a loucura ao horizonte dos miseráveis, mas segundo Foucault, o momento em que ela passa a distinguir-se das demais categorias de excluídos e a também se inserir no contexto dos problemas relativos à cidade, é quando se observa que nela existe uma incapacidade para o trabalho e uma certa contrariedade para se integrar aos demais grupos. Dentro das instituições de internamento e nas ruas, paulatinamente a loucura vai se tornar referência de agressividade e periculosidade, e essas características dadas à ela, vão conferir direito às múltiplas práticas violentas depositadas sobre os loucos. Outros espaços de internação foram criados com o objetivo de implantar a prática da punição, correção e do controle sobre os ditos ociosos, todos aqueles que não se enquadravam e estavam por fora do novo sistema industrial que se estabeleceria. Nessas instituições também vêm se misturar, muitas vezes e não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, seguidos da preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria, do desejo de ajudar e a necessidade, mas também de reprimir, do desejo da caridade e a vontade de punir, de toda uma prática velada, cujo sentido verdadeiro é o isolamento, O gesto que aprisiona os loucos tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, há cumplicidade entre o poder burguês e a Igreja (FOUCAULT, 2002).

Nos caminhos da loucura, o século XVII fica caracterizado não como uma continuidade no caminho que conduz finalmente a loucura ao reconhecimento do louco, mas muito pelo contrário, o fato de tê-lo distinguido com menos clareza, tornando o louco indiscriminado em uma massa diversificada e indiferenciada no momento de seu internamento, silenciou e apagou um personagem que já havia se individualizado há alguns séculos, já havia obtido, mesmo que de forma equivocada, a sua notoriedade. A loucura vai se perder por entre tantas outras experiências que, segundo o julgo social, o que todos têm em comum é a desrazão e o desatino. Desatino este que está relacionado aos padrões éticos determinados na época: a sexualidade, avanço de limites, profanação do sagrado e a relação entre verdade, razão e moralidade é o que vai estar em jogo. Todas essas experiências tão diversas, é que vão compor o cenário do internamento (FOUCAULT, 2002). Somente no século seguinte é que a forma de se ver a loucura

vai mudar, ela começará a ser percebida como algo que requer um saber específico e, desta forma, é que serão criados estabelecimentos destinados exclusivamente para abarca-la.

1.2 A loucura como objeto específico do saber médico.

A história da loucura nos séculos XVII e XVIII é quase sinônimo da história de sua captura pelos conceitos de alienação e, mais tarde de doença mental (AMARANTE, 2001). A partir do século XVIII o fenômeno da loucura vai ser aprendido como um objeto do saber médico, os hospitais se transformaram em instituições médicas e a loucura foi assumida e administrada pela medicina. Ela deixou de ser percebida como fenômeno, e passou a ser definida como uma alienação e, por conseguinte, como uma doença mental passível de observação, estudo, classificação e trato para poder se chegar a uma possível cura. O hospital que, como já dito, antes só servia para depósito de “inválidos”, surgiu como um espaço terapêutico, mas é importante compreender que os verdadeiros fins do surgimento do hospital como um espaço de cuidados, não está relacionado somente a questões humanitárias reais, ainda segundo Foucault, a medicalização do hospital não se deu visando uma ação positiva sobre o doente ou a doença, mas simplesmente visando a anulação dos efeitos negativos do próprio hospital.⁴

Para garantir o funcionamento desse hospital, foram instauradas medidas disciplinares que tinham como função “assegurar” o esquadramento, a vigilância e a disciplinarização do mundo confuso dos doentes e da doença, dessa forma, surge a delimitação desse espaço físico onde a vigilância constante e o registro contínuo para que nenhum detalhe escape ao saber médico, se tornam fundamentais. Dentro desse espaço, também se observa a institucionalização das relações que lá são exercidas, pois no afastamento do louco do convívio social, há uma exclusão topográfica, mas não somente, lhes são retirados a razão, o chão, a liberdade, a sua cidadania. São confinados às grades dos hospitais, são afastados

⁴ Segundo Foucault (2001, p. 177), o hospital e a medicina permanecem independentes até antes do século 18 e a sua medicalização surgiu visando purificar os efeitos nocivos e desordem que o próprio hospital causava, ou seja, doenças que suscitavam nos próprios hospitais por causa das internações sem o devido trato, que podiam se espalhar nas cidades em que os doentes estavam situados.

completamente de suas relações exteriores. Roubam do sujeito da loucura todo saber sobre si, sobre as coisas que os cercam e lhe dizem respeito e colocarão todos esses saberes nas mãos da medicina.

Os manicômios surgem com propósitos terapêuticos e a loucura passa a ser definida por Philippe Pinel⁵ como “alienação mental”. Segundo ele, o que constitui a cura do louco é sua estabilização num tipo social moralmente conhecido e aprovado. Na França, Pinel liberta os loucos do *Hospital Bicêtre* e defende sua reeducação através do controle social e, sobretudo, moral. O asilo abrigaria “o poder moral da consolação, da confiança e de uma fidelidade dócil à natureza” pela propagação de valores relacionados à religião, família e trabalho (FOUCAULT, 2002).

Em meio a muitas outras práticas, o tratamento de Pinel consistia em métodos com banhos de água fria e camisa de força. A hidroterapia era usada desde o século XVI e nos casos mais graves os pacientes ficavam de molho em banhos-infusões por longas horas. A água servia de ferramenta para exercer um controle sobre o louco que, a partir do banho, também reconhecia a autoridade do médico e se reconhece como um doente submisso. Segundo Pinel, se o louco era capaz de fazer tais reconhecimentos, era porque ele ainda gozava, em partes, de suas faculdades mentais, desta forma, o médico acreditava que era possível a loucura ser tratada por meio desse um diálogo com o louco e, dentro do hospital, a reclusão seria o melhor local de tratamento para o insensato, garantindo não somente a segurança pessoal dos loucos e de sua família, mas principalmente os libertando das influências externas.

Esse modelo de cura da loucura proposto por Pinel, mesmo sendo embasado em isolar, conhecer e tratar, tendo o hospital como principal espaço do saber-poder médico, até os dias atuais têm seus críticos e defensores. Para muitos, o ato de

⁵Médico francês que em 1873 foi designado chefe de um dos hospitais da França e que hoje em dia é conhecido como um dos principais precursores da psiquiatria. Pinel vai atuar no momento das reformas francesas da época, propondo uma transformação nos hospitais que o levará a desacorrentar os ditos alienados e em contrapartida, apontar o isolamento como sendo fundamental para que se possa executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão dos sintomas para descrevê-los com o objetivo de tentar organizar espaço de internação.

desacorrentar os loucos e ir à procura de cura, fosse por quais meios fossem, faz de ele seja um precursor no tratamento mais digno para com os portadores de transtornos mentais. Para seus defensores, Pinel foi o responsável por romper as práticas dominantes e libertar os loucos das correntes que os prendiam, por compreender que os loucos precisavam de um tratamento mais humanizado (CIRILO; OLIVEIRA, 2009). Os que vão de encontro ao tratamento proposto por Pinel, acreditam que suas práticas apenas internalizavam a ideia de julgamento e punição entre os ditos doentes e que sua obra – estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital – representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em uma instituição, e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática dos saberes médicos (AMARANTE, 2010). Com o tempo esse tratamento elaborado por Pinel, vai se modificar, vai ocorrer o surgimento da psicanálise freudiana que mesmo com o objetivo de libertar o louco da existência asilar a qual tinham alienado seus “libertadores”, continuaria a deixar os saberes acerca da loucura permanecerem sob domínio exclusivo da medicina, “ela poderá até desfazer algumas formas da loucura, mas ainda assim, permanecerá estranha ao trabalho soberano do desatino.”(FOUCAULT, 2002, p. 503)

As internações e reclusões irão se intensificar e o trato nos manicômios passarão a se aproximar cada vez mais de um caráter agressivo e desumano, onde os principais imperadores na forma de tratamento passarão a ser choques elétricos, banhos gelados, chicotadas, máquinas giratórias, sangria e outros métodos tanto quanto cruéis. Por volta da segunda metade do século XX, começaram a surgir críticas radicais a essa forma de tratamento e às instituições médicas, que irão repercutir em todo o mundo. Surgem os movimentos da luta antimanicomial e o da Reforma Psiquiátrica que nascem profundamente marcados pela defesa aos direitos humanos e ao resgate da cidadania dos possuidores de transtornos mentais. O manicômio será denunciado como uma instituição de violências e que não possibilita o trato, mas sim, o agravamento e cronificação dos transtornos mentais.

1.3 A Loucura no contexto brasileiro: Das primeiras instituições à promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica.

A loucura no Brasil, fez parte do convívio social desde o século XVI até o início do século XIX. Passou um tempo bastante despercebida, sendo vez outra mencionada nos relatos que costumavam descrever os costumes e vida social da época (RESENDE, 2011). A loucura só vai sofrer intervenção do estado em meados do século XIX quando ela passa a se tornar referência em desordem e perturbação da paz social pelo discurso religioso (VECHI, 2004). Os loucos são tirados das ruas e isolados nas Santas Casas de Misericórdia, onde lá permaneceram sob péssimas condições de higiene e cuidado.

Com a chegada da família real ao Brasil em 1808, deu-se início a uma série de transformações sociais, entre elas, a abertura de cursos superiores de medicina no país, logo em também será criada a Sociedade de medicina em 1829, ela é que vai constatar as precárias condições dos espaços onde os loucos eram internados e reclusos do meio social (AMARANTE, 2003), e passará a reivindicar um lugar específicos para eles, se utilizando do grito de ordem “Aos loucos o hospício!” (MACHADO, 1978).

Foi criado em 1852, no Rio de Janeiro, o hospício Pedro II, inspirado no modelo francês pineliano. Sua construção e administração ficaram a cargo dos religiosos e o hospício brasileiro nasceu vinculado à Santa Casa de Misericórdia sob tutela do Imperador. Com um perfil mais filantrópico do que médico, esse foi um dos fatores que provocaram uma série de críticas, especialmente por parte dos médicos que entendiam ser necessário que a administração do hospital ficasse a cargo da categoria. Outra polêmica, dizia respeito a sua arquitetura que a mando de Dom Pedro, havia sido construída nos moldes dos prédios Europeus, fato que conferiu um aspecto tão imponente ao prédio, que ele passou a ser chamado pelos críticos da época de “palácio para guardar loucos” (HEINDRICH, 2007). Roberto Machado (1978, p. 433), descreveu como a concepção arquitetônica do Pedro II também foi pensada para regular a vida no hospício de modo a facilitar a vigilância pelos enfermeiros: “Tem a forma de um retângulo com um bloco central separando essas

duas alas [masculina e feminina] laterais, cada uma contendo dois pátios internos”, essa divisão contempla a separação por classes e por estágio da doença (tranquilos e agitados, limpos e sujos, afetados por moléstias contagiosas etc.).

No hospital Pedro II havia uma série de problemas: maior disponibilidade de vagas só pra quem podia pagar; troca da assistência médica pela religiosa; superlotação, falta de médicos, entre outros. O hospital havia sido criado por reivindicação de médicos que queriam “remover, excluir, abrigar, vestir e tratar” os loucos, mas em seus primeiros quarenta anos, ele permaneceu apenas com o caráter excludente e segregador. As autoridades daquela época, não tratavam as pessoas consideradas loucas, o principal objetivo era apenas tirá-las do convívio social, fenômeno não ficou apenas limitado ao campo científico da doença psicossomática, mas foi expandido para outros problemas de ordem social como crime, pobreza e a miséria (RESENDE, 2001). Até a proclamação da República (1889), outras instituições semelhantes foram criadas em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886). Somente no período republicano é que a loucura é totalmente desvinculada do discurso religioso e colocada no discurso médico-científico.

Machado de Assis, em sua obra literária *O Alienista* (2007), publicada em 1881, demonstrou esse processo de internação dos loucos nos hospitais recém-construídos. Além de nos situar nesse contexto histórico da loucura, ele também foi capaz de questionar, em tom satírico, a razão do saber científico. Simão Bacamarte, o principal personagem da obra, é um médico que vai à câmara dos deputados pedir licença para criar um lugar onde pudesse colocar os loucos, a partir de então, defendendo que todas as suas atitudes são baseadas na ciência, passa a isolar todas as pessoas que não seguiam as normas sociais da época. À exemplo disso, encontramos o caso do personagem Costa, que devido a sua grande generosidade em emprestar dinheiro sem juros, após receber uma afortunada herança, é denominado pelo médico como louco e encaminhado para internação na Casa Verde⁶ por ter um comportamento tido como irregular. Outro exemplo temos na personagem D. Evarista, a própria mulher do Dr. Bacamarte, que

⁶ A Casa Verde foi o nome dado ao asilo por alusão à cor das janelas, que pela primeira vez apareciam verdes em Itaguaí. Inaugurou-se com imensa pompa; de todas as vilas e povoações próximas. (ASSIS, 1994, p. 3)

também é internada após passar uma noite sem dormir por não conseguir decidir que roupa usaria em uma determinada festa.

Durante o enredo da obra, chega-se a um momento em que 75% da população de Itaguaí está internada na Casa Verde, mas após algum tempo, o Dr. Simão Bacamarte percebendo que suas teorias acerca do que era ou não tido como loucura poderiam estar equivocadas, manda soltar todos os que estavam internados. Segundo a obra, Simão Bacamarte chega à conclusão de que ninguém tinha uma personalidade perfeita, exceto ele próprio, então, ele concluiu ser o único anormal da cidade e decide trancar-se sozinho na Casa Verde para o resto de sua vida.

Os atos de Simão Bacamarte se tornam contraditórios e confusos a partir do momento em que qualquer atitude para ele era considerada transgressora e condenada como um ato de loucura. Nessa obra, com uma forte presença de comicidade, Machado de Assis expõe um saber científico falho através das atitudes de Simão Bacamarte. Nesse conto, através de um médico que se esforça em tentar entender o comportamento das pessoas daquela cidade ele também coloca em questão as fronteiras entre o que é normal e o que é anormal. Percebe-se também que essa narrativa reforça a presença de um forte discurso do poder científico sobre a loucura a qual já foi mencionada no tópico anterior.

Partindo para os primeiros momentos do Brasil República, a intensificação da exclusão social e do internamento ainda se farão presentes. Surgiu neste momento a parceria entre as ciências médicas, a engenharia e o urbanismo, que começaram a perceber o espaço urbano como um grande propiciador e disseminador de epidemias e contágios, desta forma, os cuidados dirigidos à saúde englobarão não somente a figura do cidadão de forma isolada, mas ela também vai se ampliar à cidade e a regulamentação dos diferentes usos do espaço urbano.

A cidade começa a se constituir como um tema central. Havia uma multidão que trazia consigo o risco de propagar diferentes tipos de epidemias, inclusive de ordem psíquica, e é assim que se coloca, de forma sublinhada, a figura do louco no meio social brasileiro. Cabia, então, aos médicos a tarefa de identificar e isolar esses sujeitos tidos como nocivos e degenerados, capazes de contaminar todo o corpo social com o vírus da desordem. Era preciso, de uma forma mais eficaz, expulsar o louco das ruas e do convívio da cidade. Como uma medida

sanitária para a manutenção da ordem social e como espaço de cura pela razão e de não julgamento social, o manicômio sugeria permitir ao alienado o exercício de sua liberdade, tornando-o novamente sujeito de direito. Surgiu uma promessa de saúde do corpo social, o internamento nos hospícios contrapunha-se à temível imagem da desordem urbana, da sujeira e da subversão dos valores mais caros às elites pela imposição de uma versão higiênica, disciplinada, pacífica, capaz de restaurar no próprio mundo do desatino a imagem da ordem almejada. Foi neste contexto e apoiada sobre esses ideais, que a psiquiatria se instituiu e se intensificou no Brasil, e os hospícios e as colônias para alienados, enquanto instituições médicas, surgiram como promessa de um mundo regulado (AMARANTE, 1995).

Por volta da segunda metade do século XX, no momento pós-guerra, começam a surgir críticas radicais a essa forma de tratamento e às instituições psiquiátricas, que irão repercutir em todo o mundo, e não muito diferente de outros países, no contexto brasileiro, houve relatos frequentes de abusos contra os pacientes psiquiátricos internados, condições precárias de trabalho nos manicômios, ineficácia do tratamento, elevado custo e a maciça privatização da assistência psiquiátrica(COGA; VIZZOTTO, 2003).

A jornalista Daniela Arbex, em seu livro *Holocausto Brasileiro*, vai relatar um pouco da história do Hospital Colônia de Barbacena, onde morreram por volta de 60 mil pessoas entre as décadas de 1930 e 1980. Na Colônia, as pessoas internadas eram condenadas à morte. Enquanto vivas, eram expostas às mais variadas indignidades, como comer ratos, beber água de esgoto ou tomar eletrochoques constantes. Segundo a autora, foi um holocausto praticado pelo Estado, com a conivência de médicos, funcionários e até mesmo da população:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs (ARBEX, 2013, p.02).

O manicômio vai se configurar como uma Instituição Total (GOFFMAN, 2003) desumana

ineficiente e com resultados desastrosos. Um lugar onde permeiam sofrimento e dor, e que seus pacientes, submetidos a todo tipo de maus tratos, são privados de sua liberdade e seu direito à cidadania. Surgem os movimentos da luta antimanicomial e o da Reforma Psiquiátrica que nascem profundamente marcados pela defesa aos direitos humanos e ao resgate da cidadania dos possuidores de transtornos mentais. Embora embasada nesses modelos internacionais, o processo brasileiro de reforma psiquiátrica, que se inicia na década de 70 com a mobilização dos profissionais de saúde mental e dos familiares de pacientes, possui uma trajetória própria, marcada por forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento (DELGADO, 2007).

Fazendo uma breve retrospectiva histórica das lutas em prol dessa desinstitucionalização da loucura a partir da década de 50, pontuei de forma breve alguns momentos importantes da luta antimanicomial no contexto brasileiro: Em 1964, nos primórdios da ditadura militar, foi criado o Plano De Pronta Ação que implicava em um convênio do governo com hospitais psiquiátricos privados, onde foram repassados mais de 90% dos recursos públicos para o tratamento dos internos, segundo (WAIDMAN, 2004), esse foi um dos maiores processos de privatização da saúde de que se teve notícias. Diante dessa situação, ocorreram algumas manifestações por parte dos trabalhadores da área de saúde mental, mas não obtiveram sucesso e essa política de repasse de verbas permaneceu sem alterações até os anos 70, conseqüentemente as clínicas privadas se proliferaram e os hospitais psiquiátricos passaram a funcionar apenas como depósitos humanos (AMARANTE, 1995).

Em 1978, as precárias condições de trabalho dos funcionários e o tratamento dado aos internos do Hospital Pedro II, motivaram mais algumas greves dos profissionais que lá atuavam, estas manifestações muito repercutiram na imprensa a nível nacional. A partir de então, gerou-se uma crise na área da saúde mental que contribuiu para que a discussão sobre a reforma psiquiátrica tomasse mais força e se tornasse pública. O ano de 1978 marcou o início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil e assim foi formado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), articulado e composto por trabalhadores que faziam parte do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de

internações psiquiátricas. O MTSM passou a protagonizar de forma ativa, nas séries de denúncias sobre a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi formada uma comissão para elaborar novas propostas para a assistência psiquiátrica brasileira. Essa comissão lançou a proposta de que o atendimento psiquiátrico passasse a ser integral, multiprofissional e realizado em postos de saúde, ambulatórios especializados e em serviços criados especialmente para esse atendimento, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2005). Somente os casos de emergência seriam atendidos nos hospitais e com essas medidas, a permanência das pessoas com transtornos psiquiátricos na comunidade seria facilitada, contribuindo para que mantivessem seus direitos de cidadãos.

A partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizados em Bauru, no dia 18 de maio de 1987, a discussão da desinstitucionalização psiquiátrica dá uma forte alavancada. Com a proposta de substituir o modelo hospitalocêntrico pelo modelo comunitário, reivindicações não somente dos profissionais da saúde, mas também dos familiares dos portadores de transtornos mentais e demais adeptos da causa, cria-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e inicia-se uma campanha cultural pela adoção da Reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995). A partir desse ano, o dia 18 de maio passou a representar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e atuação dessas propostas contribuíram para a implantação do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, em 1987 (SARRACENO, 2001). Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção dos manicômios, ao mesmo tempo, vai se iniciar a implantação dos chamados serviços substitutivos de atendimento psiquiátrico, visando atender as pessoas com transtornos psiquiátricos sem recorrer à internação (DELAGADO, 2007).

No espaço de tempo que se inicia na década de 70 até os anos 2000, ocorreram mais lutas e entraves em prol da desinstitucionalização psiquiátrica, mas somente

em 06 de abril de 2001, como resultado significativo desse árduo processo de lutas, finalmente foi promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (10.216) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Por meio dessa lei, troca-se o modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico no Brasil, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, baseado em serviços de saúde mental descentralizados, multiprofissionais e diversificados (ANDREOLI, 2007). Novas instituições passarão a imergir no cenário urbano e, a partir de então, os CAPS (Centro de Assistência Psíquico Social), RTs (Residências Terapêuticas), Hospitais-dia, lares protegidos e centros de convivências e cultura, serão importantes dispositivos no auxílio dos portadores de transtornos mentais.

CAPÍTULO- 2

A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CARUARU E OS NOVOS ESPAÇOS PARA A LOUCURA NA CIDADE.

Chegando no ponto principal a que se destina este trabalho, após esse breve percurso historiográfico que teve como objetivo fazer o prezado leitor compreender melhor sobre os fatos que antecederam a atuação da Reforma Psiquiátrica em Caruaru e que ela é parte resultante de vários processos históricos, os situarei um pouco nos caminhos da loucura, só que desta vez, inseridos no cenário caruaruense, dentro do contexto de aplicabilidade da lei 10.216 que se inicia a partir do ano de 2011 com o episódio de desativação da antiga instituição que abrigava a loucura na cidade e o início do processo de adaptação dos ex-internos, pacientes e familiares às novas formas de tratamento e transferência para outras unidades direcionadas à saúde mental que tiveram que emergir no cenário urbano.

2.1- A Narrenschiff Caruaruense fecha suas portas: “e agora, o que faremos?”

Segundo Pesavento (2001), a cidade que se estrutura e se constrói não o faz somente pela materialidade de suas construções e pela execução de seus serviços públicos, intervindo nos espaços. Há um processo concomitante de construção de personagens, com estereotipia fixada por imagens e palavras que lhe dão sentido preciso. Os chamados indesejáveis, perigosos, turbulentos, marginais podem ser rechaçados e combatidos como inimigos internos, ou pelo contrário, podem se tornar invisíveis socialmente, uma vez que sobre eles se silencia e se nega presença. Em Caruaru, eu sabia que havia um lugar chamado “Clínica de Dr. Veloso”, onde algumas pessoas portadoras de sofrimento psíquico, eram internadas, mas minha surpresa maior foi ter tomado conhecimento de que por mais de quatro décadas, Caruaru acolhia indivíduos portadores de transtornos mentais, os ditos "loucos", e não somente da cidade, mas também das cidades vizinha e até da capital pernambucana. O espaço que acolhia essas pessoas era chamado de Clínica de

Repouso Santa Sofia, ou como mais conhecida na cidade, a famosa clínica psiquiátrica de Doutor Veloso, que era o médico psiquiatra fundador e dono da clínica. Ela sobreviveu por 46 anos ali no centro de Caruaru e em seus vinte últimos anos esteve há alguns metros de distância do pátio de eventos Luiz Gonzaga, onde ocorre a festividade mais importante da cidade. A Narrenschiff⁷ caruaruense conviveu lado a lado com o dito “Melhor São João do Mundo” e há quem relate que nas épocas de festividades juninas, podia-se até observar alguns pacientes e internos se confraternizando na pracinha que ficava em frete à clínica localizada na Rua Cleto Campelo.

Com sua desativação, o antigo prédio foi derrubado e lugar onde abrigava o velho e referencial de loucura para os cidadãos Caruaruenses e das demais regiões, em pouco tempo, passou a funcionar um amplo estacionamento de uma rede de supermercados. Em uma entrevista⁸ concedida por Erick Veloso, filho de Dr. Veloso e diretor da clínica, a um telejornal local, ele afirmou que “o hospital seria temporariamente desativado devido a uma série de dificuldades, onde a principal delas seria a falta de profissionais especializados para a manutenção daquele tipo de serviço.” Na época, a unidade para o tratamento de portadores de transtornos mentais era a única referência em todo o Agreste e naquele ano contemplava 115 pacientes internados. O hospital era particular, mas também realizava vários atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao procurar conversar com pessoas que vivenciaram essa experiência na cidade, tive a grande oportunidade de conversar com Dona Rosangela, irmã e cuidadora de Toni⁹, que por muito tempo foi assistido pela Clínica Santa Sofia através do SUS. Ela relatou-me que já havia sido alertada antecipadamente sobre a possível desativação da clínica, mas que mesmo assim, quando fecharam as portas, sua família entrou em pânico: “a gente já sabia que estava no processo de fechar(...) quando começou o burburinho de que ia fechar a clínica, a gente começou a morrer

⁷ A palavra faz referência às grandes embarcações da Idade Média que serviam como um meio para exclusão dos loucos da cidade. Eles embarcavam nesses navios também conhecidos como Nau dos Insensatos ou Nau dos Loucos e vagavam pelos mares até aportarem em outros lugares. Essas Narrenschiffs foram muito tematizadas nas obras de pintores e escritores da época.

⁸ Disponível em: <<<https://www.youtube.com/watch?v=uQQ4sRISxAw>>> Acesso em 31 de março de 2019.

⁹ Antônio de Pádua, carinhosamente chamado por sua irmã de “Toni”, possuía um quadro de esquizofrenia desde a adolescência. Foi internado diversas vezes na Clínica Santa Sofia e também foi usuário do CAPS AD e do CAPS Transtorno.

dentro de casa, por que como que a gente ia fazer agora quando ele precisasse de internamento?¹⁰”

O mesmo sentimento de desespero tomou conta de outras pessoas, familiares dos portadores(as) de transtornos mentais que recorrentemente eram internados na Clínica. A maioria destes familiares, diferentemente de dona Rosângela, foram avisados às vésperas que a clínica passaria a deixar de funcionar, muitos deles foram protestar em frente à prefeitura municipal na manhã do dia 19 de agosto daquele mesmo ano, uma sexta-feira, para cobrarem mais explicações e exigir da prefeitura alguma medida que viesse resolver o caso.

O medo maior dessas pessoas residia nas dificuldades e até impossibilidades de terem que lidar com os pacientes mais crônicos dentro de casa. Em uma reportagem do jornal televisivo *O povo na TV*, Dona Evanise Alves, de 76 anos, deu uma entrevista comovente, relatando um pouco sobre sua preocupação em saber que a clínica que era considerada um refúgio para seu filho, portador de esquizofrenia há quase 40 anos, ia ser desativada. Ela ainda falou que algumas vezes ele chegou a ficar internado por até seis meses naquele lugar. Ainda segundo reportagem e entrevista de dona Evanise, toda vez que seu filho recebia alta, era um desassossego para a família, e ao ser questionada sobre o destino dele sem atendimento da clínica, ela respondeu: “não sei e a minha aflição maior é essa, mesmo se ele vai pra longe, eu tenho que aceitar porque eu não posso, não posso tomar conta.” Outros familiares reclamavam da falta de explicações e queriam saber onde os pacientes iriam continuar recebendo tratamento, já que devido principalmente ao temperamento agressivo de muitos deles, não podiam voltar ao convívio familiar.¹¹

O fechamento da clínica psiquiátrica obrigou a Secretária Municipal de Saúde a reorganizar o sistema de atendimento à saúde mental na cidade. No decorrer da última semana de agosto daquele ano, representantes do município se reuniram com os membros da Secretaria Estadual para discutirem soluções destinadas ao futuro do estabelecimento e dos internos, mas por fim, acabou sendo decidido que a

¹⁰ Entrevista Nº 01, realizada com Rosângela Xavier, em 03 de Abril de 2018. Dona Rosângela acompanhou seu irmão, Toni, nos diversos tipos de tratamentos psiquiátricos.

¹¹ Disponível em: <<<https://www.youtube.com/watch?v=uQQ4sRISxAw>>> Acesso em 31 de março de 2019.

maioria dos pacientes voltariam pra casa, enquanto a Prefeitura Municipal juntamente com o Governo do Estado, pudessem montar a rede substitutiva que abrigaria alguns internos da clínica. Em nota, a prefeitura afirmou que nenhum paciente ficaria desassistido.

Após esses episódios, outros espaços para a loucura foram surgindo dentro da cidade. Em Caruaru, após a implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o serviço de assistência à saúde mental passou a contar com duas unidades de CAPS (Centro de Assistência Psicossocial): o CAPS AD, especializado em pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, instalados em cidades com mais de 200 mil habitantes, funcionando nos cinco dias uteis da semana, e o CAPS III, também conhecido como o CAPS-Transtorno que funciona 24 horas (inclusive em feriados) e realiza, quando necessário, acolhimento noturno e internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias (BRASIL, 2005).

A seguir, boa parte dos fatos, das narrativas dos sujeitos observadores e atuantes nessa trajetória de desinstitucionalização da loucura em Caruaru, estarão atreladas a esses dois espaços: Aos CAPS III- Transtorno e algumas também serão referentes ao CAPSad (por vezes, os enredos dessa trama que diz respeito à Reforma psiquiátrica em Caruaru, se confundem e se mesclam nas falas que envolvem esses dois espaços), assim como nas narrativas acerca das Residências Terapêuticas Tipo 01 e Tipo 02.

2.2- Os ditos e feitos no cotidiano do CAPS em Caruaru.

A partir da década de 80, os CAPS foram surgindo nas cidades como um dos principais dispositivos que iriam substituir os hospitais no tratamento dos portadores de transtornos mentais egressos de manicômios e clínicas psiquiátricas. Estes egressos passariam a se tornar não mais pacientes ou internos, mas sim, usuários desses novos espaços destinados à loucura no cenário urbano. Segundo o relatório dos 15 anos após a Declaração de Caracas¹², o CAPS surgiu como um elemento

¹² Em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde ([OPAS](#)) e a Organização Mundial da Saúde ([OMS](#)) divulgaram um documento intitulado: A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental, que ficou conhecido como a Declaração de Caracas, promulgada em novembro de 1990.

substitutivo, e não complementar, ao modelo hospitalocêntrico, acolhendo, dando atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, proporcionando autonomia aos seus usuários, colocando-os como responsáveis e atuantes em toda trajetória do seu tratamento. Ainda segundo o relatório dos 15 anos de Caracas:

É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Esse serviço é de administração municipal, se configura como um ambiente aberto, comunitário e que permite ao usuário acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares comunitários (BRASIL, 2005).

Voltando para minhas andanças no cenário Caruaruense, depois de ter entrado em contato com alguns(as) profissionais da assistência à saúde mental da cidade, onde foram todos muito receptivos comigo e dispostos a ajudar em minha pesquisa, pude marcar uma visita ao CAPS para, primeiramente, lá conversar com algumas pessoas e saber mais de perto sobre como se configurava aquele espaço. Me dirigi ao endereço que já conhecia, no bairro Boa Vista I, lugar tranquilo, pouco movimentado e um tanto afastado do centro da cidade. O local onde funcionava o CAPS, tinha formato de uma casa, uma casa muito grande, ia de uma esquina a outra e tomava quase metade do quarteirão. Bati na porta da frente e me recordei que, por vezes, em diversas ocasiões, passei ali naquela rua e sempre observava, após o meio muro, a movimentação de funcionários e usuários que transitavam no terraço. Bati palmas novamente, mas acabei percebendo por causa do abandono, da poeira e das portas fechadas, que aquele local, há muito, não estava funcionando.

Curiosamente, fui até a esquina atrás de vestígios ou de alguém que pudesse me explicar o que acontecera com o CAPS que, de acordo com minhas lembranças e as referências que busquei, tinha certeza que ainda estava localizado naquele endereço. Foi naquele momento, então, que percebi sua placa disposta em cima de uma entrada que ficava nos fundos da casa e de frente para a rua lateral, me dirigi até aquela entrada e quando cheguei lá, já avistei algumas muitas pessoas no terraço/quintal, em sua maioria homens, alguns pé, outros sentados ou encostados nas paredes, conversando entre si. Assim que entrei, veio um jovem que, devido ao fardamento que utilizava, me pareceu ser um funcionário da prefeitura, ele me perguntou em que poderia ajudar, eu me apresentei e expliquei-lhe o porquê de estar ali. Diligentemente ele me encaminhou para o interior do CAPS, onde dei de cara com uma sala ampla contendo algumas cadeiras de plástico em círculo, alguns quartos no entorno desta sala, com algumas camas dentro desses quartos e com uma outra sala do lado direito onde funcionava uma espécie de setor administrativo. Havia barulho intenso de muitas pessoas, tanto na parte interna, quanto na parte externa do local, parecia ser um dia bastante movimentado. Aquele era um imóvel antigo, sua arquitetura tinha os moldes de uma grande casa, mas era notório que estava organizadamente adaptado não para moradia, mas para outros fins.

Apesar de, por vezes, ter combinado previamente de falar com a psicóloga, Nayara, não pude ter essa oportunidade neste dia, mas, pude conversar com uma outra funcionária que me explicou de forma superficial algumas coisas e, inclusive, sobre como estava funcionando o CAPS naquela localidade. A princípio, contei-lhe minha experiência de ter batido na porta da frente e ter me deparado com o local aparentemente abandonado, ela me explicou que de fato, a parte frontal da "casa" estava abandonada por ter sido desativada já há algum tempo, perguntei-lhe o motivo, e ela respondeu que naquele local funcionava as duas modalidades de CAPS, o de Transtornos funcionava na parte desativada, e o AD funcionava na parte que eu havia entrado, a parte frontal do imóvel estava condenada, em iminência de cair o teto e algumas paredes, então os usuários tiveram que ir pra outro local enquanto não faziam as devidas reparações na estrutura física do imóvel, ficando apenas os usuários da parte traseira, que estava em melhores condições de funcionamento.

Me recordo de ter indagado a mim mesma sobre como um imóvel só, daquela estrutura, estaria condenado pela metade sem oferecer risco de danos à outra metade, caso viesse a ocorrer algum desabamento? Mas, primeiramente, perguntei-me porque a prefeitura não providenciara espaços distintos para as duas modalidades de CAPS antes mesmo daquela situação? Aquelas eram medidas provisórias para resolver problemas que surgiram em caráter de urgência, ou aqueles fatos iniciais dos quais tive conhecimento já poderiam me mostrar de imediato sobre a forma como poder público municipal estava lidando com a área da saúde mental da cidade e a quantas andava um tanto da atuação da Reforma Psiquiátrica em Caruaru? Ansiosa por obter algumas respostas a esses questionamentos, me limitei em perguntar àquela gentil funcionária onde o outro CAPS estava funcionando, ela me passou o novo endereço e também o contato de Heloísa,¹³ a coordenadora, que muito me ajudou a sanar algumas dúvidas, e entender alguns problemas e práticas relacionados aos CAPS em Caruaru.

A nova unidade do CAPS havia sido transferida para o bairro Maria Auxiliadora, e durante minhas conversas com Helô, grande foi minha surpresa ao descobrir que ele estava funcionando no mesmo prédio em que funcionava o Hospital Manoel Afonso. Em outras palavras, o CAPS-Transtorno estava realizando suas atividades dentro de um hospital e isso, `a priori, é algo que parece ir totalmente de encontro com a proposta fundamental da Reforma Psiquiátrica: a de romper com o modelo de tratamento hospitalocêntrico. Mas, ao me relatar a situação, Helô me explicou que aquela tinha sido uma medida provisória, que quando se mudaram, em três meses teriam que voltar para o antigo local de funcionamento, já que a prefeitura havia feito promessa de nesse espaço de tempo, fazer uma reforma no local. No momento da entrevista um ano havia se passado e nada ainda tinha sido feito. Alguns novos lugares para funcionamento do CAPS haviam sido cogitados, como por exemplo, uma casa no centro da cidade, que para chegar lá os usuários não precisariam pegar dois ônibus, como era o que estava ocorrendo. Encontraram uma casa grande em um endereço mais centralizado, mas a prefeitura demorou muito para resolver as

¹³ Heloísa é uma artista visual com especialização em saúde mental. Natural de Rio Grande-PR, há dois anos morava em Caruaru e há um ano, gerenciava o CAPS-Transtorno na cidade. Nas suas próximas falas, irei me referir a ela como Helô, forma como ela gentilmente se apresenta e como os demais usuários e profissionais a conhecem.

questões burocráticas referentes ao aluguel e a casa acabou sendo locada para outra pessoa.

Mesmo diante das dificuldades enfrentadas principalmente pelos usuários do CAPS, em estar naquele local que para muitos, trazia à tona os fantasmas do internamento e da condição de doentes que já lhes fora imposta, Helô me garantiu que, na medida do possível, o trabalho realizado pelos profissionais a serviço do CAPS, estava centrado nos moldes da desospitalização e desinstitucionalização manicomial.

Ao visitar aquele local destinado provisoriamente ao CAPS, notei que todas as repartições do lado direito do hospital estavam reservadas exclusivamente para assistência aos usuários. Ao me deparar com a recepção do Manoel Afonso, entrei na porta à direita onde tinha outra recepção improvisada em meio a um tipo de grande área rodeada de salas em que eram realizadas as consultas com psiquiatra, terapias em grupo, oficinas e conversas com psicólogos e assistentes sociais. Mais no fundo da grande área, havia uns quartos com alguns leitos destinados a possíveis episódios de internamento. Ao me encontrar com Helô, ela foi me apresentando melhor aquele CAPS improvisado, enquanto falava um pouco mais sobre a parte física/estrutural daquele lugar e do que mais ele era composto:

Atualmente a gente só tem essa sala que é a sala do pessoal de equipe, essa sala de atendimento psiquiátrico e essa sala aqui de acolhimento. A gente não tem espaço pra grupos ou outras atividades[...] E como é que é aqui? Como é que funciona aqui? O CAPS, o cuidado no CAPS ele é um cuidado longitudinal, e não é só médico centrado, ne? Então, assim, nosso objetivo aqui... a gente tem uma equipe multiprofissional com psicólogos, terapeuta ocupacional, educador físico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, enfim, é uma equipe multi, então se estabelece uma modalidade de cuidado pra aquele usuário que a gente chama de "PTS" que é o Projeto Singular Terapêutico e pra cada usuário[...] Onde a gente junto com o usuário a gente estabelece, ne, um plano de como é que ele vai ser cuidado aqui. Aí participam de grupos, oficinas...¹⁴

Naquele espaço, os usuários podiam dispor de atendimentos diversos, com profissionais de outras áreas do saber que não fosse somente o da medicina:

¹⁴ Entrevista nº 02. Concedida por Heloísa em 24/04/2018.

educadores físicos, pedagogos, assistentes sociais, arte-educadores, entre outros. Mas o impasse de estarem em um lugar inapropriado, causando empecilhos na execução de algumas atividades terapêuticas que tinham forte impacto no tratamento daquela pessoas, há todo momento se fazia presente na fala de Helô. Quando lhe perguntei sobre os tipos de oficinas que estavam sendo realizadas, pois no ano de 2015, de acordo com matéria publicada no Diário de Pernambuco¹⁵, eram ofertadas oficinas de artesanato e culinária, respectivamente às terças e quintas naquela unidade, Helô me relatou a seguinte situação:

[...] a gente ta com um grande problema. Muitos grupos tiveram que parar no tempo em que a gente veio no hospital porque a gente não tem espaço físico. Aí a gente fez uma articulação com o CRAS, deixa eu ver, com um PSF, e com associação de moradores aqui desse bairro pra ter outros lugares possíveis, só que alguns não deram certo, ne? Porque o CRAS, por exemplo, era muito longe, os usuários não estavam indo, tava complicado. E outros estão acontecendo aqui mesmo, naquela salinha de atendimento que tu viu ali, que estava a psiquiatra conversando. Ali, todo mundo bota um monte de cadeira. Aí é grupo de fala, porque oficina mesmo, tem uma de artesanato que essa moça que entrou aqui, Antonieta, é que está fazendo, que a gente ta fazendo aqui lá no final aqui do corredor que tem um espaço, que eu te mostro depois. Tem uma sala que é toda fechada, assim, que é péssima também, mas, mas assim, ta conseguindo fazer ali da maneira como dá. Mas assim, os usuários estão reclamando muito, a gente tem uma assembleia mensal, ne, onde eles têm voz e trazem questões, e eles estão reclamando muito desse período em que a gente ta no hospital.¹⁶

Ao conversar com Elisabete¹⁷, tive conhecimento também de um coral idealizado pela Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres, quando lhe questionei Helô sobre esse coral, ela disse que mesmo com a inscrição de muitas mulheres, apenas três estavam participando e que estava tentando fazer a busca ativa dessas usuárias (ligar ou buscar em casa), mas elas não demonstravam muita empolgação por motivos de estarem em um lugar longínquo e desconfortável. Não somente pelo espaço físico reduzido, o desconforto dos usuários por aquele lugar também se dava, como já mencionado, pelas lembranças das antigas internações

¹⁵ Disponível em < <http://www.diariodepernambuco.com.br>>/> Acesso em 06/08/17

¹⁶ Entrevista 02.

¹⁷ Funcionária da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres e responsável pelo coral de mulheres acompanhadas pelo CAPS.

que ocorreram ali mesmo naquele hospital. Alguns usuários já foram internados nos leitos psiquiátricos¹⁸ do Manoel Afonso, e as recordações são as piores possíveis devido às experiências relatadas por alguns de terem sido contidos, amarrados e machucados por causa da resistência à internação.

Em sua fala, Helô ainda relatou que em meio às dificuldades enfrentadas, está a de que com a ida do CAPS para o hospital, o número de internamentos hospitalares baixou e a do CAPS aumentou, isso, devido ao fato das pessoas acabarem confundindo os serviços, que são distintos, prestados naqueles dois espaços. O número de usuários que era em torno de 300 no antigo endereço, duplicou para 600, pois as pessoas que iam em busca de atendimento psiquiátrico no hospital acabavam recorrendo ao CAPS com a esperança de um atendimento mais rápido, sem ter que precisar esperar atendimento por ao menos 6 meses na maior fila de especialista do município, a fila da psiquiatria:

As pessoas vão buscar psiquiatria aonde? No CAPS, só que o tipo de trabalho do CAPS não é esse, não é fazer atendimento, fazer consulta e dar laudo, a gente só dá laudo a partir de 3 meses de acompanhamento. Como é que um médico vai dar um laudo de uma pessoa sem conhecer, sem acompanhar? Ne? Não tem como. E a gente tem um olhar multi profissional, a avaliação não é só médica, claro! Um diagnóstico, ok! Medicação, também! Mas, tem toda uma avaliação psicossocial também que se faz.¹⁹

Quando lhe questionei sobre a recusa desses atendimentos que estavam fora da demanda dos usuários do CAPS, onde em sua maioria, eram de pessoas que estavam atrás de consultas e laudos médicos para receberem benefícios sociais, carteirinha de ônibus, entre outros, ela me disse que muitas vezes eles, a administração, ficavam "entre a cruz e a espada" e que em algumas situações, não tinha como não se compadecer, mesmo sabendo que o tipo de trabalho do CAPS não era aquele.

¹⁸ Os Hospitais Gerais, Maternidades e Hospitais de Pediatria ofertam alguns leitos destinados à saúde mental com o principal objetivo de oferecer cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com vistas a avaliação diagnóstica e discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas; manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que apresentem risco de vida para o usuário. O acesso deve ser regulado a partir de critérios clínicos e as internações devem ser de curta duração, priorizando a superação da lógica asilar realizada pelos Hospitais Psiquiátricos.

¹⁹ Entrevista nº 02.

O cuidado de Helô para que fosse realizado um trabalho eficaz e condizente com a real proposta do CAPS, ficou bem claro em suas narrativas. O tratamento médico centrado, que prevaleceu por muito tempo em nossa sociedade, deveria se desfazer naquele novo espaço de acolhimento dos sujeitos que viviam em sofrimento psíquico. Helô esforçava-se em sua atuação profissional, para que aquele espaço não passasse a ser o espaço da doença, da dependência, e unicamente da medicalização, mas os desafios para que isso fosse efetivado, também residiam nos equívocos e dificuldades dos próprios usuários do CAPS, em se reconhecerem como pessoas autônomas diante do cuidado de si. Muitos deles acabavam não fazendo um cuidado integral, criavam vínculos de dependência com o CAPS, principalmente por ficarem muito mais atrelados a um atendimento médico-centrado do que em um tratamento mais independente e multiprofissional:

Porque assim, a pessoa vem para um CAPS, ela vai ter alta em algum momento, o CAPS não é para pessoa morar, não é para pessoa ficar durante dez vinte anos, assim, mesmo que seja um cuidado em liberdade, também não precisa, ne? A pessoa também pode voltar para sua vida cotidiana e fazer o cuidado no ambulatório, ou então no PSF, ne? E é muito difícil dar alta porque muitos já surtam quando a gente fala na alta, porque eles sabem da dificuldade que depois vão ter de conseguir atendimento psiquiátrico, de pegar medicação. A própria dependência... Porque se o CAPS é um lugar acolhedor, onde os profissionais conhecem todo mundo pelo nome, conhecem a história, a gente discute os casos toda semana. O acesso ao psiquiatra é fácil, porque é só pedir pra marcar. Assim, tá, não é tão... Claro que se vê a necessidade, mas, “ah não to bem, acho que a medicação não está fazendo efeito”, ou então “to com efeito colateral”, vamos ajustar. Então assim, realmente... só que o modelo não é o médico centrado, ne? Que é esse da consulta e aí a gente se deu conta de que tinha muita gente só tava vindo pra consulta, que não participava de mais nada, aí a gente começou a dar alta. Assim, porque a gente até falou não, não tem porque tá sendo acompanhado aqui se é só pelo especialista, entendeu? A equipe multi que é pra cuidar, ne?²⁰.

Roberto Machado (1978), ao falar sobre a influência e papel da medicina e a forma como ela se estabeleceu no meio social, afirma que a imagem do médico na sociedade, a partir do século XIX, adquire poder sobre a cidade, tornando-se uma autoridade responsável por tudo que nela diz respeito à saúde. O discurso científico

²⁰ Entrevista nº 02.

anunciou uma verdade sobre a loucura a partir do olhar médico, onde a loucura é uma doença e o sujeito só será curado através de internações, uso de medicamentos psicofarmacológicos e uma série de medidas desenvolvidas e justificadas pela psiquiatria que asseguram a dominação e controle partindo do médico em relação ao “doente” mental (SANTIN; KLAFKE, 2015). Percebe-se que nesta situação relatada por Helô, isso ainda se configura de forma muito latente. Quando se fala em muitos usuários não fazerem cuidado integral, isso significa que alguns não veem e não procuram os grupos de diálogos, o exercício do corpo, e da mente através das oficinas terapêuticas e outros acompanhamentos na orientação de profissionais que não sejam da saúde como ferramentas necessárias no auxílio do próprio tratamento, alguns até se recusam a participar dessas atividades. Eles enxergam apenas a medicalização como única forma de cuidado, mesmo no CAPS é a figura do médico e suas ferramentas, que poderão dispor do cuidado que necessitam.

Continuei minha conversa com Helô e aos poucos fui percebendo algumas das muitas dificuldades que o CAPS-Transtornos havia enfrentado e ainda estava enfrentando, dificuldades essas que implicavam em avanços limitados no processo de atuação da Reforma Psiquiátrica e na desconstrução do modelo manicomial naquele espaço e nos serviços que ali eram ofertados. Outro impasse que tive conhecimento no decorrer das entrevistas, dentro dessas dificuldades, foi a respeito da forma como os familiares lidaram e ainda lidam com a nova forma de tratamento daqueles que passaram a ser acompanhados pelo CAPS, uma vez que, as mudanças geradas pela implantação dos novos serviços de atenção à saúde mental estão relacionadas não somente com a cidadania dos usuários e a desmitificação da loucura, mas principalmente na inserção destes familiares juntos ao tratamento²¹. Há ainda muita incompreensão sobre nova política de saúde mental e isso acaba gerando resistências à reforma, mas conviver com portadores de transtornos mentais mais agudos, é uma tarefa árdua e delicada. Dentro do seio familiar, pais, irmãos, primos, sobrinhos convivem com a apreensão de uma iminente crise do ser dito louco a qual não possam ter controle. Sim, pois ainda é preciso ter controle e os familiares sentem que recai sobre eles a responsabilidade de conter a forma de agir e pensar destes indivíduos. Não caiamos na ingenuidade de imaginar que abriam-

se as portas dos manicômios, libertam-se o loucos das prisões e estes poderão viver gozando de plenitude e liberdade, pois se antes na disciplina existente na instituição manicomial confinavam-se corpos e forças, em uma sociedade de controle confinava-se também ideias e fluxos, fato que Deleuze (1992) aponta em sua obra “Conversações”, quando afirma que passamos de uma sociedade disciplinar que operava através de instituições como a escola, prisão, fábrica, hospital e outras, para viver em uma sociedade de controle que prescindia dessas instituições que entraram em crise após a segunda guerra mundial e que atua a partir de modalidades mais fluídas, flexíveis e deslizantes (PELBART, 1997). A exemplo do envolvimento familiar nesse novo cuidado ao portador de transtornos, vou lhes relatar um pouco da história de Antonio de Pádua, que me foi contada por sua irmã Dona Rosângela²², pessoa gentil e amável que me concedeu horas de conversa e a oportunidade de conhecer um pouco sobre sua experiência e a do seu irmão para com a Reforma Psiquiátrica.

Toni, era um homem que adorava falar espanhol, discutir geografia e, de brincar, tecer, desenhar e divagar com as palavras através de um caderno de poesias que ele mesmo escrevia. Era pessoa revoltada com a política e com Deus, tinha como seus principais ídolos o líder revolucionário cubano Che Guevara e o famoso cantor da música popular brasileira, Raul seixas, ou, como muitos também o conhecem, o “maluco beleza”. Sempre humilde, andava de chinelo, andava de roupa rasgada, do jeito que quisesse e, segundo sua irmã, ele não tinha muitas vaidades. As vezes inventava de tocar violão e cantar, mesmo não tendo muito talento pra coisa e muito menos noções de ritmo: “sem saber de nada, nem pra onde ia a música, cantava e tocava muito²³”. Ele era portador de esquizofrenia desde os 16 anos de idade, assim como dependente químico e, por vezes, fora internado na Clínica de Repouso Santa Sofia e em outras instituições psiquiátricas do estado de Pernambuco e de Minas Gerais, inclusive, foi lá que ele e sua família puderam conhecer pela primeira vez os serviços oferecidos pelo CAPS. Mas antes de chegar aos momentos pós-reforma psiquiátrica na vida dele, irei me ater a algumas de suas experiências, narradas por sua irmã, relacionadas ao internamento.

²² Entrevista nº 01.

²³ Entrevista nº 01

Homem alto e muito forte, muitas vezes nos momentos de crise, que eram recorrentes, Toni ficava muito agitado, gritava, queria sair de casa, as vezes também se isolava do mundo e da família. Segundo Dona Rosângela, as drogas ilícitas as quais ele fazia uso, assim como a medicação que ele tomava, juntamente ao temperamento forte que possuía, contribuíam para torná-lo uma pessoa agressiva e algumas vezes ela sentia que havia a necessidade de que algo fosse feito para que ele não incomodasse os vizinhos (como algumas vezes já aconteceu), para que não trouxesse risco às pessoas e para ele mesmo. Em alguns momentos críticos, o SAMU e até mesmo a polícia chegaram a ser acionados para que pudessem conter Toni dentro de sua própria casa e encaminhá-lo à Clínica Psiquiátrica ou até a outras unidades de atendimento médico da cidade, para que lá fosse medicado e, como ocorria na maioria das vezes, internado. Quando perguntei se essas internações e medicações surtiam algum efeito positivo em Toni, ela me foi bem objetiva e sucinta em afirmar que não:

[...] a medicação fazia engessar ele, ele ficava engessado, dominava, controlava, mas não melhorava, entendeu? Era um controle que a gente precisava daquele engessamento, para controlar, para equilibrar, tirar do risco, da violência, mas não trazia a qualidade de vida, não trazia melhoria de vida. [...] quando a gente levava para internar, era só para tirar da crise, eu até me questionava até que ponto eu deveria internar ele, que geralmente quem internava era eu, eu ficava “meu Deus será realmente necessário? Realmente eu não estou inventando não essa história?” Então, eu sempre me perguntava isso e quando chegava lá, que passava pela triagem, eu sempre perguntava, “doutor, (na frente dele que ele sempre estava o tempo todo, eu, ele e o médico) realmente existe necessidade?” E o médico dizia: “existe, existe necessidade, você quer ou não?” Não, se existe necessidade, tem que internar e aí internava, entendeu? Mas muito contra a vontade dele e quando ele entrava, ele dizia: “mas rosa?” como se eu tivesse traído ele, e eu me sentia muito mal.

As experiências do internamento eram traumáticas e dolorosas para Toni e também para Dona Rosângela que não era somente sua irmã, mas ainda tutora, cuidadora e amiga, como ela mesma fala. Com o passar dos tempos, seu irmão passou a ter crises ainda mais frequentes e a polícia e o SAMU não atendiam mais as ocorrências vindas da casa dela por já conhecerem a situação da família e,

possivelmente, por saberem que se tratava de um ser dito louco, pois isso é o mesmo que acontece com os moradores das RTs as quais tratarei no tópico seguinte. Mas, segundo Dona Rosângela, a situação de permanecer com ele em casa, era pior ainda devido ao perigo de sua agressividade e por outros fatores relacionados aos estigmas e aos preconceitos sociais, que há todo momento também se colocavam como incômodos e preocupantes: "A família fica sendo o espetáculo da rua porque não tem quem ajude e ele, ele pegava cadeira jogava na porta ele gritava(...) muito alto muito forte, então "naquela casa tem um doido", entendeu? E doido é um espetáculo pra sociedade!" Essas situações relatadas por Dona Rosangela consolidam a fala de Waidman (2004) que em suas pesquisas, por meio de visitas domiciliares feitas às famílias com portadores de transtorno mental, identificou que, entre outras, as dificuldades surgidas no enfrentamento dos problemas sociais e econômicos, a desconfiança depositada na pessoa que convive com o transtorno, o estigma, o desprezo e o desrespeito dos que o cercam, são os fatores que mais acometem os familiares que coabitam com os que vivem em sofrimento psíquico.

Quando Dona Rosangela e sua família souberam que a clínica estava em processo de desativação e que, mesmo com toda dificuldade, não poderiam mais recorrer ao internamento de Toni, entraram em pânico: "botaram pra morrer dentro de casa". Ela lembra de por vezes ter se questionado sobre como fariam então para conter as crises do seu irmão. Ela tinha consciência que o tratamento oferecido pela clínica não era eficiente para lidar com o transtorno dele, mas que nas circunstâncias de crise e para poder contê-las, aquela era tida como a única medida "eficaz" a ser tomada.

Nos momentos iniciais de Toni como usuário do CAPS, ficaram todos muito apreensivos, mas não houve resistência alguma de sua parte e dona Rosangela, juntamente com os demais familiares, sentiram-se todos muito bem acolhidos:

Assim eles acolhem e têm um tratamento terapêutico, eles fazem trabalho terapêutico, eles fazem uma reunião que eles dizem as dores deles, eles comungam das dores deles, entendeu? Eles têm um acompanhamento psicológico muito bom, tem muito psicólogo bom por lá e eles também tem os psiquiatras que passam a receita, a

medicação, e tem a farmácia aqui de Pernambuco que distribui remédio para os pacientes.²⁴

Ainda segundo suas palavras, a Reforma Psiquiátrica realmente tinha o desejo de ajudar, de melhorar a vida dos portadores de transtornos, mas que mesmo assim, diante das diversas situações as quais ela estava inserida, ainda havia muitas lacunas que precisavam ser preenchidas. Ao lhe perguntar sobre essas lacunas, ela me respondeu em tom de pergunta sobre o que fazer com as pessoas que possuem "grandes transtornos" que entram em crise, pegam cadeiras, entre outros objetos dentro de casa e arremessam numa porta, já sabendo que algumas das medidas emergenciais e os meios para torná-las possíveis, estavam totalmente fora da realidade? Eu, certamente, não me atrevi a dar uma resposta ao questionamento de Dona Rosângela, pois aquela era uma situação a qual nunca vivenciara. Meu olhar sobre aquela experiência, era de uma estudante que conhecia bem a história de um modo geral, as leis, as teorias... estava começando a dar os primeiros passos que me conduziriam a conhecer essa realidade de quem vive/viveu com a Reforma Psiquiátrica e de quem convive com pessoas portadoras de sofrimentos psíquicos:

Então...é muito ruim, por isso que eu aceitei fazer essa entrevista com você, porque é preciso rever essas coisas todas, é preciso falar com a família, é preciso falar com os pacientes, ta muito ruim, isso é muito ruim. O bombeiro não vem, a polícia não vem, o samu não vem porque já conhece a situação e a família toda fica esquizofrênica, a família toda fica dependente química, a gente é parceiro, a gente é co autor desse processo, porque a gente quer se ver livre, entre aspas, não dizer se ver livre da pessoas, mas se ver livre dessas doenças e não tem como se ver livre.²⁵

Ela completa sua fala fazendo uma comparação entre os internamentos de Toni na Clínica Santa Sofia em tempos de crise e a assistência oferecida pelos CAPS, tanto o de Transtorno quanto o AD. Segundo ela, Dr, Rodolfo Filho a acolhia, sentia suas dores e, juntos, decidiam que Toni seria internado, mesmo Toni por vezes se recusando ao internamento e sentindo como se estivesse sendo traído por sua irmã. Dona Rosângela me disse que todavia ficava de coração apertado, mas via aquela medida como algo que livraria a ela e ao próprio Toni de sofrimentos maiores. Já no

²⁴ Entrevista nº 01

²⁵ Entrevista nº 01

CAPS, ela não se sentia assim, mais segura, apesar de reconhecer que após o CAPS, ele passou a ter menos crises e que suas idas até lá, o engajava mais no corpo social, o fazia ser fisicamente mais ativo.

Mesmo Toni se recusando a ir todos os dias ao CAPS, como era sugerido, ele ia de duas a três vezes na semana. Ele sabia dirigir, mas conhecia suas próprias limitações e dificuldades advindas do transtorno e das medicações que tomava, então, preferia ir caminhando. As vezes, por questões de pura introspecção, recusava-se a participar das rodas de diálogo, mas participava de outras atividades terapêuticas. Sua família reconheceu por vezes que a forte medicação e reclusão de Toni dentro de uma clínica, não lhe trazia qualidade de vida, o real desejo de todos era poder conviver com ele sem riscos ou grandes transtornos, mas a fala de Dona Rosângela reside principalmente em suas dificuldades para que isso pudesse ser possível e na relação direta do CAPS com a família, que é a principal autora desse processo junto ao portador de transtorno mental. Para ela, a família é entendida como parceira no cuidado ao indivíduo que sofre psiquicamente, mas também necessita receber o suporte adequado para superar situações de desgaste físico, emocional, mental e psicológico, devendo encontrar junto aos serviços substitutivos em saúde mental, tal como o CAPS, o acolhimento de suas necessidades e apoio para sua reestruturação: "Então, a saúde mental, deixa muito a desejar, muito! São muitos vazios, muitas lacunas... é uma coisa que precisa ser repensada, esses casos crônicos são terríveis de conviver com ele em casa. Sozinho, a gente se sente órfão de pai e de mãe".

Não somente pelo preconceito, discriminação e a carência de suportes institucionais que não permitem que as famílias sejam suficientemente amparadas, as dificuldades diante do enfrentamento dos problemas advindos a partir da atuação da Reforma Psiquiátrica também podem estar ancoradas no fato que, historicamente, é possível identificar que a família nem sempre esteve incluída nos cuidados aos portadores de transtornos mentais. Ao identificar um sujeito com características de loucura, na ocorrência do primeiro surto, ele era imediatamente afastado do convívio familiar e direcionado ao isolamento. Tal afastamento se justificava com o argumento de que a família estaria sob ameaça de alienação, e que desse modo, necessitava de proteção. O ser dito louvo era visto como uma figura perigosa para a estrutura familiar um exemplo negativo que ao conviver com

os demais familiares, poderiam corrompe-los, principalmente aqueles mais frágeis. Entretanto, embora a família precisasse ser protegida do seu membro doente, o grupo era também acusado de promover a loucura. Esta contradição se dava devido à ideia de que a alienação provinha da estrutura familiar e dos conflitos que aconteciam a partir desta convivência. A relação entre a família e a loucura, desde que ela foi instituída como doença, todavia foi mediada pelas instituições médicas e estatais que se encarregavam da cura, tutela e assistência dos portadores de transtornos mentais, aos familiares, muitas vezes era apenas dada a incumbência de identificar a loucura, e encaminha-los as instituições manicomiais e, daí por diante, vez outra, visitar o dito “doente” e esperar pacientemente por sua recuperação, “Recuperação” que, na maior parte das vezes, não acontecia, e assim o louco nunca mais voltava para o seio familiar (MADEIRA; CUNHA, 2009).²⁶

Quando conversei com Helô, ela também me relatou alguns casos de dificuldades dos familiares a lidarem com os usuários em casa, após a reforma, e diante disso, ela e juntamente com a equipe multiprofissional, costumavam fazer algumas visitas domiciliares para saber exatamente o que acontecia, tentar fazer acordos e levar a família para dentro do cuidado do usuário, mas isso todavia foi uma tarefa bem difícil, fosse pela incompreensão, pelas relações turbulentas já pre-existentes no seio familiar, falta de conhecimento, entre outras questões que estão inseridas em histórias como as de Toni e de dona Rosângela, ou não. Contudo, Helô conscientiza-se que:

Mas assim, é o dia-a-dia que não é fácil de conviver também com a crise, não é fácil conviver com uma pessoa que as vezes fica agressiva e não que todo transtorno mental a pessoa fique agressiva, mas as vezes a pessoa fica mais agitada que o normal, ne? As vezes sai na rua, faz isso, fala aquilo, aí as pessoas se incomodam. E é porque na verdade as pessoas se incomodam porque é o diferente, as pessoas se incomodam com o diferente, não é com o transtorno mental, é com aquilo que não é a mesma opinião que a minha muitas vezes, ne, com a pessoas que muitas vezes não tem a mesma sexualidade que eu, com pessoa que não tem o mesmo, enfim...ne a sociedade.²⁷

²⁶ Cf. MADEIRA; CUNHA, 2009.

²⁷ Entrevista nº 01

Partindo dessa fala de Helô, percebe-se que além do mais, se faz necessário desconstruir a ideia de que esses atores sociais, são em sua essência perigosos e incapazes, que, todavia, deveriam permanecer asilados e excluir essa realidade de não quererem conviver com a diferença. Desinstitucionalizar não está apenas na ordem dos estabelecimentos de saúde, nos profissionais, dos familiares, nos aportes teóricos e técnicos, mas trata fundamentalmente da percepção de que existem diversas formas sociais que nem sempre estão explicitamente enunciadas, mas que regulam de determinada maneira, os modos de existir. As relações se modificam e constituem configurações subjetivas e espaciais que são capazes de nos apartar do contato com o diferente e, neste cenário, nós também nos tornamos os enclausurados.

Mesmo acreditando ser o transtorno de Toni uma patologia, uma doença, Dona Rosângela tinha consciência que não poderia esperar uma possível cura do seu irmão, pois é isso que as pessoas equivocadamente esperam, uma cura, uma padronização comportamental dessas pessoas ao que a sociedade intitula ser o "normal", aceitável e sadio. Ela apenas sabia que podia esperar uma qualidade de vida melhor na convivência dele com a família e tinha consciência de que esse era um processo lento e gradual. A "orfandade" a qual Dona Rosângela se refere em uma de suas falas, tem uma conotação metafórica, figurada, que se refere a alguém que se sente desamparado, abandonado, desvalido de proteção e ajuda quando se necessita, nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica, os espaços e serviços substitutivos à Clínica Santa Sofia, não representaram, principalmente nos momentos críticos, um auxílio para ela. Em suas próprias palavras, a Reforma a Psiquiátrica tinha uma boa intenção, mas na prática e em diversas situações, era ilusório ou "fantasioso".

Soube que três anos antes da conversa emocionada que tive com Dona Rosângela, o pai de Toni, com quem ele tinha uma relação um tanto conturbada e conflitante, porém muito forte, falecera acometido de um câncer no estômago. No momento em que estava nos estados finais da doença de seu pai, Toni pediu para que sua irmã o internasse dentro do CAPS, pois ele já temia a forma como reagiria à notícia da morte do ente tão querido. Seu pedido foi atendido e entre o processo da morte de seu pai, até dias após o enterro, Toni ficou por volta de quinze dias recluso no CAPS. Ao sair, passou a morar em uma casa próxima a da sua irmã, e esta,

continuou dando a ele todo apoio, cuidado e carinho que ele necessitava principalmente após um momento tão difícil.

Toni, além de vítima das ditaduras sociais, condenado por vezes ao enclausuramento, era também, por excelência, um encarcerado das sensibilidades, infelizmente, um mês após sua saída de sua internação no CAPS, ele não conseguiu suplantar ao sofrimento da perda de seu pai e acabou cometendo suicídio.

Acho que foi a perda do meu pai que fez ele fazer isso. E ele já tinha tido vários episódios de suicídio, ele já tinha tido várias tentativas. Então a gente tem muito o que falar sobre isso, como que eu cuidei dele, ne? No sentido de ter sido acompanhante, o tempo todo perto, porque ele era meu irmão mais querido, eu chega fico meio... tô me tremendo um pouquinho porque estou falando nele e ontem também eu nem dormi bem porque sabia que ia falar dele hoje. Mas aí assim, desde o começo que a gente acompanhava ele, ninguém nunca pôde deixar ele. Aí é uma história bem difícil [...]

Por vezes, durante nossa conversa, ao falar de Toni e suas experiências de vida, Dona Rosângela se emocionou bastante. Para ela, o abraço de seu irmão, apertado e com cheiro de cigarro, era o mais fraterno do mundo. Até hoje, ela não consegue ouvir as músicas de Raul Seixas e Alceu Valença, as preferidas tocadas por Toni, devido às lembranças que ainda são tão nítidas e carregadas de saudade. Ela me demonstrou imensa gratidão por aquela oportunidade de poder ter falado um pouco sobre as coisas que viveu e sobre suas memórias acerca dessa trajetória conturbada de conviver ao lado de uma pessoa portadora de transtornos mentais.

Não somente através das de Dona Rosângela, mas também das de Helô e de outras pessoas que conheci no decorrer de minhas pesquisas, pude compreender que a Reforma Psiquiátrica em Caruaru está para além das leis, discursos e saberes, ela está cotidianamente nas práticas que se dão dentro de um contexto cheio de dificuldades e embates que, muitas vezes, tendem a ir totalmente de encontro ao que se objetiva, a exemplo disto, podemos conferir nestas poucas experiências e relatos sobre o CAPS em Caruaru, quando observamos e concluimos certeza que mesmo após sete anos em que a Reforma Psiquiátrica começou a atuar na cidade, ele (em especial o de Transtornos) em meio a tantos

empecilhos, mudanças e incertezas, ainda é um espaço que aos poucos se constrói na cidade.

2.3 - As Residências Terapêuticas: como habitam os "anormais?"

Outros espaços que surgiram no cenário urbano caruaruense foram as RTs (Residências Terapêuticas), elas constituem-se como alternativas para aquelas pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, que estavam internadas há anos e que por motivo de abandono durante o internamento ou depois da saída dos hospitais e clínicas, não tiveram para onde ir. Além disso, essas residências também servem de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2014, existiam 610 SRT(Serviços de Residências Terapêuticas) implantados no país, com 3.470 moradores. Pernambuco contava com 58 RTs, dos quais 31 localizam-se na capital, Recife.²⁸

As RTs, são casas localizadas no espaço urbano, mas é preciso entender aqui que elas devem conter menos de uma dezena de moradores e contar com suporte de outras pessoas que são intituladas de "cuidadores"(cozinheiros, enfermeiros e psicoterapeutas, entre outros). Esses cuidadores precisam ser sensíveis às demandas e necessidades de cada morador, em outras palavras, deverão considerar a singularidade de cada um, e não apenas partilhar de projetos e ações baseadas no coletivo da casa, ou enxergá-los de forma generalizada e massiva, para que assim, possa se desfazer por definitivo do perfil das instituições totais destinadas à loucura, onde as principais características eram a realização das atividades num mesmo local e sob uma única autoridade, com todas as pessoas tratadas da mesma forma e obrigadas a realizar tarefas em conjunto, rigorosamente organizadas por um sistema de regras formais. Essas residências também fazem parte de um início do longo processo de reabilitação que tem como objetivo buscar a progressiva inclusão social do morador: Ainda segundo Cavalcanti:

²⁸ Cf.BRASIL, 2015.

A Residência Terapêutica se constitui como dispositivo no processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas de transtorno mental, com o intuito de promover a construção da sua inserção na comunidade. As residências se constituem como espaços de habitação e de reconstrução de laços sociais e afetivos para as pessoas que se encontravam confinadas. (CAVALCANTI, 2005, p.32)

Como mencionado, as RTs são espaços de habitação e habitar é um ato que vai além da simples representação de delimitação de um espaço residido, segundo Heidegger (2002), não implica em somente ter uma residência, mas sim, em representar uma ação que traduz o homem no seu modo de relacionar-se com o mundo e de como ele se sente em relação às diversas possibilidades de *ser* em determinado espaço, ou seja, é a própria condição na qual este se encontra no mundo. O manicômio foi o lugar onde o habitar foi negado, para que se pudesse ser afirmado apenas o estar ou *morar*, levando em consideração que estes, estão relacionados com a pouca ou quase nenhuma propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material e nem simbólico (SARRACENO, 2001).

A estrutura material onde se pode habitar é a casa, e ela também está para além da estrutura física do piso, paredes e tetos e outros elementos materiais dos quais ela é composta. Ela é o complexo de experiências concretas de re aquisição-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas que estão fora das instituições, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana. A casa é onde o indivíduo passa a existir, onde pode abrigar-se e realizar diferentes ações, os sujeitos que estão dentro da casa, podem ir além daquele espaço interior para expandirem suas relações ao exterior, e desta forma é que a casa extrapola seus limites físicos, através da habitação e dos hábitos construídos no dia-a-dia, demonstrando seu poder de conectar-se com o mundo lá fora.

Só a partir dessas reflexões, é que podemos pensar mais um pouco sobre como os portadores de transtornos mentais se apropriam das residências terapêuticas, se as práticas exercidas dentro e fora daqueles espaços se configuram como uma casa

onde se habita, não apenas como um lugar onde se mora, e de que forma os profissionais que lá atuam, contribuem para que não ocorra apenas uma mudança de ambiente que se dá do Hospital Psiquiátrico para a RT, mas que se ocorra o verdadeiro processo de reabilitação social e desintitucionalização dos espaços e das práticas, com vistas no ato de habitar.

Caruaru passou a contar com duas Residências Terapêuticas situadas nos bairros Caiucá e na Vila Andorinha, elas são classificadas como residência tipo 01 e tipo 02. A RT tipo 01 é destinada a moradores com mais autonomia, que conseguem executar as atividades de vida diária: conseguem tomar banho, lavar louça e outras atividades com níveis mais baixos e mais altos de complexidade. A RT tipo 02 são de moradores que têm transtornos mais crônicos, muitas vezes já não tem a linguagem verbal e possuem debilidades físicas que os impossibilitam de falar, movimentar e executar outras atividades cotidianas. Em ambas, alguns são egressos da Clínica Psiquiátrica Santa Sofia, quatro especificamente, mas também tem alguns moradores que vieram de outras cidades e estados, como no exemplo de um senhor que veio do Rio de Janeiro e que por ter parentes próximos a Caruaru, acabou sendo alocado para a RT da cidade. Alguns deles têm histórico de violência domiciliar, (anteriormente, em momentos de surto e antes da internação) nesses casos, a família alegou não ter mais condições de cuidar (é o caso do senhor Osmar, que agrediu a pessoa com quem ele morava no momento de crise), e a família teve que se reportar ao ministério público alegando não ter condições de permanecer com ele em casa, para que assim, ele fosse encaminhado para a RT.

As RTs são mantidas pela prefeitura, mas nas conversas que tive com Rafaela²⁹, a administradora das duas casas, pude compreender que mesmo sendo lugares de responsabilidade do poder público municipal, os dois espaços deveriam se configurar, em suas práticas, como espaços privados, como lugares em que habitavam homens e mulheres juntos, comungando das experiências da convivência cotidiana, apropriando-se cada um do seu modo de realidade, marcando sua personalidade, mantendo suas particularidades e construindo uma vida inserida na sociedade. Ao refletir sobre a produção de subjetividade propiciada pela convivência em relação ao outro e a si mesmo e a construção de novos sentidos pra vida nas

²⁹ Entrevista nº 03 realizada com Rafaela Moura no dia 26/04/2018. Rafaela é uma enfermeira com especialização em saúde mental. Na época das nossas conversas, ela administrava as duas RTs.

residências que também são tidas como lugares de troca, autocriação e encontros que o ato de habitar permite, quis saber mais sobre em que consistia o trato naqueles sujeitos possuidores de sofrimento psíquico dentro daquelas casas, quais as práticas cotidianas, como se constituía esse habitar atrelado a necessidade do cuidar, da convivência, das diferenças, dos hábitos, vícios, dos conflitos... Desejava, desde o princípio, ter tido a oportunidade de conviver um pouco com aquelas pessoas, por motivos diversos, não tive a oportunidade de fala dos próprios moradores acerca de suas experiências, mas as falas de Rafaela a partir de seu conhecimento e convivência, muito me ajudaram a entender melhor sobre as os que lá habitavam e como se construía aqueles espaços.

Uma das primeiras coisas que Rafaela me contou com muita satisfação e alegria, foi que inspirada pelo filme *Nise, o coração da loucura*, a musicoterapia e a pintura estavam sendo inseridas dentro das RTs há alguns meses e que isso estava surtindo um efeito bastante positivo nos moradores. No filme, é retratada a história real da médica psiquiatra Nise da Silveira que foi umas das pioneiras na luta antimanicomial brasileira. As cenas começam a partir da sua chegada ao hospital Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, onde Nise se colocou contra uma psiquiatria que aplicava choques violentos, camisa de força, isolamentos entre outras práticas que visavam "ajustar" portadores de transtornos. No filme, é retratada a situação precária a qual encontrava-se o hospital e seus pacientes, além forma desumana a qual eles eram submetidos naquela instituição. Ao propor um tratamento mais humanizado que tinha como base a arte e a musicoterapia, Nise gerou intrigas com outros profissionais de sua área, mas obteve sucesso em seus resultados ao observar que esses métodos geravam significativa melhora nos pacientes. Esquizofrênicos marginalizados e esquecidos puderam ser autores de obras que ainda hoje são expostas no Museu de Imagens do Inconsciente, no Rio de Janeiro. A arte marcou o renascimento daquelas pessoas para a sociedade, e suas obras, assim como a atuação profissional de Nise, repercutiram internacionalmente. Para Nise, a pintura que se configura neste caso como uma terapia ocupacional não verbal, como única que seria apropriada e capaz de reabilitar os portadores de transtornos, em especial os mais graves como os esquizofrênicos. Ela ressaltava o alcance desta terapia para além das formas convencionais de psicoterapia, ao constatar que a comunicação com os esquizofrênicos graves só poderia ser feita

inicialmente desta forma. A terapia ocupacional lhes permitia a expressão de vivências não verbalizáveis que no psicótico estão fora do alcance das elaborações da razão e da palavras. Nise não aceitava que os esquizofrênicos não tivessem afetividade, pois, acreditava que as terapias ocupacionais mostravam o contrário, uma vez que toda aquela produção artística seria uma demonstração cabal da preservação da afetividade nestes ditos "doentes", afetividades estas que no íntimo foram guardadas e protegidas.

Rafaela, que assistiu ao filme com os moradores e com os cuidadores, resolveu em comum acordo entre eles, comprar telas e tintas para realizar as atividades com desenhos e pinturas. Outra coisa que fizeram também inspiradas no filme e nas práticas de Nise, foi adotar uma cachorrinha para conviver com os moradores da Residência tipo 01, pois isso fazia com que eles pudessem desenvolver ainda mais os vínculos afetivos, o cuidado e as responsabilidades que surgem a partir dos atos de dar banho no animal, dar comida, afeto e outras questões que os ajudariam a desenvolverem mais, aos poucos, o grau de autonomia.

Além das atividades terapêuticas, haviam outras atividades corriqueiras que os moradores da RT tipo 01, em especial, costumavam fazer. Nestas atividades estava incluído ir ao mercado, comprar alguma comida em lanchonetes, ir à padaria comprar pão, comprar cigarros (todos da casa são fumantes), pagar contas, comprar roupas e outros bens. Diana, única mulher que morava da RT tipo 01, era muito vaidosa e cuidadosa com sua aparência, umas das primeiras coisas que fazia quando recebia dinheiro de seus familiares, era ir ao salão que ficava logo em frente para escovar os cabelos e fazer as unhas. Outros moradores eram mais reservados e não gostavam de sair muito, suas atividades se limitavam aos afazeres domésticos e ir à igreja, geralmente uma igreja evangélica que também ficava nas proximidades da casa. Nilson, um morador possuidor de boa autonomia e capacidade de interação, pediu que o colocassem nas aulas de capoeira e muay thai, mas no período em que estive a conversar com Rafaela, esse pedido ainda não tinha sido realizado devido ao fato de ele ter sido transferido para a RT 02 por motivos de fortes conflitos pessoais com Diana, a vaidosa, que segundo alguns disseram, tem uma personalidade bastante complicada. Soube também da história de um morador e uma moradora que em tempos passados, haviam sido internados na clínica

psiquiátrica Santa Sofia e que depois de anos, se reencontraram nas residências e começaram a namorar, construindo uma relação afetiva saudável de companheirismo e muito cuidado.

Ao tomar conhecimento dessas poucas cenas que abarcam a multiplicidade do cotidiano dos moradores das RTs em Caruaru, pude perceber que as estruturas do manicômio como uma instituição total, se encaminhavam para se desfazer por completo. Nessas antigas instituições manicomiais, o portador de transtornos era obrigado despir-se de sua história, passando por processos que acabavam sufocando a sua subjetividade, o sujeito não se despia somente de suas roupas, mas também de sua individualidade, privacidade, tornando-se um mero doente. O sujeito passa a ter todas as suas atividades planejadas, hora para comer, dormir, falar... Até os horários de ociosidade são programados, sem que haja respeito aos enquadres sociais dos quais o sujeito fazia uso antes da internação, fato que por si só já é uma agressão à individualidade e a subjetividade. As perdas dos papéis sociais são um ataque ao paciente e no que tange a internação num manicômio, existe ainda a perda do rótulo de saudável, de quem "tem a razão". O sujeito passa a não ser senhor de si mesmo, pertencendo então a instituição, pois na concepção manicomial o louco não tem razão e precisa de quem cuide dele, de quem lhe dê o molde de ação, o que lhe causa enorme sofrimento, pois o sujeito passa a desconhecer o seu destino, situação que gera forte insegurança. Através dos relatos de Rafaela, pude perceber que nas RTs há lugar para os desejos, consumo, sexualidade, à religiosidade, vaidade, vícios, hábitos e afetividade. O espaço privado dessas casas possibilitam aos moradores uma reorganização do "eu", uma manutenção da sua identidade pessoal e também das suas subjetividades. Com a aceitação da complexidade das diversas formas e existência, atribuem-se novos sentidos às tarefas comuns do cotidiano, indo totalmente na direção contrária às práticas dos hospitais e clínicas psiquiátricos (GOFFMAN, 1985).

O exercício da Residência Terapêutica enquanto importante serviço substitutivo fundamenta-se na construção diária de governança da própria existência e na potencialidade de transmutar-se interna e externamente. Neste sentido, os profissionais têm papel fundamental no comprometimento com a desconstrução de práticas alicerçadas no modelo manicomial excludente para orquestrar uma dinâmica de sujeitos de direitos e deveres, maestros das próprias decisões. Partindo

desta reflexão, perguntei a Rafaela sobre como ela, sendo administradora das residências, monitorava suas próprias ações para que não sucumbisse às práticas manicomialis. Ao me responder, ela foi sucinta em explicar que se desfazer dessas práticas dentro e fora das residências, era uma tarefa muito difícil:

E é muito gratificante você poder contribuir pra isso, pra que as pessoas tenham autonomia de seguir suas vidas, então, existe a teoria da reforma psiquiátrica, existe as pessoas no Brasil, Nise... mas a reforma psiquiátrica ela se estende, não é um marco, não é só um período em que as pessoas saíram... não! É uma nova sensibilização. [...] a reforma psiquiátrica tem que estar dentro da cabeça da gente todo dia, a gente todo dia tá passando pelo processo de “desinsti”, eu e toda a equipe, todo dia a gente precisa reformar a ideia de que as pessoas não estão mais na de que... não é simples pra gente que cuida também, não prender, controlar... Então assim, as vezes eu quero proteger muito, as vezes eu tenho medo de deixar sair e a reforma psiquiátrica tem que estar dentro da minha cabeça, eles são pessoas comuns, eles são gente como a gente.³⁰

Ela completa sua fala me relatando algumas das muitas dificuldades que passava, tal como a falta de paciência dela mesmo e de alguns cuidadores no trato com algumas impulsividades de alguns moradores. Exemplificando, ela citou o episódio de um deles que vez outra gostava de subir no muro da casa e que mesmo ela pedindo diversas vezes para que ele não subisse, ele agia como se não a escutasse. Para ela e as demais pessoas responsáveis pelas RTs, muitas vezes isso era desgastante, não tinha como não faltar a paciência já que esses casos, não eram casos isolados, eram corriqueiros, recaía sobre ela e os cuidadores, a responsabilidade da integridade física dos que habitavam nas RTs:

Somos de carne e osso, nós temos nossas falhas, e é isso que eu tento passar para as meninas todos os dias. As vezes falta paciência, falta? Chega uma hora que o cuidador também não aguenta... Então é muita coisa pra administrar, é difícil, a responsabilidade de cair e se machucar a culpa é nossa, né? Então por vezes é sim um trabalho estressante, mas o que eu digo as meninas, é: chegar em casa,

³⁰ Entrevista nº 03

respirar fundo e fazer uma autoanálise, o que é que eu fiz hoje que eu posso melhorar no meu trabalho³¹?

Rafaela continua a me relatar que muitas vezes, os cuidadores e profissionais das residências lutam para que não se deixem vencer pelo cansaço e pela comodidade, pois ela reconhece que é trabalhoso sair com alguns moradores para passear, fazer exercícios e outras atividades. A respeito disso, ela me contou sobre a experiência frequente que tem com a moradora Vanúzia que não gosta de sair. Quando Vanúzia sabe que está prestes a sair da casa para algum passeio, ela até se ajeita e ajuda a arrumar os colegas, mas logo em seguida começa a se despir sinalizando que quer ficar dentro de casa:

A gente tem que trabalhar com Vanuiza pra mostrar... aí vai uma pessoa só com Vanúzia e a gente vai... e a gente leva Vanúzia e Vanuzia se ajeita e a gente vai de novo. E é fácil? Não é, mas não é porque ela não quer que a gente vai deixar de fazer.³²

Ela ainda reitera que por mais que fosse difícil não exercer o poder e o controle dos espaços e dos moradores pelo excesso de cuidado ou pelo excesso de cansaço, o empenho dos profissionais que ali atuavam, eram prezados em primeiro lugar, a reconstrução da cidadania e da inserção social.

Mas não diferente dos CAPS, as RTs também passaram por dificuldades e enfrentam problemas na efetivação da Reforma Psiquiátrica, ocasionados por fatores externos e de administração municipal. Em momentos de surto de algum morador, o SAMU da cidade, mesmo sendo acionado, não atendia mais as ocorrências das Residências Terapêuticas por se tratar de pessoas portadoras de transtornos mentais, pessoas “loucas”. Com isso, o atendimento de urgência a esses moradores, se tornava um tanto dificultoso, uma vez que, tinha que se entrar em contato com a coordenação do CAPS que por sua vez entrava em contato com os plantonistas para que os moradores fossem urgenciados por lá até que se estabilizassem as crises. Rafaela me falou que jamais os moradores poderiam ser urgenciados em casa: " é contra a lei fazer uso de medicação endovenosa, não pode ser feita medicação pra crise em casa, a gente chama eles de moradores, não são

³¹ Entrevista nº 03

³² Entrevista nº 03

os pacientes, não são usuários, eles são moradores porque eles estão na casa deles, entendeu?"

O SAMU não vai, dificilmente, porque eles são portadores de transtorno mental, e o SAMU só vai com a polícia e a polícia não vai e é tudo um transtorno. Se recusam a ir, ou eles dizem que vão e não chegam, entendeu? E depois eles alegam inúmeros fatores e fica por isso mesmo. Então pra facilitar as meninas entram em contato comigo e aí eu ligo pra cá pro caps. Tem médico aqui, a gente traz pra cá, é urgenciado aqui e permanece aqui até a crise se estabelecer. Não tem médico aqui, a gente leva pra UPA, urgência na UPA e traz para o CAPS, o fluxo é esse porque eles estão em casa e em casa, ninguém é urgenciado³³.

Os moradores das residências também se utilizam do CAPS, em casos de necessidade, eles são encaminhados para lá e ficam sob o cuidado da equipe médica, pois os dispositivos que dispõem os cuidadores, não são suficientes para estabilizar algumas crises. Neste caso, o atendimento dos moradores se assemelha com o dos usuários quanto se trata da necessidade de internamento.

Outro problema mencionado foi que a RT localizada na Vila Andorinha fugia totalmente da proposta de ressocialização por estar muito isolada e localizada em um bairro muito distante. Rafaela estava em um processo de conversação com a prefeitura, na esperança de que pudessem mudar para um bairro mais central ainda na metade do ano de 2018. Ela tinha um interesse notório para que isso fosse logo resolvido, pois desejava colocar os moradores nas aulas de capoeira, para fazer academia, poder estar perto de uma feira e entre outros espaços que facilitariam a inserção deles na cidade, lhes proporcionando mais possibilidades de atuação dentro do cotidiano.

Por fim, percebe-se que no interior do morar e na privacidade do ato de habitar nas Residências Terapêuticas, os moradores vivem individualmente, e como muitas vezes Rafaela mencionou, em família, cultivando hábitos próprios nos ambientes que compõem a casa: dormindo em camas individuais, fazendo refeições na cozinha, afazeres domésticos, reuniões para conversas, para fumar, rir, brincar e produzir ações que buscam intervir nos distintos espaços e nas relações de vida dos

³³ Entrevista nº 03

moradores, aumentando assim o poder de participação destes nos processos de trocas sociais, identificação e apropriações dos espaços não somente dentro, mas também fora das residências. É certo que da mesma forma como ocorre no CAPS, ainda existem algumas dificuldades a serem superadas, mas a mais importante entre elas, consiste em compreender que é cotidianamente que a experiência manicomial, de enclausuramento e de reclusão social se desfaz, e que somente desta forma é que se efetivará o processo de desinstitucionalização dos atores sociais envolvidos nesse processo.

CAPÍTULO 3

3- A CIDADE, AS RUAS E A LOUCURA: OUTRAS CENAS E CENÁRIOS.

A cidade e as ruas são os grandes cenários para todas essas mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica e analisar os caminhos a serem trilhados dentro delas, em vistas ao processo de desinstitucionalização da loucura, é de fundamental importância. Mas para fazer este percurso, não basta apenas mapear os novos espaços destinados ao cuidado e moradia dos portadores de transtornos mentais, é necessário estarmos atentos que para além deles, existem outras questões dentro da cidade que também se constituem como importantes no processo de readaptação aos espaços citadinos, reapropriação da urbe e emancipação, não apenas social, mas também política, cultural e, principalmente, pessoal dessas pessoas. Para finalizar o percurso dos caminhos da loucura em Caruaru, neste trabalho, abordarei no último capítulo, algumas outras experiências, outras cenas e cenários que também se

3.1- O processo de desinstitucionalização e as possibilidades do acolhimento da 'loucura' no cenário urbano.

Em fins do ano de 2014, após morar por quatro anos em uma parte central da cidade, mudei-me para um bairro um pouco mais distanciado do centro, um bairro mais periférico, fui morar no Boa vista II. Na época, trabalhava como professora no outro extremo da cidade, na COHAB III, ou melhor, no popularmente conhecido bairro das Rendeiras. Era necessário pegar dois coletivos para ir ao trabalho e para retornar à minha casa. Algumas vezes em que não iria ter expediente de trabalho no turno da tarde, retornava para casa por volta de meio dia, quase uma hora da tarde, atravessando a cidade no ônibus Rendeiras até o centro e, de lá, pegando o ônibus Boa Vista II até praticamente a esquina da quadra onde morava. As viagens percorridas do centro até a minha casa, durante esse horário, neste segundo ônibus, eram-me um tanto mais curiosas e interessantes. Dentre o grupo de pessoas que

eram facilmente identificadas (devido ao fardamento que usavam) como trabalhadores indo para suas casas em horário de almoço e os barulhentos, em sua maioria, jovens estudantes, estava o grupo de pessoas que quase que diariamente, naquele mesmo horário, se dirigiam para o CAPS que ficava praticamente ao lado de minha casa, isso obviamente foi algo que só vim saber algum tempo depois. Desse grupo, alguns entravam pela porta da frente, passavam pela catraca e pagavam passagem, outros, entravam pela porta traseira e mostravam suas carteirinhas à câmera, assim como faziam os idosos, deficientes físicos e outros beneficiados a não pagar pela tarifa de ônibus. Sempre observava com muito esmero alguns um tanto agitados, acompanhados por alguém que possivelmente ali estava para ajudá-los a chegar ao destino final. Outros, iam sozinhos, muito cuidadosos e comedidos e sempre atentos diante de cada parada que era sinalizada. Me recorde de um senhor moreno, de meia idade, que entrava pela porta de trás, sempre segurando fortemente sua carteirinha juntamente com seu documento de identidade em uma das mãos que eram um tanto trêmulas, e com a outra agarrando fortemente uma das barras de ferro ao lado da porta traseira, ele nunca se sentava. Certa vez, me perguntou se o ponto de ônibus em que eu estava prestes a descer, era o mais próximo do CAPS, eu disse que não, que o ponto a descer seria o próximo, ele me agradeceu e, um tanto acuado e tímido, me falou que o outro motorista o qual estava acostumado a viajar e que sempre o deixava na esquina, não estava naquele dia, como era outro motorista que ele desconhecia, estava com receio de descer no lugar errado.

Alguns outros passageiros que seguiam o mesmo destino, o CAPS, tinham uma preferência especial dentro daquele coletivo... ao entrar, entusiasmados por serem os primeiros a subir, corriam rapidamente para as cadeiras posicionadas na janela, possivelmente para melhor apreciar a vista, tomar um ar, ir admirando a paisagem... Para mim e para tantos outros daquele ônibus, aquele era um percurso comum, rotineiro, muitas vezes, cansativo e chato, mas para algumas daquelas pessoas que se dirigiam ao CAPS, era notório que aquele era um percurso de novidades, distração, descobrimentos... era um passeio prazeroso onde podiam gozar da liberdade e contemplação das paisagens.

Nas conversas que tive com Dona Rosângela,³⁴ acerca das experiências de seu irmão, Toni, que foi usuário das duas modalidades de CAPS, ela relatou-me o quanto seu irmão gostava de andar pela cidade, mesmo muitas vezes, devido à surtos de esquizofrenia, ele achar que haviam pessoas o perseguindo nas ruas. Quando perguntei a Dona Rosângela se ele também ia de ônibus, e ela disse que às vezes, mas que ele gostava mais mesmo era de ir caminhando, que ele não ia todos os dias, mas geralmente quando ia, fazia "à pé", "ele adorava!". Dona Rosângela menciona também que isso o ajudava a se tornar menos sedentário, já que no tratamento com base somente na medicação, ele "trocava" o dia pela noite e as vezes dormia demais. Nas experiências Relatadas por Rafaela sobre as Residências terapêuticas, apesar das resistências de alguns poucos moradores, quão grande era a alegria da maioria quando sabiam que poderiam ir ao parque e às praças da cidade! Ela me contou que Diana, a moradora já citada no capítulo anterior, toda vez que a via chegar na residência, a primeira coisa que perguntava era: "deixa eu ir no centro?", pois, pra ela, sair, pegar um ônibus, ir ao centro, comprar uma roupa, ter autonomia com o corpo e o dinheiro dela, eram experiências prazerosas e muito valorosas.

Essas andanças praticadas pelos portadores de transtornos e o engajamento destes como moradores com a cidade, com os bairros, com outras pessoas, com conhecimento dos lugares, trajetos cotidianos, seja pelo ato de caminhar ou por meio de algum transporte, relações comerciais, de vizinhança, de sentimento, de apropriação dos espaços, segundo Mayol³⁵, tudo isso faz com que se organize o dispositivo social e cultural, onde o espaço urbano se torna não somente objeto de conhecimento, mas o lugar de um reconhecimento. É preciso estabelecer entrosamento e nos encontros estabelecidos entre os outros habitantes da cidade e os indivíduos tomados como "loucos", as possibilidades de reconhecimento mútuo poderão ser diversas.

Um outro ponto importante a se considerar é que existem, entre esses atores sociais egressos do internamento, algumas histórias de vida com trajetórias profundamente marcadas pelas discontinuidades. Muitas dessas pessoas que

³⁴ ENTREVISTA 01, concedida por dona Rosângela Xavier, irmã de Toni, ex-usuário do CAPS Transtorno e AD, também ex-interno de clínicas e hospitais psiquiátricos. Entrevista concedida em 03/04/18.

³⁵ MAYOL, 2000.

voltam ao convívio social, já passaram por diversas instituições e cidades, e nesse percurso de mudanças e deslocamentos, documentos, lembranças, contatos e objetos pessoais foram perdidos, arrancados ou deixados pelo caminho e tudo isso poderá dificultar esse egresso a enxergar a cidade como um suporte da memória, com sentimentos de apropriação e identificação. Ela já não será a mesma, independentemente de poder ser a mesma do ponto de vista geográfico. A cidade as quais essas pessoas retornam, passa a ser um lugar desconhecido ou pouco conhecido devido as vagas referencias anteriores ao internamento, e os espaços onde se colocam como livres e abertos, podem se apresentar de modos fechados, enigmáticos, desinteressantes e até mesmo assustadores. Então, deve-se levar em conta questões relacionadas ao enraizamento e os estreitos laços com a e historicidade dessas pessoas e suas experiências de perda dos suportes materiais da memória, tendo em vista as mudanças sofridas pelo cenário urbano.

Contudo, percebe-se que a Reforma Psiquiátrica, se efetiva de formas diversas que vão muito além dos espaços murados, e que não implica somente no momento em que se está no CAPS ou dentro das Residências , mas, principalmente a partir do momento em que ela vai propiciando a reapropriação da cidade de forma cotidiana, possibilitando a esses cidadãos egressos do internamento, a partir mesmo dos trajetos de ida e volta, a retomada do convívio social, dos uso dos espaços e serviços e todo o misto de oportunidades de interação com o meio e outras pessoas. O modelo hospitalocêntrico enxergava a loucura como uma doença que precisava ser tratada e o sujeito considerado "louco", ficava recluso para poder reestabelecer sua sanidade e para que pudesse se encaixar novamente nos padrões da sociedade vigente. Deste modo, os ditos "loucos" eram privados de se apropriar da cidade por esta mesma cidade se recusar em abarcar a loucura. E essas pessoas que foram para os hospitais, perderam vínculos afetivos e outros papeis que exerciam, deixaram de ser vizinhos, pedestres, passageiros, pais, mães, filhos, filhas... para serem somente os "loucos". Se a Reforma Psiquiátrica preconiza que as pessoas possam ter liberdade e exercer sua cidadania, percebe-se que também está na cidade, na inserção do espaço urbano um principal proporcionador dessa autonomia. É na cidade e nas ruas que poderão voltar a exercerem seus papeis sociais, nessa perspectiva, a loucura precisa da cidade, mas a cidade também

precisa da loucura para se efetivar de fato como acessível, inclusiva e democrática.(LEFEBVRE, 2008)

3.1- Nas ruas a protestar: a marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru.

Fotografia 1 Marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru



Fonte: Arquivo pessoal (2018)

Não dá para falar da cidade sem falar das ruas, pois são elas que atravessam e determinam práticas, modos de agir e pensar sobre a loucura. De um modo geral, segundo DaMatta, a rua se configura como um dos espaços mais importantes da sociedade relacional brasileira. Esse espaço se confunde com a ordem social e sua compreensão só será obtida à medida que se compreende a rede de relações sociais e valores que nela existem. Na rua é o lugar de movimentação, da luta, dos

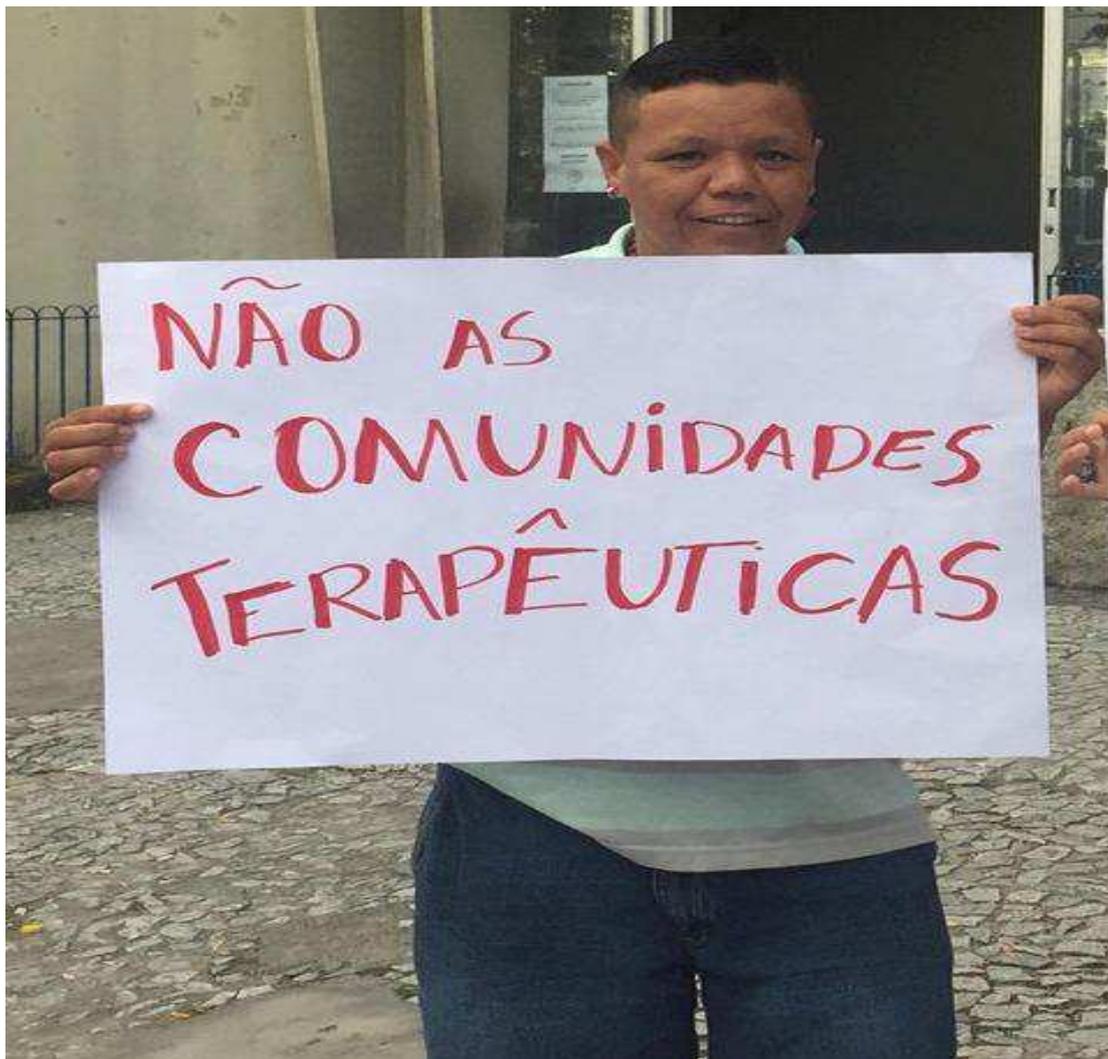
conflitos, da individualização, da preponderância da lei, do governo e do povo. É no espaço da rua, que a sociedade brasileira se atualiza e ganha vida.³⁶

Foi nas ruas de Caruaru, durante a terceira semana de maio de 2018, onde pude estar pela segunda vez participando de algumas atividades realizadas em comemoração da Semana da Luta Antimanicomial, que a loucura ganhou voz e vez, na reivindicação por direitos e mais visibilidade. O evento ocorria na cidade desde o ano de 2016, onde sempre participaram da marcha: usuários e trabalhadores dos serviços de atenção psicossocial, familiares e alunos de instituições de ensino superior. Durante toda essa semana, foram realizadas palestras, minicursos, oficinas, rodas de diálogo entre outras atividades e no dia 18 de maio, ocorreu uma marcha que seguiu pelas principais ruas do centro da cidade. A concentração se deu em frente ao conhecido prédio do Grande Hotel, lá geralmente é palco dos principais movimentos sociais e protestos que acontecem em Caruaru. Antes de iniciarem o itinerário da marcha, cartolinas, tintas e lápis eram distribuídos para a confecção de cartazes por estudantes, profissionais da saúde e, principalmente, pelos próprios usuários dos CAPS e moradores das Residências Terapêuticas que também se faziam presentes para participar do evento.

O percurso inicial da marcha se deu a partir do Grande Hotel em direção ao prédio da Previdência Social na Avenida Rui Barbosa. Na Previdência, fizeram todos uma pausa para dar direito, à princípio, a algumas falas dos profissionais da saúde. Entre essas falas, estavam principalmente as que lamentavam o triste período de retrocesso na nova política de assistência à saúde mental a qual estava passando o país desde os fins de 2017, e um dos pontos principais a serem abordados, foi o da ampliação no investimento do Governo Federal em um maior número de Comunidades Terapêuticas. Essas comunidades costumam ter uma prática asilar, estão situadas em lugares afastados da cidade (zona rural), geralmente são destinadas a pessoas portadoras de transtornos mentais que fazem o uso problemático de álcool e outras drogas.

³⁶ DAMATTA, 1997, 50.

Fotografia 2 Marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru



Fonte: Arquivo pessoal (2018)

Muitos argumentaram que o apelo das classes burguesas, dos interesses imobiliários e da higienização social, foram os propulsores para que o governo consolidasse ainda mais essas comunidades, sem falar que, apesar de serem anunciadas como instituições sem fins lucrativos, também são gerenciadas pela iniciativa privada e por instituições religiosas que propõem crenças e misticismos como um dos principais meios para uma possível cura dos portadores de transtornos.

Esse passo do Governo foi considerado um grande retrocesso para a Luta Antimanicomial, porque segue a mesma lógica dos manicômios que tira o sujeito de circulação para afastá-los das relações sociais. Isso vai de encontro a todo legado de lutas e até mesmo à Constituição brasileira, já que vivemos num estado laico de direito. Segundo os profissionais da saúde, seria mais adequado incorporar essas pessoas destinadas às comunidades terapêuticas, aos CAPS-AD, e nestes, se fazerem as ampliações e investimentos necessários.

Mas, seguindo o roteiro da Marcha da Luta Antimanicomial, ainda com muitas reivindicações no momento da primeira pausa para as falas de protesto, uma jovem chamada Catarina fez a leitura emocionada da Carta de Bauru, um documento que se tornou conhecido entre os militantes da causa como Manifesto de Bauru, escrito pelos participantes do II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental realizado na antiga Universidade de Bauru no ano de 1987. O contexto histórico que antecedeu a escrita desta carta passou por diversas esferas sociais, políticas e acadêmicas, como por exemplo, pela ditadura militar, momento em que aumentaram as repressões sofridas por pessoas que não se enquadravam nos padrões de moral vigentes, inclusive as possuidoras de sofrimento psíquico e, conseqüentemente, o número de manicômios e hospitais psiquiátricos. A forma desumana com que os internos eram tratados na maior parte desses locais ficou registrada na história através de documentos e depoimentos tanto dos internos, quanto daqueles que lá trabalharam. Os eventos que seguiram após esse período, começaram a eclodir de forma a denunciar esses manicômios como lugares de violências e a exigir condições mais humanas para o tratamento dos portadores de transtornos mentais:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.³⁷

A Carta de Bauru simboliza um movimento que começou a ser desenhado sintetizando o seu objetivo principal: por uma sociedade sem manicômios. A partir

³⁷ Trecho da Carta de Bauru

desses eventos, o movimento ganhou mais força e amplitude, iniciando uma maciça campanha cultural pela adoção da Reforma Psiquiátrica. Em anos seguintes, como um dos significativos resultados da causa, houve a implantação do primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987.³⁸

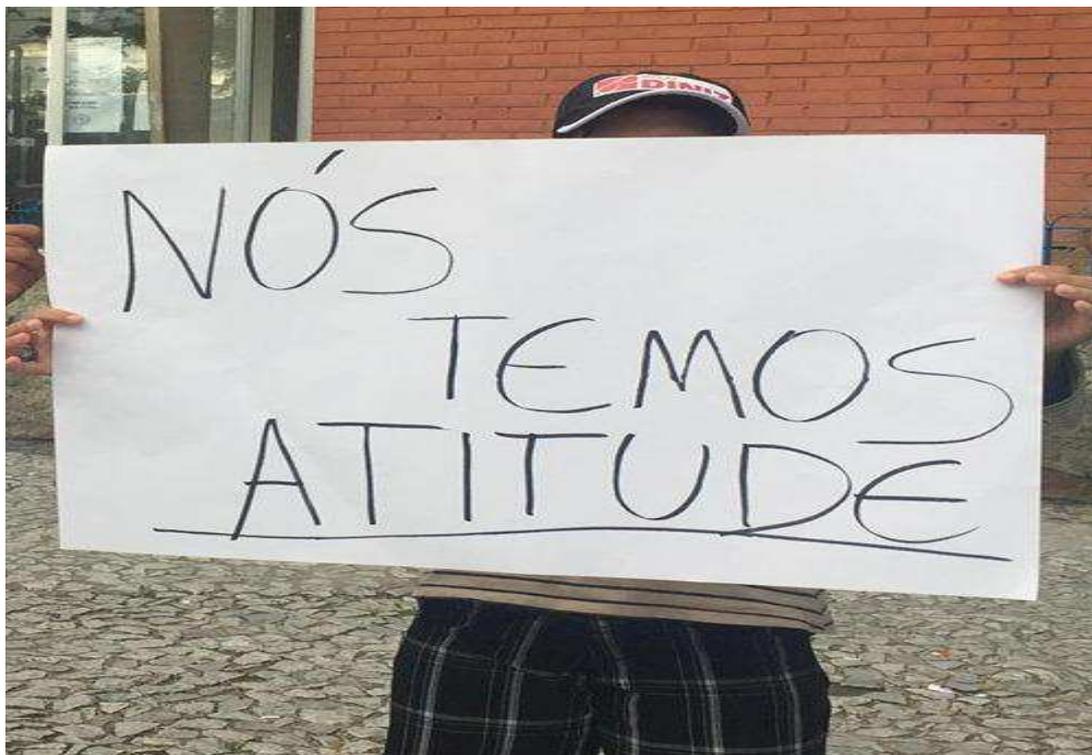
Após a leitura da carta, muitos aplausos foram proferidos e as oportunidades de fala se abriram principalmente para os personagens principais da marcha. Aauto, um homem que por sua aparência parecia ter um pouco mais de trinta anos e que há todo tempo observara atentamente a fala de todos os profissionais, pegou entusiasmado o microfone para naquele momento também enunciar suas falas de protesto. Para surpresa de quem estava lá presente, ele imediatamente começou a cantar uma toada que sinceramente eu não lembro bem se algum dia já tenha escutado. Na canção que ele entoava muito seguro, porém bastante desafinado, falava-se algo como “já te queria quando eu te beijava”, naquele momento, grandes foram as gargalhadas, muitos riram, inclusive o próprio Aauto, mas, pouco importa o conteúdo da cantoria dele naquele contexto, o que Aauto queria mesmo, era a oportunidade da fala e de dizer que ele estava presente, que ele existia, que ele cantava, que ele estava nas ruas ao propósito de comemorar pelo que sua causa já havia conquistado e para lutar e reivindicar os seus direitos, que ele também estava ali para protestar. Ninguém tomou o microfone da mão de Aauto, todos bem atentos esperaram ele terminar a cantoria e quando ele finalmente entregou o microfone a outra pessoa, foi ovacionado, principalmente pelos seus colegas que também queriam falar naquele momento, mas não puderam por motivos de que a marcha deveria continuar seu trajeto.

Ainda nesta primeira parada, era claramente observável que estavam todos muito felizes por aquele momento, por estar nas ruas para exercer a cidadania. Isso se tornava ainda mais notável pela forma orgulhosa como os portadores de transtornos seguravam seus cartazes e posavam para as câmeras fotográficas e celulares dos que estavam ali registrando aquele momento histórico. Nesses cartazes, onde muitos foram confeccionados também pelos estudantes e profissionais da saúde, haviam trechos de músicas e frases já bastante conhecidas por todos nós, muitas reivindicações e denúncias que no decorrer da marcha, se

³⁸ Cf. SARRACENO, 2001.

fizeram presentes também de forma verbalizada por meio dos autofalantes do carro de som que ali estava disponível para causa. Mas, a princípio, o que mais denunciavam esses cartazes e as falas dos personagens dessa marcha?

Fotografia 3 Marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru



Fonte: Arquivo pessoal (2018)

"Nós temos atitude", é o que se lê no cartaz acima, segurado por um homem que timidamente escondia seu rosto para que ele não saísse na foto. Ele não queria sair na foto, mas queria ser notado, e ser notado como alguém que tem "atitude". Segundo o significado próprio da palavra, 'atitude' diz respeito à maneira de se comportar, agir ou reagir por uma disposição interna ou por uma circunstancia determinada e, ainda, é mencionado que 'atitude' diz respeito ao modo de ter o corpo; a demonstração de uma intenção (pelo gesto ou postura do corpo) ou ao modo de proceder. Jung em seu livro "Tipos psicológicos", define a atitude como uma disponibilidade da psique para agir ou reagir de uma determinada maneira e,

dentro desse conceito, ele ainda define alguns tipos de atitude, onde entre elas estão: as conscientes e inconscientes, de extroversão e introversão, racionais e irracionais, individuais e sociais e as abstratas³⁹.

O senhor tímido que segurava o cartaz, dizia ser possuidor de todas essas características e capacidades, coisa que para quem o via, parecia ser o óbvio, mas que na verdade, em prática e de acordo com a forma que ele foi construído socialmente, não era, pois, das pessoas portadoras de transtornos mentais foram e ainda são retiradas todas as características e capacidades para no lugar delas, serem colocadas marcas socialmente construídas, e a essas marcas, damos o nome de estigmas. Seja de por questões raciais, religiosas, físicas, devido a alguma enfermidade, anomalia genética ou condição social, o estigma geralmente está relacionado a algo negativo e que tal qual uma cicatriz, pode permanecer de forma inextinguível na vida de uma pessoa. Para Goffman, existem três tipos de estigmas sob a forma de: as deformidades físicas; as culpas de caráter individual e os tribais ou de raças. Quanto ao estigma da loucura, este se enquadra nas culpas de caráter individual. Embora o autor classifique o estigma em três espécies, ele deixa claro que a atitude estigmatizante é única em relação ao estigmatizado⁴⁰

Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes a animosidade baseada em outras diferenças, tais como a classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original.

Goffman ainda reitera que sua ocorrência está relacionada ao fato de uma pessoa deixar de ser vista como comum ou normal, para fazer parte do universo do estranho. Isso porque a sociedade determina, cataloga e categoriza o que é natural e comum. Quando a pessoa demonstra algo incomum ou diferente, que escapa a esses padrões, é reduzida a uma pessoa enfraquecida e estragada, que não tem utilidade, que não serve. A partir daí se forma o estigma e a pessoa é anulada, deixa

³⁹Cf. MAIN, 2014.

⁴⁰ GOFFMAN, 2004, p.8

de ser vista em sua totalidade e suas potencialidades são totalmente desconsideradas. O estigmatizado torna-se um sujeito anulado socialmente.⁴¹

Fotografia 4 Marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru.



Foto: Arquivo Pessoal (2018)

Considerando as reflexões acerca desses estigmas que foram construídos sobre as pessoas portadoras de transtornos mentais, percebe-se que aspectos importantes devem ser analisados para que não ocorra uma experiência de “inserção marginal” ou de uma rasa aceitação desses sujeitos dentro do meio social. À exemplo, quando falei sobre minhas memórias das experiências que tive como usuária do transporte coletivo em Caruaru, juntamente com aqueles que estavam rumo ao CAPS, pude perceber também que por parte dos outros passageiros

⁴¹ Cf. GOFFMAN, 1988.

daqueles ônibus e dos demais moradores da cidade, havia um certo estranhamento ao lidar no mesmo espaço com aquelas pessoas que estavam sendo reinseridas no meio social. Por vezes, dentro do ônibus, vi passageiros assustados e que claramente se recusavam a sentar ao lado daqueles cujo transtorno mental era mais perceptível, isso, devido aos estigmas que foram criados de que atores sociais ditos “loucos” são perigosos, incapazes, histéricos, que sempre estão propensos a atacar, que devem todavia permanecer asilados e por isso, deve-se manter distância.

Rafaela, denunciou em suas falas que algumas das preocupações que mais a acometem no tocante a permitir que os moradores das residências saiam para as ruas, foi justamente saber que esse estigma, é também capaz de acarretar consequências mais graves para o portador de transtorno mental. Quando conversei com as pessoas a cerca das dificuldades em lidarem com a Reforma Psiquiátrica, as falas mais contundentes eram as de que seria necessário um esclarecimento dentro da sociedade para abordar a questão da diferença, da compreensão das formas de pensamentos e atitudes distintas:

E aí as vezes eu tenho um receio de deixar sair, de deixar ir, com medo de que aconteça alguma coisa, com medo da crueldade do mundo, com medo de uma pessoa vir pra assaltar uam pessoa dessa, ou estar no ponto do ônibus e ser agredida, que passe e zombe... então assim, a crueldade do mundo hoje me dá muito receio com relação aos meninos, porque a gente em algum momento sabe se defender, , eles as vezes são desprovidos de maldade e de limites. Então assim, eu tenho um morador que vai pra rua e que ele sente vontade de tirar a roupa na rua e ele tira, porque isso pra ele é comum, porque o corpo pra gente, o pudico que a gente tem como nu, pra ele é besteira, ele ta tirando a roupa dele, ele tira em todo canto... só que uma pessoa que vem de fora, que vê uma pessoa nua na rua, critica, as vezes bate, machuca, as vezes mata...

Através da fala de Rafaela retomada neste capítulo percebe-se também que a convivência social com portadores de transtornos mentais as vezes é restrita e ocorre de uma forma casual, principalmente para aquela pessoas com transtornos mais agudos e que possuem um grau maior de vulnerabilidade. Estas são facilmente ofendidos, atacados e feridos. Historicamente, os vulneráveis são compreendidos como as crianças, os senis e os institucionalizados de qualquer ordem e, sobretudo,

os deficientes mentais e físicos que apresentam elevado grau de vulnerabilidade⁴². Muitas vezes é como se ocorresse uma tolerância social em relação à loucura baseada em outros aspectos que não são os da aceitação e compreensão, muitas vezes a cidade adota esses adores sociais, deixam que eles falem suas preocupações e seus absurdos, deixam que eles encenem, façam suas graças, muitas vezes os alimentam ou lhes dão algum outro tipo de assistência, mas em algum momento, esse fio de “tolerância” se rompe, principalmente quando nessa convivência o ser dito louco pode implicar em algum tipo de ameaça para as regras sociais estabelecidas, como por exemplo, quando ferem o moralismo ao se despirem, falarem alto tom, algum palavrão ou coisa indecente. Nesses momentos, a tolerância se esvai, juntamente com a falsa aceitação do ser dito “louco” nas ruas.

Fotografia 5 Marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru



Fonte: Arquivo pessoal

⁴² Cf. BARCHIFONTAINE, 2007.

Fotografia 6 Marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru



Fonte: Arquivo Pessoal (2018)

Seguimos caminhando após a primeira pausa, agora com rumo ao prédio da estação ferroviária, e as falas continuaram sendo enunciadas pelas ruas da cidade: “trancar não é tratar”; “Ser louco é ser normal”, “loucura não se prende”. Pessoas em conjunto gritando “nem um passo atrás, manicômios nunca mais!”, “fora temer”, “temer jamais”, “não ao desmonte do SUS”, “não à criminalização da maconha” e tantas outras frases de luta e resistência. Mas, ao observar com muita atenção todo esse movimento, me deparei com um cartaz que por alguns motivos, muito me tocou e me encaminhou a algumas reflexões e lembranças.

Fotografia 7 Marcha da Luta Antimanicomial em Caruaru



Fonte: Arquivo pessoal (2018)

“Eu não sou louco, é o mundo que não entende minha lucidez”, frase proferida pelo famoso cantor do Rock Nacional, Raul seixas, um dos pioneiros da contracultura no Brasil. Conhecido como doidão e anarquista, pregava, além de tantas outras coisas, um “viva à sociedade alternativa” e tinha como seu maior estereótipo o “maluco beleza” que também é o nome de uma das suas canções mais cantadas. Não sem razão, esse estereótipo para Raul é bem justificado, quando se percebe que ele foi um artista multifacetado e, através de suas obras, se declarou como uma metamorfose ambulante, alguém que é livre pra pensar, que dita suas próprias regras e valores sem se fixar a padrões e certezas absolutas. Como um ser inconstante, efêmero, transitório que se fez e refez a partir de tantas rupturas e continuidades, que disse o que pesava, que fez o que quis, que foi criminalizado, discriminado e por vezes ostracizado. Raul Seixas lamentava por aqueles que

faziam tudo igual e que se diziam “um sujeito normal”, fazendo um ode à loucura, à sua “maluques” como algo capaz de representar o seu pleno estado de lucidez.

Além das reflexões sobre vida e obra de Raul Seixas, a faixa que está na imagem acima, ao trazer a palavra “lucidez” de forma destacada, me fez lembrar de uma outra personagem que conheci no decorrer desses caminhos da loucura que resolvi trilhar, a Estamira, uma mulher que de tão incompreendida por se utilizar de palavras e frases rebuscadas, metáforas complexas, referências diversas, ideias desconhecidas e aparentemente desconexas, foi marginalizada e julgada como alguém totalmente destituída da própria lucidez.

Estamira, uma mulher que foi internada várias vezes em manicômios do estado do Rio de Janeiro onde morava, se tornou protagonista do documentário homônimo no qual foi bastante premiado por mostrar um pouco de sua vida como catadora de lixo em um aterro sanitário. Carregava uma revolta consigo que a fazia sobrepujar a mulher explorada, a filha abusada, a esposa que foi traída, a pobre e negra marginalizada. Questionando Deus a tal ponto de negar a sua existência, segundo ela, doesse a quem doer, sua missão naquele mundo era revelar a verdade, somente a verdade, e foi justamente por isso que muitos ofendidos pelas palavras de Estamira, não conseguiram enxergar a força que por vezes nela foi reinventada.

Mesmo proferindo suas elucidações sobre a vida, o homem, Deus, mentira, sofrimento, morte e tantas outras questões que permeiam a existência humana, ela ficou conhecida nos lugares onde passou e conviveu em seus últimos anos, apenas como a “louca do lixão. Estamira não foi a mulher, a trabalhadora, a batalhadora, a mãe, amiga, a pessoa divertida, a amante, a falante... Quem ouviu Estamira? Quem conversou com ela? Quem deu credibilidade a sua fala e seus sentimentos? Estamira, em sua totalidade, em seus espaços de convivência, ficou conhecida somente como a “louca” que, assim como outros estigmas de uma sociedade insensível, excludente e normatizadora; não fala, não pensa, não sente, não percebe e não compreende, ou seja, não existe como sujeito. Creio que a mensagem a ser passada através da faixa apresentada nessa última foto, é que em uma sociedade onde tanta gente “fala demais por não ter nada a dizer”, enquanto e mentes tão brilhantes estão sendo ignoradas e silenciadas pela falsa ideia de “razão” que se

arrasta desde os séculos passados, temos muito o que aprender com esses atores históricos-sociais ditos “loucos” os quais negamos por não compreendê-los.

Fotografia 8 Marcha da Luta Antimanicomial



Fonte: Arquivo Pessoal (2018)

Para finalizar as narrativas daquela tarde cheia de reivindicações pelas ruas, um momento de grandiosa relevância para todos os envolvidos com a luta antimanicomial na cidade, trago as reflexões da frase presente na imagem acima: “ninguém é normal”, que nos encaminha a pensar sobre o transitar dos loucos pelas ruas através dos diversos cenários e visto pela ótica do questionamento sobre o que

mais essas pessoas podem ainda oferecer para a cidade? Para além do fascínio e do extraordinário, essas pessoas podem oferecer outras formas de pensar, agir e explicar o mundo, para além das formas habituais que se costuma acontecer. Elas fazem com que nós possamos questionar nosso próprio comportamento, nossa aparente normalidade nos condicionando à reflexões que nos guie para um terreno de contradições e ambiguidades dentro do próprio “eu”, talvez como se a loucura fosse posta como um espelho à nossa frente e nos mostrasse realidades invisíveis as quais nunca teríamos condições de perceber se não tivéssemos contato com esses outros, esses sujeitos da loucura que nos apontam que certas realidades existem, inclusive, dentro de nós mesmos⁴³.

Chegando finalmente ao desfecho da marcha que se deu ao lado da Estação Ferroviária, a descontração, a alegria e o sentimento de gratidão tomou conta de todos daqueles(as) que dela participavam. Entre os sinceros agradecimentos pela presença de todos, estavam os dos moradores das RTs e usuários CAPS que agradeciam, citando nome por nome, a cada funcionário, cuidadores, profissionais daqueles espaços, pelo acolhimento, pela alimentação, pelo carinho, “por cuidarem bem de todos nós”. Mas, de uma forma geral, pode-se dizer que a mensagem última enunciada através dos gritos ecoados por todos ali presentes nas ruas à protestar, tiveram como foco principal as denúncias de um governo que aos poucos dava passos rumo ao retrocesso, à perda das conquistas alcançadas pela luta antimanicomial e, sobretudo, as denúncias das ações de estigma e exclusão vivenciados por sujeitos com transtornos mentais em suas relações sociais e culturais.

3.3 Os loucos de rua: algumas falas sobre Laércio.

A experiência de rua focada no último tópico deste trabalho, estará ancorada em especial nos sujeitos da loucura que vivem nas ruas, pois não se pode falar sobre a loucura e seus personagens a partir da lei 10.2016, sem falar sobre aqueles que não foram abarcados por ela e que também trilham os caminhos da Loucura nas

43

ruas da cidade. Para isso, gostaria de incluir nas divagações sobre essa temática, um pouco da história, ou, das histórias, de um ator social bastante conhecido e popularizado pelos Caruaruenses, o Laércio.

Fotografia 9 Laércio



Para iniciar alguns relatos de rua sobre a figura conhecida que é Laércio, gostaria de eu mesma relatar uma de minhas experiências que vivenciei com ele pelo centro da cidade. Certa vez, fui à feira almoçar com um querido colega historiador lá na famosa barraca de Tia Guida, onde a comida que nos servem naquele local, é sempre bastante farta. Como de costume, o que sobrava de nosso almoço, sempre pedia que fosse feito uma marmita para poder entregar a alguém das ruas que estivesse pedindo ou com fome. Saímos da feira e nos dirigimos ao

ponto da estação ferroviária, onde lá pegaríamos um ônibus para irmos à faculdade. Confesso já ter em mente a figura de Laércio que costuma estar sempre naqueles arredores e naquele horário de meio para fim de tarde, era para ele que eu deveria dar aquela marmita, e assim foi como de fato aconteceu. De longe avistamos aquela figura inquietante a caminhar pelos trilhos da estação, com suas roupas bem surradas, seu saco na mão, sandálias havaianas, debaixo do sol escaldante daquela tarde. Não minto que com um pouco de receio, me aproximei dele e entreguei a marmita em suas mãos. Laércio rapidamente acenou com o que pude compreender que era algum tipo de "obrigado" e rapidamente virou as costas para mim, andou alguns metros, sentou-se no chão e comeu calmamente a sua marmita.

Em outros momentos, já vi Laércio ganhar moedas dos que ali também transitavam, já o vi ganhar café dos comerciantes e barraqueiros dos arredores do pontos de ônibus, percebi que muitas vezes ele não chegava nem a pedir, apenas se aproximava das barracas e ganhava seu copo de café, alguma vezes, até algum lanche também. Talvez isso possa ser um indicativo de que Laércio viva em mendicância, que não tenha meios para o próprio sustento e por isso, vive a perambular pelas ruas de Caruaru. Todos ali já conhecem sua condição, e as histórias sobre eles são muitas, inclusive sobre os porquês de Laércio ter tomado aquele rumo.

Nos relatos de rua, muitos tentaram buscar no passado de Laércio, os motivos para sua atual condição, alguns mencionaram depressão, perda de parentes, revoltas e outras questões que tivessem o condicionado às ruas e ao comportamento "anormal" que muitas vezes ele demonstrava. Há quem diga que Laércio já trabalhou na antiga fábrica Caroá, que ficava localizada há alguns metros da estação (onde hoje funciona o Espaço Cultural e o pátio de eventos Luiz Gonzaga), carregando e descarregando caminhões e trens que transportavam os produtos da fábrica e que certo dia, por causa de uma desilusão amorosa ocasionada por sua mulher, caiu em tristeza profunda, desestimulou-se para o trabalho, enlouqueceu e se entregou à vida nas ruas. Mas, outras versões e histórias pairam sobre a vida e a loucura de Laércio, segundo Ronaldo Sebastião Sobral, ex-cabo do Tiro de Guerra da cidade, a dita "loucura" de Laércio foi ocasionada pelo excesso de estudos:

A história que conheço sobre a vida do mendigo da estação é de que ele era um professor muito bom de história aqui de Caruaru, e que de tanto estudar enlouqueceu. No ano de 2010 eu era Cabo Monitor no Tiro de guerra 07/014 de Caruaru. Certa noite do mês junino eu estava de serviço quando ouvi um atirador apitando e gritando: Alteração! Alteração! Reuni o pessoal imediatamente e fomos pra lá. Chegando lá o tirador relatou que tinha um homem barbudo ameaçando jogar uma pedra na guarita. Era o mendigo da estação que estava com uma pedra enorme nas mãos e reclamando em voz baixa. Nesse tempo, na frente do tiro de guerra tinha uns restaurantes de madeira. O mendigo passou horas e horas escondido atrás dos restaurantes, vez por outra brechando, sempre com a pedra na mão. Depois ele desistiu do seu plano de atacar o quartel e foi embora.

Outras pessoas disseram já terem visto Laércio segurar pedras e ameaçar alguns seres imaginários que possivelmente em sua realidade, estavam por ali a lhe perturbar. Conhecidos já viram ele espantar pessoas com gritos inesperados ou empunhando seu cajado na mão e batendo forte contra o chão, mas nunca souberam ou ouviram dizer que Laércio tenha machucando alguém ou que ele represente algum risco ou ameaça para a sociedade. O estudante Thiago Fellipe que costuma transitar pela Estação Ferroviária, disse que por vezes, nos momentos em que estava lá, pôde perceber Laércio falando sozinho, vez outra gargalhando, vez outra gritando, mas nunca o viu sendo agressivo com alguém ou ouviu reclamações de que ele tenha furtado ou roubado algo, mesmo dentro da condição precária a qual ele vivia. Ainda Segundo Thiago: "Laércio vive mais tempo dentro da sua mente do que no mundo real⁴⁴".

Há também quem busque na filosofia, uma análise sobre a condição humana, a forma de existência, introspecção e incomunicabilidade de Laércio para com os demais habitantes Caruaruenses:

[...] um Diógenes moderno, uma pessoa que vive em seu próprio mundo e aparenta não gostar da realidade em que os outros ao seu redor vivem. Uma pessoa pacata, exceto quando alguém o ameaça, ele logo fará o possível para afastar quem lhe queira fazer mal. Personagem folclórico e histórico da cidade, envolto de lendas a

⁴⁴ Relato de Thiago Fellipe dia 02 de fevereiro de 2019.

respeito do que aconteceu em sua vida e do que ele fez para se encontrar em tal situação⁴⁵.

O professor pesquisador Denis Willyam compara Laércio a Diógenes de Síope, ou, Diógenes o Cínico, um filósofo da Grécia antiga que tornou-se um mendigo e fez da pobreza uma das suas maiores virtudes. Após um episódio em que seu pai foi preso por falsificar moedas, Diógenes foi exilado, ao chegar em Atenas, passou a ser aluno de Antístenes, um antigo discípulo de Sócrates pregador do Cinismo, filosofia que ensinava o desapego dos bens materiais como forma do homem alcançar um estado de plenitude e o aprofundamento do conhecimento de si mesmo. Os cínicos conviviam em sociedade e se declaravam “cidadãos do mundo”. Diógenes tornou-se discípulo de Antístenes e de forma radical, abraçou para si a tal filosofia, passando a viver dentro de uma espécie de barril com o mínimo que precisava para sobreviver, a perambular pelas ruas de Atenas e a procurar por um homem honesto, que vivesse conforme sua própria natureza e assim, fosse feliz⁴⁶. De acordo com esse relato que compara Laércio a um grande filósofo grego, diferentemente das falas que costumam colocá-lo apenas como um caminhante errante que foi conduzido, devido as intempéries do caminho, a viver pelas ruas, ele é colocado como alguém que talvez por escolha própria tenha decidido para si aquele modo de vida e que nele também se tem prazer e sentido.

Outro relato sobre a figura de Laércio que pude encontrar, não em minhas andanças pelas ruas, mas através das redes sociais, se apresentou para mim na forma de um poema:

Todo mundo diz que Laércio é doido, só porque não tem juízo.
Laércio não tem Juízo só porque não pensa nas contas a pagar.
Não tem juízo só porque não paga a conta da luz do luar.
Laércio é doido, doidinho pelo velho prédio da estação ferroviária.
Estabanado, Laércio voa baixinho pelas calçadas contando mosaicos;
Andarilho doido esse Laércio! Não faz conta da própria idade, nem sabe;

⁴⁵ Relato de Denis Willyam dia 08 de janeiro de 2019.

⁴⁶ NAVIA, 2009.

Quem sabe Laércio não é, de todo, doido.
 Nem todo lúcido só pra não ser, de todo, são;
 Laércio sente, Laércio faz. E nunca te pediu opinião;
 Doido varrido esse Laércio que não te escuta, nem se incomoda com
 o que você pensa e faz;
 Todo mundo diz que Laércio é doido, só porque não tem juízo;
 Um salve para Laércio que diferente de mim e de você, não tem juízo,
 Mas é todinho liberdade!

Talvez longe das pretensões do autor deste poema, que me é desconhecido, ele muito me fez lembrar alguns trechos da célebre obra de Erasmo de Rotterdan “Elogio da Loucura”, escrita em meados da Idade Média, que criticou hábitos corriqueiros e banais da vida cotidiana categorizados como provenientes da loucura, além de ridicularizar sábios, filósofos e até mesmo a igreja. Erasmo se utiliza da Loucura que é protagonista e narradora da obra, como uma crítica feroz e um grito de alerta sobre as hipocrisias e falhas da sociedade:

Todo mundo zomba dessas extravagâncias, e aqueles que as cometem, são vistos como loucos, como de fato os são. Mas eles pouco se importam. Satisfeitos consigo mesmo nadam num mar de delícias, saboreiam em grandes goles os amáveis prazeres; em suma, gozam da felicidade que lhes ofereço. Os que acham isso tudo ridículo me digam se não é preferível passar a vida assim numa loucura deliciosa, do que pensar a todo instante em enforcar-se! É verdade que todos esses loucos são desonrados aos olhos do público; mas que lhes importa? A desonra é um desses males que eles não sentem ou, se sentem às vezes, conseguem logo expulsar seu sentimento desagradável. Uma pedra cair sobre a cabeça, eis o que se chama um mal! Mas a vergonha e a infâmia, a desonra, as injúrias só prejudicam os que as admitem. Um mal não é um mal para quem não o sente. Todo povo te vaia, que te importas/? Ora, é somente a Loucura que faz aplaudir-se a si mesmo.⁴⁷

A análise comparativa desse trecho da obra de Rotterdam para com o poema de autor desconhecido, incide, principalmente, nas formas como as pessoas costumam ver Laércio e nas contradições de que certas características e hábitos

⁴⁷ ROTTERDAM, 2003.p. 48

que o tipificam como um louco, ao mesmo tempo também são justificativas para que ele, na verdade, não o seja, ou, que nessas mesmas loucuras as quais a sociedade tanto desonra e despreza, pode-se encontrar sentido, valor, respeito, dignidade e até uma forma de existência que seja digna de inveja, admiração e que todos devam imitar.

Contudo, apesar das muitas análises e divagações sobre a vida dessa figura bem conhecida, o que se sabe mesmo sobre Laércio é que ele é um indivíduo que possivelmente está inserido dentro do grupo dos chamados “loucos de rua”. Para ser classificado assim, mesmo demonstrando ser o óbvio nesta nomenclatura, se faz necessário ser um indivíduo considerado louco pela comunidade e ser uma pessoa cuja loucura se encena no palco da cidade e das ruas. Esse louco de rua, é um louco não institucionalizado, que talvez tenha escapado ou sido egresso da psiquiatria, da medicalização e do hospício. Eles geralmente são pessoas reconhecidas devido a algumas características peculiares, tornando-os pessoas conhecidas e até famosas que os fazem personagens vivos dentro da comunidade, onde as principais características que incidem sobre essas pessoas, é justamente as do desatino. Eles são “de rua” porque é nas ruas que alcançaram reconhecimento:

Cada bairro, cada rua, tem o seu 'louco'. Há, entre eles, os artistas que pintam quadros e chegam a vendê-los para os passantes; há os profetas que como tal, se vestem e se comportam; há os escritores que se entregam à preparação de longos tratados; [...]há, ainda, os que falam sozinhos, discursam, gritam e até mesmo ameaçam a quem lhe voltar com um olhar curioso. Muitas vezes elegem algum canto onde se estabelecem (uma ponte, um viaduto, uma casa abandonada, o abrigo de uma marquise, uma árvore, um jardim, etc.), passando a viver de esmolas, comidas, roupas e objetos que ganham da população vizinha⁴⁸.

Mas apesar de muitas vezes serem vistos nas ruas, não se sabe se esses indivíduos, também são “loucos em situação de rua”, pois essa segunda provável especificação diz respeito àqueles que são vistos pela mesma ótica das pessoas que não têm domicílio regular e que são invisíveis às formas tradicionais de

⁴⁸ Cf. FERRAZ, 2000.

recenseamento.⁴⁹ Quando fiz algumas indagações a algumas pessoas que eram familiarizados com a figura de Laércio a transitar pelo centro de Caruaru, não souberam me dizer se ele tinha um endereço fixo, se por acaso tinham informações de que ele possuía moradia, apenas me relataram que por vezes, costumavam sempre vê-lo nas imediações do antigo prédio da Estação Ferroviária, sentado ou deitado nas calçadas, degraus e trilhos da estação ou perambulando pelas barracas dos pontos de ônibus que ficam logo ao lado. Alguns até sugerem a possibilidade de que Laércio tenha moradia, mas nada que se aproxime de algum indício concreto para tal informação:

Laércio, conhecido como o mendigo da estação é uma figura icônica de Caruaru. Todos os dias durante o horário comercial, posso encontrar ele facilmente localizado aos arredores da estação ferroviária, mas não lembro de ter visto ele ao longo da noite, o que pode sugerir que ele "more" ou durma em algum outro local.

De qualquer forma, o modo como se aborda a rua e o louco pode mudar dependendo de cada foco em que esses elementos são pesquisados. Quando se trata do "louco em situação de rua", a discussão recai sobre os cuidados necessários para esses sujeitos, principalmente se tratando da assistência aos serviços de saúde, aos benefícios sociais e à moradia. Quando o foco está nos "loucos de rua", são envolvidas questões interacionais, como as pessoas veem aquele indivíduo, qual o papel dele para a memória e identidade local e as formas pelas quais ele costuma estabelecer relações com o coletivo:

Por um lado, a rua é o ambiente que mostra o louco como um paciente sem atenção, um indivíduo sem cidadania, um corpo doente, depauperado e abandonado. Por outro lado, a rua é o ambiente que mostra o louco como um tipo social que faz parte da paisagem, aceito socialmente, um tipo que aponta as falhas sociais e que desnuda os contornos da normalidade⁵⁰

No caso de Laércio, pode-se dizer que as análises sobre ele, pairam sobre essas duas perspectivas: sobre a forma que parte do imaginário caruaruense

⁴⁹ Cf. CHAVES, 2013.

⁵⁰ Cf. CHAVES, 2013

enxerga a figura daquele homem negro nas ruas, alto, cabelos e barbas grisalhos, sempre a andar com um chapéu de palha na cabeça, as vezes com um saco nas costas e com uma espécie de cajado nas mãos. E sobre como Laércio é um ser que, seja psiquiatrizado ou não, necessita de cuidados que por ventura poderiam ser de responsabilidade do poder público municipal e das instituições de assistência à saúde mental da cidade:

Sobre o mendigo da estação ferroviária de Caruaru, eu penso que ele é um vivo sem saber ser, num corpo que padece aos poucos de fome, sede, frio, falta de higiene e saúde. E ele corre muitos riscos por morar na rua⁵¹.

Os que também falaram de Laércio e sua loucura como algo que precisava de cuidado e de atenção, sugeriram que ele deveria ser procurado pela família ou por órgãos competes que pudessem lhe dar acolhimento. Mas, fato é que, durante minhas pesquisas, percebi que diante das falas as quais tive contato desde o momento em que a atuação da Reforma Psiquiátrica entrou em pauta no cenário Caruaruense, nenhuma mencionou as relações para com aqueles seres das ruas que necessitam de ajuda e, assim como Laércio, receberam os signos da loucura e os estigmas de um ser louco.

Por fim, diante de algumas impressões sobre Laércio, pode-se dizer que as narrativas sobre os loucos de rua em contextos diversos levantam pontos bastante semelhantes no que tange a busca de explicações para o afloramento da loucura e para a integração de determinados loucos ao domínio público. A paisagem geográfica e cultural, o porte e a localização das comunidades, a existência de casamentos consanguíneos, a religiosidade, a carga histórica com eventos marcantes, a herança artística e cultural são aspectos que aparecem entrelaçados nas narrativas para explicar a ocorrência de loucos de rua e a participação deles no imaginário das ruas da cidade.⁵²

⁵¹ Relato de Ronaldo Sebastião dia 02 de fevereiro de 2019.

⁵² Cf. CHAVES, 2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento das considerações finais, gostaria de expressar o quanto foi valioso, como historiadora, trilhar alguns caminhos um tanto desconhecidos dentro desta cidade que muito me acolheu e me proporcionou experiências as quais, para mim, em outros tempos, seriam inconcebíveis e inimagináveis. Esse trabalho se colocou em forma de agradecimento, ou melhor, de retribuição a ela, por tudo que aprendi durante minha andanças em suas ruas, espaços, instituições, no contato com seu moradores, cotidianos, cultura e histórias.

Aos poucos, pude compreender que Caruaru está em constante transformação, entrando no plano de emergência das adaptações necessárias e muitas vezes imediatas às novas realidades que estão surgindo. Levar em consideração que todas essas modificações são partes resultantes de vários processos históricos ocorridos em diversos lugares ao longo do tempo, se faz necessário, pois é somente através dessa perspectiva que compreenderemos que a atuação da Reforma Psiquiátrica na cidade, é parte resultante de ações, resistências e lutas que se deram não só apenas contexto brasileiro, mas que surgiram inspiradas e influenciadas a partir de todo um contexto internacional.

Mesmo dentro desse histórico de lutas que aos poucos foram ditando os caminhos a se percorrer em prol de um tratamento mais humanizado para os portadores de transtornos mentais, a lei da Reforma Psiquiátrica chegou em Caruaru de forma tardia, dez anos após sua promulgação, e de acordo com os dados levantados pode-se perceber que isso não se deu de forma planejada, não houve uma intenção prévia do poder público municipal em organizar o cenário caruaruense para a atuação da lei 10.216. Como mencionado no recorte do jornal televisivo, a prefeitura obrigados a organizar às pressas, sem comunicação prévia à maior parte das pessoas envolvidas neste processo, os serviços de assistência à saúde mental na cidade que iriam substituir a Clínica Santa Sofia.

Ainda é possível perceber, no tocante a esses serviços substitutivos, que sete anos após da Reforma psiquiátrica ter começado a ser colocada em prática na cidade, eles ainda enfrentam dificuldades em diversos aspectos. Sobre o CAPS, em especial o de Transtornos, os principais desafios para efetivação de sua proposta, incidem: na incompreensão da população em saber no que consiste os serviços lá ofertados e real significado daquele espaço; em levar para dentro do tratamento a

família desses portadores de transtornos mentais, pois se entende que ela é uma das bases de sustentação dentro desse processo e cujo envolvimento e inserção, aumenta as possibilidades de evolução do tratamento; em questões relacionadas à providência de locais e imóveis adequados à oferta de serviços aos usuários e para habitação dos moradores das RTs dentro da cidade, se adequando à real proposta de desinstitucionalização e ressocialização. Os feitos dos profissionais da saúde mental dentro desses dois espaços também é envolta de desafios, uma vez que é necessário, cotidianamente, uma análise de suas práticas para que não se reitere a experiência manicomial, estando sempre atentos às reais necessidades de cada portador de transtorno, e aos poucos podendo superar os acordos promovidos que deram lugar à repressão e controle destes indivíduos.

Por fim, observa-se que, além da criação de novos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, se faz necessário enxergar outras possibilidades de reinserção e do ser dito "louco" nos espaços da cidade, analisando outros cenários para além dos CAPS e RTs que possibilitarão o contato destes personagens com o corpo social e interação com os demais moradores. É de fundamental importância libertar-nos dos preconceitos que insistem em reproduzir o discurso da segregação, da opressão e da subestimação. À exemplo, quantas vezes nós mesmos em nossa fala cotidiana relacionamos a loucura à excessos, à faltas, à irracionalidade, à anormalidade? Se ama alguém demais, o sujeito é "louco de amores". Quer saber se é doido? "Dá dinheiro para ver se ele rasga", não gosta de café? Está mentando? Não vai aceitar meu presente? "Você só pode ser louca!" Os pactos estabelecidos anteriormente supunham o preconceito e a exclusão deste segmento social, a formação de novos arranjos, de novas formas de pensamento, é muito importante para que possa haver as possibilidades de transformações na forma de percebê-los.

As conversas que tive com profissionais e algumas pessoas que conviveram e convivem dentro dessa trajetória de desinstitucionalização da loucura, se constituíram como importantes ferramentas para a construção desse trabalho e, como já dito, percebe-se que as formas de se vivenciar um mesmo fato, se dá de formas diversas e é assim que se constrói o acontecimento: por meio dos embates, contradições entre discursos e práticas, conflitos e resistências. O fato histórico não é uniforme, retilíneo, ele é disforme, multiforme, cheio de curvas que nos mostram o

vórtice de possibilidades de narrativas desse mesmo fato, narrativas estas que ainda podem se constituir como uma minúscula parte de um todo o qual ele representa.

Por fim, compreendo a importância da construção desse trabalho para que a análise da atuação da Lei da Reforma psiquiátrica seja feita como algo que vai muito mais além de um fator de saúde pública. É importante considerá-la como uma medida voltada para os loucos, mas que não pode ser pensada de forma isolada, os espaços que abrigaram e abrigarão esse loucos não podem ser encarados como espaços à parte da cidade e de suas relações e que toda essa trajetória é concebida e estabelecida em um conjunto de representações e de saberes estreitamente atrelados a diversos aspectos do meio social. Torna-se, então, imprescindível que se considere que a história da cidade também se encontra ancorada nessa Reforma Psiquiátrica e nas experiências que tantas pessoas passaram e ainda passam durante este percurso. Há um caminho de volta a ser construído, há um grande conjunto de lembranças, de marcas físicas e subjetivas, representações e de relações no espaço citadino que não podem ser silenciados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas. In_____(Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. **Novos sujeitos, novos direitos**: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, 1995.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 85-100.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado de. **O Alienista**. São Paulo: Ciranda Cultural, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do programa “De volta para casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Residências Terapêuticas: o que são? Para que servem?/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.-Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde.**Legislação em Saúde Mental:1990-2004**. Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BARCFontaine, Christian de Paul de. **Vulnerabilidade e cuidados**. In: BARCFontaine, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). Bioética, vulnerabilidade e saúde. São Paulo: São Camilo, 2007. p.77-92. (Bio&Ética)

CAVALCANTI, M. T. Saúde Mental – **Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: IPUB – CUCA, 2005.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. 13. ed. Petrópolis: Vozes. 2007.

CHAVES, L.L. **Loucura e experiência**: seguindo loucos de rua e suas relevâncias. Tese (Doutorado em Antropologia Social) Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. **Discussões de usuários de um centro de atenção psicossocial – CAPS e de seus familiares**. Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília, v. 25, n. 2, 2009.

COGA, S.; VIZZOTTO, M. **Saúde Mental em Saúde Pública**: um percurso histórico, conceitual e as contribuições da psicologia nesse contexto. Psicólogo InFormação, São Paulo, n. 6/7, 2003.

DAMATTA, Roberto. **A Casa e A Rua**. Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil. 5 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DELEUZE, Giles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; et al. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERRAZ, F. C. **Andarilhos da Imaginação**: um estudo sobre os loucos de rua. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1997. (original de 1975).
_____. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 2000.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. 2001 (original de 1979).

_____. **História da Loucura na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2002. (original de 1961).

GOFFMAN, Ervin. **Manicômios, prisões e conventos**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ed. LTC, 1988.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1985.

HEIDEGGER, Martin. **Ensaio e Conferências**. Trad. Márcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

HEINDRICH, Andrei V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sobre a perspectiva da desinstitucionalização.**-Porto Alegre: PUC-RS,2007.

HOBBSAWM, Eric J. O presente como História. In: **Sobre a história.** São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p.243-255.

KANTORSKI LP, GUEDES AC, CORTES JM, JARDIM VMR, COIMBRA VCC, OLIVEIRA MM. **Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano num Serviço Residencial Terapêutico:** um estudo de caso. Rev. eletrônica. 2013.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade.** [5. ed]. São Paulo: Centauro, 2008.

MACHADO, Roberto ET. AL. **Danação da Norma:** Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAYOL, P. Parte I: Morar. O Bairro, a conveniência. In: CERTEAU, M.; GIARD, L.; MAYOL, P. *A invenção do cotidiano - Morar, cozinhar.* Petrópolis: Vozes, 2000.

NAVIA, Luis E. **Diógenes, O Cínico.** Tradução de João Miguel Moreira Auto, tradução do texto grego Luiz Alberto Machado Cabral. São Paulo: Odysseus, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PASSOS, Izabel.C.Frinche. **Loucura e Sociedade:** Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argumentum Editora, 2009.

PESAVENTO, Sandra J. **Uma outra cidade:** O mundo dos excluídos no final do século XIX. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2001.

_____. Sandra. **Cidades visíveis, cidades sensíveis, cidades imaginárias.** Revista Brasileira de História, vol. 27, nº 53, junho de 2007.

_____. **O imaginário da cidade:** visões literárias do urbano – Paris, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1999.

PERBART,P. P. **Da Clausura do fora ao fora da Clausura:** Loucura e Desrazão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. **Manicômio mental:** a outra face da clausura. In: Lancetti, A. (Org.). Saúdeloucura 2. (p.130-138). São Paulo: Hucitec.1990.

_____. **A vertigem por um fio:** políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Iluminuras, 2000. _____. A cidade virtual. In: _____. **A cidade vivente:** subjetividade, socialidade e meio ambiente na cidade contemporânea. Belo Horizonte: Movimento Instituinte de Belo Horizonte, Engendra, Instituto Felix Guattari, 1997.

PEREIRA, J. A. **O que é Loucura.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

POLLAK, Michael. **Memória, esquecimento, silêncio.** Revista de Estudos Históricos . Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 1989

RÉMOND, René. Algumas questões de alcance geral à guisa de introdução. In. FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína (Org.) **Usos & abusos da história oral.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil:** uma visão histórica. In: Tundis, Silveirio Almeida e COSTA, Nilson dói Rosária. *Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil.* Petrópolis, Vozes 2011.

ROCHA, Ana Rita Saraiva da – **A institucionalização dos leprosos:** o hospital de S. Lázaro de Coimbra nos séculos XIII a XV. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra, 2011. (Dissertação de mestrado em história da Idade Média – poderes, espaços, quotidianos).

ROTTERDAM, Erasmo. **Elogio da Loucura.** São Paulo: Rideel, 2003.pg. 48
Pereira J F. O que é Loucura. São Paulo: Brasiliense; 1985.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A Família e o Cuidado em Saúde Mental.** Disponível em: <<http://pepsicãe.vsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

WAIDMAN, M. A. P. **O trabalho de cuidados às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização.** 2004. 277 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

CATÁLOGO DAS FONTES

Legislação

- Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001

Relatos orais

- Entrevista nº 01 realizada com Rosângela Xavier dia 03 de abril de 2018.
- Entrevista nº 02 realizada com Heloísa Germany dia 24 de abril de 2018.
- Entrevista nº realizada com Rafaela Moura dia 26 de abril de 2018.
- Relato concedido por Denis Willyam de Jesus Balbino em 08 de janeiro de 2019.
- Relato concedido por Ronaldo Sebastião Sobral em 02 de fevereiro de 2019.
- Relato concedido por Thiago Fellipe em 02 de fevereiro de 2019.
- Relato concedido por Edicleiton José em 03 de fevereiro de 2019.

Documentos do Ministério da Saúde

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do programa “De volta para casa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas:** o que são? Para que servem? /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental:1990-2004.** Ministério da Saúde, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005