



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

LARISSA BESERRA DOS SANTOS

ENTRE OS FIOS DA LOUCURA:
UMA HISTÓRIA DO “RASGA TRISTEZA” CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I
EM SALGUEIRO – PE

Recife
2023

LARISSA BESERRA DOS SANTOS

ENTRE OS FIOS DA LOUCURA:
UMA HISTÓRIA DO “RASGA TRISTEZA” CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I
EM SALGUEIRO – PE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em História.

Área de Concentração: Sociedades, Culturas e Poderes.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Freitas de Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda

Recife
2023

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

S237e Santos, Larissa Beserra dos.
Entre os fios da loucura : uma história do “Rasga Tristeza” Centro de Atenção Psicossocial I em Salgueiro – PE / Larissa Beserra dos Santos. – 2023.
166 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora : Cláudia Freitas de Oliveira.
Coorientador : Carlos Alberto Cunha Miranda.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em História, Recife, 2023.

Inclui referências.

1. História. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Centro de Atenção Psicossocial. 4. Relações de poder. 5. História oral. 6. Memória. 7. Tempo presente. 8. História das emoções. I. Oliveira, Cláudia Freitas de (Orientadora). II. Miranda, Carlos Alberto Cunha (Coorientador). III. Título.

981 CDD (22.ed.) UFPE (BCFCH2024-065)

LARISSA BESERRA DOS SANTOS

ENTRE OS FIOS DA LOUCURA:
UMA HISTÓRIA DO “RASGA TRISTEZA” CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I
EM SALGUEIRO – PE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em História.

Área de Concentração: Sociedades, Culturas e Poderes.

Aprovada em: 13/09/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cláudia Freitas de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará / Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Juniele Rabêlo de Almeida (Examinadora Externa)
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Leda Mendes Pinheiro Gimbo (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Yonissa Marmitt Wadi (Examinadora Externa)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Durval Muniz de Albuquerque Júnior (Suplente Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Luana Saturnino Tvardovskas (Suplente Externa)
Universidade Estadual de Campinas

Recife
2023

Para Maria Bezerra, meu grande amor. De quem
sinto saudades todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Ao “Rasga Tristeza”, sendo horizonte aberto para uma escrita da história à revelia.

Em especial à Maria. O luto dói, mãe, mas o nosso amor é sem chance de partida. Se houver outras vidas, desejo estar contigo em todas elas. Ao meu pai, Manuel, que depositou todo afeto enquanto esteve aqui. À minha querida irmã Girlene e aos meus irmãos Nilson e Neto, sem vocês não conseguiria abraçar tantos desafios! Admiro vocês por todo esforço. Amor e muito.

Aos companheiros, Didier, Jaíne, Deorcindo e Ewerton. Amores que ganhei em Cajazeiras, Paraíba. Didier, meu parceiro de cada dia, na tarefa de juntar as nossas rimas, eu deixo e recebo um tanto. Jaíne, amiga, obrigada pela força e acolhida. Deo, gratidão pela alegria, leveza e papo reto. Ewerton, meu veterano, obrigada por me ensinar tanto. Vocês são presentes.

À Cláudia Freitas de Oliveira, querida orientadora, com quem pude contar desde o início da pesquisa. À Juniele Almeida, Leda Gimbo e Yonissa Wadi, mestras, vocês são poderosas. Com carinho, estendo os agradecimentos ao meu coorientador Carlos Alberto Cunha Miranda e à minha eterna orientadora Rosilene Alves de Melo.

Ao professor Durval Muniz de Albuquerque Júnior e à professora Luana Saturnino Tvardovskas, com quem pude contar para a composição da banca de defesa e pelas contribuições teóricas, obrigada.

Aos usuários e às usuárias do Centro de Atenção Psicossocial I “Rasga Tristeza”, com vocês aprendi das coisas que só sabemos na experiência vivida. Obrigada também à equipe de profissionais do “Rasga Tristeza” pelas portas abertas à pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa que fomentou minha pesquisa.

“O dia de hoje se confundia com o dia de ontem, mas o amanhã teria que ser diferente”
(Evaristo, 2017, p. 60).

RESUMO

Nesta dissertação, tive como objetivo principal problematizar as relações de poder engendradas no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como identificar os sujeitos e suas histórias de vida subjetivas, perpassadas por experiências de sofrimento, no sertão central de Pernambuco, mais especificamente no município de Salgueiro, tendo como ponto norteador a implantação do Centro de Atenção Psicossocial I “Rasga Tristeza”, em 2007. Para atender ao objetivo proposto, estruturei a pesquisa em três momentos. Na tecitura dos fios que compõem a primeira parte da narrativa, busquei historicizar o processo de Reforma Psiquiátrica investigando as influências dos movimentos internacionais na experiência brasileira e em travessia pela legislação da saúde mental, em âmbitos federal e estadual, analisando os discursos da Reforma Psiquiátrica nas suas múltiplas camadas espaciais. No segundo momento, problematizo o cenário de inauguração e funcionamento do CAPS I “Rasga Tristeza”, analisando as disputas de interesses e tensões gestadas no próprio município, os seus espaços físicos de atuação no território e as suas dinâmicas cotidianas. Por fim, redireciono os fios historiográficos para os sujeitos, a partir de fragmentos de histórias de vida de dois usuários, Liberdade e Margarida, identificando as suas experiências subjetivas de sofrimento em um território que se (re)elabora. Para esta realização, a pesquisa foi constituída a partir do entrecruzamento de quatro principais tipologias de fontes: bibliográficas, legislativas, entrevistas orais e prontuários. Os percursos teóricos delineiam-se a partir das percepções de Michel Foucault no que diz respeito às *relações de poder* e do conceito de *território* proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari, em diálogo com uma *história das emoções* de Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello. Na trama metodológica, perpasso pela *história oral* e *memória* além de manusear o conceito de *análise do discurso*, elaborados respectivamente por Alessandro Portelli, Michael Pollak e Foucault. Dessa maneira, intenciono discutir acerca da história recente da loucura, refletindo sobre as suas implicações e experiências enquanto parte dos cenários macro e micro da(s) Reforma(s) Psiquiátrica(s).

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; centro de atenção psicossocial; relações de poder; história oral e memória; tempo presente; história das emoções.

ABSTRACT

In this dissertation, I had as main objective to problematize the power relations engendered in the process of the Brazilian Psychiatric Reform, as well as to identify the subjects and their subjective life stories, pervaded by experiences of suffering, in the central hinterland of Pernambuco, more specifically in the municipality of Salgueiro, having as a guiding point the implementation of the Psychosocial Care Center I "Tears Sadness" in 2007. To meet the proposed objective, I structure the research in three moments. In the weaving of the threads that make up the first part of the narrative, I sought to historicize the process of Psychiatric Reform investigating the influences of international movements in the Brazilian experience and in crossing by the legislation of mental health, in federal and state levels, discourse of Psychiatric Reform in its multiple spatial layers. In the second moment, I problematize the scenario of inauguration and operation of CAPS I "Rasga Tristeza", analyzing the disputes of interests and tensions gestated in the municipality itself, its physical spaces of action in the territory and its daily dynamics. Finally, I redirect the historiographical threads to the subjects, from fragments of life stories of two users, Liberdade and Margarida, identifying their subjective experiences of suffering in a territory that is (re)elaborated. For this realization, the research was constituted from the intersection of four main types of sources: bibliographical, legislative, oral interviews and medical records. The theoretical paths are outlined from the perceptions of Michel Foucault with regard to power relations and the concept of territory proposed by Gilles Deleuze and Félix Guattari, in dialogue with a story of emotions of Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine and Georges Vigarello. In the methodological plot, it permeates the oral history and memory besides handling the concept of discourse analysis, elaborated respectively by Alessandro Portelli, Michael Pollak and Foucault. Thus, I intend to discuss about the recent history of madness, reflecting on its implications and experiences as part of the macro and micro scenarios of (s) Psychiatric Reform (s).

Keywords: psychiatric reform; psychosocial care center; power relations; oral history and memory; present time; history of emotions.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: NA ARTESANIA DOS TEMPOS.....	10
2	“LEI E PSIQUIATRIA”: UMA TRAVESSIA ENTRE AS LEIS E OS DISCURSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	22
2.1	Tecendo os fios condutores dos processos de Reforma Psiquiátrica no Brasil: os movimentos da Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria.....	23
2.2	Entre o Projeto de Lei 3.657/1989 e a Lei 10.216/2001: aproximações e distanciamentos, uma construção possível.....	41
2.3	A Lei 11.064/1994 do estado de Pernambuco: no contexto da(s) Reforma(s) Psiquiátrica(s).....	54
3	“RASGA TRISTEZA”: UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO NO SERTÃO DE PERNAMBUCO.....	64
3.1	Um percurso antimanicomial no sertão: a inauguração do “Rasga Tristeza” em Salgueiro – PE.....	76
3.2	Espaços ditos da loucura: a instituição “Rasga Tristeza”.....	88
3.3	Nas tramas do cotidiano: o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial.....	100
4	NO TERRITÓRIO DAS EMOÇÕES: OS SUJEITOS E FRAGMENTOS DE SUAS HISTÓRIAS DE VIDA.....	118
4.1	Liberdade.....	118
4.2	Margarida.....	132
4.3	Severinos, Liberdades, Margaridas: vidas tecidas com “fios de ferro”.....	145
4.4	Rasgando a tristeza.....	147
5	O CESSAR DE UMA ESCRITA.....	148
	REFERÊNCIAS.....	149

1 INTRODUÇÃO: NA ARTESANIA DOS TEMPOS

Rasga Tristeza dentro do meu coração
A vida é mesmo assim
Eu rasgo por quem não rasga por mim
Ai meu Deus¹

Nos fios dessa trama, “Rasga Tristeza” é personagem marcante. O Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) ganhou o nome oficial de “Rasga Tristeza” em homenagem póstuma a um homem que era natural da cidade de Parnamirim – PE, mas que vivia por Salgueiro. Era tido como louco e cantarolava pelas ruas da cidade uma música que tinha a expressão “Rasga Tristeza” como trecho ápice, entoando de forma enfática e dolorosa.

O CAPS “Rasga Tristeza” abriu suas portas em abril de 2007, no sertão central pernambucano, em Salgueiro. Além de estar dentro do cenário da Reforma Psiquiátrica, a inauguração do “Rasga Tristeza” partiu da expressiva demanda por uma atenção psicossocial que estivesse fixada no próprio município, que se encontrava em situação de recorrente dependência das cidades de Serra Talhada – PE e Crato – CE. Assim, os trabalhadores da saúde, mobilizados, a partir de determinadas alianças com a secretaria de saúde, construíram um *Projeto terapêutico* (2007) de implantação do serviço substitutivo a fim de conquistar a habilitação junto ao Ministério da Saúde².

O Hospital Psiquiátrico São Vicente atual Hospital Memorial Irmã Dulce³, localizado em Serra Talhada, funciona desde o final da década de 1970 e juntamente com a Casa de Saúde Santa Teresa, no Crato, fechada em 2016, compunham as únicas alternativas de assistência à saúde mental⁴ nas proximidades do sertão central. Posto essa relação entre as duas cidades e o município de Salgueiro quando se trata de assuntos correlatos à saúde mental, ainda destaco a relação de certa dependência à capital do estado, Recife – o que

¹Música transmitida pela oralidade durante os relatos de memória nas entrevistas. Esse mesmo trecho também foi encontrado no documento *Projeto terapêutico* (2007) elaborado pela equipe fundadora do CAPS.

²Em janeiro de 2008, o serviço foi inserido no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No site do CNES em “habilitações” é possível verificar que o “Rasga Tristeza” recebeu a competência inicial no mês de outubro deste mesmo ano. Cf.: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2612205657229. Acesso em: 23 jun. 2023.

³Segundo Jamille Cardoso (2023), o manicômio mudara de razão social se transformando em Hospital Memorial Irmã Dulce. Entretanto, em seu *website*, a denominação Hospital Psiquiátrico permanece. O estabelecimento, portanto, deu continuidade ao trabalho com as internações psiquiátricas.

⁴Segundo Amarante (2007, p. 19): “Saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas”.

aponta para a problemática das travessias e descaminhos da Reforma Psiquiátrica (RP) em Pernambuco.

Ao final do mesmo ano, no mês de outubro, após a fundação do CAPS I, tendo em vista que o mesmo não oferece atendimento 24h e que a Lei nº 10.216 de 2001 estimulou a criação de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, inauguraram-se os leitos de saúde mental no Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS), sediado em Salgueiro, atendendo não somente aos sete municípios correspondentes à VII Gerência Regional de Saúde (GERES), mas também às cidades circunvizinhas e fronteiriças⁵. Todavia, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Salgueiro ainda se mostra insuficiente para abarcar as necessidades da população.

Diante dessas circunstâncias, no ano de 2012, trabalhadores mais ativos do “Rasga Tristeza” elaboraram um projeto para transformar o CAPS I em CAPS II, pois a demanda do serviço apresentava-se maior do que os recursos que chegavam e que eram ofertados aos salgueirenses. O CAPS “Rasga Tristeza” é de tipo I, o que representa dizer, segundo a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes”⁶. Entretanto, há pactuações e alianças que possibilitam a implementação desses dispositivos de saúde mental em seus tipos II e III.

Essa proposta de mudança de I para o II poderia oportunizar melhorias no atendimento aos usuários, a partir, por exemplo, do aumento e da diversidade do quadro de funcionários. No entanto, em um cenário nacional de desmontes e tensões políticas no próprio município, este projeto, elaborado em momento de transição eleitoral, não recebeu o suporte que precisava, não se desenvolvendo, sendo uma questão incerta até hoje.

A partir do pensamento teórico-prático basagliano que inspira a experiência brasileira, o que se desejava inaugurar era um “novo dispositivo” que buscava construir seus alicerces na “desinstitucionalização”⁷. Com isso, segundo Franco Rotelli (1990, p. 62), os serviços substitutivos enquanto dispositivos não são “dados” por definição, mas se (re)inventam permanentemente em busca de retirar o sujeito do parêntesis e realocar o objeto “doença”, identificando-o em sua complexidade. Assim, podemos compreender a experiência de

⁵O sertão central corresponde às cidades da microrregião de Salgueiro, sendo elas: Cedro, Mirandiba, Parnamirim, Salgueiro, São José do Belmonte, Serrita e Verdejante. Já os municípios vinculados à VII Gerência Regional de Saúde são Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante.

⁶Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial em 2011, o número de habitantes mínimos para CAPS I reduziu para 15.000. Entretanto, na época de abertura do “Rasga Tristeza” era a Portaria nº 336/02 que estava em vigor.

⁷Na perspectiva basagliana, Paulo Amarante (1995, p. 49) afirma que “desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos”.

abertura do “Rasga Tristeza” enquanto desinstitucionalização, como busca e atualização do “cuidado em liberdade”.

Além de problematizar as relações de poder que se engendram no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), tendo como ponto norteador a criação e experiência subjetiva do CAPS I “Rasga Tristeza”, considero que contar as histórias da instituição é também narrar sobre os seus usuários e as suas histórias de vida. Com isso, proponho ampliar o que se compreende por Reforma Psiquiátrica, buscando perceber as diversas nuances da história da loucura e saúde mental nas territorialidades⁸.

As pistas desta pesquisa apresentaram-se em 2015, durante a licenciatura em História, quando tive o primeiro contato com os estudos da loucura a partir da obra *História da Loucura: na idade clássica*, de Michel Foucault (2014b), publicada pela primeira vez na França em 1961. No prefácio desta obra, Foucault (2014b, p. VIII) compartilha que gostaria que um livro “tivesse a desenvoltura de apresentar-se como discurso: simultaneamente batalha e arma, conjunturas e vestígios, encontro irregular e cena repetível”. Desde então, pesquisar sobre loucura e saúde mental é para mim um encontro, parafraseando Foucault, simultaneamente “irregular e repetível”.

Tenho memórias de infância dos ditos loucos da cidade. Um deles era conhecido por “Cicinho”, homem de fé, católico, estava sempre pela Igreja. Com beijos nas estátuas dos santos e no chão do altar, ele fazia os seus próprios cumprimentos ao entrar neste espaço. O catolicismo também fazia parte do cotidiano de minha mãe. Então, foi a partir do seu compromisso com a fé que tive alguns dos primeiros contatos com a presença de Cícero e seus rituais⁹. Nas ruas da cidade ele também era visto, mas na Igreja era uma certeza. Às vezes, Cícero aparecia não prestando atenção à missa ou deixando de beijar os santos quando chegava. Em um desses momentos, inquieta, perguntei a minha mãe o porquê ele aparentava confusão. Ela contou que, infelizmente, havia pessoas que o desrespeitavam dizendo coisas ofensivas e davam-lhe bebida. Mesmo assim, Cícero marcava ponto na Igreja. A fé parecia ser o seu lugar de acolhida, o território em que ele poderia ocupar.

Essa temática de pesquisa passou a estar presente no percurso da minha formação, sendo desenvolvida na pesquisa monográfica intitulada *As faces da loucura em Cajazeiras* –

⁸Utilizo a expressão “história da loucura e saúde mental” a fim de ressaltar uma articulação entre os estudos relativos à “história da loucura” e aos da “saúde mental”.

⁹Segundos os relatos orais, Cícero faleceu durante a pandemia de Covid-19. Ele recebia os cuidados de uma família da cidade que lhe deram morada.

PB: entre o social e o sensível (2019)¹⁰. Esta referida pesquisa teve como objetivo central a problematização das relações e dos jogos de poder com a chegada do CAPS em Cajazeiras – PB, localizado no Alto Sertão Paraibano, no ano de 2001, mas também enveredou por uma perspectiva do sensível, buscando apresentar dois usuários e duas usuárias do serviço, voltando o olhar para os sujeitos e os sentimentos, a partir das análises dos prontuários localizados no arquivo da instituição.

Nesse sentido, esta dissertação configura uma continuidade dos estudos da loucura, em diálogo com as pesquisas realizadas anteriormente. Entretanto, tendo em vista a irregularidade deste encontro, me deparo, neste trabalho, com novos atravessamentos a partir do dispositivo de saúde “Rasga Tristeza”, em Salgueiro. Aqui, minha história é atravessada pela de Severino, nome oficial de “Rasga Tristeza”, homem que faleceu dezessete anos antes do meu nascimento. Vidas que se cruzaram na costura dos fios dos tempos que irrompe do desenrolar da Reforma Psiquiátrica no sertão central de Pernambuco, território das minhas primeiras memórias da loucura.

Pensando nas particularidades da experiência da loucura no sertão central pernambucano e levando em consideração as pluralidades desse cenário, como sua cultura, população e suas relações com a loucura, compreendo que pensar as experiências nessas camadas espaciais possibilitam novas percepções. Isto motiva a dar sequência aos estudos historiográficos da loucura nos “sertões contemporâneos” do Nordeste, oportunizando proporcionar visibilidade e dizibilidade a esses espaços e sujeitos, intencionando contribuir com a construção do saber histórico¹¹.

Considero os recortes que percorro como emergentes, buscando romper com os silenciamentos históricos, historiográficos e sociais do tema, demonstrando a relevância desta pesquisa, que busca assim criar redes de comunicação entre pesquisa, instituição e sociedade, contribuindo potencialmente com novas possibilidades de reelaboração de ações práticas no campo da saúde mental.

Os percursos teóricos delineiam-se a partir das percepções de Michel Foucault no que diz respeito às “relações de poder” e do conceito de “território” proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1989; 2012) em diálogo com uma “história das emoções” de Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello (2020). Na trama metodológica, perpasso esta

¹⁰Cf.: SANTOS, Larissa Beserra dos. **As faces da loucura em Cajazeiras – PB: entre o social e o sensível**. Monografia (Graduação em História) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

¹¹A partir de levantamentos bibliográficos, não identifiquei pesquisas publicadas sobre loucura e/ou saúde mental que partam de uma perspectiva historiográfica no sertão de Pernambuco, tampouco no recorte espacial proposto, Salgueiro.

pesquisa pela “história oral”, a partir dos ensinamentos de Alessandro Portelli (2016), além de manusear o conceito de “análise do discurso” elaborado por Foucault (2014a).

As reflexões propostas por Foucault influenciaram diretamente os estudos acerca da história da loucura, das instituições psiquiátricas, do saber-poder médico. Desta forma, suas análises das relações de poder, enquanto múltiplas, móveis e relacionais, exercidas entre às instituições e os seus atores, possibilitam problematizar o poder e as tramas políticas e sociais. É no campo das correlações de forças que a analítica de poder foucaultiana busca escapatórias ao sistema Soberano-Lei, na inversão do pensamento político. Sobre o poder, na *História da sexualidade I: A vontade de saber*, Foucault (2015, p. 100-101) expressa:

Parece-me que se deve compreender o poder, primeiro, como a multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e são constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes, as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de forças encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas, ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam em si.

Arelado às relações de poder, utilizo a noção de “experiência” na perspectiva foucaultiana. Segundo o sociólogo Thomas Lemke (2017, p. 86), em uma entrevista de 1978, Foucault caracterizou o seu trabalho em termos de “experiência” e “o envolvimento com as ‘experiências’ como a força motriz de sua escrita”. Na obra *Foucault, governamentalidade e crítica*, Lemke (2017) nos diz que dentre os conceitos da obra foucaultiana, experiência foi o que menos atraiu os interesses acadêmicos, mesmo que Foucault (2014b) tenha operado com essa noção desde o seu primeiro livro que ganhou notoriedade, o já mencionado: *História da loucura: na idade clássica*, que se desenvolve a partir da problemática da experiência da loucura no Ocidente.

Os demais escritos arqueológicos de Foucault na década de 1960 têm como fio condutor o cenário conceitual e os limites das experiências históricas. Contudo, entre o final dos anos 1960 e uma parte significativa dos anos 1970, Lemke (2017) enuncia que Foucault se distancia da noção de experiência por uma provável insatisfação com a imprecisão do conceito e pelo foco que Foucault deu para a genealogia e a materialidade dos corpos e das tecnologias de poder que acabaram dificultando a referência à “experiência”. Entretanto, o termo reemerge ressignificado no fim da década de 1970. Sob uma “reavaliação teórica da experiência”, compreende-se que:

A experiência agora não é mais entendida em termos de regularidades epistêmicas ou de efeito dos regimes de poder; ao invés disso, ela serve

como um conceito com muitas camadas, que articula formas de conhecimento, mecanismos de poder e as relações consigo (Lemke, 2017, p. 85).

O conceito de experiência aponta para uma ontologia crítica de nós mesmos, “que visa tornar possíveis novas experiências históricas, movendo-se além dos limites do presente” (Lemke, 2017, p. 93). Nesse sentido, a partir do curso *Governo, Governamentalidade e Biopolítica* proposto pela professora Regina Beatriz Guimarães Neto no Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco (PPGH-UFPE), pude solidificar a noção de experiência que, para Foucault (2010, p. 295), “não é algo privado, mas aponta para uma prática coletiva”.

Alvo de críticas quando publicada em 1961, *História da loucura* recebeu novo prefácio na segunda edição francesa, como resposta à crítica. Na ocasião, Foucault (2014b) enuncia os seus escritos enquanto “livros experiência”, no exercício de não se limitar a constatar uma verdade. Compreendo, portanto, a escrita da história enquanto tarefa manual, uma artesanania dos tempos, pois:

A verdade não existe anterior à forma, a verdade não está no próprio objeto, no próprio passado, a verdade do passado se fabrica através da forma que damos a ele, por isso mesmo, a arte não se separa aqui de uma ambição e de uma pretensão científicas, mas, ao contrário, é dela inseparável. É na arte de dar forma ao passado, de inventá-lo narrativamente, que suas verdades podem aparecer, se fazer visíveis e dizíveis (Albuquerque Júnior, 2019, p. 15-16).

Essa trama também foi atravessada pelo conceito de “território”, instrumentalizado por Deleuze e Guattari (1989; 2012), sendo fundamental para pensar como a experiência da loucura e do sofrimento psíquico é marcada pela desterritorialização, ou seja, o sentimento de deixar algo conhecido e familiar. Assim, segundo Deleuze (1989, p. 4), “não há território sem um vetor de saída do território e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte”. O movimento de desterritorializar-se proporciona a criação de novos mundos e sentidos, em busca de uma reterritorialização que, embora não seja um retorno ao território de origem, também aciona as vivências e experiências anteriores dos sujeitos. Portanto, território é o movimento em que linhas de fuga são acionadas. Na problemática da loucura, quais potencialidades de vida estariam sendo agenciadas?

Com essas reflexões sobre território, realizei discussões entrecruzando o recorte espacial da pesquisa juntamente com as singularidades das suas histórias e memórias locais

em correlação com as problemáticas relativas aos sertões do Nordeste em debate com os trabalhos do historiador Durval Muniz de Albuquerque Júnior (2011; 2014; 2016), que tece contribuições sobre o tema dos sertões e rompe com a visão estigmatizada dos espaços e sujeitos.

Manter o sertão nos cafundós, manter os habitantes do sertão nas margens do espaço e do tempo presente é permitir mantê-los invisíveis e indizíveis, sem voz e sem rosto, sem desejos e sem projetos, é fazer de conta que eles não existem ou que suas existências não importam por estranhas e extremas que pareçam ser (Albuquerque Júnior, 2014, p. 52).

O conceito de sertões esteve atravessado por concepções e acepções que o colocam em lugares aquém. Mobilizar os sertões na contemporaneidade é implicação com uma história pública, das oralidades e do presente. Foucault (2002, p. 25) explicita que o conhecimento tem um caráter perspectivo, “porque há batalha e porque o conhecimento é o efeito dessa batalha”, portanto, essas histórias e memórias nos/dos sertões se posicionam no front da luta.

O sertão pode-se dizer sertões e contemporâneo porque guarda em seu interior diversas temporalidades, diversas camadas de tempo que devem ser postas em questão à medida mesmo que são colocadas em comércio, em disputa, em que permitem pensar tempos outros, para além destes, em que permitem fazer emergir outros tempos nas brechas, nas fimbrias destas temporalidades em conflito (Albuquerque Júnior, 2014, p. 52).

Nesse percurso de pesquisa também investiguei os rastros das sensibilidades, cruzando o território das emoções, buscando narrar fragmentos das histórias de vida, muitas vezes esquecidas, que passando por experiências subjetivas de sofrimento buscaram o Centro de Atenção Psicossocial I “Rasga Tristeza”.

Essas urdiduras estão vinculadas a uma perspectiva que busca entrelaçar às práticas institucionais, às espacialidades e os sujeitos, que são atores ativos nessa tecitura, assim como as emoções, termo que “cobre amplamente o continente dos afetos, dos sentimentos e das culturas sensíveis” (Corbin; Courtine; Vigarello, 2020, p. 11)¹².

No que diz respeito aos aspectos metodológicos perpasso esta pesquisa pela “história oral”, partindo dos ensinamentos de Alessandro Portelli (2016), além de manusear o conceito de “análise do discurso” elaborado por Foucault (2014a).

¹²Compreendo que não há como historicizar loucura e saúde mental sem falar dos sujeitos e das emoções, Cf.: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História das emoções**: Do final do século XIX até hoje. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2020. 3 v.

A escolha pelo uso da história oral e das fontes orais se estabelece quando esta metodologia abre campos de diálogo que outrora não foram possíveis, sendo viável rememorar e contar histórias pessoais, imersas na subjetividade, ainda silenciadas.

O pesquisador italiano Alessandro Portelli (2016, p. 10) define a história oral como “uma arte da escuta” baseada em um conjunto de relações. Para ele, os “contadores da história” precisam estar abertos para a escuta e o diálogo, traçando um caminho entre um fato do passado, um fato do presente e uma relação fluida entre os dois fatos, identificando a mobilidade entre a historiografia e as histórias e entendendo que a oralidade enquanto fonte é uma performance e um diálogo e a forma do trabalho do historiador é a de um ensaio escrito, monológico. A partir disto, compreendo que o uso das fontes orais possibilita rememorar e contar uma “História das histórias”¹³.

Nos entrelaces pela oralidade e memória, me apropriei do que Michel Pollak (1989) entende por “memória subterrânea”, considerando que há um jogo de forças nas narrativas: as ditas dominantes e as que são apagadas. As pessoas comuns do sertão, tidas como loucas, passam por um silenciamento nas narrativas oficiais¹⁴. Em Salgueiro, por exemplo, não há notícias escritas sobre quem foi “Rasga Tristeza”, em contrapartida há publicações sobre coronéis, políticos e membros da Igreja. A história de “Rasga Tristeza” tem sido transmitida pela potência da oralidade.

Recordo-me de uma entrevista com uma senhora de oitenta e seis anos, que chamarei de Úrsula¹⁵. O filho dela chega à cozinha onde ocorria a nossa entrevista sobre “Rasga Tristeza” e com estranhamento ele perguntava-lhe quem era essa pessoa de que falávamos. Úrsula contou brevemente ao filho para continuarmos à gravação. É a história oral sendo atravessada pelas memórias, pelos esquecimentos e silêncios, como nos ensina Pollak (1989). Por muitas vezes, é essa oralidade ancestral que possibilita as (re)existências dos subalternizados.

No que concerne à análise do discurso enquanto método utilizado na pesquisa, para Foucault (2014a, p. 10), “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar”. Assim, considero que a luta pelo poder tem como potência gerar limites na

¹³A fim de que a relação entre as fontes orais e o trabalho do historiador seja compreendida amplamente, o escritor Alessandro Portelli (2016) utiliza a expressão “História das histórias” referindo-se às possibilidades de elaboração de uma narrativa historiográfica a partir das histórias contadas nas entrevistas de história oral, apontando para os horizontes de escrita que são oportunizados pelas fontes orais.

¹⁴Sobre as discussões de memória utilizo o conceito de “memórias subterrâneas”. Cf.: POLLAK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.

¹⁵Em referência a Úrsula de Gabriel García Márquez (2015), em *Cem anos de solidão*. A personagem fundou Macondo, cidade onde a narrativa ocorre. Úrsula também é a matriarca de uma extensa árvore genealógica.

linguagem de determinados grupos da sociedade, como os considerados loucos. Sobre isso, a partir da discussão elaborada por Foucault no apêndice da *História da Loucura* de 1972, intitulado *La folie, l'absence d'œuvre*, Peter Pál Pelbart (2009, p. 100) nos diz que: “em geral as interdições relativas ao discurso visaram dominar sua proliferação descontrolada, neutralizar seus perigos e organizar sua desordem – seja banindo certas formas, seja silenciando outras ou, no limite, esvaziando seus efeitos”.

Assim, a pesquisa parte das seguintes reflexões: Como são distribuídos os elementos discursivos? O que é admitido nos enunciados e silenciamentos? Quais linguagens estão sendo veiculadas? Em busca da ordem, quais as fronteiras e os interditos que os discursos implicam nas relações de poder? O que tem se esvaziado? Quais os pontos de resistência? Desta maneira, tendo em vista os discursos que perpassam as relações de poder acerca do “Rasga Tristeza”, busco analisar como são exercidas as formas, condições, variações, diferenças e regularidades dos discursos e práticas acerca da história recente da loucura e da saúde mental.

Em busca de assegurar a confiabilidade e responsabilidade dessa narrativa, minha agenda de trabalho residuiu no cruzamento de informações. O historiador Michel de Certeau (1982) no texto *A operação historiográfica* alerta para não sermos meros consumidores dos documentos, sendo preciso dialogar com variadas tipologias de fontes e temporalidades distintas para utilização das fontes enquanto um “rastros” para o historiador e nunca um “dado”. Com esse compromisso, trabalhei a partir de quatro principais fontes: bibliográficas, legislativas, entrevistas orais e prontuários. Entretanto, analisei outros documentos, mencionados conforme as discussões apresentadas no decorrer da pesquisa.

As fontes e referências bibliográficas foram utilizadas, sobretudo, nas discussões relativas ao capítulo 1. Assim, para debater sobre as influências dos movimentos sociais da Psiquiatria Democrática Italiana (PD) e da Antipsiquiatria nos rumos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), três obras foram centrais: *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica / Franco Basaglia* (2010), obra organizada por Paulo Amarante e que consiste em um compilado de textos de autoria de Franco Basaglia em que o autor compartilha sobre as suas experiências no campo da saúde mental; *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, obra de David Cooper (1973), psiquiatra sul-africano radicado na Inglaterra e um dos principais nomes da Antipsiquiatria, que tece suas considerações a respeito da opressão familiar enquanto condição para as neuroses e psicoses; e, por fim, *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*, do

psiquiatra estadunidense Thomas Szasz (1976), que apresenta uma transformação de uma ideologia religiosa, a Teologia, numa ideologia científica, a Psiquiatria.

Por intermédio da legislação, especificamente a partir dos textos do Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, e da Lei nº 10.216, de 2001, problematizo as proximidades e os distanciamentos entre projeto e lei levando em consideração que o primeiro tramitou ao longo de 12 anos na Câmara e no Senado até a lei federal ser promulgada. Além disso, analiso a Lei nº 11.064 de 1994 do estado de Pernambuco, destacando que este foi o terceiro estado a promulgar uma legislação própria para a saúde mental, dentro dos rumos da RPB. Posto que essas legislações sejam uma das sinalizadoras da experiência brasileira, esse aporte documental contribuiu para pensar nos caminhos que estão sendo percorridos também pelo CAPS I “Rasga Tristeza”.

As entrevistas foram realizadas com atores e autores ativos na inauguração do CAPS e ao longo do seu funcionamento, sobretudo na primeira década, entre os anos de 2007 e 2016, como: políticos, profissionais em saúde mental, usuários, familiares e membros da sociedade civil. Para isso, foi feito um levantamento prévio das pessoas atravessadas pelas memórias do “Rasga Tristeza”, instituição e/ou sujeito, realizando ao todo 20 entrevistas gravadas e transcritas no período entre setembro de 2022 e julho de 2023.

Na cartografia, o horizonte de pesquisa se ampliava a cada nova experiência no território. Tive a oportunidade de vivenciar a rotina do CAPS, conversar com os usuários, os seus familiares e com a equipe de profissionais. Participei do Grupo de Psicologia, de visitas domiciliares, de reuniões de equipe sobre os leitos de saúde mental no HRIS, de atividade de plantio, da Reunião Ampliada de Saúde Mental e da XI Conferência Municipal de Saúde. Além dessas atividades, visitei o CAPS I Maria Novais Miranda, de Serrita – PE, outro equipamento de saúde mental do sertão central. Também percorri as rotas feitas por “Rasga Tristeza” e, chegando à sua terra natal, Parnamirim, conheci os seus familiares que me receberam com amorosidade.

Para contar uma história do “Rasga Tristeza” me vi na artesanaria dos tempos, entre os fios da loucura, costurando um tanto de memórias outrora silenciadas, anotando conversas e relatos que aconteciam sem aviso prévio, apertando por muitas vezes o botão de *play* nos gravadores, com os pés na estrada, andando pelo território, conhecendo as pessoas e os espaços do sertão central.

Compreendo, portanto, que “os historiadores que pesquisam sobre temas relacionados à história do tempo presente, sempre que possível não devem prescindir da possibilidade de realizar entrevistas” (Montenegro 2016, p. 444), pois o diálogo com a história oral possibilita

análises das tramas do poder que foram urdidas e das experiências e histórias de vida dos sujeitos que fazem uso do CAPS “Rasga Tristeza”.

Nos prontuários, encontro as narrativas dos profissionais sobre os usuários. Por vezes, há relatos dos próprios usuários, mas perpassados pela intermediação dessa relação. A documentação dispõe dos dados pessoais dos usuários e dos registros da evolução clínica com informações que compõem o histórico do tratamento. Além de viabilizar o acesso aos fragmentos de histórias dos usuários, esse documento oportuniza analisar o cotidiano do CAPS I “Rasga Tristeza”, contribuindo para a problematização de como se estabelece a dinâmica institucional e também como os usuários estão inseridos nesse serviço. Foram transcritos doze destes documentos no processo de pesquisa¹⁶.

Pelo compromisso ético, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (Plataforma Brasil). As entrevistas orais e os prontuários transcritos serão mantidos em sigilo e o nome das pessoas participantes no anonimato, sendo utilizados pseudônimos.

No primeiro capítulo, a partir do diálogo com a bibliografia, analiso as influências dos movimentos sociais internacionais da Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ademais, a partir de uma travessia entre psiquiatria e legislação da saúde mental, em âmbitos federal e estadual, analiso os enunciados discursivos das leis no Brasil e no estado de Pernambuco, confrontando com o que está sendo operado em esfera local.

No segundo capítulo, problematizo o cenário de inauguração e funcionamento do CAPS I “Rasga Tristeza”, pensando tanto nas relações de forças, disputas e embates, que se engendram no próprio município, entre as gestões políticas locais e regionais, os trabalhadores e os usuários, quanto nas suas dinâmicas cotidianas, bem como nos espaços físicos de atuação no território.

Finalmente, no terceiro capítulo, redireciono os fios historiográficos para contar fragmentos de histórias de vida de dois usuários, analisando como estão inseridos, quais sentidos atribuem e como lidam com experiências subjetivas de sofrimento em um território que se (re)elabora. Aqui, apresento fragmentos de histórias de vida de Liberdade e Margarida, pessoas que fazem uso do CAPS desde 2008 e 2014, respectivamente.

Em vista disso, compreendo a escrita da história enquanto arma de luta e resistência, que dá possibilidades para narrar histórias entrelaçadas às violências de um poder, ao mesmo

¹⁶Esses documentos não puderam ser fotografados ou escaneados. O material escolhido para esse arquivo era extenso e cada prontuário demandava dias para transcrição manual.

tempo em que nos fornece escapatórias, como nos indica Certeau (1982)¹⁷. Portanto, é preciso lembrar e narrar às histórias marginalizadas no absurdo, honrando e situando o passado, mas também o eliminando, para que ele possa dar possibilidades ao presente. Assim, desejo contribuir para que as narrativas sobre pessoas comuns estejam cada vez mais presentes na historiografia. É com os ensinamentos de tantos mestres, da teoria e da vida, que busco narrar uma história à revelia, no exercício de apropriação do que escrevo.

Essa vontade de mudar o *modus operandi* remete à *Becos da Memória*, de Conceição Evaristo (2017, p. 60), quando a escritora diz: “O dia de hoje se confundia com o dia de ontem, mas o amanhã teria que ser diferente”. A partir desta convocatória, entendo que se faz preciso problematizar o *status quo*, em busca de que seja possível o “cuidado em liberdade” e de que casos como o de Genivaldo de Jesus Santos e Antônio Marcos¹⁸ não se repitam e não fiquem nos subterrâneos da memória, mas que aflorem subvertendo à lógica imposta por uma memória oficial coletiva.

Por fim, convido você, leitor e leitora, a fazer uma imersão pelos fragmentos de histórias de vida daqueles que ainda têm suas vidas silenciadas cotidianamente, percorrendo comigo os rastros sensíveis deste percurso no sertão salgueirense.

¹⁷Cf.: CERTEAU, Michel de. A operação historiográfica. In: CERTEAU, Michel de. **Escrita da história**. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. p. 56-109.

¹⁸No dia 25 de maio de 2022, Genivaldo de Jesus Santos, homem negro, diagnosticado com esquizofrenia, foi assassinado pela violência da Polícia Rodoviária Federal em uma operação realizada em Umbaúba, Sergipe. Não sendo algo isolado, no dia 12 de junho, Antônio Marcos, também homem negro, foi morto pela abordagem violenta de “contenção mecânica” na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Gama, no Distrito Federal. Com Achille Mbembe (2018), em *Necropolítica*, entendo que as políticas neoliberais são de morte e ditam quem pode viver e quem deve morrer, portanto, episódios como esse são cotidianos e sinalizam para os desmontes nos direitos civis e na saúde mental, sendo parte dos impactos do cenário político atual. Genivaldo de Jesus Santos e Antônio Marcos, presentes.

2 “LEI E PSIQUIATRIA”: UMA TRAVESSIA ENTRE AS LEIS E OS DISCURSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A apatia, o desinteresse e o lento e monótono caminhar de cabeça baixa, sem rumo, pelos corredores ou pelos pátios fechados; certos impulsos imotivados (com demasiada frequência reportados à doença); um comportamento submisso de animal domesticado; as lamúrias estereotipadas; o olhar perdido, desprovido de um ponto de apoio; a mente vazia porque não tem uma meta para a qual voltar-se (Basaglia, 2010, p. 51).

Na manhã ensolarada do dia 18 de julho de 2019, visitei o Hospital Ulysses Pernambucano¹⁹. Localizado no bairro da Tamarineira, cidade de Recife, as sonoridades externas não atravessavam as paredes daquela imensa arquitetura imperial, construída no final do século XIX, no período do Segundo Reinado Brasileiro (1840-1889). Naquela ocasião, estive acompanhada pelos professores Carlos Alberto Cunha Miranda e Cláudia Freitas de Oliveira, onde caminhamos dentro de um dos manicômios mais antigos do Brasil, uma das primeiras instituições “exclusivas para alienados”²⁰.

Cumprimentamos alguns dos pacientes que ali estavam. Todos respondiam em *bullet time*²¹. Em ritmos diferentes dos que se encontravam internados, caminhávamos ligeiramente para conseguir visitar todo o manicômio. Em *close up*²², os meus olhos captavam aquele cenário de grandes dimensões. Estando naquela instituição, marcaram-me os pacientes ditos “institucionalizados”, com os “artifícios manicomial” enraizados pela internação prolongada – assim como descreveu o psiquiatra italiano Franco Basaglia (2010), na citação que abre este capítulo.

Estas memórias são um mergulho nas folhas que contam as histórias da loucura no Brasil. Para dar início a proposta deste capítulo, elucidei a perspectiva manicomial que se atualiza e se ramifica para além das instituições psiquiátricas. Analisar essa concepção

¹⁹A partir dos trabalhos de Carlos Alberto Cunha Miranda é possível identificar historicamente os nomes recebidos pelo atual Hospital Ulysses Pernambucano. Em 1883, quando inaugurado, o manicômio era intitulado “Hospício de Alienados”. Em 1924, o “Hospício de Alienados” foi renomeado para “Hospital de Doenças Nervosas e Mentais”. E, antes de receber o nome atual, passou a ser chamado de “Hospital de Alienados”, mas também era popularmente conhecido como o “velho hospital” da Tamarineira, como nos diz Maria Concepta Padovan (2010, p. 87). No final do século XX, como uma homenagem ao médico psiquiatra Ulysses Pernambucano, que atuou na instituição enquanto médico e diretor, o manicômio recebeu o nome atual.

²⁰Expressão que era comumente utilizada para se referir aos manicômios, encontrada em cf.: ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005.

²¹Esta palavra descreve uma técnica comumente utilizada no cenário cinematográfico: trata-se de um “efeito especial” de câmera lenta que capta movimentos de personagens em um tempo extremamente curto. Popularmente, é uma ação apresentada em “tempo de bala”.

²²A palavra *close-up* refere-se a um tipo de plano, de enquadramento fechado e próximo, simultaneamente, cujo foco é direcionado a partes específicas de um personagem ou objeto.

proporcionará um suporte para a reflexão do cenário nacional e estadual da Reforma Psiquiátrica, desenvolvendo diálogos entre as legislações e as bibliografias, buscando perceber as suas modificações e flexibilizações, confrontando as suas influências no sertão central do estado de Pernambuco, mais especificamente no município de Salgueiro. Essa travessia percorrerá a pesquisa.

No texto *Lei e psiquiatria*, de autoria de Basaglia e Maria Grazia Gianichedda (2010), que inspira o título homônimo deste capítulo, há um panorama sobre as primeiras legislações reformistas e, em seguida, a problematização da experiência italiana de elaboração da Lei 180, conhecida comumente por Lei Basaglia, em homenagem a Franco Basaglia – psiquiatra considerado referência teórica e prática para a experiência da reforma brasileira. Esta perspectiva de insurgências e de linhas de fuga a partir do âmbito jurídico-legislativo contribui para a crítica da atuação da legislação da saúde mental no Brasil.

Nesse percurso, entre as leis e os discursos da Reforma Psiquiátrica, o ponto de partida é a trajetória do Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, que foi responsável por reivindicar e impulsionar à criação e promulgação da Lei 180/1978. Nesse percurso, também dialoga com o Movimento da Antipsiquiatria, a partir dos autores e atores David Cooper, Ronald David Laing e Aaron Esterson, no Reino Unido, e Thomas Szasz, nos Estados Unidos. Ambos encontram-se presentes nas pautas do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. A partir disso, a proposta é investigar como essas experiências internacionais estão entrelaçadas ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, possibilitando a elaboração do Projeto de Lei 3.657/1989, a promulgação da Lei do Estado de Pernambuco 11.064/1994 e a promulgação da Lei Federal 10.216/2001, a fim de problematizar os cenários nacional, estadual e local.

2.1 Tecendo os fios condutores dos processos de Reforma Psiquiátrica no Brasil: os movimentos da Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria

No cenário da Ditadura Civil-Militar Brasileira (1964-1985), surgem movimentos sociais que contribuíram com o processo de redemocratização. Alguns destes ascenderam na década de 1980, como: o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, ambos irrompem da mobilização dos trabalhadores da saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira emergiu como um projeto de sociedade e influenciou diretamente no processo da Reforma Psiquiátrica. O Sistema Único de Saúde (SUS), por

exemplo, foi criado no ano de 1988, no período da promulgação da Constituição Cidadã, como parte das políticas públicas propostas pela RSB, sendo um componente de um processo amplo, expressivamente tensionado por vários grupos e segmentos sociais, e, contínuo, porque, em certa medida, está em curso por meio de novas e antigas tensões e interesses, mas que apontam para uma busca de reforma social, entre avanços e retrocessos (Paim, 2008)²³.

Na década de 1970, os manicômios se encontravam no auge do modelo médico-privatista financiado pelo governo federal. Em 1978, ocorreu a crise da Divisão de Saúde Mental (DINSAM) na greve dos médicos que denunciavam às precariedades e violências sofridas pelos pacientes dos hospitais psiquiátricos do órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Essas denúncias se incorporavam a outras acusações de rompimento com os direitos humanos naquele período histórico. Foi nesse cenário que irrompeu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 1995). O engajamento desses trabalhadores ganhou ampla potencialidade em 1987. Foi em março, desse mesmo ano, que se inaugurou o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira²⁴, na cidade de São Paulo (Amarante, 1995; 2007).

Ainda naquele ano de 1987, ocorreram dois eventos significativos: a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no mês de junho, na cidade do Rio de Janeiro e, em dezembro, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, no município de Bauru, no estado de São Paulo. Nesses encontros, tanto os usuários quanto os seus familiares participaram. Assim, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que, até então, restringia-se aos profissionais da saúde mental, foi ampliado e ressignificado em sua estrutura e participação, sendo, portanto, redefinido em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios!”, a Carta de Bauru, elaborada ao final do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (Congresso, 1987) é concluída²⁵. Assim, o MNLA foi sendo constituído imerso na busca pelo “cuidado em liberdade” e tomando como referência a experiência de outros dois movimentos sociais internacionais: a Psiquiatria Democrática Italiana e a Antipsiquiatria. Ambos lutavam pelo

²³Para mais informações, cf.: PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

²⁴A homenagem feita pelo CAPS é direcionada ao psiquiatra alagoano Luiz da Rocha Cerqueira. Ao mudar-se para Recife, em 1934, o psiquiatra alagoano foi marcado pelas influências de Ulysses Pernambucano, vinculando-se à Psiquiatria Social nos moldes de Ulysses. Depois de sua passagem por Pernambuco, Luiz da Rocha Cerqueira também leva as suas intervenções para outros estados, como: Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo.

²⁵Desde que irrompeu, o MNLA luta por uma ruptura de ampla dimensão com “saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença” (Amarante, 1995, p. 49).

fim das instituições manicomiais, divergindo das concepções de caráter reformista, como: a Comunidade Terapêutica (CT) e a Psicoterapia Institucional, e a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva.

Sobre o primeiro grupo, as experiências psiquiátricas de caráter comunitário surgem na Inglaterra e remontam à década de 1940. Na sua origem, elas indicavam a busca pelo diálogo com a sociedade e a horizontalidade nas relações dentro do manicômio. Entretanto, Basaglia considerava que elas não deveriam ser a “meta final” (Basaglia, 2010). O segundo grupo é formado por experiências que acreditavam que o modelo hospitalar se tornaria obsoleto diante de outros serviços assistenciais. Esses dois grupos, de caráter reformista, se diferem da Psiquiatria Democrática e da Antipsiquiatria, pois ambas consideram que o problema é o próprio modelo científico e as instituições manicomiais (Amarante, 2007).

Portanto, foi em um cenário de tensões e disputas entre variantes perspectivas de uma assistência psiquiátrica que os movimentos sociais da Psiquiatria Democrática e Antipsiquiatria irromperam.

Como indica Leda Mendes Gimbo (2017, p. 9), “A história da loucura no Brasil é indissociável da história dos hospitais psiquiátricos”. Em vista disso, em meados do século XIX, precisamente no ano de 1852, foi inaugurada a primeira instituição manicomial do Brasil, o Hospício de Pedro II, também conhecido como o “Palácio dos loucos”. Das Santas Casas de Misericórdia e/ou prisões, começaram a direcionar os ditos loucos para instituições “exclusivas para alienados”. Em busca de um suposto ordenamento e higienização das cidades, inspirado nos moldes franceses e requerido pela classe burguesa, outros manicômios foram instituídos no país, como: o Hospício de Alienados, em Pernambuco (1883); o Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre (1884); o Asilo de Alienados São Vicente de Paula, no Ceará (1886); e o Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo (1898)²⁶.

Os manicômios emergem em uma sociedade que incorporou à disciplina como técnica de poder preponderante. Neste sentido, o sistema de controle disciplinar age primeiramente sobre algo basilar: o corpo, que tanto passa a ser classificado e visto por partes, como no todo, a fim de que seja possível submetê-lo, utilizá-lo, transformá-lo e aperfeiçoá-lo. No entendimento de Hubert Dreyfus e Paul Rabinow (1995, p. 170), essa espécie de micropoder

²⁶Para mais informações sobre esses estudos, cf.: MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Terapias biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX. **Saeculum Revista de História**, João Pessoa, n. 31, p. 203-219, jul./dez. 2014; WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002; OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. **A institucionalização da loucura no Ceará: o asilo de alienados São Vicente de Paula (1871-1920)**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2021. E-book; CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

que começa com o corpo como um objeto “é a chave do poder disciplinar”. O corpo docilizado tem o seu tempo controlado, padronizado, reduzido de significação, sendo tratado cada vez mais como objeto a ser manipulado/moldável. Ainda se faz pertinente destacar que, segundo Basaglia (2010, p. 74), o dito doente é visto pelo psiquiatra como um “corpo anatômico”, em que se mantém certo distanciamento, “o qual não é dada outra alternativa exceto a de converter-se em objeto aos olhos de quem o examina”. Essas posturas do espaço asilar, em busca do controle dos corpos, resultam na desintegração da identidade dos ditos loucos. Nessa perspectiva, para Basaglia (2010, p. 50), o paciente acaba sendo:

Reduzido a um campo de possibilidades que não lhe permite encontrar saídas, e que, em nome da ordem e da eficiência, não lhe demanda participação ou intervenções pessoais, só lhe resta anular-se, aceitando como razoáveis sua exclusão e objetificação nas regras da instituição que o determinam, definitivamente institucionalizado.

O espaço manicomial, como se percebe, torna-se uma das principais ferramentas da técnica disciplinar, tendo em vista que ele restringe, aprisiona, classifica, regulariza e vigia os seus indivíduos. Além dos manicômios, isto também se aplica às escolas, às fábricas e às prisões. De acordo com Hubert Dreyfus e Paul Rabinow (1995), a reclusão em um espaço predeterminado torna mais executável a avaliação dos indivíduos, que são capturados, limitados, micropenalizados, enquadrados, encaixados e ajustados.

Nas travessias entre as artes e a saúde mental, o Grupo de Teatro Nau da Liberdade, de Porto Alegre (RS), composto por usuários, trabalhadores e estudantes da saúde mental, nos indica, a partir da música “Samba da Caixa”²⁷, fruto de uma oficina corporal de 2019, como essa relação do espaço e do corpo se desenvolve no manicômio²⁸:

Caixa guarda,
guarda volume
guarda corpo
guarda gente
Caixa guarda
guarda volume
guarda corpo
guarda morto
Hospício guarda
hospício caixa

²⁷NAU DA LIBERDADE. **Samba da Caixa**. Youtube, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TdC5MgHyOEo>. Acesso em: 14 ago. 2023.

²⁸Cf.: POMMER, Carolina Demaman; ROCHA, Cristianne Famer. Nau da Liberdade: travessia nômade entre teatro e saúde mental em desinstitucionalização. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 45-60, 2015.

Eu não me encaixo...

O modelo asilar, portanto, busca configurar o dito doente a partir das regras institucionais. Nas palavras de Basaglia (2010, p. 85), “o corpo inscrito no manicômio se abre às solicitações e invasões do outro, transforma-se em ‘um ponto de passagem’”. Essa ordem estabelecida em um espaço que objetifica o sujeito, acaba provocando a exclusão do “eu”. Aqui, rememoro uma reflexão que me marcou, narrada pelo personagem Paul, da obra *Nada de novo no front*, de Erich M. Remarque (2018)²⁹, de quando ele compartilha sobre a sua realidade atravessada pela despersonalização de homem-soldado, na Primeira Guerra Mundial:

Aprendemos que um botão bem polido é mais importante do que quatro livros de Schopenhauer. No princípio, surpreendidos, depois amargurados e, finalmente, indiferentes, reconhecemos que o espírito não era o essencial, mas sim a escova de limpeza; não o pensamento, mas o “sistema”; não a liberdade, mas o exercício. Foi com entusiasmo e boa vontade que nos tornamos soldados; mas fizeram tudo para que perdêssemos a ambos. Depois de três semanas, não era de todo incompreensível que um canteiro, cheio de galões, tivesse mais autoridade sobre nós do que antigamente nossos pais, nossos professores e todos os gênios da cultura, de Platão a Goethe (Remarque, 2018, p. 21-22).

Foi após esse cenário bélico, sobretudo no período pós-Segunda Guerra Mundial, que a questão dos direitos humanos e dos direitos à cidadania se potencializou, relacionando-se às críticas ao processo de medicalização que se alastrava por amplas questões da vida, excluindo fatores de cunho social. Entretanto, destaco que os projetos psiquiátricos estavam em disputas que continuam até hoje, pois ainda há psiquiatras e instituições na defesa da medicalização. Postura esta que culmina na ampla fabricação de uma dada loucura, dos ditos loucos e das instituições manicomiais. Destacadamente, essa trama foi aplicada pelo saber-poder psiquiátrico, assim como também por grupos da sociedade civil, especialmente os grupos que se beneficiavam com essa perspectiva³⁰.

No panorama da manicomialização da loucura, o sujeito tendia a ser camuflado e a se camuflar pela/na ordem da instituição a qual ele estava inserido. As violências contra o “eu” foram tornando-se habituais, gerando um apagamento de si ao descaracterizar o sujeito de

²⁹Cf.: REMARQUE, Erich M. **Nada de novo no front**. Tradução de Helen Rumjanek. Porto Alegre: L&PM, 2018.

³⁰Sobre as disputas entre os projetos psiquiátricos coexistentes e a ampliação do processo de medicalização, cf.: WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma Epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

seus aspectos mais pessoais. Quando “nada de novo” é possível, torna-se um desafio criar sentidos e expectativas para viver – tarefa que se faz constante frente aos retrocessos.

No terreno manicomial, em que os corpos tidos como “doentes” têm suas vidas preestabelecidas e organizadas, não há linhas de fuga possíveis, predominando uma “ideologia de custódia” (Basaglia, 2010, p. 115). Este termo se destaca, pois “custódia” é comumente empregado em casos de separação conjugal, quando os filhos ficam sob a guarda de algum dos responsáveis. O termo ainda é utilizado para se referir à tutela de “incapaz”. Neste sentido, compreende-se o doente institucionalizado enquanto sujeito que necessita de outro para tomar as suas decisões. Esse outro se revela na figura do poder psiquiátrico.

Neste ponto, rememoro a citação que abre a discussão deste capítulo, pois segundo Basaglia (2010, p. 112), para que o sujeito seja aniquilado dessa forma, somente o exercício da autoridade enquanto força “é capaz de provocar semelhantes danos” no sujeito doente. Assim, é a instituição manicomial, com as suas normas autoritárias, alicerçadas na exclusão social e na violência, a motivadora da despersonalização de homens, mulheres e crianças.

A produção da coletânea *A instituição negada*, organizada por Franco e Franca Basaglia, publicada originalmente em 1968, na Itália, e em 1985, no Brasil, consolida então a perspectiva basagliana da completa superação da instituição manicomial, vindo a impulsionar o campo democrático e a experiência brasileira de reforma. O texto *As instituições da violência* (2010), central na obra, dá suporte para analisar os mecanismos das instituições psiquiátricas e para a compreensão das experiências de negação/superação dessas “instituições totais”, conceito amplamente discutido por Erving Goffman (2015) em *Manicômios, prisões e conventos*.

Os escritos foram elaborados simultaneamente à “experiência de Gorizia”, quando Basaglia passou a dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, em 1961. Foi nesse momento que o psiquiatra italiano buscou aplicar na prática as concepções do que se compreendia por Comunidade Terapêutica e por Psiquiatria Institucional. Escrito por Franco e Franca Basaglia, o capítulo *As instituições da violência* (2010) busca demonstrar, a partir dessa experiência, a maneira pela qual os manicômios lidavam com os sujeitos tidos como loucos, agravando os quadros de sofrimento a partir da violência institucional exercida no cotidiano dos hospitais psiquiátricos. Em uma passagem desse mesmo texto, Basaglia (2010, p. 112) escreve, em março de 1965, que “falar de uma reforma da lei psiquiátrica atual significa querer enfrentar não só novos sistemas e regras sobre os quais se funde a nova organização, mas, sobretudo os problemas de caráter social que a ela se ligam”. Nesse trecho, se evidencia a preocupação basagliana com relação à questão legislativa.

Aqui, destaco que parte significativa dos trabalhos assinados com o nome de Franco Basaglia foi escrita juntamente com a sua companheira, Franca Ongaro Basaglia, uma das protagonistas do processo de Reforma Italiana. Além do casal Basaglia, o pensamento basagliano foi composto por diversos outros autores e atores que estiveram à frente da Psiquiatria Democrática, como a socióloga Maria Grazia Gianichedda que colaborou com artigos na obra *Scritti II*³¹ e atualmente é a presidenta da Fundação Franca e Franco Basaglia, localizada em Veneza, na Ilha de San Servolo. Como nos indica Oliveira (2016, p. 36), a experiência da reforma italiana foi uma construção coletiva e “quando se fala aqui em Basaglia, se fala de um coletivo, de múltiplos, de um plural, e não apenas de algo singular”.

A Psiquiatria Democrática irrompe em 1973, tendo como grupo fundador doze membros signatários, sendo eles: Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia, Domenico Casagrande, Franco di Cecco, Tullio Fragiaco, Vieri Marzi, Gian Franco Minguzzi, Piera Piatti, Agostino Pirella, Michele Risso, Lucio Shittar e Antonio Slavich. Este primeiro núcleo da PD era, em suma, de psiquiatras gorizianos ou basaglianos que trabalharam direta ou indiretamente na experiência de Gorizia. É esse grupo que vai dar continuidade às experiências de Trieste, Ferrara e Arezzo, sendo ativos na expansão do movimento. Segundo Maria Stella Brandão Goulart (2007, p. 82):

A expressão ‘psiquiatria democrática’, ao contrapor termos de natureza técnica e política, pretendia amenizar o primeiro: a psiquiatria. Mas havia também a intenção de distinguir-se da antipsiquiatria como ciência e de explicitar uma conotação não partidária.

A obra intitulada *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*, organizada por Paulo Amarante (2010), traz no seu prefácio a seguinte fala do psiquiatra italiano Ernesto Venturini (2010b, p. 18), que passou a ser membro da Psiquiatria Democrática, contribuindo ativamente:

Quando declarou seu interesse pela pessoa, mais do que pela doença, e quando, com sua prática, nos mostrou sua coerência com este princípio, Franco Basaglia conseguiu algo mais profundo que a simples afirmação de uma instância ética: ele pôs em crise o paradigma da psiquiatria.

Complemento a afirmativa de Venturini com o pensamento de que a perspectiva basagliana conduziu o campo da saúde mental para um processo de transversalidade,

³¹Cf.: BASAGLIA, Franco. *Scritti: 1968-1980*. Torino: Giulio Einaudi, 1982. 2 v.

convocando ampla participação social. Isso se apresenta, por exemplo, quando Basaglia (2010, p. 72) nos diz que:

Se a sociedade não se alinhar na mesma direção [que o psiquiatra], e a única possibilidade – que não é nem quer ser uma solução – é a de aceitar a problemática do doente mental como parte de nossa realidade. Somente quando o problema for vivido por todos nós é que a sociedade deverá impor a si mesma soluções reais mediante a organização de estruturas terapêuticas.

Esta passagem, citada a partir da obra *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (2010), originalmente contida no texto *Che cos'è la psichiatria?* (O que é a psiquiatria?) (1973)³², foi escrita nos anos finais de Gorizia e aponta para os caminhos que se almejavam para o sucesso de um desejo real de mudança nas relações sociais com o fenômeno da loucura.

Quanto ao Movimento da Antipsiquiatria, ele emerge potencialmente na década de 1960, na Inglaterra, e também veio a orientar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Fundamentando o pensamento crítico de parte dos profissionais da saúde mental com um posicionamento “mais radical” à psiquiatria tradicional, os ensinamentos de David Cooper, Ronald David Laing e Aaron Esterson, no Reino Unido, e de Thomas Szasz, nos Estados Unidos, levantaram pautas e debates desenvolvidos durante os Encontros Nacionais do MNLA. Ainda que em “menor grau”, se comparado com a Psiquiatria Democrática, a Antipsiquiatria se apresentou na experiência brasileira. Segundo Paulo Amarante (1995, p. 43):

A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de comunidade terapêutica e um ‘lugar’, no qual o saber psiquiátrico possa ser reintegrado numa perspectiva diferente daquela médica.

Já no prefácio da obra *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*, Thomas Szasz (1976, p. 15) nos revela que as disposições sobre o conceito de “doença mental” estão ligadas a “uma ideologia imoral de intolerância”, nos indicando que a “doença mental” é fabricada socialmente, assim como a feitiçaria. Essa analogia se faz pertinente à medida que Szasz (1976, p. 20) apresenta “uma

³²Cf.: BASAGLIA, Franco. *Che cos'è la psichiatria?* (O que é a psiquiatria?). 2. ed. Turim: Einaudi, 1973.

transformação de uma ideologia religiosa, numa ideologia científica: a Medicina substituiu a Teologia; o alienista substituiu o inquisidor; o insano substituiu a feitiçaria”.

Portanto, ainda na ótica estadunidense³³, com Szasz (1976), a doença mental é um conceito que surgiu a partir da transição entre o período dito medieval e a modernidade e, por conseguinte, a substituição da Teologia pela Medicina, revelada acima, resultou no nascimento da Psiquiatria. Nessa metamorfose do contexto sócio-histórico, em que se substituiu a heresia pela doença mental, a Psiquiatria imbuu-se do papel de nomear especificamente cada comportamento e condição humana. Segundo Szasz (1976), a doença mental está intimamente vinculada à pobreza, às perturbações sociais, como, por exemplo, às acusações de delitos ou o uso de drogas – sendo um problema social e não médico. Seus escritos são conclusivos ao afirmar que a Psiquiatria Institucional é abusiva em si mesma, devendo ser eliminada.

David Cooper (1973), psiquiatra sul-africano radicado na Inglaterra, um dos principais nomes da Antipsiquiatria, que empreendeu a experiência da Vila 21, uma comunidade terapêutica, a noroeste de Londres, que começou a operar em janeiro de 1962. Lá, os resultados e as conclusões foram previsíveis para Cooper. Apesar das mudanças desempenhadas, como as relativas à autonomia de “pacientes” e funcionários, era preciso dar um passo a frente, “um passo para fora do hospital de doenças mentais e para dentro da comunidade” (Cooper, 1973, p. 134).

Cooper (1973) identificava na opressão da família a condição para as neuroses e psicoses, especialmente a família de classe burguesa do século XVIII. Segundo o autor, a classe dirigente e tida como superior, buscou o isolamento íntimo para não precisar conviver com as visíveis “contradições básicas da sociedade capitalista” (1976, p. 49). Esses valores foram condicionados, sendo essa postura também adotada pela classe operária. Assim, a família burguesa do século XVIII gestou violências em torno e contra a si mesma, o que acabou afetando toda a sociedade. A família, antes mesmo do hospital, “fabrica” o seu doente mental ao rotular comportamentos que desviam do padrão familiar. É nesse sentido que Cooper (1976) afirma que a relação intrafamiliar e a comunidade extrafamiliar constitui a base da violência real na psiquiatria. É a loucura como fenômeno, capturada e renomeada. Agora, doença mental sob a égide do discurso médico.

³³ Apesar do movimento estar fundamentado na total extinção dos manicômios e na negação da ideia de doença mental, e, os seus membros, muitas vezes, terem estabelecido parcerias, o movimento não se caracteriza de maneira unitária. William Vaz de Oliveira (2011, p. 149) comenta que: “embora tenha sido iniciada por David Cooper, psiquiatra sul-africano radicado na Inglaterra, as ideias e os itinerários de cada um de seus pensadores devem ser estudados em separado”. Assim, ao mencionar as ideias vinculadas à antipsiquiatria identifiquei qual o autor/ator do enunciado, objetivando refletir sobre as múltiplas camadas da Antipsiquiatria.

É neste ritmo que a negação da existência da doença mental e de doentes mentais e de recusa à Psiquiatria Institucional, conhecida comumente por Psiquiatria Tradicional e/ou Ortodoxa, tornou-se fundamental ao movimento da Antipsiquiatria.

Por outro lado, Szasz (1976, p. 21) alerta que afirmar isto “não significa que não haja a conduta pessoal apresentada pelas pessoas classificadas como mentalmente doentes, ou alguns tipos de perturbações sociais a eles atribuídos”, mas que o “fundamental é que esses doentes mentais não escolhem o papel de doente mental; são definidos e tratados como doentes mentais contra sua vontade; em resumo, esse papel é *atribuído* a eles”.

Nesta discussão, Szasz (1976, p. 42) nos revela que nem sempre o dito louco precisou ser considerado mentalmente doente para ser institucionalizado, pois “para ser considerado louco, era suficiente ser abandonado, miserável, pobre, não-desejado pelos pais ou pela sociedade”. E continua, ao dizer que:

Usamos as mesmas categorias jurídicas e morais [da Idade Média]: delinquentes e cidadãos obedientes à lei, culpa e inocência; e usamos também uma categoria intermediária – o louco ou doente mental – que tentamos colocar numa classe ou outra. Antigamente, a questão era a seguinte: a que classe pertencem as feiticeiras? Agora, é esta: a que classe pertencem os doentes mentais? (SZASZ, 1976, p. 45).

Portanto, a ótica do “sofrimento” que dá possibilidades ao diagnóstico de “doença mental” é “uma racionalização recente na história da Psiquiatria” (Szasz, 1976, p. 43). Assim, o que se apresenta é muito mais os marcadores sociais de classe, gênero e raça que atravessam o campo da loucura, do que o sofrimento psíquico em si. Há um entrelaçamento em tal ponto desses marcadores sociais que não sabemos o porquê de alguém ter sido encarcerado. É neste sentido que Szasz (1976, p. 43) questiona: “São consideradas loucas, e por isso confinadas a essas instituições? Ou confinadas por serem pobres, fisicamente doentes ou perigosas, e por isso consideradas loucas?”³⁴.

³⁴Para Szasz, as relações psiquiátricas ou terapêuticas com não médicos, como, por exemplo, com os psicólogos, são estabelecidas a partir de contrato e criam laços voluntários que são desejados pelos pacientes – o que nos aponta para mais uma questão de classe. Szasz (1976, p. 275) ainda diz que: “O médico, na clínica particular, precisa conseguir o consentimento do sujeito antes de poder tratá-lo como paciente”. Ou seja, aqui, para Szasz, haveria uma “dimensão de igualdade e não-coerção”. Neste sentido, o autor direciona sua recusa à Psiquiatria Institucional, que encarcera o outro por suas vulnerabilizações sociais. Entretanto, não podemos nos esquecer dos casos em que as famílias oriundas de classes econômicas, média e alta, por vezes, usam da “tutela” ou “custódia” para obrigarem, pela via particular, o tratamento de familiares, buscando, muitas vezes, o abafamento da loucura à sociedade. Um caso semelhante se apresenta na literatura estadunidense, a partir do conto intitulado *O papel de parede amarelo* da escritora Charlotte Perkins Gilman (2016). A autora narra o processo de adoecimento da protagonista, cuja personagem é impelida a permanecer em uma casa à qual estava temporariamente passando o verão. O seu sofrimento foi piorando à medida que o seu tempo de estadia prolongava-se. Nesse cenário, ela passou a se restringir cada vez mais a um cômodo específico da casa: o quarto com “papel de parede amarelo”. O seu marido, por outro lado, indicava que ela descansasse, não

Quem também reflete sobre esses atravessamentos, referindo-se a um manicômio brasileiro, é o escritor Lima Barreto, quando foi internado no Hospital Nacional de Alienados, o antigo Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Barreto (2017, p. 38) narra que:

O mobiliário, o vestuário das camas, as camas, tudo é de uma pobreza sem par. Sem fazer monopólio, os loucos são da providência mais diversa, originando-se em geral das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São de imigrantes italianos, portugueses e outros mais exóticos, são os negros, roceiros, que teimam em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira esmolambada e uma manta sórdida; são copeiros, cocheiros, moços de cavalaria, trabalhadores braçais.

Fundamental destacar que tanto o movimento da Psiquiatria Democrática quanto o da Antipsiquiatria, a partir de seus personagens teóricos, elaboraram reflexões sobre esses marcadores sociais que até hoje atravessam a Psiquiatria.

No mais, essas duas vertentes, que foram inspirações para a eclosão do MNLA, puderam identificar seguramente a antiterapeuticidade de toda a organização hospitalar das instituições manicomiais. Nesse sentido, o obstáculo do fenômeno da loucura seriam os hospícios e não os sujeitos, os ditos loucos. Nas palavras de Basaglia (2010, p. 89):

Uma instituição que se pretende terapêutica deve tornar-se uma comunidade baseada na interação pré-reflexiva de todos os seus membros; uma instituição na qual a relação não seja a relação objetificante do senhor com o servo, ou de quem dá e quem recebe; na qual o doente não seja o último degrau de uma hierarquia baseada em valores estabelecidos de uma vez por todas pelo mais forte; na qual todos os membros da comunidade possam – mediante a contestação recíproca e a dialetização das recíprocas posições – reconstruir o próprio corpo próprio e o próprio papel.

Posto isso, quais as travessias que a Reforma Psiquiátrica Brasileira têm percorrido tendo em vista que o MNLA se inspirava na experiência italiana com a Psiquiatria Democrática, e, no Reino Unido e nos Estados Unidos com a Antipsiquiatria? A partir dos Relatórios Finais que reúnem o conteúdo das discussões apresentadas nos Encontros Nacionais do Movimento de Luta Antimanicomial, ocorridos entre os anos de 1993 e 2001, é possível tecer os fios condutores que apontam influências dos dois movimentos sociais internacionais nas experiências da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

exercesse a escrita e não encontrasse pessoas que a estimulassem a escrever. O seu marido era médico e usava do próprio ofício para justificar o que estava fazendo. Essa imposição e tolhimento da liberdade, sobretudo pelo marido, imbuído do discurso de saber-poder médico, fez com que a personagem entrasse em um estado de sofrimento psíquico ainda mais crítico.

Foi no 5º Relatório, que recebeu o tema “Luta Antimanicomial 2001: Como estamos? O que queremos? Para onde vamos?”, elaborado a partir das discussões do Encontro de 2001 – que coincide com o mesmo ano de promulgação da Lei 10.216, que busco analisar os diálogos, tanto em suas convergências quanto em suas tensões e desvios, apresentados nos discursos da Reforma Psiquiátrica.

Esse relatório foi escolhido para ser analisado enquanto documento histórico a partir de dois parâmetros: o primeiro, que, a partir do próprio documento que o rege, diz respeito à busca pela reafirmação da identidade do Movimento com “o interesse dos militantes em discutir ideias, ações e em reafirmar a ‘cara’ do Movimento” (p. 5), pois assim analiso como o MNLA buscava se definir naquele momento histórico; e o segundo, que é relativo à proximidade temporal com a promulgação da já mencionada Lei Federal 10.216, que se faz pertinente por oportunizar a problematização das pautas do MNLA naquele cenário em diálogo com a bibliografia discutida, o que possibilita nos tópicos subsequentes a investigar aproximações, distanciamentos e construções possíveis do que estava sendo reivindicado pelo MNLA, bem como o que foi apresentado no texto da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Assim, foi durante os dias 17 e 21 do mês de outubro de 2001 que ocorreu o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, no município de Miguel Pereira, no estado do Rio de Janeiro. Dentre os 21 estados do Brasil, estiveram presentes delegações de 17 estados, ficando de fora: Acre, Amazonas e Maranhão. Apesar de ter sido representado no evento, o estado de Pernambuco não encaminhou “tese” para debate específico sobre as demandas de sua população. Na ocasião, os estados que enviaram teses para diálogos no evento foram: Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiânia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo.

O Relatório Final, resultado desse Encontro, encontra-se sistematizado a partir dos seguintes tópicos: Prefácio, Apresentação, Propostas para a III Conferência Nacional de Saúde Mental, Propostas para o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Relatórios dos grupos temáticos, Relatório da reunião de usuários e familiares, Moções aprovadas, Teses encaminhadas para discussão no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, Plenárias Nacionais de continuidade do V Encontro, Comissão Organizadora do V Encontro e, por fim, a Programação do V Encontro Nacional do MLA. Nessa proposta de investigação para este tópico e diante dessa sistematização do extenso documento histórico, optei por me debruçar na análise do Prefácio, da Apresentação e das Propostas para a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

O prefácio é iniciado com a frase “Com união, força e voz venceremos a grande batalha psiquiátrica no Brasil”, de autoria de Moisés, morador da Residência Terapêutica do Instituto Municipal Juliano Moreira (RJ). Dar início ao Relatório citando o usuário de saúde mental, Moisés, sinaliza a preocupação do MNLA em convocar os usuários à luta. Convém ressaltar que esse ponto reaparece ao longo de todo o documento.

Desde a capa do Relatório em que aparece a escultura intitulada “O GRITO”, símbolo do V Encontro, em correspondência às vozes dos usuários, o protagonismo dos usuários é evidenciado. Enquanto desdobramento do V Encontro, já se aponta no prefácio que “as vozes dos usuários vêm se fazendo ouvir cada vez com mais intensidade nos diversos espaços, reforçadas pelas vozes dos familiares” (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2001, p. 5). É assim que o MNLA apostou ganhar “maior legitimidade junto à sociedade [...] e não por número de participantes, mas pela capacidade de emitir VOZES” (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2001, p. 5). Assim, o MNLA demonstrava a sua compreensão na necessidade do alinhamento da sociedade para mudanças efetivas no campo da saúde mental – perspectiva assinalada pela Psiquiatria Democrática Italiana, em trajetória e escritos.

No encerramento do prefácio, destaca-se a relevância do V Relatório enquanto documento histórico:

[...] esse relatório é um documento histórico por conter nele variedade de idéias, formas de compreensão de uma realidade movidas, sem dúvida alguma, pelo objetivo fundante das lutas sociais do campo da saúde mental que é o de “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS” (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2001, p. 5).

Na apresentação do V Relatório é possível identificar que o MNLA estava sofrendo uma “crise interna” (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2011, p. 8) – termo utilizado no próprio Relatório, evidenciando essa problemática. As divergências dentro do Movimento eram advindas dos Encontros anteriores, mas os seus desdobramentos acabaram sendo potencialmente repercutidos durante a realização desse evento.

O clima de tensão no V Encontro destaca-se por três aspectos significativos: a saída da delegação de Minas Gerais que sob protesto, por discordâncias na condução das propostas e pelo “clima de embate”, optou por retirar-se do V Encontro antes da Plenária Final em 21/10; o caráter inconcluso que se encontrava o evento em sua Plenária Final, sendo necessária a realização de mais duas Plenárias Nacionais para a conclusão das discussões propostas; a criação de duas linhas de ação independentes dentro do Movimento Antimanicomial, o

Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA). No que diz respeito às Plenárias Nacionais, a I Plenária ocorreu em março de 2002 e a II Plenária em outubro de 2002. A “crise interna” foi discutida, sobretudo na I Plenária, resultando na primeira pauta e no levantamento de vários eixos de debate nesse encontro, que foram sintetizados nos seguintes temas para aprofundamento:

Espaços de organização do Movimento da Luta Antimanicomial; Relação do MLA com o Estado; Relação do modelo de saúde mental atual na política geral; Participação do MLA em outros fóruns da sociedade; Pauta comum nacional do MLA; Realização de Plenária Nacional para aprofundar a discussão da “crise” no MLA e, por fim, Ética no Movimento Antimanicomial (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2001, p. 122).

O tema da “crise interna” ainda seria discutido em outras ocasiões, sendo reapresentada, por exemplo, na II Plenária. Nas duas Plenárias Nacionais, ambas realizadas em São Paulo, não houve participação de representantes do estado de Pernambuco.

Seguindo adiante na análise do documento, surgem às “Propostas para a III Conferência Nacional de Saúde Mental”³⁵, com os eixos: I – Reorganização do Modelo Assistencial; II – Financiamento; III – Controle Social; IV – Recursos Humanos; e V – Direito, Acessibilidade e Cidadania. Apresento algumas das pautas de cada eixo, a fim de analisar os discursos e os enunciados que seguem a seguir:

No eixo I, sobre a Reorganização do Modelo Assistencial, os seguintes pontos sobressaltam aos olhos:

4 – Utilizar os diversos recursos da comunidade, visando uma efetiva inserção social dos usuários de saúde mental; 6 – Garantir união, aceitação e diálogo nos serviços de saúde mental; que os funcionários deem atividades para os usuários e trabalhem junto aos mesmos, evitando discussões desnecessárias; 7 – Que os usuários estabeleçam relações mais diretas com os médicos, sem necessidade de intermediários (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2001, p. 11).

O diálogo entre as comunidades, profissionais e usuários de saúde mental se apresentam nas primeiras pautas. Segundo Basaglia (2010), essa relação precisa estar alinhada para que tenhamos mudanças efetivas. Sobre a relação mais direta entre médicos e usuários, trata-se da noção de uma construção comunitária de saúde mental não hierarquizante.

³⁵A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu naquele mesmo ano, em 2001, entre os dias 11 e 15 de dezembro. Cf.: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

31 – Que seja regulamentada a lei 10.216 (abril/2001); 33 – A política de Saúde Mental deve substituir o modelo hospitalocêntrico de assistência por uma rede diversificada de serviços, que tenha como princípio a integralidade da assistência ao cidadão, e que adote os conceitos de território e de responsabilidade, para que a regionalização em saúde mental garanta o direito de acesso ao tratamento aos usuários, bem como a responsabilização dos serviços pela referência e contra-referência; 39 – Que os profissionais da equipe de saúde mental trabalhem em parceria com a equipe de médicos de família, para que estes possam identificar, abordar e encaminhar o paciente com sofrimento psíquico para tratamento psiquiátrico ou mesmo clínico; 51 – Que os serviços substitutivos (CAPS, NAPS, Residenciais Terapêuticos), se constituam como estruturas comunitárias com autonomia administrativa, preferencialmente com gestão participativa, com representação dos segmentos envolvidos nos serviços, incluindo a participação das associações de bairro e de usuários e familiares, assim como das parcerias estabelecidas com os setores cultural e educacional, dentre outras (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2001, p. 13-14).

Aqui, identifico pautas referentes à regulamentação da Lei 10.216/2001. Para o seu funcionamento, indica-se a substituição do modelo hospitalocêntrico, evidenciando a noção de integralidade e da perspectiva comunitária nas estruturas substitutivas, que possam envolver outros segmentos de aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais³⁶. Ademais, a parceria entre a equipe de saúde mental com a equipe de médicos da família se apresenta como uma das estratégias de integralidade do cuidado em saúde a partir das práticas matriciais, expressivamente requerida pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Neste sentido, a ideia do matriciamento:

[...] se afirma como recurso de construção de novas práticas em saúde mental também junto às comunidades, no território onde as pessoas vivem e circulam, pela sua proposta de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre equipes da Atenção Básica e equipes de saúde mental (Iglesias; Avellar, 2009, p. 1248).

A substituição do modelo hospitalocêntrico para um cenário comunitário de cuidado, composto por diversos serviços substitutivos, está intimamente ligada ao conceito basagliano de “desinstitucionalização”. Encontro esta ênfase em destaque na passagem do V Relatório intitulado “II – Proposta de Atuação do Movimento”. Na pauta 13, o MNLA nos diz que é preciso “Continuar exigindo do poder público, em todos os níveis, a implantação de uma Política de Saúde Mental de desinstitucionalização e investimento na rede substitutiva,

³⁶Com a Reforma Sanitária e o surgimento do SUS, a integralidade emerge como princípio de uma nova Política de Saúde, na compreensão das ações de saúde enquanto cidadania e serviço. Para ampliar o debate, cf.: PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

respeitando-se os princípios do SUS” (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2011, p. 23).

Assim, compreende-se que o MNLA dialoga com a perspectiva basagliana de “desinstitucionalização” que, segundo Amarante (1995, p. 49), “não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais”.

Este conceito como “desconstrução”, na ótica basagliana, também recebe contribuições prático-teóricas da Antipsiquiatria, pois “o fundamento da ideologia antipsiquiátrica era a total extinção dos manicômios e a eliminação da própria ideia de doença mental” (Oliveira, 2011, p. 149). Assim, se trata de uma nova configuração de saúde mental.

Segundo Venturini (2010a, p. 477), fora do manicômio o ímpeto classificador e abrangente da psiquiatria não se acaba, pois “continua a se reproduzir a ideia de reduzir a vida das pessoas a esquemas”. Portanto, compreende-se o caráter de profunda mudança requerida pela Psiquiatria Democrática e pela Antipsiquiatria, não se restringindo à extinção dos manicômios para solucionar os problemas em torno da assistência em saúde mental.

Nesta mesma etapa do V Relatório, encontra-se a pauta a seguir: 3 – “Conscientizar que as propostas não são uma questão particular, e sim de militância política de toda a sociedade brasileira”. Ou seja, compreende-se que a saúde mental precisa ser um compromisso da sociedade e discutida em cenário amplo. Em outras palavras, os problemas que a envolvem precisam estar alinhados ao social. Como explicita Basaglia (2010, p. 71), é imprescindível “conseguirmos manter, enfrentar e aceitar nossas contradições, sem sermos tentados a afastá-las para negá-las”. Neste sentido, a saúde mental não pode ser delegada apenas aos profissionais de saúde. A sociedade necessita reconhecer sua realidade e seus problemas “para cuja solução devem ser alicerçados e inventados novos tipos de pesquisa e novas estruturas terapêuticas” (Basaglia, 2010, p. 71).

Além das pautas indicadas neste trecho do V Relatório, há mais uma que chama a atenção ao reivindicar: 14 – “Que a questão de gênero seja contemplada nas discussões de saúde mental” (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2011, p. 23), algo já assinalado tanto pela Psiquiatria Democrática quanto pela Antipsiquiatria.

Retomando a discussão das “Propostas para a III Conferência Nacional de Saúde Mental”, dialogo com o eixo II – Financiamento e as seguintes pautas:

2 – Incluir as ações de saúde mental no Piso de Atenção Básica (PAB); 5 – Que o SUS elabore formas de financiamento que permitam aos municípios implantar emergências psiquiátricas, Serviços Residenciais Terapêuticos,

CAPS, NAPS etc; 6 – Estabelecer pressão junto ao Ministério da Saúde para que sejam garantidos e facilitados os mecanismos de financiamento para os Serviços Substitutivos em Saúde Mental (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2011, p. 15).

A pauta 2, que solicita a inclusão das ações de saúde mental no Piso de Atenção Básica (PAB), seria a busca por uma ampliação e integralidade da saúde mental a partir da articulação entre a atenção básica e a saúde mental. Essa questão também está contida na pauta 39, mas no eixo I, quando indica à pertinência do diálogo entre os profissionais em saúde mental e os médicos de saúde da família para o cuidado em saúde mental. A inclusão das ações de saúde mental no PAB reforçaria as possibilidades de conquista do vínculo entre atenção básica e saúde mental, algo ainda desafiador no cotidiano da Reforma Psiquiátrica.

Com o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, escrito na Lei 10.216/2001, as pautas 5 e 6 apontam para a necessidade de financiamento para a inauguração de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial. Em Salgueiro, por exemplo, o serviço foi inaugurado em abril de 2007. Entretanto, por conta da expressiva demanda nos primeiros anos de atuação, os profissionais buscaram uma ampliação do serviço de CAPS I para CAPS II, porém, sem sucesso, como já foi mencionado.

Partindo para o eixo III – Controle Social, evidenciam-se as seguintes pautas:

2 – Que sejam implantados grupos de estudo para aprofundar discussões sobre Reforma Psiquiátrica, SUS e Controle Social; 3 – Aprovar leis estaduais e municipais que reafirmem aspectos não considerados na Lei Federal 10.216, como a proibição de construção e de ampliação de hospitais psiquiátricos, buscando-se formas substitutivas de atenção em saúde mental (p. ex.: Serviço Residencial Terapêutico); 4 – Que seja indicada a constituição de Comissões Estaduais e Municipais de Reforma Psiquiátrica, subordinadas aos Conselhos de Saúde, com uma composição que respeite a paridade e que possibilite a representação do Movimento da Luta Antimanicomial (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2011, p. 15).

As pautas do eixo III destacadas aqui remetem à aplicabilidade da Reforma Psiquiátrica nos termos da Lei Federal 10.216/2001: a formação de grupos de estudo para discussão da Reforma Psiquiátrica, correlacionando ao SUS e ao controle social, direcionam os profissionais, usuários e seus familiares aos horizontes de possibilidades da Reforma. De modo geral, entretanto, esses aspectos não se operacionalizam. Ao propor esse tema, o MNLA busca se fortalecer, ambicionando adquirir novos apoios e ampliando as suas dimensões. Em se tratando da constituição de Comissões Estaduais e Municipais, está sinalizada a

preocupação do MNLA com a territorialização, ou seja, a investigação e atuação em um território, que busca atender demandas específicas de cada região/localidade.

As pautas do eixo IV – Recursos Humanos versam sobre a capacitação dos profissionais de saúde na perspectiva da Reforma Psiquiátrica:

2 – Promover maior interação e cooperação entre centros universitários formadores de recursos humanos para a área de saúde mental; 5 – Cuidar para que não ocorra nos Serviços de Saúde Mental a ‘exclusão silenciosa’, ou seja, profissionais que atendem de forma distanciada os usuários; 6 – Adequar o perfil dos profissionais de saúde mental aos princípios preconizados pela Luta Antimanicomial; 7 – Criar espaços de capacitação, qualificação e atualização técnica e garantir educação continuada para os trabalhadores de saúde mental; 8 – Inserir nos currículos dos profissionais de saúde em geral a disciplina de Saúde Mental, que aborde a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania, trazendo tal discussão para os conselhos de classe, universidades, escolas técnicas, conselhos de saúde e para a sociedade como um todo; 9 – Garantir a capacitação dos profissionais na área de Saúde Mental (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2011, p. 16-17).

Compreende-se que não é possível empreender avanços efetivos na Reforma Psiquiátrica sem a formação dos profissionais de saúde mental dentro dos princípios da Luta Antimanicomial, sendo basilares desde o processo formativo até a educação continuada com qualificação e atualização para que a atuação desses profissionais possa estender-se às práticas antimanicomiais no território.

Por último, no eixo V – Direito, Acessibilidade e Cidadania, abordam-se os direitos dos usuários de saúde mental:

1 – Respeitar usuários que tenham vontade de encontrar um lugar onde se sintam bem, mesmo que em outro serviço (municipal ou estadual); 2 – Que os familiares sejam acompanhados pelos serviços e que os serviços discutam sobre os direitos de cidadania e estimulem a auto-estima e dignidade dos usuários; 4 – Fomentar processos de geração de emprego e renda através do estabelecimento de parcerias com o setor privado e outros segmentos da sociedade; 5 – Reinsere os usuários de saúde mental no mercado de trabalho; 17 – Trabalhar o conceito de cidadania como sendo uma construção permanente; 19 – Garantir que os governantes respeitem a Constituição Federal em seu artigo que estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do estado (Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 2011, p. 17-18).

Destaca-se o respeito às decisões dos usuários e a necessidade de geração de emprego e renda para a reinserção socioeconômica desses usuários. O CAPS “Rasga Tristeza”, em seus anos iniciais de atendimento à população, desenvolveu, ainda que com dificuldades, alguns trabalhos para a geração de renda dos usuários.

Aqui, vale evidenciar também a pauta 2 sobre a importância do acompanhamento dos familiares, tendo em vista que a família, na perspectiva de alguns dos autores da Antipsiquiatria, exerce opressões. Entretanto, a família pode ser contribuinte ativa no processo de cuidado em saúde mental, constituindo uma parceria e até mesmo se estabelecendo no front da própria luta antimanicomial. A interlocução dos familiares com os serviços de saúde e vice-versa é significativa para o manejo das problemáticas identificadas no prontuário dos usuários.

No cenário atual, a Lei 180/1978, que inspira o Projeto de Lei 3.657/1989 e a Lei 10.216/2001, completa 45 anos de existência. A partir da Lei Federal, o objetivo a seguir é investigar as aproximações e os distanciamentos do que se esperava a partir do Projeto de Lei 3.657/1989, buscando refletir sobre a construção possível da experiência brasileira. E não somente, mas investigar também como a Lei Federal promulgada em 2001 tem contribuído nos processos de Reforma.

2.2 Entre o Projeto de Lei 3.657/1989 e a Lei 10.216/2001: aproximações e distanciamentos, uma construção possível

A inspiração para a elaboração do Projeto de Lei 3.657/1989, proposto pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), e, posteriormente, da Lei promulgada 10.216/2001, se deu a partir da Lei italiana nº 180/1978, expressivamente conhecida também por Lei Basaglia³⁷. Segundo a pesquisadora Maria Stella Brandão Goulart (2008, p. 4):

A Lei 180 passa à história como Lei Basaglia, mesmo que a autoria não tenha sido do psiquiatra. Ela simplesmente foi identificada na figura de Franco em função do reconhecimento de sua luta e liderança carismática. No Brasil isso se sacramenta na medida em que foi ele que apresentou aos brasileiros esta possibilidade de transformação das instituições psiquiátricas nos idos do ano de 1978, no Rio de Janeiro.

E quais as motivações dessa influência? Inicialmente, se faz preciso evidenciar o caráter revolucionário da Lei 180, pois “a lei sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos na Itália foi a primeira no mundo” (Serapioni, 2019, p. 1170). Ademais, as conexões estabelecidas entre os membros da Psiquiatria Democrática e os militantes do MNLA foram potencialmente estreitadas com a vinda de Basaglia ao Brasil. Sobre isto, Goulart (2007, p. 31) diz que: “As visitas de Basaglia expressaram a internacionalização de causas e de

³⁷Cf.: GOULART, Maria Stella Brandão. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 2-15, 2008.

movimentos sociais e de protesto, a formação de redes de troca de conhecimento e experiências”. Basaglia chega ao Brasil a convite, primeiramente em 1978, logo após a promulgação da Lei 180 e, em seguida, em 1979, o que aponta para as conexões que já estavam sendo desenvolvidas antes mesmo de sua vinda. Na ocasião, além de Basaglia, Erving Goffman, Thomas Szasz, Félix Guattari e Michel Foucault também estiveram no Brasil, autores e atores sociais presentes nesta pesquisa.

Sua vinda ocorreu em um cenário nacional comumente identificado pela “abertura política”. O processo de liberalização militar é conhecido por se estender do governo do general Ernesto Geisel (1974-1979) ao de João Figueiredo (1979-1985). Entretanto, considero o termo conflituoso, pois, neste período, sobretudo nos anos iniciais, houve um expressivo aumento de desaparecimentos tanto de presos políticos quanto de documentos significativos para a constituição da memória da ditadura civil-militar, sumiços que se deram com o intuito de encobrir assassinatos e torturas. O suicídio forjado do jornalista Vladimir Herzog, por exemplo, se deu em meados da década de 1970, justamente nesse período de “abertura política” (Fico, 2004)³⁸.

Simultâneo a esses acontecimentos, um documentário gravado no Hospital Colônia de Barbacena, no estado de Minas Gerais, é lançado em 1979. O cineasta era Helvécio Ratton que intitulou o seu trabalho de *Em nome da razão*. O documentário é considerado um marco na luta antimanicomial, pois captura, registra e documenta a tragédia do manicômio na vida dos seus internos, sendo uma significativa denúncia das “instituições da violência”³⁹. Assim, apesar da repressão e dos silenciamentos persistentes, havia um processo de denúncias que eram levadas a público. Outro trabalho foi a série de reportagens intitulada *Nos porões da loucura*, de Hiram Firmino, que ganhou o formato de livro e conquistou o Prêmio Esso Regional de Jornalismo, em 1980, e apontava para as tensões e críticas que se voltavam ao modelo vigente de assistência psiquiátrica⁴⁰.

Quanto ao período de promulgação da Lei 180, no dia 13 de maio de 1978, na Itália, ocorreu em um cenário de ameaças de realização de um *referendum radicale* por parte do Partido Radical (PR) que pretendia romper com a legislação psiquiátrica ainda vigente de 1904. Entretanto, este percurso desviante de uma reforma legal no âmbito legislativo não foi recebido com aprovação pelo movimento social da Psiquiatria Democrática. O Parlamento

³⁸Cf.: FICO, Carlos. Versões e controvérsias sobre 1964 e a ditadura militar. **Revista Brasileira de História**, v. 24, n. 47, p. 29-60, 2004.

³⁹Em referência ao artigo *As instituições da violência* de autoria de Franca e Franco Basaglia, presente na obra *L’istituzione negata* (1968). Cf.: BASAGLIA, Franco. *L’istituzione negata*. Turim: Einaudi, 1968.

⁴⁰Cf.: GOULART, Maria Stella Brandão. Em nome da razão: quando a arte faz história. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 36-41, 2010.

italiano havia estabelecido uma recente aliança entre o Partido Comunista Italiano (PCI) e a Democracia Cristã (DC) que, no entanto, estava sofrendo com abalos – a morte do primeiro-ministro italiano Aldo Moro, em 08 de maio 1978, foi vinculada ao considerado “terrorismo” político liderado pelo partido de esquerda. Em meio às contingências, buscando o exercício de reforma por vias legais, a Psiquiatria Democrática contou com Tina Anselmi (1927-2016), democrata-cristã do governo de centro-esquerda do presidente Giulio Andreotti e ministra da saúde, entre os anos de 1978 e 1979, que se tornou fundamental para o momento decisório de aprovação da reforma sanitária legal e da Lei 180/1978 frente aos riscos de um *referendum* (Goulart, 2008). Assim, o apoio de dimensão política foi necessário para que a reforma legislativa proposta ganhasse maiores possibilidades de aprovação.

Após a promulgação, a Lei Basaglia ainda passaria por um processo de regulamentação durante as décadas seguintes. Muitos enfrentamentos político-administrativos atravessaram o percurso da experiência italiana, adiando a aplicabilidade dessa lei para a década de 1990. Segundo Goulart (2008, p. 8), “o problema que se configurou na sequência foi que a lei 180 havia sido aprovada sem que houvesse efetivas condições para sua efetivação”. Entretanto, apesar da expressiva necessidade de uma legislação voltada para o desmantelamento de uma psiquiatria tradicional para que os avanços da Reforma Psiquiátrica pudessem ser empreendidos, Basaglia (2010, p. 113) já nos alertava sobre a importância do agir: “tentar o esboço de alguma coisa que, embora já traga em si os germes dos erros futuros, nos ajude por enquanto a romper essa situação cristalizada, sem esperar que somente as leis venham a sancionar nossas ações”. Sendo, portanto, as experiências possíveis, diante das ferramentas que dispomos para a construção de outros amanhãs.

Após a morte de Franco Basaglia, em 1980, era no front da experiência italiana que continuávamos encontrando Franca Ongaro Basaglia. Senadora por duas vezes pela esquerda independente, Franca continuou se empenhando na luta antimanicomial, buscando pela regulamentação efetiva da Lei 180. Apesar de toda a sua expressiva atuação política, ela foi invisibilizada tanto na Itália quanto no Brasil⁴¹.

Nos escritos de Basaglia e Maria Grazia Gianichedda (2010), intitulado *Lei e psiquiatria*, publicado originalmente em 1979, os autores discutem aspectos fundamentais que

⁴¹Essa afirmativa evidencia-se frente ao protagonismo de Franco Basaglia nos discursos sobre a Psiquiatria Democrática. Esse protagonismo, muitas vezes, acaba por não levar em consideração as parcerias estabelecidas entre os diversos personagens da experiência italiana. Os atravessamentos de gênero acentuam ainda mais o apagamento das mulheres que estiveram na linha de frente desse processo, como o caso de Franca Ongaro Basaglia. As obras desta autora, por exemplo, não receberam tradução para o português, ao contrário de parte significativa dos escritos de Franco Basaglia, sendo uma questão que também contribui para sustentar a justificativa.

antecederam e movimentaram a constituição de uma nova legislação italiana relativa à psiquiatria. Em sequência, eles abordam o conteúdo da nova lei, a partir de pontos principais, destacando os aspectos inovadores, mas também controversos da normatização italiana.

Destaco que em *Carta de Nova York: o artificial doente*, escrito que antecede *Lei e Psiquiatria*, Basaglia (2010, p. 151) já fazia uma análise sobre as mudanças que estavam sendo administradas nos Estados Unidos a partir da nova legislação, que vigorava desde 1963, em que se operou “a construção de pequenas unidades psiquiátricas, em contato direto com a comunidade que lhes cabe servir”. Sua visita à Nova York, em 1969, foi a convite do Maimonides Hospital do Brooklyn, onde atuou enquanto professor visitante em uma unidade psiquiátrica de cunho comunitário, vinculada ao programa de reforma do governo Kennedy “para doentes e deficientes mentais”.

Com a crise do modelo asilar, que se deu a partir dos anos subsequentes ao pós-guerra, nos três grandes países participantes do conflito: Inglaterra, França e Estados Unidos, os eixos de emergência de uma nova ordem psiquiátrica se instalaram em conflito com uma economia que ampliava-se e dependia, cada vez mais, de uma nova força de trabalho. Questionava-se a irreversibilidade da exclusão, de um corpo social e individual, que desperdiçava força produtiva. A experiência dos EUA, a qual Basaglia acompanhou de perto, ocorreu com essa postura socioeconômica. Baseando-se na perspectiva da Psiquiatria Social e das Comunidades Terapêuticas (CTs), vinculadas às ações preventivas, o que aconteceu nos EUA não foi à superação dos manicômios, mas o aumento do processo de medicalização com uma dilatação do que era considerada doença mental a partir da criação de uma nova categoria de pacientes: os *emotional patients*. Em resumo, a legislação estadunidense não conseguiu operar práticas antimanicomiais. Nas palavras de Basaglia, (2010, p. 158), “tudo isso significa simplesmente que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas”.

A experiência italiana teve as suas singularidades, sendo considerada inovadora. Em busca de revogar a Lei de 1904, marcada pelas práticas asilares, o percurso da Lei nº 180 foi pela transversalidade, sendo considerado:

Um processo social que percorreu a partir de baixo a organização social, polarizando em torno dos seus conteúdos, e visivelmente em torno das experiências de transformação, uma área, um movimento que, difundindo-se como prática, pôde difundir como cultura a crítica ao manicômio enquanto instituição e enquanto ideologia (Basaglia, 2010, p. 317).

O cenário foi assinalado por tensões, entre as críticas feitas aos novos modelos de gestão que se vinculavam às velhas normas e as hipóteses de superação possível dos manicômios a partir de exemplos concretos. A busca pela redefinição da assistência psiquiátrica italiana constituiu-se nessas circunstâncias, enquanto alvo de críticas e análises que, inclusive, não eram somente advindas da própria psiquiatria (Basaglia, 2010).

Se tratando do conteúdo da Lei nº 180, Basaglia (2010, p. 318) nos diz que a nova legislação “indica uma mudança no ponto de vista. O objeto não é mais, como nas velhas normas, a determinação dos limites da doença e a identificação de suas categorias, mas sim o tratamento a doença, e é sobre as formas e as razões desse tratamento que a lei intervém”. Ou seja, busca romper com a gestão custodialística enquanto único sistema de tratamento e com o estigma de periculosidade atrelado à doença mental. É neste ritmo que se destaca os serviços ofertados ao invés do comportamento. A assistência psiquiátrica desloca-se para o cuidado extra-hospitalar e descentralizado.

Aqui no Brasil, as disposições prevalentes durante grande parte do século XX pertenciam ao Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”⁴². Este decreto manifesta o papel desempenhado pelas primeiras normas de assistência psiquiátrica quando indica o que é invalidado, tido como improdutivo e, conseqüentemente, perigoso para a convivência social, além de justificar as definições de periculosidade, utilizando-se de ferramentas de separação e controle.

No decorrer dos anos 1930, a história da psiquiatria brasileira entrecruzava-se com o “ideal preventivo” estadunidense. A partir dos estudos de Jurandir Freire Costa (2006), sobre a experiência da Liga Brasileira de Higiene Mental é possível compreender o caráter preventivista nos discursos e práticas da psiquiatria brasileira. Costa (2006, p. 9) revela que:

Os psiquiatras pensavam poder prevenir a incidência das doenças mentais recorrendo às noções de higiene psíquica e racial. Para tornar verossímil esta ambição, acabaram convertendo-se à ideologia eugênica, cujo destino teórico-político todos conhecemos. A eugenia, avaliada fora de suas condições socioculturais de origem, serviu de garantia *científica* a palavras de ordem nazistas e fascistas que até hoje nos deixam perplexos.

⁴²Cf.: BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1934. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 maio. 2022.

No decreto nº 24.559, em passagem pelo artigo 25, é possível identificar os atravessamentos preventivistas nos discursos legislativos da época:

O serviço de profilaxia mental destina-se a concorrer para a realização da profilaxia das doenças nervosas e mentais, promovendo o estudo das causas destas doenças no Brasil, e organizando-se como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva (Brasil, 1934).

As ideias de uma Psiquiatria Preventiva emergem no Brasil reatualizadas nos anos 1970. Segundo Costa (2006, p. 12), “estas noções não estão sepultadas, como se pensa. Estão bem vivas, parasitando idéias e sugando esforços dos que tentam orientar-se psiquiatricamente, tendo-as como bússola”.

Em fins da década de 1980, o país encontrava-se em um cenário de reivindicação da saúde como “direito de todos” e “dever do Estado”. Um ano após a criação do SUS, em 1989, o Projeto de Lei 3.657 é lançado na Câmara dos Deputados. Os olhares estavam atentos à saúde pública e aos direitos. O texto desse Projeto de Lei “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”⁴³, aproximando-se intimamente da Lei Italiana de “Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios”⁴⁴. Na justificativa do Projeto de Lei é possível identificar referências à Lei Basaglia:

[...] Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos da existência da “Lei Basaglia” (Brasil, 1989, p. 10697).

Essa menção aponta para as vinculações estabelecidas entre o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e a Psiquiatria Democrática. Como já sinalizado, após a vinda de Basaglia ao Brasil, em 1978 e 1979, as conexões entre os membros dos dois movimentos sociais foram estreitadas potencialmente, ampliando-se na década de 1980 e influenciando diretamente à produção do conteúdo do Projeto de Lei 3.657/1989. Nesta passagem, ainda se utiliza a expressão “desospitalização”, o que diz respeito apenas à extinção de organizações

⁴³O Projeto de Lei nº 3.657/1989 encontra-se no Diário Nacional do Congresso, da Câmara de Deputados, de 1989. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>. Acesso em: 06 maio. 2022.

⁴⁴A Lei Italiana nº 180 encontra-se na íntegra no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Disponível: <http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/21>. Acesso em: 09 de maio. 2022.

hospitalares/manicomiais, diferindo-se de “desinstitucionalização”. Entretanto, apesar do seu proponente considerar esta lei “quase conservadora”, diante da complexidade da questão da psiquiatria, interpreto que seu texto movimenta-se rumo à “desinstitucionalização”, quando ele traz críticas à própria psiquiatria, alinhando-se fundamentalmente com a legislação italiana.

O projeto de lei é composto por quatro artigos e seis parágrafos. No seu conteúdo é possível visualizar uma perspectiva de denúncia, quando aponta, por exemplo, que:

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, digna e ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais (Brasil, 1989, p. 10697).

Já no artigo primeiro se enuncia a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos no território nacional. Quando se utiliza no título que o projeto de lei se dispõe à “extinção progressiva dos manicômios”, considero que a escolha do uso do adjetivo “progressiva” se faz em busca de exprimir cautela diante da nova proposta. Assim, prevendo ataques, tomando o exemplo da legislação italiana que depois de promulgada sofreu muitas críticas, as quais alegavam o arruinamento do sistema, o proponente do projeto brasileiro de lei, Paulo Delgado, usou com prudência o jogo das palavras. Na passagem seguinte é possível reforçar essa afirmativa: “[...] O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso “colapso” do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção”. (Brasil, 1989, p. 10697). Ou seja, o deslocamento que se buscava aplicar estava sendo formulado racionalmente, em conjunto com a sociedade, para construir, enquanto tarefa diária, uma nova perspectiva de cuidado.

O artigo segundo é relativo à implantação e funcionamento de novos recursos técnicos de atendimento. Os três parágrafos que compõem o artigo versam sobre as ferramentas de aplicabilidade desse novo modelo de assistência em saúde mental, tendo como base o território. As autoridades regionais, em seu nível de atuação, passariam a ser responsáveis nos âmbitos político e administrativo pelo funcionamento dos serviços. Portanto, passa-se a exigir o compromisso político nessa questão, atribuindo competência aos estados e municípios para o andamento de suas experiências subjetivas de desospitalização.

Contendo três parágrafos, o artigo terceiro concerne às orientações que dizem respeito à internação psiquiátrica compulsória sem o expreso desejo do paciente. O canal de comunicação entre o médico, autor da internação e à autoridade judiciária local deve permanecer aberto quando se trata da internação compulsória, com o intuito de registrar a sua legalidade, buscando zelar pelos direitos do cidadão internado. Essa relação entre psiquiatria e justiça é histórica e são em torno desses campos que se definiam os “cânones da chamada ‘periculosidade social’ – equivalente à definição de doença – quanto as finalidades e os modos de seu tratamento” (Basaglia, 2010, p. 302). Nesse sentido, avistar ambivalências se faz imprescindível quando a justiça dispõe de possibilidades históricas de validar discursos da psiquiatria tradicional.

O artigo quarto é conclusivo do Projeto de Lei 3.657/1989, ao mencionar que a lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário, fazendo referência direta as constantes do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. O último artigo é acompanhado logo em seguida pela justificção, com o objetivo de oferecer elementos para a aprovação da lei.

Na contingência de uma tramitação que se estendeu por 12 anos, entre Câmara de Deputados e Senado, a lei 10.216 é promulgada em abril de 2001 e “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001, p. 1). No conteúdo da nova lei, entrecruzam-se aproximações e distanciamentos do seu projeto original de 1989, sendo a construção possível da experiência brasileira no âmbito legislativo. Neste sentido, considero que o saber-poder psiquiátrico tradicional ganhou maiores obstáculos no enfrentamento dos seus “excessos inúteis”⁴⁵ a partir da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica.

Nesses doze anos, até a lei entrar em vigor, o cenário era e ainda é permeado por interesses, disputas e tensões entre os diversos atores sociais: os militantes do MNLA na luta “por uma sociedade sem manicômios” e os apoiadores do modelo vigente de saúde mental, na

⁴⁵Na obra *A verdade e as formas jurídicas*, de Michel Foucault (2002, p. 48), é possível visualizar a partir da história edipiana, atravessada pelo olhar foucaultiano das relações de poder, que “Édipo é o homem do excesso, homem que tem tudo demais, em seu poder, em seu saber, em sua família, em sua sexualidade”. E, neste cenário, da tragédia de Sófocles, o personagem do tirano é a figura principal por trás de Édipo, pois é ele quem detém o saber e exerce o poder, ambos vinculados. Saber-poder este que não escuta os deuses, nem os homens comuns. Mas, ainda que sem querer, acaba por unir estes discursos, de profecia e de memória. E é neste sentido que os excessos de saber-poder de Édipo tornaram-no inútil, por acabar evidenciando os outros discursos. Em analogia, trazendo aqui o saber-poder tirânico da psiquiatria tradicional, considero que ela perdeu, ainda que em partes, a sua capacidade outrora legitimada, não só pela própria psiquiatria, mas também por alguns setores da sociedade civil e evidenciou, a partir de suas tentativas de silenciamento, os discursos e experiências dos movimentos sociais da psiquiatria democrática e da antipsiquiatria. Advindo, portanto, a ideia aqui de “inutilidade dos excessos” do saber-poder, em que irrompem as tensões, os embates e as resistências.

defesa do modelo asilar como única alternativa para a assistência psiquiátrica⁴⁶, sendo os enfrentamentos constantes durante toda a tramitação do Projeto de Lei 3.657. Fruto de embates, tendo perdido aspectos significativos do seu conteúdo, a nova lei ainda é considerada progressista, sendo uma conquista da Reforma Psiquiátrica.

Promulgada no dia 06 de abril de 2001, a Lei 10.216 contém treze artigos, cinco parágrafos e doze incisos. No seu artigo primeiro, o conteúdo discorre sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e direitos e proteção das “pessoas portadoras de transtornos mentais”, garantindo o cuidado:

[...] sem qualquer forma de discriminação, quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (Brasil, 2001, p. 1).

Esses enunciados estão vinculados diretamente à problemática dos marcadores sociais enquanto “razões” para a elaboração de diagnósticos e suas nosografias. Nos escritos dos autores membros dos movimentos sociais da Psiquiatria Democrática e da Antipsiquiatria, encontro exemplos em alguns aspectos, como: classe, gênero, raça, sexualidade e dissidências políticas que serviram como motivadores para o diagnóstico de sujeitos enquanto “doentes mentais”.

Apesar de não se configurar enquanto referência direta para a Reforma Psiquiátrica Brasileira em suas primeiras décadas se faz oportuno mencionar a trajetória decolonial e antirracista do psiquiatra martinicano Frantz Fanon (1925-1961). Na década de 1950, Fanon alertava, a partir de seus escritos e práxis, sobre os sofrimentos psíquicos dos povos colonizados enquanto “patologias da liberdade”. Fanon (2020a, p. 62-63) narra que “o manicômio envolvia o paciente num manto protetor, porém era uma falsa proteção, pois favorecia a letargia do paciente, essa espécie de sono acordado durante o qual ele levava uma vida vegetativa”.

Desde os anos 1980, em território nacional, as influências do pensamento fanoniano se fizeram presentes no Movimento Negro Unificado (MNU). Tais influências, entretanto, não chegaram de imediato aos espaços universitários, tendo em vista que as primeiras teses de doutorado fundamentadas em seu pensamento só vieram a ser publicadas a partir de 2013⁴⁷.

⁴⁶Este último grupo estabelece diálogos com as ideias preventivistas, que continuam “bem vivas”. Cf.: COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

⁴⁷Cf.: QUEIROZ, Ivo Pereira de. **Fanon, o reconhecimento do negro e o novo humanismo: horizontes descoloniais da tecnologia**. Tese (Doutorado em Tecnologia) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2013; FAUSTINO, Deivison Mendes. “**Por que Fanon? Por que agora?**”: Frantz Fanon e os

Porém, nesses últimos anos o interesse pelas reflexões de Fanon têm sido uma crescente. Essas pesquisas têm somado à Luta Antimanicomial que se desenrola no presente, contribuindo de maneira potente com o debate antirracista vinculado à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

A obra *Racismo, subjetividade e saúde mental: O pioneirismo negro* (2021), compilada por quatro pesquisadores do tema no país, dentre eles Emiliano de C. David, Rachel G. Passos, Deivison M. Faustino e Jeane S. C. Tavares, traz para o palco principal os protagonismos de personagens negros que outrora não receberam o devido respaldo social, apontando as suas contribuições à saúde mental. Exemplo marcante é sobre o trabalho exercido por Dona Ivone Lara, no Centro Psiquiátrico Pedro II, localizado no bairro Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Supervisionado pela psiquiatra Nise da Silveira, o uso da música, especificamente do samba, por Dona Ivone Lara, é compreendido enquanto práticas de aquilombamento, possibilitando aos usuários a (re)conquista de valores culturais, sociais, estéticos e afetivos. Valores estes que, ao serem atravessados pelo manicômio em suas tantas formas de opressão, tinham sido arquivados nas prateleiras empoeiradas do tempo, nos subterrâneos das narrativas oficiais.

Sobre as opressões relativas ao gênero, os estudos recentes realizados pela historiadora Eliza Teixeira de Toledo (2019) apontam às distinções nas relações de gênero no Hospital Psiquiátrico do Juquery⁴⁸. A pesquisadora indica que, entre os anos de 1936 e 1951, as psicocirurgias, mais especificamente a leucotomia, procedimento cirúrgico que obtém os mesmos resultados das lobotomias, eram majoritariamente realizadas em mulheres, com o desejo de eliminar sintomas psicopatológicos ou comportamentais.

Na década de 1980, o trabalho pioneiro intitulado *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*, da historiadora Maria Clementina Pereira Cunha, já sinalizava essas diferenças. Nas palavras da autora (1986, p. 143):

As regras do comportamento das mulheres estiveram, desde um amplo processo de elaboração de uma imagem feminina ideal, apenas relacionadas à esfera corporal e familiar: boas mães, boas filhas, boas esposas. Se há um espaço social menor a ser ocupado, em função do estrito arcabouço de normas que lhes foram impostas, há, para as mulheres, menores ocasiões e oportunidades de transgressão. Neste sentido, a relação do distúrbio psíquico

fanonismos no Brasil. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

⁴⁸Os estudos mencionados fazem referência à sua tese de doutoramento que recebeu o prêmio ANPUH de melhor tese (2021), cf.: TOLEDO, Eliza Teixeira de. **A circulação e aplicação da psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, São Paulo: uma questão de gênero (1936-1956)**. Tese (Doutorado em História) – Fiocruz, Rio de Janeiro: 2019.

com a rigidez das regras de comportamento socialmente impostas é, na condição feminina, talvez mais evidente.

Marcado tanto pelo manicômio, quanto pelo patriarcado, o corpo das mulheres é atravessado por repressões direcionadas ao gênero e a sexualidade, sendo as “usuárias exclusivas da camisa-de-força” no Juquery (Cunha, 1986, p. 97).

No que diz respeito às dissidências políticas, a partir da dissertação *Violência manicomial: A psiquiatria na repressão durante a ditadura civil-militar no Brasil* (2019), de Alexandre Maciel Guedes, é possível identificar que durante esse período histórico foram forjados laudos psiquiátricos com o objetivo de conduzir os opositores do regime ditatorial à internação em leitos psiquiátricos, deslegitimando seus discursos e práticas.

Retomando a análise do texto da lei federal, especificamente para a análise do artigo segundo de parágrafo único, versam aspectos sobre: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde correspondente às necessidades, tratamento com humanidade e respeito, proteção, sigilo das informações prestadas, esclarecimentos sobre doença e tratamento, presença médica, acesso aos meios de comunicação, tratamento em ambiente terapêutico de preferência em serviços comunitários. Inicialmente, considero vagos os termos referentes ao “melhor tratamento” e ao “tratamento em ambiente terapêutico”, pois a ausência de objetividade na compreensão do tratamento produz uma margem de atuação das práticas manicomiais. No mais, essas são as pautas centrais e basilares da Luta Antimanicomial, que foram e continuam sendo discutidas durante os Encontros do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. A persistência destes aspectos enquanto reivindicações no presente sinalizam para os caminhos que ainda precisam ser percorridos enquanto possibilidades de avanços. Essas questões serão analisadas nos próximos capítulos, nas discussões sobre o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial “Rasga Tristeza”, enquanto serviço substitutivo.

O artigo terceiro diz respeito às responsabilidades do Estado quanto ao desenvolvimento da política de Saúde Mental que promova ações de saúde, com a participação da sociedade e da família. Segundo Onocko-Campos e Emerich (2019, p. 25), “ao contrário do acontecido em outros países, toda essa mudança [na política de Saúde Mental] aconteceu no Brasil por dentro do Estado Brasileiro e com fraco envolvimento (mesmo que fundamental por parte de alguns setores e grupos) da sociedade civil”. Nesse sentido, compreendo que junto das políticas públicas, na perspectiva do cuidado em saúde mental dito psicossocial e territorializado, se faz fundamental uma ancoragem pela qual o usuário da rede de saúde mental possa se sentir acolhido: uma rede de apoio que seja material

e afetiva, a partir da manutenção dos laços com a família e da inclusão social na diferença, vinculando-se ao compromisso da sociedade civil no que diz respeito à saúde mental.

Quanto à internação, é sinalizado no artigo quarto que será realizada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Ou seja, a demanda recairá sobre o serviço oferecido e havendo carência é de responsabilidade estatal à melhoria para atendimento da população. Os três parágrafos do artigo versam sobre reinserção social, assistência integral ao paciente em regime de internação e veda-se à internação em instituição de caráter asilar. Entretanto, o conteúdo da lei continua reconhecendo a internação como forma de terapêutica.

O artigo quinto é relativo aos pacientes crônicos que estão há longo tempo institucionalizados. O seu conteúdo enfatiza que esses sujeitos serão objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Foi nesta conjuntura que, em 2003, foi criado pelo Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, o “Programa De Volta Para Casa” (PVC). O Programa foi validado a partir da promulgação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que “Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”, propondo restituir os direitos à cidadania associada à moradia nos territórios. Na época, o responsável pelo Ministério da Saúde era Humberto Costa (PT/PE), o proponente da Lei 11.064/1994 do estado de Pernambuco.

Do artigo sexto ao décimo primeiro, os temas referem-se às internações, em seus três tipos: voluntária, involuntária e compulsória. Para quem solicita a sua própria internação, se faz preciso assinar uma declaração, admitindo a opção por esse regime de tratamento. Já a internação involuntária deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual, aproximando-se do que havia sido requerido no projeto de lei, sobre a manutenção da comunicação entre psiquiatria e justiça.

Quanto ao término da internação involuntária se dará por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, o que remete a uma compreensão custodialística da saúde mental. Destaco também que na prática não se operacionaliza. A internação compulsória se estabelecerá de acordo com a legislação em diálogo com o juiz competente que presumirá condições de segurança do estabelecimento, na salvaguarda do paciente e dos demais. Essa perspectiva também continua reforçando o estigma de periculosidade social sob os “pacientes”, termo utilizado ao longo da legislação. Sobre transferências, acidente, falecimento, é preciso avisar aos familiares ou representantes legais em um prazo máximo de vinte e quatro horas do ocorrido. Além disso, é mencionada a necessidade de consentimento

dos pacientes em pesquisas científicas, que devem se reportar aos Conselhos Profissionais Competentes/Conselho Nacional de Saúde.

Por fim, o artigo décimo aborda sobre a criação de uma Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação desta lei. O artigo décimo terceiro é conclusivo, afirmando o vigor da lei na data de sua publicação. Entretanto, não menciona o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, o qual será revogado a partir de então.

Interessante analisar que, no conteúdo da Lei 10.216 não há menção às palavras “desospitalização”, como no Projeto de Lei 3.657/1989, muito menos “desinstitucionalização”, ademais a ausência do termo “extinção” reforça as distinções entre os discursos do projeto de lei e da lei promulgada, que não coíbe, em nenhum artigo, parágrafo ou inciso, à abertura de novos leitos psiquiátricos financiados pelo Estado. Considero que a presença de uma cultura da tutela se apresenta significativamente no conteúdo da legislação. Entretanto, apesar dos distanciamentos expressivos entre projeto e lei, são evidentes as transformações advindas da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica.

O próprio Programa De Volta Para Casa foi desenvolvido para atender as demandas da legislação federal, em busca de promover contribuições significativas aos seus beneficiários. Segundo estudo multiterritorial, fundamentado na análise de histórias de vida de 108 participantes recebedores do benefício do Programa De Volta Para Casa lhes foi possível:

[...] o aumento de poder contratual quanto ao cuidado de si, ao estabelecimento de relações afetivas, à circulação na cidade, ao consumo de bens e serviços e, conseqüentemente, maior capacidade de expressão, comunicação e posicionamento crítico. Foi possível observar novas esferas de negociação engendradas pelo recebimento do dinheiro (Bessoni, *et al.*, 2019, p. 40).

Em análises mais recentes, é possível identificar as ambiguidades do PVC ao apresentar “desafios a serem superados quanto ao acesso e distribuição equitativa em território nacional, formação profissional e implicação do sujeito na apropriação do benefício” (Lima, *et al.*, 2022, p. 89). Neste sentido, às contribuições do PVC ao processo de desinstitucionalização são inegáveis, mas é preciso persistir rumo à promoção de autonomia e liberdade aos usuários frente à sociedade⁴⁹.

Em resumo, o proponente da Lei 10.216/2001, Paulo Delgado (2020, p. 21), diz que: “A história da lei tem a força das ondas: é meio uma onda que vai e vem, constrói e

⁴⁹Cf.: LIMA, Helder de Pádua *et al.* Avanços e desafios do Programa de Volta para Casa como estratégia de desinstitucionalização: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 89-100, 2022.

desconstrói. Quando se tem que criar instituições e equipamentos novos, também temos que estar preparados para criar uma nova institucionalização”⁵⁰. É neste sentido que foi sendo estabelecida uma estratégia para o fortalecimento e legitimação da legislação nacional, quando ainda tramitava tanto na Câmara dos Deputados quanto no Senado: a aprovação das leis estaduais.

Algumas federações foram pioneiras ao promulgarem normas relativas à Reforma Psiquiátrica antes mesmo da legislação nacional, dando dimensões federalistas aos princípios da Reforma. Entre os estados do Nordeste que estiveram à frente do processo, estão: Ceará, com a Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993; Pernambuco, com a Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994; e Rio Grande do Norte, com a Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995. Considerando o pioneirismo de Pernambuco, a partir de análises da lei estadual, busquei investigar como esse estado se anuncia na questão da Reforma. Entre continuidades e experiências de uma cultura manicomial, o que têm sido feito no cenário estadual? É o que proponho refletir adiante.

2.3 A Lei 11.064/1994 do estado de Pernambuco: no contexto da(s) Reforma(s) Psiquiátrica(s)

[...] marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos⁵¹.

Como nos aponta o trecho do documento [relatório] apresentado à *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, foi na década de 1990 que irromperam as primeiras normas estaduais relativas à reestruturação da assistência em Saúde Mental no país. Para além de estratégicas, em busca da aprovação da legislação nacional, as leis estaduais são sintomas de um processo mais amplo. Os movimentos sociais que se faziam presentes desde os anos 1980, por exemplo, potencializaram as suas lutas, e com o MNLA não foi diferente.

⁵⁰Cf.: DELGADO, Paulo. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 21-28, out. 2020.

⁵¹BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: OPAS, 2005.

Em Pernambuco, no início de 1994, foi publicada no Diário Oficial do Estado (DOE) a Lei 11.064, que dispunha “sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências”, sendo conclusivamente aprovada em 16 de maio do mesmo ano⁵². O seu proponente foi Humberto Costa, psiquiatra de formação, deputado estadual de Pernambuco, entre os anos de 1991 a 1995, e Ministro da Saúde na primeira gestão presidencial de Luís Inácio Lula da Silva, entre os anos de 2003 e 2005. Desde 2011, ele exerce o mandato de senador, também por Pernambuco⁵³.

As composições das legislações que dizem respeito à saúde mental dialogam intimamente com as marcas dos primeiros tempos da assistência aos “alienados”, e com o estado de Pernambuco não foi diferente.

O primeiro hospício das províncias do Norte⁵⁴ esteve vinculado à Santa Casa, sendo cognominado por “Hospício da Visitação de Santa Isabel”. Localizado em Olinda, o asilo existiu entre os anos de 1864 e 1883, no antigo hospital da Misericórdia. Neste período, José Rogério de Oliveira (2008, p. 34) narra que:

O hospício olindense recebeu variadas e inúmeras denúncias que iam da superlotação à sempre ausente assistência médica, passando pela escassez constante de alimentos, água e pessoal. Foram, porém, as mortes registradas no local que mais incomodaram a sociedade.

Assim, pelos altos índices de mortalidade que não condiziam com os tempos pautados na higiene e na ordem social, que desacomodaram a burguesia recifense e olindense da época, e diante das solicitações da Santa Casa à Assembleia Provincial e da visitação do presidente da Província, Henrique Pereira de Lucena, foram providenciadas novas hospedagens para os ditos loucos. O hospício de Olinda foi fechado em 1883 e os seus pacientes transferidos para

⁵²Importante destacar que a Lei 11.064 foi publicada no DOE originalmente em janeiro de 1994, mas ao sofrer mudanças foi aprovada em definitivo apenas em maio daquele mesmo ano. Atualmente, a Lei nº 17.523, de 9 de dezembro de 2021 alterou a Lei 11.064 com um parágrafo único, passando a vigorar com o seguinte acréscimo: “O Governo do Estado divulgará informações públicas relativas ao cuidado com a saúde mental, destacando as formas de prevenção e tratamento de enfermidades, incluindo locais e meios de atendimento” (AC).

⁵³Sobre a carreira política do atual senador Humberto Costa, cf.: BRASIL. Câmara dos Deputados. **Humberto Costa** – Biografia. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/deputados/74420/biografia>. Acesso em: 03 jun. 2022.

⁵⁴Nessa época, a categoria espacial Nordeste era inexistente, sendo inventada somente no século seguinte. Para mais informações, cf.: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **A invenção do Nordeste e outras artes**. 5. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

o “Hospício de Alienados” que se inaugurava naquele momento no bairro da Tamarineira (Oda; Dalgallarrondo, 2005)⁵⁵.

Nas décadas subseqüentes, a partir da institucionalização da estrutura manicomial com o novo espaço “para guardar doidos” na cidade de Recife, foi observado uma nova prática médica atravessada pelo processo de medicalização. Ou seja, a assistência que outrora era acentuadamente advinda da misericórdia e/ou do poder público passou a ser conduzida expressivamente pelos psiquiatras⁵⁶.

A partir dos trabalhos do historiador Carlos Miranda é possível folhear as páginas que contam a história do hospício da Tamarineira que, na década de 1920, passou a ser nomeado por “Hospital de Doenças Nervosas e Mentais”, e antes de ser reconhecido por “Hospital Ulysses Pernambucano” foi chamado de “Hospital de Alienados”. A contar dos anos 1920, o cotidiano do manicômio foi marcado pela “teoria da degeneração”. O conceito europeu desenvolvido por Benedict-Augustin Morel, Valentin Magnan e Emil Kraepelin teve repercussões na psiquiatria brasileira. Sobre as doutrinas da degenerescência, Miranda (2021, p. 32-33) narra que:

Além de culpabilizar diretamente o indivíduo e sua hereditariedade pelo seu sofrimento psíquico, ocultava as desigualdades econômicas-sociais, permitindo a distinção de classes, através de um olhar sobre a aparência dos corpos e dos comportamentos fora dos padrões estabelecidos na época. A história da psiquiatria no Brasil, além de ser uma questão de saúde e política, estabelece uma relação de poder muitas vezes camuflada por meio de saberes dotados de uma certa “cientificidade”.

Neste ritmo, a noção de loucura foi sendo ampliada. Segundo Maria Concepta Padovan (2010, p. 86), “em agosto de 1935, foi publicado por Henrique Roxo um artigo no

⁵⁵Segundo Oda e Dalgallarrondo (2005, p. 1001), os benfeitores de donativos para a construção do Hospício da Tamarineira vieram, na maior parte, das camadas mais afortunadas, sendo: “damas da sociedade, nobres, comendadores, eclesiásticos, militares, doutores, magistrados, comerciantes, proprietários e sociedades filantrópicas”. À vista de que a sociedade recifense e olindense do século XIX aspirava pelos moldes franceses de progresso social, isso leva a uma compreensão de que a desordem social estava incomodando às classes altas e que as suas benfeitorias não foram apenas por benevolência, pois havia questões de dimensões políticas e sociais envolvidas. Ademais, a partir do entrecruzamento com os estudos da obra *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços de cura*, de Carlos Miranda (2017, p. 413), pode se compreender também que “numa sociedade profundamente marcada pela desigualdade social, violência e intolerância religiosa, era comum os mais afortunados estenderem a mão à caridade para terem assegurados a salvação da alma e um lugar no reino dos céus. Essa atitude, em terras brasileiras, devia-se, em parte, à tradição medieval que tinha na piedade e na caridade, para com os pobres e doentes, uma forma de expressar a sua ‘boa consciência’ e devoção diante de Deus”.

⁵⁶Miranda (2021, p. 18) explicita que: “Em dezembro de 1921, foi aceito o pedido de exoneração do Dr. Joaquim Loureiro e do seu filho, o também médico Luiz Loureiro, e a direção do hospício foi entregue ao Dr. Alcides Codeceira, primeiro catedrático da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Recife. Respalhada pelas autoridades governamentais e pela sociedade, a psiquiatria institucional encontrou um profícuo campo de atuação”.

Boletim de Higiene Mental que afirmava que os três grandes fatores causadores da doença mental em Pernambuco eram a sífilis, o alcoolismo e o espiritismo”. Uma das terapêuticas conhecidas para o tratamento da sífilis no Hospital de Alienados foi a malarioterapia que consistia na inoculação de sangue contendo um dos agentes etiológicos da malária, sendo mencionada em 1931 pelo psiquiatra Ulysses Pernambucano (Padovan, 2010). Quanto à ingestão de bebida alcoólica, os psiquiatras, ao considerarem-na doença social, buscavam medidas para coibir o uso de álcool. Para isso, o Serviço de Assistência a Psicopatas de Pernambuco criou a Semana Anti Alcoólica. No que diz respeito à religião espírita e aos seus praticantes, “sofreram com ‘toda a sorte’ de perseguição aos terreiros de Pernambuco” (Oliveira, 2008, p. 49-50).

Assim, elaborado durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), de caráter intervencionista, o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, dispõe sobre normas relativas aos “psicopatas”, sendo carregado de discursos estigmatizantes que faziam parte da linguagem e das condutas daquelas primeiras décadas do século XX.

O saber e poder da psiquiatria, na busca desenfreada por “vestígios” da loucura, fortaleciam o processo de medicalização e, nas décadas seguintes, o de medicamentação, com o uso dos psicotrópicos nas instituições manicomiais. Sobre o processo de medicalização, identifico no Relatório Final da “I Conferência Nacional de Saúde Mental” (1988, p. 21)⁵⁷ a seguinte menção:

[...] A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatria frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos.

Neste discurso, é simbólico que um ano após a instauração da Ditadura Civil-Militar (1964-1985) se inaugura o Hospital José Alberto Maia, localizado no município de Camaragibe, na zona metropolitana de Recife. O manicômio inicialmente de caráter privado foi municipalizado em 1999, sendo conveniado ao SUS.

A partir de análises de dados quantitativos divulgados pelo Ministério da Saúde sobre os gastos do SUS com a Psiquiatria e outras especialidades médicas, entre os anos de 1995 e 1999, Oliveira (2008, p. 114) observa que:

⁵⁷ A Conferência foi realizada em 1987, no Rio de Janeiro. Cf.: BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. p. 21.

[...] em Pernambuco, o mercado da loucura andaria em alta, a despeito do ideário da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica que não foram capazes de extirpar a lógica perversa de articulação e complementaridade entre o capital privado e a base de financiamento do Sistema político em saúde representado pelo SUS.

Assim, na conjuntura do final do século XX, após a promulgação da Lei nº 11.064/1994, o cenário estadual não tinha sido expressivamente alterado. Na travessia entre as leis e a experiência pernambucana estiveram presentes implicações de caráter ideológico, econômico, político e social, vinculados a grupos que desejavam à manutenção da estrutura asilar.

Entretanto, já na primeira década do século XXI é possível notar significativas mudanças no território pernambucano no que diz respeito à saúde mental. No caso do Alberto Maia, por exemplo, o hospital passou por um processo de desinstitucionalização entre os anos de 2002 e 2010, encerrando as suas atividades⁵⁸. Em 2004, a Clínica de Repouso Dom Vital, atuante desde 1967, contando com 160 leitos, solicitou o seu descredenciamento ao SUS/Recife, sendo fechado no mesmo ano⁵⁹. O delinear dessa engrenagem é considerado uma conquista do Movimento da Reforma Psiquiátrica em Pernambuco.

A Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994, foi a segunda legislação do Nordeste vinculada à Reforma Psiquiátrica e dispõe de onze artigos, sete parágrafos e vinte e um incisos. No conteúdo do seu artigo primeiro, se fazem centrais os “direitos do cidadão portador de transtorno psíquico e deveres do Estado de Pernambuco”, aproximando-se da legislação nacional.

O artigo segundo versa sobre a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos. Um ponto a se destacar é o uso do termo “alternativos” no que diz respeito aos serviços “substitutivos”. O termo utilizado na legislação estadual traz o caráter de “optativo”, assemelhando-se mais a uma escolha do que a uma normativa. Isso ressoa ambivalente, sobretudo quando no próprio título da lei se faz uso da palavra “substituição”.

Considero que o artigo terceiro complementa o anterior, ao mencionar que a reforma do sistema psiquiátrico abrangerá às peculiaridades regionais e locais do estado de

⁵⁸Ao longo desse percurso de desinstitucionalização, o “Termo de Compromisso Tripartite” contribuiu expressivamente para o descredenciamento do Alberto Maia do SUS, sendo uma ação de alinhamento entre as instâncias governamentais: municipal, estadual e federal (Lucena, 2011).

⁵⁹Para mais informações sobre o descredenciamento da Clínica de Repouso Dom Vital, cf.: MAIA, Ana Isi da Silva. **A política de saúde mental em Recife**: caminhos da desinstitucionalização. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

Pernambuco, tendo em vista os princípios de articulação, integralidade e universalidade do SUS. Assim, esses princípios que emergiram no processo da Reforma Sanitária, dialogavam intimamente com a regulamentação do SUS – que ocorreu na década de 1990.

O artigo quarto é relativo aos “recursos psiquiátricos” a serem aplicados ao tratamento e assistência psiquiátrica em Pernambuco, indicando o atendimento ambulatorial e a emergência psiquiátrica no pronto socorro geral, que devem ser oferecidos unicamente pelo poder público, além de leitos psiquiátricos em hospital geral que conte com estrutura física, pessoal capacitado, equipamentos e serviços básicos específicos ao “portador de transtorno psíquico” e, por fim, os serviços de semi-hospitalização oferecidos por hospital-dia e hospital-noite, de caráter temporário.

No artigo quinto, acrescenta-se que os recursos psiquiátricos dispostos no artigo anterior serão aplicados à população conforme o Plano Estadual de Saúde Mental. Neste sentido, com o objetivo de ressocialização serão destinados “centro de convivência, atelier terapêutico ou oficina protegida”; a partir do cuidado comunitário aos pacientes egressos de internação psiquiátrica, sem condições de volta ao convívio familiar, encaminha-se à “pensão protegida”; aos pacientes psiquiátricos crônicos, “lar adotivo”; para desintoxicação de dependentes químicos, “unidade de desintoxicação” em hospital geral e “serviço de tratamento de dependência” que deve funcionar nas unidades gerais da rede de saúde.

O artigo sexto diz respeito à implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental que seja descentralizada e municipalizada. Dialoga também com o artigo segundo quando se atenta às particularidades socioculturais, locais e regionais. Sobre os primeiros anos da experiência pernambucana após a promulgação da Lei 11.064/1994, a historiadora Mirella Rocha Magalhães (2016, p. 53) nos indica que:

No final da década de 1990 passam a ser implementados serviços setoriais de saúde mental, fazendo com que o Recife apareça como principal polo para o acolhimento de pessoas que necessitam de algum tipo de assistência psiquiátrica em Pernambuco. Essa centralização é outro fator que dificultou a implementação da Reforma no estado, pois no interior a rede de assistência se mostrou muito reduzida, rompendo com uma das principais premissas da Reforma Sanitária aplicada pelo Ministério da Saúde, que é a municipalização por meio do SUS.

Em relação à centralização da implementação de serviços setoriais em Pernambuco, o historiador José Rogério de Oliveira (2008, p. 116-117) ao realizar o entrecruzamento de dados dos anos 2000, coletados do IBGE, identificou que “a maioria da população – pernambucana 4.580.779 (57,85%) – vivia em outras regiões [que não a metropolitana de

Recife], com evidentes dificuldades para tratar de seus sofrimentos psíquicos”. Assim, apesar da concentração da população estar localizada nas demais regiões de Pernambuco, os serviços de assistência psiquiátrica estavam localizados na zona metropolitana. Na época, de acordo com dados da Secretaria de Saúde de Recife, a população pernambucana residente no sertão contava apenas com o Hospital Psiquiátrico São Vicente, em Serra Talhada, que dispunha de 187 leitos, e com o município de Petrolina com 1 leito, ambos os atendimentos sendo pautados no modelo asilar.

Com a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde discorre sobre os serviços substitutivos de atenção diária, apresentando-os a partir de seus portes diferenciados, como os critérios populacionais, assim como também no que diz respeito aos serviços específicos para área de álcool e outras drogas, infância e adolescência. Ademais, para além dos tetos financeiros municipais foi criada uma rede de financiamento próprio para os CAPS, impulsionando a criação de Centros de Atenção Psicossocial pelo país. A Portaria GM nº 1.455, de 31 de julho de 2003, atentou-se aos aspectos definidores do incentivo financeiro para compra de equipamentos para os CAPS, cadastrados em 2002 e 2003. Essa deliberação foi organizada em tabelas, encontrando-se disponível no documento *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Nele, é possível visualizar o recebimento direcionado para cada CAPS no território⁶⁰.

A partir deste mesmo documento é possível observar a existência de nove CAPS na zona metropolitana de Recife, cadastrados em 2002 e 2003. Além destes, identifiquei que no ano de 2004 foram municipalizados quatro serviços de saúde mental de Recife, sendo eles:

[...] os CAPS II Espaço Azul (DS III) e Espaço Livrementemente (DS VI), além dos CAPS AD CPTRA, localizado no DS III, e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana, no DS IV (RECIFE, 2004b apud MAIA, 2007, p. 84).

Nesse documento, não há menção de cadastros de CAPS nas demais regiões do estado de Pernambuco. A partir de fonte produzida pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, de março de 2004, localizada no material *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (2004b, p. 62-63) pude analisar que havia um total de dezessete dispositivos no estado de Pernambuco, sendo eles:

⁶⁰Cf.: BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

CAPS II Estação Cidadania (Cabo de Santo Agostinho); CAPS II Nise da Silveira (Olinda); CAPS II Espaço Azul (Recife); CAPS II Espaço Vida (Recife); CAPS II Esperança (Recife); CAPS II José Carlos Souto (Recife); CAPS II Professor Galdino Loreto (Recife); CAPSi Ciranda da Vida (Cabo de Santo Agostinho); CAPS I Oficina de Saúde (Ibimirim); Casa da Primavera (CAPS II – Camaragibe); CEMPI – Centro Médico Psicopedagógico Infantil (CAPSi – Recife); CAPS II Crescendo com Dignidade (Caruaru); Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CAPSad – Recife); CPTRA – Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CAPSad – Recife); CAPS I Luiz Jardim de Sá (Floresta); NAPPE – Núcleo de Atenção Psicossocial de Pernambuco (CAPS II – Recife); CAPS II Solar dos Guararapes (Jaboatão dos Guararapes).

Diante desse novo cenário, receber um dispositivo substitutivo ao manicomial era sinal de progresso. Nesse sentido, o sertão foi sendo esquecido, pois a questão da centralização se solidifica quando identifico que somente nos anos de 2005, 2007 e 2008 se inauguram os primeiros Centros de Atenção Psicossocial I na região do sertão central, sendo respectivamente: “Maria Novais Miranda”, “Rasga Tristeza” e “Tarcísio Sobreira”.

Retomando a análise para o conteúdo da lei estadual, o artigo sétimo aborda, a partir da vinculação entre psiquiatria e justiça, sobre a internação psiquiátrica involuntária, que necessita ser comunicada, por parte do médico responsável, ao Ministério Público (MP). Inicialmente, destaco que uma internação “involuntária” está marcada por violência, definindo, mais uma vez, o caráter da cultura da tutela presente na linguagem da lei e na experiência cotidiana. Entretanto, na presença da internação involuntária, entendo que a comunicação entre psiquiatria e Ministério Público é um procedimento que se faz imprescindível, sobretudo quando o cenário das instituições manicomiais é de maus tratos e até óbitos que, por vezes, não são notificados à família ou ao Estado para que não haja investigação e responsabilização dos culpados. No início de 2004, por exemplo, Ana Isi da Silva (2007, p. 82) narra que “aconteceu uma sucessão de três óbitos em instituições psiquiátricas, conveniadas ao SUS/Recife, no espaço de cinco meses, refletindo em desassistência à pessoa com transtorno mental dentro de hospital psiquiátrico”.

No artigo oitavo se define um prazo de 120 dias para que o poder executivo estadual proponha à Assembleia Legislativa ações para o cumprimento do estabelecido na lei. O artigo nove proíbe ao estado de Pernambuco qualquer participação acionária, construção, ampliação, contratação ou financiamento de estabelecimentos privados que caracterizem hospitais psiquiátricos, somente sendo possível manter contratos com instituições que obedeçam às disposições desta lei.

Os artigos décimo e décimo primeiro encerram o texto da lei sinalizando que ela entrará em vigor a partir da data de sua publicação e que revoga as disposições em contrário,

especialmente a Lei 11.024, de 05 de janeiro de 1994. Assina o então presidente da Assembleia Legislativa de Pernambuco, Felipe Coelho.

Nesse cenário, a Política Nacional de Saúde Mental fundamentada na promulgação da Lei 10.216, de 2001, tem sofrido ataques constantes, sobretudo a partir de 2016, ano de ruptura com as políticas públicas que estavam sendo desenvolvidas até então. Em se tratando da experiência estadual, apesar do pioneirismo da Lei 11.064/1994 do estado de Pernambuco, há muitos desafios e embates. Em esfera municipal, não houve promulgação de uma Lei da Saúde Mental em Salgueiro até o presente, sendo inexistente e permeada por entraves.

Após a chegada do CAPS I em Salgueiro, a demanda de saúde mental se mostrou expressiva no sertão central, culminando também na inauguração dos leitos de saúde mental no Hospital Regional Inácio de Sá ainda em 2007.

Entretanto, o município manteve certa dependência da assistência psiquiátrica da cidade de Serra Talhada, que constituía seu atendimento fundamentado no modelo asilar, desde fins da década de 1970, com o funcionamento do Hospital Psiquiátrico São Vicente. Porém, é em Serra Talhada que se inaugura o CAPS AD III Regional – Espaço Nova Vida; CAPSi Microrregional Mr. Alexandra Martins dos Santos e Serviço Residencial Terapêutico⁶¹. Em 2021, o CAPS II – Viva Feliz transformou-se em CAPS III, embora ainda não tenha sido habilitado junto ao Ministério da Saúde (Cardoso, 2023)⁶².

Portanto, o cenário da saúde mental está sendo tecido com base em tensões e disputas entre projetos distintos: o asilar e o antimanicomial e que, por vezes, também se misturam. É nesse sentido que considero imprescindível problematizar o percurso antimanicomial que está sendo produzido no sertão central, tendo em vista as particularidades de uma experiência subjetiva e política no território salgueirense.

Para sedimentar minhas análises a seguir apresento a leitora e ao leitor os caminhos que percorri pela oralidade, enquanto “uma arte da escuta”, atravessada pela perspectiva das “memórias subterrâneas”, possibilitando subverter os silenciamentos dos sujeitos sob os olhares que os engessam em suas potencialidades.

⁶¹Em mapeamento da Rede Assistencial do Estado (2020), feito pela Gerência de Atenção a Saúde Mental (GASAM), identifico que o sertão de Pernambuco conta com apenas dois CAPS i (Infantojuvenil), localizados nas cidades de Afogados da Ingazeira e Serra Talhada; dois CAPS AD III, distribuídos em Petrolina e Serra Talhada e um Serviço Residencial Terapêutico em Serra Talhada. Cf.: PERNAMBUCO. Rede de Atenção Psicossocial Estado de Pernambuco. **Gerência de Atenção a Saúde Mental**: planilha. Recife, 2020.

⁶²Para visualizar o panorama da RAPS de Serra Talhada e da XI GERES, cf.: CARDOSO, Jamille Kássia da Silva. **Produção de sentidos sobre masculinidades e saúde entre profissionais em saúde mental, no sertão de Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

É no contexto da experiência pernambucana que, em 2007, ouvimos o canto do “Rasga Tristeza” ecoando em territorialidades sertanejas. Personagem e instituição confundem-se e passam a existir à medida que caminham juntas.

3 “RASGA TRISTEZA”: UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO NO SERTÃO DE PERNAMBUCO

Porque cantar parece com não morrer
 É igual a não se esquecer
 Que a vida é que tem razão
 Composição de Ednardo e Climério – Enquanto Engoma a Calça

No chamado entroncamento do Nordeste, que liga o país de norte a sul (BR 116) e leste a oeste (BR 232), localiza-se o município de Salgueiro no sertão central do estado de Pernambuco. No “coração” do sertão pernambucano, como também é nomeado, Salgueiro encontra-se avizinado pelos municípios de Cedro, Mirandiba, Parnamirim, São José do Belmonte, Serrita e Verdejante⁶³.

É na espacialidade sertaneja da cidade de Salgueiro que se inaugurou o Centro de Atenção Psicossocial I “Rasga Tristeza”, um serviço substitutivo no sertão de Pernambuco, cujo nome é uma homenagem a um homem que vivia pela cidade. Antes mesmo de ser instituição, “Rasga Tristeza” foi um sujeito⁶⁴. Personagem comum, tido como “louco”, sendo avistado pela população nas suas andanças, entre as décadas de 1940 e 1970. Viveu em movimento pelo sertão, na travessia pelo território como expressão de linha de fuga.

Andarilho, vindo de Parnamirim, o homem ficou conhecido em Salgueiro como “Rasga Tristeza”, pelo trecho ápice da música que cantarolava pelas ruas. Atravessado por experiências subjetivas de sofrimento compreendo que para “Rasga Tristeza” cantar seria agenciamento⁶⁵, um “não se deixar morrer”, para sentir que a vida é que tem razão, como nos diz a música “Enquanto Engoma a Calça” (1979), composta por Ednardo e Climério.

Apesar das homenagens, há um distanciamento sobre a história de vida de “Rasga Tristeza”⁶⁶. Para acessar as memórias vinculadas a esse personagem histórico, conversei sobretudo com pessoas que nasceram no período de 1920 a 1950, moradores de Salgueiro e

⁶³A cidade de Salgueiro está localizada a 512 km da capital do estado, Recife. Atualmente, o município conta com 62.372 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

⁶⁴A loucura é fenômeno que precede às instituições. Ou seja, os sujeitos são considerados loucos antes dos manicômios físicos e dos serviços substitutivos. Mas, o saber-poder da psiquiatria no século XIX implicará na maneira como isso vai se desenrolar nas temporalidades, espaços e sociedades.

⁶⁵Para Deleuze e Guattari agenciamento é uma criação própria a partir das relações consigo e com o Fora. Cf.: DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Félix. **Mil Platôs** – capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Suely Rolnik. São Paulo: Editora 34, 2012. 4 v.

⁶⁶Além do apelido “Rasga Tristeza” nomear o CAPS de Salgueiro, uma rua de sua terra natal recebeu o seu nome próprio. Os relatos de memória oral indicam, entretanto, que o nome da rua foi modificado.

Parnamirim⁶⁷. Com caderno, caneta e gravadores de áudio, cartografei os relatos de memória oral, investigando os rastros de “Rasga Tristeza”. Nas entrevistas, quem havia conhecido esse sujeito era uma maioria de mulheres: as “contadoras de memórias”. Foi sob o olhar dessas mulheres que pude reunir desde as miudezas extraordinárias do cotidiano desse homem até os acontecimentos de ruptura, como a sua própria morte.

Percorri a rota que “Rasga Tristeza” fazia pelo sertão central, entre Salgueiro e Parnamirim. Pelas narrativas, as pessoas dizem que ele pedia caronas. Na década de 1950, a memorialista Úrsula disse lembrar que apenas o coronel Veremundo Soares tinha carro na cidade. Nesse período, a entrevistada trabalhava no Chalé Villa Maria, casa do coronel⁶⁸.

Na pesquisa de autoria de Sá e Campos (2022), intitulada “*O povo votava em quem ele mandava*”: notas de campo sobre a herança simbólica do coronel Veremundo Soares em Salgueiro – PE, uma das entrevistadas participantes disse que ele era um dos poucos a ter carro na cidade. Esses relatos corroboram com o cenário da época, de uma reduzida disponibilidade de carros pela cidade, por serem acessados apenas pelas classes dirigentes.

Pelas estradas de terra, encontrávamos as carroças puxadas por animais. Entre as andanças no sertão, o trecho entre Salgueiro e Parnamirim era caminho certo no cotidiano de “Rasga Tristeza”. Tive a oportunidade de conhecer alguns dos seus familiares, que conviveram em proximidade com ele, um deles nascido no ano de 1923, que estava com cem anos de idade⁶⁹.

O sujeito é descrito pelos relatos de memória oral como pardo, de estatura mediana e, na maioria das vezes, usando boas vestes. “Rasga Tristeza” aparecia pelas ruas vestido com as roupas da época, com calça e camisa de botões. Quando perguntava sobre o que ele usava nos pés, as dúvidas afloravam, algumas pessoas diziam não recordar desses detalhes, as que lembravam compartilharam que ele calçava sapato social ou sandália de couro. Andava limpo, com exceção de quando exagerava na bebida, pois ficava pelo chão bagunçando o “penteado alinhado para trás” que costumava utilizar. Tinha barba e bigode, mas não os deixava crescer.

As narrativas orais indicam que, no período em que ele era avistado em Salgueiro, “Rasga Tristeza” aparentava ter entre 40 e 50 anos de idade. A probabilidade é de que ele tenha nascido entre o final do século XIX e início do XX. Poucas pessoas recordam do seu velório, que ocorreu na casa de uma pessoa próxima a Severino sensibilizada com a sua morte

⁶⁷Na época as “contadoras de memórias” eram jovens, mas não utilizavam os termos criança/adolescente. Para se referirem da infância até a etapa inicial da vida adulta, elas diziam que eram meninas, moças, moçoilas. A ideia de infância e adolescência é atravessada por construções históricas, culturais, sociais e econômicas.

⁶⁸Úrsula trabalhou como doméstica na casa de Veremundo Soares de 1954 até 1963.

⁶⁹As entrevistas com alguns dos seus parentes foram realizadas no dia 06 de fevereiro de 2023, em Parnamirim.

e a falta de recursos financeiros. Uma das entrevistadas esteve presente no ritual fúnebre. Outra entrevistada mencionou que a *causa mortis* foi um tiro que ele levou após uma discussão quando usou de ironia para pedir dinheiro a um homem. Porém, a maioria das narrativas aponta que a morte de Severino foi pelo uso abusivo do álcool, sem relação direta com o tiro que o atingiu. Segundo as pessoas que relataram sobre o desentendimento, o furo ocasionado pelo tiro acabou infeccionado pela falta de cuidados e o uso prejudicial da bebida. Esse tiro teria sido disparado em direção à boca, mas saiu pela bochecha deixando um rasgo no seu rosto.

Foi em uma das últimas entrevistas realizadas em Salgueiro que obtive a informação sobre o nome oficial do homem que ficou conhecido por “Rasga Tristeza”: Severino. Mas, Severino de quê ou de quem? Após o diálogo com a entrevistada, lembrei-me do poema de João Cabral de Melo Neto (2016), *Morte e Vida Severina*, “O meu nome é Severino, não tenho outro de pia”.

“Rasga Tristeza” e Severino eram o mesmo homem, que ora se misturava entre as memórias, mas, por vezes, se desencontrava como se fossem duas pessoas diferentes. Mas, o que se transformavam eram as percepções e memórias tecidas num dado território, que implicava intimamente na fala dos entrevistados. Severino ou “Rasga Tristeza” era um homem andarilho, fixo no movimento, como diria Deleuze e Guattari (2012). Um sujeito que nada tinha de estático, pois desenhava para si uma identidade móvel.

A família de “Rasga Tristeza” partilhou sobre ele com afetividade, lembrando-se do seu trabalho no roçado e entendendo a sua necessidade nas andanças. Alguns parentes mais jovens de “Rasga Tristeza” desconheciam a sua história e os laços familiares, tampouco sabiam da existência de uma instituição que o homenageava – outras pessoas que conversei em Parnamirim também não sabiam dessa história. Além disso, “Rasga Tristeza” é apelido que a família não reconhecia até a minha chegada. Na sua terra natal, ele é conhecido pelo nome próprio. Entretanto, todas as pessoas entrevistadas em Parnamirim recordaram da música cantada por Severino.

Severino morava na cidade, mas trabalhava na enxada com o irmão Otaviano⁷⁰ que residia na zona rural. Passava dias na casa dele. Tinham uma relação de proximidade. Uma das filhas desse irmão de Severino, com oitenta e sete anos de idade, contou que o pai e o tio plantavam arroz, feijão, milho, algodão. Eram agricultores. A sobrinha de Severino

⁷⁰Aqui utilizo o nome real do irmão de Severino. Na entrevista, ele também foi chamado pelo genro tanto por “Seu Otaviano” quanto por “Seu Otávio”. Mas, a filha e a neta de Otaviano confirmaram que se trata do primeiro nome.

manifestou ainda que queria muito bem ao tio. Ela contou que Severino se parecia muito com o pai dela. Na ocasião, ela me mostrou a fotografia do pai. Pelo cruzamento com a descrição de Severino nos demais relatos orais, os irmãos se assemelhavam fisicamente.

A senhora compartilhou que o tio se apaixonou por uma moça, mas revelou que ela não lhe tinha interesse. Pela música que “Rasga Tristeza” cantarolava, parte dos entrevistados associava o seu sofrimento ao amor não correspondido. Entretanto, foram muitas as camadas que compuseram a sua vida, como a própria pobreza que andava de mãos dadas com Severino.

A sua sobrinha contou que, por vezes, quando o tio Severino bebia não ia para o roçado com o pai dela. Ficava deitado no chão da frente da casa. Ela recorda da relação do tio com a bebida, mas compartilhou que “ele não agravava ninguém”. Sua fala é marcada pelo respeito que nutre pelo tio. O marido da sobrinha de Severino, com cem anos de idade, também tinha lembranças do irmão do sogro. Uma delas foi à de que Severino dizia que o chão estava pegando fogo. Uma das filhas do casal disse que: “depois ele [tio Severino] depravou na bebida, aí não queria saber de ninguém, vivia nas ruas” (06 de fevereiro de 2023).

Severino é recordado por uma senhora de Parnamirim que o conheceu quando ela ainda era criança e escutava as suas histórias com amorosidade. Sentado em um banco de praça, ele usava da sua experiência, da bagagem de vida, para dialogar com as crianças. Uma das conversas era sobre um amigo que morreu. Ele narrava que vez ou outra esse amigo continuava lhe chamando: “Severino?” E ele respondia: “Oi, home”. No relato de memória, a senhora buscou utilizar o mesmo tom de voz e jeito de falar que Severino utilizava para contar a história. Ele falava forte e chateado pelo amigo estar lhe chamando.

A irmã dessa entrevistada, dezesseis anos mais velha que ela na época, no início da vida adulta, fala de Severino com saudade. Emocionada, ela conta que algumas pessoas faziam mal a Severino. Ele perguntava a ela se tinha o de cumê. Enquanto aguardava a comida, ele cantava “Rasga Tristeza dentro do meu coração”. No trecho ápice da música, ela verbaliza e gesticula que ele batia forte no peito com o punho fechado. Segundo ela, quando recebia o de cumê, Severino não fazia a refeição ali mesmo, dizia que ia comer lá na frente e botava o pé na estrada mais uma vez.

Num entrecruzamento de narrativas, todas as memorialistas entrevistadas disseram que a música cantada por “Rasga Tristeza” era existente na época e que ele teria feito uma adaptação, não sendo de autoria própria. Entretanto, não souberam indicar de qual composição se tratava. Cerca de cinco entrevistados sugeriram que a música cantada por

“Rasga Tristeza” era uma marchinha de carnaval. A entrevistada que oferecia comida a Severino citou semelhanças com as músicas de Nelson Gonçalves. Mas, quais músicas “Rasga Tristeza” teria acessado? Na época em que ele começa a ser avistado em Salgueiro Nelson Gonçalves era reconhecido no território nacional.

Em Salgueiro, as músicas circulavam a partir das festas que ocorriam. Existiam também às transmissões de som em um determinado local da cidade. Em algumas casas, as famílias também contavam com as vitrolas e/ou os rádios que davam acesso às frequências das rádios do Brasil.

Na década de 1950, por exemplo, Luiz Gonzaga tocou em Salgueiro e compôs uma música em referência ao coronel Veremundo Soares, chamada “O Balaio de Veremundo”. A música foi gravada em 1954, no formato de compacto simples – discos com capacidade de até duas canções. Foi uma canção produzida juntamente com a famosa música “Januário”, que também menciona Salgueiro. Sendo um baião xote, ela é de autoria de Zédantas, um dos seus mais reconhecidos letristas. Porém, das duas músicas gravadas, que compõem a musicografia de Gonzaga, somente “Januário” foi lançada em discos e coletâneas.

Os primeiros relatos de memória sobre “Rasga Tristeza” em Salgueiro são de 1940 e ele já cantava a música que deu origem ao seu apelido. A partir de determinadas pistas, compartilhadas na entrevista com Úrsula, finalmente encontrei a música que “Rasga Tristeza” tinha adaptado: “Quanta Tristeza” lançada em 1937 no formato de compacto simples. Um marcante samba-canção, composto por Ataulpho Alves e André Filho, interpretado por Carlos Galhardo.

Quanta tristeza
Eu trago dentro do meu coração
A vida é sempre assim
Eu amo alguém que não gosta de mim⁷¹

Com um *backing vocal* do “Conjuncto Regional” de Pixinguinha e Luperce Miranda, a canção parece se transformar em uma dor sentida e verbalizada por todos. Uma espécie de coral que rasga as suas tristezas em coletivo.

Durante as entrevistas com as memorialistas, algumas delas cantaram a música de “Rasga Tristeza” tentando reproduzir a maneira como ele cantava. O tom melancólico quando elas cantarolavam era marcante. Escutando Galhardo, percebi que elas assemelhavam-se

⁷¹Para que a leitora e o leitor possam ter uma experiência auditiva, disponibilizo um link para escuta da canção. Na versão digital é só acionar a tecla “Ctrl” e clicar na letra da canção. Caso o acesso seja pelo celular, é só clicar em cima da letra que direcionará para a música.

intimamente a sua voz. Na música original, as vogais são prolongadas para acentuar a intensidade do sofrimento que a música e a letra transmitem. As memorialistas também reproduziam esses mesmos detalhes. Assim, considero que “Rasga Tristeza” cantava em um tom aproximado ao de Galhardo, se estendendo nas vogais e intensificando a cantoria em determinados trechos, mas fazendo as suas adaptações na letra e música, dando um toque próprio ao que escutava.

Como diria Belchior, em *Não Leve Flores* (1976):

Palavra e som são meus caminhos pra ser livre
E eu sigo, sim
Faço o destino com o suor de minha mão
Bebi, conversei com os amigos ao redor de minha mesa
E não deixei meu cigarro se apagar pela tristeza
Sempre é dia de ironia no meu coração

Desbocado, irônico, pornográfico, foram adjetivos que apareceram na fala de duas pessoas que conversei. Essas pessoas disseram que ele não tinha transtorno mental, “o problema dele mesmo era a bebida” que o prejudicava. Durante outras entrevistas, disseram que “Rasga Tristeza” não era “doido da cabeça”, mas “gostava mesmo era de beber cachaça”. O memorialista José Arcádio, que partiu alguns meses após a nossa entrevista, um dos poucos homens desse grupo de “contadoras de memórias”, contou que conhecia um dos bares que “Rasga Tristeza” frequentava em Salgueiro, pois era de um parente seu.

As “contadoras de memórias” diziam que, por vezes, ele dormia no cemitério, em cima dos túmulos. Na entrevista realizada no dia 18 de janeiro de 2023, a memorialista Fernanda relatou que em Salgueiro “tinha um caixão que era da Sociedade de São Vicente de Paulo, sepultava lá, depois guardava lá [o caixão] numa sepultura aberta, e dizem que ele gostava de dormir nesse lugar”. A Sociedade de São Vicente de Paulo (SSVP) ficava localizada na Rua do cemitério e atuava no acolhimento das camadas pobres da população, depois se estabeleceu enquanto Lar de idosos. A Sociedade existiu no mesmo endereço em que, décadas depois, foi inaugurado o “Rasga Tristeza”. É provável que Severino tenha tido algum contato/apoio da SSVP durante as suas passagens pela cidade. O caixão da Sociedade era para as pessoas que não tinham condições financeiras para arcar com os custos de um enterro. Algumas famílias também enterravam os seus parentes em redes, pois eram mais acessíveis⁷².

⁷²O cemitério era e ainda é um dos espaços de diferenciação socioeconômica, não somente em Salgueiro. A sepultura luxuosa da “Família de Veremundo Soares”, por exemplo, se destaca em meio às demais construções fúnebres. As cinzas dos seus pais, o clérigo Antônio Joaquim Soares e sua esposa Marcolina, foram depositadas

Nas entrevistas, diziam que chamavam “Rasga Tristeza” no cemitério e ele ficava bravo, pois não queria ser perturbado e dizia que não conseguia descansar nem no cemitério. Na entrevista com a memorialista que escutava as histórias de Severino quando criança, ela contou que o amigo dele, que já havia falecido, o chamava quando ele ia dormir nesse lugar.

Parte significativa dos relatos de memória narram que o falecimento de “Rasga Tristeza” ocorreu em fins da década de 1970. Nas buscas, encontrei a sua certidão de óbito, que indicava o ano de 1977 como o período do falecimento. A causa da morte? Coração. Viveu cantando das coisas que moram no peito, lugar simbólico das paixões. Nesse mesmo documento, indica que ele tinha 74 anos de idade. O declarante era o seu sobrinho, irmão da sobrinha de Severino que entrevistei em Parnamirim, sendo filho e filha de Otaviano. Segundo a família, “Rasga Tristeza” viveu em proximidade com esse sobrinho – que também já faleceu. Severino nasceu, portanto, em 1903, contrariando a expectativa de vida daquela geração e região⁷³.

Muitos buscam respostas e/ou motivos do por que se ele tinha família, andava por aí, sem rumo. Mas, pergunto-me, será mesmo que “Rasga Tristeza” não tinha destino nas andanças que fazia ou será que isso não era uma atribuição de sentido para que ele sustentasse a própria vida? “Rasga Tristeza” era um revoltado? Tudo que podemos exercer juntos é a problemática de uma vida à margem, tecida a “fios de ferro”⁷⁴, que recebeu algum reconhecimento após a sua morte.

Buscando sobre a fisionomia de Severino, nas entrevistas de história oral, marcou-me a fala de uma senhora ao dizer que os fotógrafos da época não teriam a sensibilidade de capturar a imagem de “Rasga Tristeza”. Isso se revela quando analiso parte significativa das fotografias da cidade de Salgueiro: retratos das fábricas, por vezes dos trabalhadores, dos comércios, dos casarões, da Igreja, dos padres, dos coronéis e das suas famílias que se perpetuam nos jogos de poder.

A história oficial de Salgueiro é atravessada pelo coronelismo, catolicismo e cangaço: O que se conta é que Lampião se comunicava com o coronel Veremundo Soares para o abastecimento do seu bando, que era feito com os recursos dos comércios do coronel. O

em um obelisco em que na sua ponta há uma estátua do Cristo Rei, um Jesus de braços abertos, localizada na Praça Benjamin Othon Soares – nome do irmão do coronel Veremundo (Sá; Campos, 2022).

⁷³O IBGE informa que na década de 1940 a esperança de vida no Nordeste era de 36,68 anos – a mais baixa entre as demais espacialidades. Para verificar a expectativa de vida nas demais regiões do país, cf.: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Esperança de vida ao nascer**. Disponível em: <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=POP210>. Acesso em 19 ago. 2023.

⁷⁴Em referência ao capítulo *A gente combinamos de não morrer* da obra *Olhos d'água*, de Conceição Evaristo (2023).

coronel era dono de terras, indústrias, do voto das pessoas e a sua história é passada de geração em geração, diferente de Severino (“Rasga Tristeza”).

O historiador Waldemar Alves da Silva Júnior (2006) sinaliza sobre as relações entre o coronel e Lampião e das aproximações que desviavam da política de repressão do Estado de Getúlio Vargas contra o cangaço. Giovanni Alves Duarte de Sá e Andréa Carla de Magalhães Campos (2022) tecem análises sobre os resquícios simbólicos deixados pelo coronelismo nas dinâmicas de poder das elites locais.

Na bandeira do município há o desenho de uma cruz para representação da fé dos salgueirenses e logo abaixo um ramo de folhas da árvore salgueiro. A história que se conta e que está na memória coletiva é a do menino Raimundo de Sá, filho do coronel Manoel de Sá, que se perdeu na caatinga sendo encontrado vivo no terceiro dia, debaixo de um pé de Salgueiro, “perfeitamente são e disposto sobrevivendo a fome e a sede”. O fato que ocorreu em 1835 foi tido como milagre de Santo Antônio, pois os seus pais fizeram uma promessa de que se encontrassem o menino vivo construiriam uma capela em agradecimento ao santo. Foi com a construção da capela que Salgueiro aconteceu, tendo como padroeiro Santo Antônio. Recordo das trezenas de Santo Antônio que ocorriam na Matriz. Era nesse mesmo espaço que avistava a figura de Cícero, também chamado de Cicinho, beijando os santos e altares.

Entretanto, ao contrário das memórias que elaborei na infância sobre as minhas raízes sertanejas, nas andanças e conversas de campo, os rastros sobre Salgueiro apresentavam múltiplas camadas e horizontes sem fim de histórias, espaços e pessoas, ao contrário da narrativa oficial do sertão do Nordeste enquanto homogênea, prévia, caricata.

Sobre os espaços dos sertões, Alesy Soares Oliveira e Renato Amado Peixoto (2023, p. 187-188) enfatizam que:

Ainda possui grande revelações em todo seu contexto polissêmico e complexo. Uma hora designava os espaços interiores da Colônia, em outras era entendido pela lógica do litoral ou mesmo relativo à seca no nordeste nascente, ou aos direcionamentos cotidianos do homem sertanejo do Brasil central.

Essas problemáticas conceituais que envolvem os sertões têm sido criticamente contornadas por autores, como: Durval Muniz de Albuquerque Júnior e José Olivenor Souza Chaves. Este último historiador, em *O ninho e o alçapão: campo e cidade na memória de velhos (as) camponeses do Baixo Jaguaribe – CE*, narra que as memórias desses camponeses sobre os seus territórios são perpassadas por relatos que:

Se acham impregnados de sentidos, de sentimentos, de enlevos. As secas e os invernos surgiam em suas recordações como algo efetivamente vivido, cujos movimentos narrativos davam vazão, com mais ênfase, as imagens da fartura e da ventura, se comparada com as imagens da miséria e da desventura. Essa constatação não é sem importância, pois ela representa uma espécie de bisturi com o qual se opera a desconstrução do estereótipo que, a partir de fins do século XIX, se construiu acerca do sertão nordestino que o definia como lugar da seca, da sede, da fome, da miséria, da tristeza, da morte (Oliveira, 2023, p. 4).

Na perspectiva dos “espaços vividos”, caracterizado pelo tempo histórico e pessoal e fundamentando-me nas discussões tecidas por Juniele Rabêlo de Almeida (2016), no que diz respeito a uma história pública, para, com e pelo público, não perdendo de vista o seu “parentesco radical” com a história oral e na responsabilidade político-social do ofício de historiadora com a memória coletiva, a fim de ampliar as audiências, não se limitando aos pares acadêmicos, considero que as contribuições do *Podcast Budejo*, feito por quatro caririenses que trazem uma visão sertaneja sobre todos os temas que abordam, compõem um pertinente “saber de aprendizado” das memórias dos sertões⁷⁵. O Cariri cearense faz divisa com os sertões de Pernambuco, Paraíba e Piauí. Diante das constantes trocas socioculturais e econômicas entre esses espaços, considero que o Budejo diz não somente do Cariri, mas também dos demais sertões que se mantêm em travessia.

Neste ritmo, ao passo que cruzava fronteiras e estradas pelos sertões, me aproximei de outras histórias salgueirenses ao escutar as memórias de pessoas comuns que vivenciam o sertão central pernambucano, o que ressoava enquanto um desencontro do que eu havia lido na juventude sobre esses espaços. Em *O perigo de uma história única*, Chimamanda Ngozi Adichie (2009) partilha que se tornou leitora e escritora cedo, consumindo na infância livros americanos e britânicos que tinham narrativas as quais ela não se identificava e que acabava escrevendo o tipo de história que lia. Adichie (2009, p. 8) conta, entretanto, que foi a descoberta dos escritores africanos que a salvou “de ter uma história única sobre o que são os livros”.

Portanto, ao invés de uma história centralizada nos mesmos personagens, homens, brancos, coronéis, oligarcas, padres, irromperam, a partir de novas leituras e relatos orais durante as trocas com as pessoas que mantêm uma relação marcadamente afetiva com os sertões, narrativas com rostos e protagonismos de mulheres, pessoas pobres, negras, quilombolas, indígenas e caboclas. Esse espaço se atualiza na contemporaneidade, reivindicando e mobilizando os sertões e os/as sertanejos/as que não estão nos retratos.

⁷⁵BUDEJO. *Podcast*. Disponível em: <https://open.spotify.com/show/2xLiCmpfRqzDZkwvSpkC6O>. Acesso em: 11 ago. 2023.

Os sertões deixando de ser o distante para ser o que está diante, o que quer ser e pode ser o do instante, o do agora, o da ágora, sem rejeitar nenhum de seus tempos outros, porque ser contemporâneo é conter todos os tempos e fazê-los atualizar-se e modificar-se no presente que passa, lançando-se sem medo na abertura do devir que promete outros tempos futuros, possíveis, imprevisíveis; um sertão disposto a deixar de ser o que vem de longe para ser o que vai para longe de si mesmo, um ser tão distante de si mesmo (Albuquerque, 2016, p. 54).

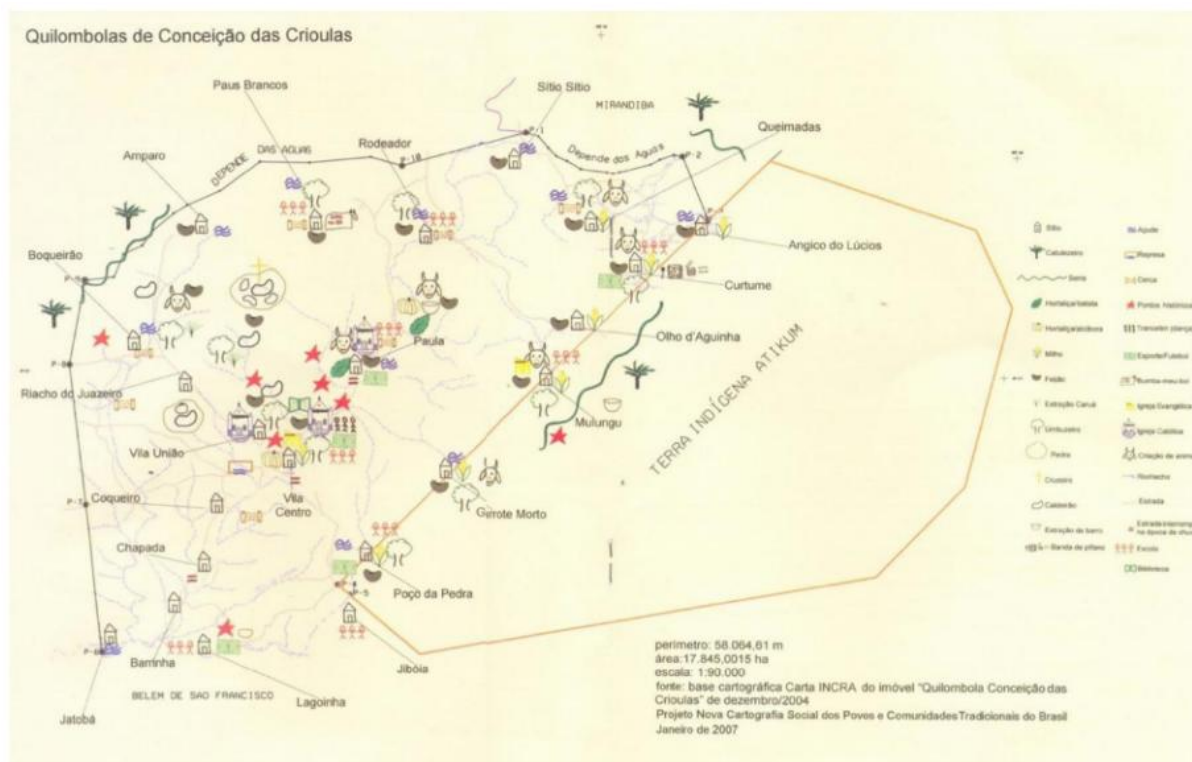
Antes mesmo de ser nomeada “Salgueiro”, a espacialidade do território consistia em área indígena e quilombola. No início do século XIX, a comunidade quilombola de Conceição das Crioulas estava firmada. Ademais, os indígenas da etnia Atikum estão na região desde o século XVIII. Antes disso, eram os povos Kariris que habitavam os sertões (Silva, 2012).

Então, eram esses agrupamentos étnico-raciais que ocupavam o território antes mesmo do que se compreende enquanto fundação da vila datada de 1835. Esta sendo “elevada à categoria de freguesia de Santo Antônio [do Salgueiro] em 1843, um ano após a chegada do Padre Antônio Joaquim Soares ao alto Sertão” (Souza; Almeida, 2014, p. 2), representante da Igreja que garantiu muitas terras, passadas de geração em geração⁷⁶. Na época, o padre teve filhos e constituiu família com Marcolina, sendo o pai e a mãe do coronel Veremundo Soares. Salgueiro foi elevado à condição de município pela Lei Provincial nº 580, de 30 de abril de 1864⁷⁷.

⁷⁶Para mais informações sobre a história de Antônio Joaquim Soares, cf.: SOUZA, João Batista Carvalho de; ALMEIDA, Kennya de Lima. Antônio Joaquim Soares, o Homem, o Padre, o Político: uma história a ser contada. In: X ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA DA ANPUH DE PERNAMBUCO, 10, 2014. **Anais eletrônicos**, História e Contemporaneidade: articulando espaços, construindo conhecimentos. Petrolina, p. 1-13, 2014.

⁷⁷PREFEITURA DO SALGUEIRO. **História de Salgueiro**. Disponível em: <https://www.salgueiro.pe.gov.br/municipio-historia.html>. Acesso em: 25 mar. 2023.

Figura 1: Mapa cartográfico de Conceição das Crioulas.



Fonte: Retirado do artigo *Conceição das Crioulas: Território e Identidade no processo decolonial*, de Adalmir José da Silva e Edivania Granja da Silva Oliveira (2017).

Esses caminhos que são palmilhados por quilombolas e indígenas desarticulam-se de um passado positivista marcado pelas famílias dirigentes enquanto responsáveis pela fundação desses espaços sertanejos. Assim como a história do território nacional está marcada por invasões, o sertão central habitado por quilombolas e indígenas sofreu com os ataques dos fazendeiros brancos e com o processo de colonização, mas permeada por “insubordinações voluntárias”. Essas terras que aparecem na cartografia, portanto, são atravessadas por lutas e resistências dos povos quilombolas e indígenas travadas contra as forças político-econômicas das oligarquias salgueirenses.

No texto *Quilombo de Conceição das Crioulas*⁷⁸, de Maria Letícia de Alvarenga Carvalho (2016, p. 4), há relatos orais de que os fazendeiros brancos “utilizavam diferentes estratégias e pouco a pouco os quilombolas foram perdendo partes significativas das ‘terras das crioulas’, incluindo as melhores áreas para plantio”. Entretanto, em 1998 foi publicado pela Fundação Cultural Palmares (FCP) o Relatório de Identificação da Comunidade Negra de

⁷⁸Baseado no Relatório de identificação da comunidade negra de Conceição das Crioulas – Salgueiro/PE, realizado pela antropóloga Vânia Fialho.

Conceição das Crioulas⁷⁹. Nos anos 2000, o território foi titulado enquanto “remanescente quilombola”, resultado das lutas travadas pelo seu povo, compostas, sobretudo, por uma frente de mulheres, como manifesta Maria Aparecida de Oliveira Souza (2013) na dissertação *Negras nós somos, só não temo o pé no torno*: a identidade negra e de gênero em Conceição das Crioulas, Contendas/Tamboril e Santana.

Sobre esse território e a relação das duas etnias, em *Quilombolas e indígenas: intercruzamentos, identidades e conflitos no sertão de Pernambuco*, Maria Jorge dos Santos Leite (2016, p. 105) explica que:

Apesar da existência de mapeamento territorial, as fronteiras entre as duas comunidades não são bem definidas, o mesmo acontece com as ‘fronteiras étnicas’, já que existem intensas e históricas relações de consanguinidade entre os dois grupos.

Com a luta pela preservação da posse da terra e dos direitos étnicos, esses grupos passaram a acionar as suas identidades e valores culturais, num movimento político identitário, no processo de diferenciação desse outro. Porém, diante da hibridização entre negros e indígenas na região, até mesmo pela proximidade territorial, essas fronteiras foram sendo tecidas, mas não sem conflitos (Leite, 2016).

Neste sentido, na medida em que há, por um lado, a ausência de estudos sobre uma história da loucura e saúde mental no sertão salgueirense, por outro, me deparo com a recorrência de temas como o cangaço, o coronelismo e o catolicismo, o que me leva a refletir como estamos “colorindo o passado”, como diria Pollak (1989)⁸⁰.

É nesse cenário que uma história do “Rasga Tristeza” se localiza nos subterrâneos da memória oficial. As lembranças sobre o homem “Rasga Tristeza” são curtas, fragmentadas, até mesmo os que o conheceram em Salgueiro: “E que destino levou?” é reflexão recorrente durante os diálogos. E outros tantos, que não o conheceram, se perguntam: o que é “Rasga Tristeza”? Uma instituição? Uma pessoa? Nessa história, ambas se tocam, por vezes, se misturam.

Nesse entrelaçar dos fios sobre o sujeito “Rasga Tristeza”, atravessado por lembranças, mas, sobretudo, por um marcante apagamento, que também se apresenta o serviço substitutivo no sertão central. Ambos, sujeito e instituição, estiveram marcados pelo

⁷⁹Cf.: SOUZA, Vânia Rocha Fialho de Paiva. **Relatório de Identificação da Comunidade Negra de Conceição das Crioulas**. Recife. 1998.

⁸⁰A expressão “colorir” o passado é utilizada por Pollak (1989) para se referir à maneira como narramos a história: apagando ou destacando determinados grupos e segmentos sociais.

esquecimento nas narrativas escritas, visuais e até mesmo sonoras. Entretanto, foi o trabalho com as fontes orais no cruzamento com outros documentos que possibilitaram costurar o tempo com os fios de uma história à revelia.

No segundo capítulo, problematizo a inauguração do “Rasga Tristeza” a partir das relações de poder entretecidas na implantação e implementação da instituição, bem como investigo os seus espaços físicos de atuação no território tecendo discussões a partir das subjetividades da história local e da categoria de sertões e, por fim, analiso as suas dinâmicas cotidianas de funcionamento.

3.1 Um percurso antimanicomial no sertão: a inauguração do “Rasga Tristeza” em Salgueiro – PE

Na encruzilhada do Nordeste⁸¹, próximo ao cemitério da cidade, no bairro do Divino Espírito Santo, inaugurou-se o Centro de Atenção Psicossocial I “Rasga Tristeza”. A solenidade de abertura ocorreu em abril de 2007, na parte da frente da instituição. Em um imóvel residencial, onde funcionava o antigo Lar de São Vicente de Paulo, instituição de longa permanência para idosos, o serviço substitutivo ao manicomial foi sendo estabelecido no município.

O acontecimento está inscrito na ausência dos arquivos escritos, visuais e sonoros. Parte significativa dos entrevistados que compuseram à cerimônia de inauguração lembram-se da situação com narrativas marcadas pelo esquecimento⁸².

Ao mencionar as entrevistas que foram concedidas por trabalhadores da saúde, memorialistas e políticos, utilizo nomes fictícios que foram retirados de duas obras literárias: *Olhos d'água* e *Cem anos de Solidão*, respectivamente de Conceição Evaristo (2023) e Gabriel García Márquez (2015). Ambas as narrativas são entretecidas pelas memórias da autora e do autor, assim como esse ensaio historiográfico está permeado por lembranças e esquecimentos de tantas pessoas.

Além de usar pseudônimos, não informo as atuações dos profissionais entrevistados pelo compromisso ético com a manutenção do sigilo. Mas, o material documental foi

⁸¹O município de Salgueiro é chamado de “encruzilhada” pela localização aproximada de quase todos os estados do Nordeste.

⁸²A equipe responsável pelos arquivos da prefeitura não localizou o acontecimento nos registros. A partir de diálogo com um memorialista da cidade, Júlio Carvalho, foi possível encontrar apenas uma breve menção no site da prefeitura no dia 09/04/2007 às 20h54min. “Saúde: CAPS já é realidade na saúde de Salgueiro”. Esse registro foi uma salvaguarda das páginas antigas do site da prefeitura que não estão mais disponíveis no endereço eletrônico. Nos arquivos do CAPS também não foram encontradas fotografias da cerimônia de abertura do serviço. Até o momento, também não identifiquei documentos sonoros.

composto pelo relato de uma equipe diversa de trabalhadores que tiveram vinculações ativas com o CAPS no decorrer desse percurso. Ao total das vinte entrevistas realizadas, nove delas foram com os trabalhadores da saúde.

Pelos relatos orais, a quantidade de pessoas que estiveram presentes na abertura do dispositivo de saúde foi reduzida: trabalhadores do CAPS, parte da gestão municipal, moradores do entorno/das proximidades e alguns membros da sociedade civil. Os usuários e seus familiares foram chegando nos dias seguintes à medida que a população ia conhecendo o serviço. Alguns dos primeiros usuários acolhidos nos anos iniciais estão até o presente vinculados ao serviço, entretanto, esses são exemplos reduzidos.

A partir das entrevistas, pude identificar duas pautas que se repetem nas falas sobre a solenidade de abertura do CAPS: “o resgate histórico da vida de pessoas tidas como loucas na cidade” e a “experiência da chegada do serviço substitutivo”. Segundo algumas entrevistas, a história do sujeito “Rasga Tristeza” foi mencionada. Em menor medida, foi destacado que as histórias de outras pessoas tidas como loucas na cidade também foram contadas. Em se tratando da experiência de implantar o CAPS, manifestaram sobre o avanço que era para a saúde do município.

Sobre a pertinência desses equipamentos de saúde mental, o Ministério da Saúde (2004b, p. 13) explicita que:

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Na entrevista com Melquíades, o profissional da saúde relata que “o CAPS precisava ser aberto porque a Reforma Psiquiátrica estava em andamento” (31 de janeiro de 2023). Há o entendimento, portanto, do papel estratégico do CAPS enquanto uma ferramenta de luta em direção ao cuidado em liberdade vinculada às experiências de reforma que se desenrolavam no país.

A ideia de implantar o serviço irrompe na secretaria de saúde, sendo arquitetada na parceria entre a secretária de saúde, uma psicóloga, uma enfermeira e um médico generalista. Na época, todos os profissionais estavam vinculados ao município. Portanto, a equipe pioneira do CAPS foi composta pelos três trabalhadores da saúde mencionados. O convite para compor o quadro de trabalhadores do CAPS foi sendo estendido aos demais profissionais

fundamentais para a atuação do serviço, como: cozinheira, auxiliar de serviços gerais, oficineira, auxiliar administrativo, assistente social, terapeuta ocupacional e duas auxiliares de enfermagem.

Essa equipe aparece no quadro de recursos humanos apresentado no *Projeto terapêutico* (2007), documento para habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde. Durante as entrevistas, esses mesmos profissionais também foram mencionados como a primeira equipe a atuar no “Rasga Tristeza”.

Os serviços tinham que obedecer às exigências de quantidade e tipos de profissionais, de acordo com o Ministério da Saúde (2004b). A equipe mínima para CAPS I estaria composta por um médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto; e quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Nos seus primeiros anos, portanto, o CAPS começou a funcionar com uma equipe adequada ao que estava sendo exigido, como podemos verificar no quadro de recursos humanos do ano de abertura.

Na época, a gestão municipal estava a cargo da prefeita Cleusa Pereira do Nascimento (PSB) e do vice-prefeito Marcones Libório de Sá (PSB), que deu sequência ao mandato da sua companheira de partido Dona Creuza (como é popularmente conhecida) em 2009 e permaneceu até o ano de 2016, retornando em 2021.

Professora e política, Cleusa foi eleita à primeira prefeita de Salgueiro, na gestão de 1993 a 1996. Em 2001, volta ao cargo e é reeleita em 2004. Em 2016 e 2018 esteve como deputada federal por Pernambuco. Ela faz parte de um grupo de memorialistas, organizado por Maria Vilani, que busca salvaguardar as histórias da cidade e das pessoas, sobretudo dos sujeitos pobres e vistos como loucos que viveram por Salgueiro. O nome do CAPS foi sugerido por Dona Creuza. Na ocasião, ela relatou à secretaria de saúde às memórias que tinha de “Rasga Tristeza”. Essa narrativa contribuiu para que “Rasga Tristeza” fosse lembrado, dando nome ao Centro de Atenção Psicossocial I em Salgueiro, tendo a sua história ecoada no tempo.

Nas entrevistas orais, os profissionais do CAPS que se voluntariaram a participar da pesquisa pouco sabiam sobre a história do nome da instituição⁸³. As respostas se resumiam a

⁸³Os trabalhadores da saúde que tiveram as suas entrevistas gravadas e transcritas tinham vínculos de longo prazo estabelecidos com a instituição. Entretanto, durante as vivências no serviço, pude cartografar essa relação dos demais profissionais com o “Rasga Tristeza”.

“um homem que vivia pelas ruas de Salgueiro”. Uma profissional da saúde atuante no município indicou que, nas suas lembranças, “Rasga Tristeza” era uma mulher. Essa problemática se acentua nas conversas com os trabalhadores que têm vínculos mais recentes com o CAPS, pois há um distanciamento marcante dessa história. Entre os usuários e familiares que conversei, eles relataram não saber que “Rasga Tristeza” se tratava de uma pessoa. Quando as entrevistas se estendem para além do âmbito institucional do CAPS, ou seja, para os trabalhadores da saúde atuantes na RAPS do sertão central ou para as pessoas que não têm vínculos com os serviços de saúde o esquecimento se amplia.

Considero, portanto, que há um silenciamento da história na/da própria instituição “Rasga Tristeza” que caiu no esquecimento de profissionais, usuários e seus familiares por não terem acesso a essa história⁸⁴. Assim mesmo, com aspas, o nome da instituição foi sendo veiculado nos seus anos iniciais.

Aqui, mantenho o uso das aspas para não cometer anacronismo, fazendo uma apropriação das tensões e apagamentos de uma história do “Rasga Tristeza” que se confunde entre instituição e sujeito. Os próprios profissionais utilizavam o nome da instituição entre aspas pelas recorrentes dúvidas em relação ao nome do dispositivo. As aspas foram incluídas como uma “solução” para os questionamentos recorrentemente feitos. Elas representam, portanto, o desconhecimento dessa história.

Nas entrevistas, há os relatos de alguns profissionais informando que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM) ao visitarem a instituição perguntavam os motivos do nome “Rasga Tristeza”. Uma entrevistada conta, apropriando-se da história de “Rasga Tristeza”, que essas pessoas tinham como primeira impressão que a tristeza do nome estava relacionada à depressão. Após narrar a história da homenagem ao homem tido com louco que bebia e cantarolava pelas ruas da cidade, esses representantes da saúde, que vinham do litoral ao sertão com o objetivo de fiscalizar o serviço ou de ministrar cursos e formações, compreendiam o sentido do título do CAPS. Outro entrevistado disse que os representantes do estado questionavam também se “Rasga Tristeza” era no sentido de “tirar” a tristeza. Se fosse nessa lógica mesmo, eles sinalizaram que a tristeza é uma emoção que faz parte da vida, não devendo ser excluída da experiência

⁸⁴Não há nada no serviço que informe sobre a história de “Rasga Tristeza”. O próprio nome da instituição, que constava na placa de entrada do CAPS, se encontra apagado pela incidência do sol e ausência de retoques, pois o material da placa não é adequado em termos de durabilidade. Muitas vezes, o serviço acaba sendo chamado apenas de “CAPS Salgueiro”. O perfil do Instagram do CAPS utiliza o *username* @caps.salgueiro e na sua biografia não há menção ao nome “Rasga Tristeza”. Considero que essa ferramenta de comunicação poderia ser utilizada para divulgação pública das memórias sobre Severino.

humana. Nesse sentido, pelas dúvidas recorrentes a equipe passou a utilizar as aspas no nome da instituição como recurso para destacar a expressão.

Em outra entrevista, uma profissional da saúde disse, mesmo conhecendo a história da instituição, que não achava o nome do CAPS “bonito”, por estar atrelado à tristeza e não a alegria, o que para ela não seria coerente com a proposta do serviço. Outra profissional, desconhecendo a história de quem foi “Rasga Tristeza” disse considerar o nome “feio”.

E as aspas continuam acompanhando “Rasga Tristeza”. Por inúmeras vezes, as pessoas conhecem o serviço de atenção psicossocial, outras não sabem da existência dessa instituição e da homenagem, conhecendo somente o personagem. Em número reduzido, as pessoas entrevistadas relatavam sobre a história de ambos: instituição e pessoa.

Em concomitância à abertura do CAPS, outros profissionais da saúde articulavam a inauguração de leitos de saúde mental no Hospital Regional Inácio de Sá que passaram a funcionar em outubro do mesmo ano. Na época, a diretora do HRIS, enfermeira de formação, em parceria com outra enfermeira, também atuante na saúde do município, elaboraram o projeto dos leitos, recebendo o apoio da secretaria de saúde e no diálogo com os demais trabalhadores que atuavam na saúde do município e incorporaram à equipe dos leitos de saúde mental⁸⁵.

Inicialmente, foram implantados cinco leitos para internação de curta permanência, destinados a tratar transtornos mentais graves, bem como transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Posteriormente expandiu sua capacidade totalizando atualmente dez leitos⁸⁶.

Lumbiá, trabalhadora da saúde, relata que o leito de saúde mental em hospital geral “foi inicialmente criado para dar suporte ao CAPS ‘Rasga Tristeza’ e ao de Serrita, mas com a Rede Interestadual Pernambuco – Bahia, que é a rede PEBA, ele passa a ser referência da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e do norte da Bahia” (20 de outubro de 2022). Em outro trecho dessa mesma entrevista, a profissional relata que esses dispositivos inaugurados

⁸⁵O Hospital Regional Inácio de Sá, inaugurado em 1991, atende a população correspondente à VII GERES e aos municípios próximos e fronteiriços, integrado às redes regional e PEBA – sendo esta última criada em 2009. Em 2021, em se tratando dos leitos de saúde mental, foi assinado um termo de compromisso de que os leitos seriam para o atendimento apenas às demandas das cidades vinculadas à VII GERES. Cf.: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIR/VII GERES nº 146 de 16 de novembro de 2021. **Aprova a solicitação de oferta e acolhimento dos 10 leitos da Rede de Atenção Psicossocial do hospital Regional Inácio** – RAPS, da VII Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Salgueiro, 2021.

⁸⁶No documento *Normas e procedimentos de boas práticas do atendimento aos usuários dos leitos de saúde mental* (2014), produzido pelo HRIS, a informação sobre a expansão de 05 para 10 leitos já constava. O debate sobre a qualificação dos dez leitos aparece também nas propostas de desenho da RAPS a partir da Resolução CIR/VII GERES nº 046/2013, de 29 de outubro de 2013, que aprova o plano da rede.

no sertão “compõem uma ideia de interiorização do cuidado”, sendo, portanto, ações planejadas para viabilizar a Reforma Psiquiátrica nos sertões do estado.

Nesse sentido, os acontecimentos, chegada do CAPS e dos leitos de saúde mental no Hospital Regional Inácio de Sá, fazem parte de um cenário de fortalecimento da Reforma Psiquiátrica nas esferas nacional e estadual. Antes do “Rasga Tristeza”, a cidade de Serrita havia inaugurado o CAPS I Maria Novais Miranda no ano de 2005, que funciona em convênio com o Cedro – PE. Foi nesse cenário que a RAPS do sertão central de Pernambuco tomava os seus contornos iniciais.

Figura 2: Cenário da Rede de Atenção Psicossocial da VII GERES.



Fonte: Imagem cedida pela VII GERES, de setembro de 2014.

Nos anos iniciais, o CAPS funcionava em diálogo com o HRIS. O médico que atuava no CAPS era o mesmo dos leitos do HRIS. A presença da psicóloga, que atuou como coordenadora nos anos iniciais do “Rasga Tristeza”, era ativa nas trocas com a direção do hospital. Sobre a pertinência da parceria entre as duas instituições, há o seguinte relato do entrevistado Melquíades: “se nós não tivéssemos esses leitos lá, nós não iríamos causar um impacto muito grande em termos de reduzir a importância dos hospitais psiquiátricos, porque a gente ia terminar referenciando novamente para o manicômio” (31 de janeiro de 2023).

Em contraste, na cidade de Serra Talhada, o antigo Hospital Psiquiátrico São Vicente (atual Irmã Dulce) continuava as suas atividades, assim como o Hospital Psiquiátrico Nossa

Senhora de Fátima⁸⁷ inaugurado em 1957, em Juazeiro – BA. Tiveram um curso diferente da Casa de Saúde Santa Teresa, no Crato – CE e da Clínica Santa Helena, em Cajazeiras – PB, ambas fundadas na década de 1970 e fechadas, respectivamente, no ano de 2016 e 2014, sendo medidas previstas pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Cardoso, 2023; Cabral, 2020; Gimbo, 2021; Santos, 2019).

Na época, o psiquiatra José Abagaro atuava no HRIS, mas não fazia parte da equipe de profissionais que atendia nos leitos. Durante os relatos orais de memória, foram repetidas as falas sobre a resistência do médico com os leitos de saúde mental no hospital geral. Desde meados da década de 1970, Abagaro fazia parte da equipe da Casa de Saúde Santa Teresa. Segundo Gimbo (2007, p. 94-95):

A morte prematura do psiquiatra sócio-fundador da Casa de Saúde não gerou entraves ao seu crescimento, uma vez que a função social do dispositivo ultrapassa a figura do médico e tem alicerces profundos e fortes. À época, outros psiquiatras, a saber: Dr. Maurício de Almeida, Dr. Francisco Ridalvo Rocha e Dr. José Abagaro passaram a compor a equipe de profissionais da instituição. Os novos médicos não eram sócios, mas contratados pelos donos da instituição enquanto prestadores de serviço. A esses médicos competia a decisão sobre a quantidade de dias de internamento, que procedimentos e medicamentos seriam mais adequados a cada caso e, mais do que isso, o completo controle sobre o corpo dos loucos, o que inscrevia a desapropriação dessas pessoas de suas próprias vidas.

Em paralelo, na visita que realizei ao CAPS de Serrita, foi relatado que esse mesmo psiquiatra também atuou no início do funcionamento do Maria Novais Miranda e que não havia outros psiquiatras nas proximidades, somente “doutor Fábio” que já atuava na equipe do CAPS de Salgueiro e no HRIS.

Nesse sentido, com a finalidade de problematizar os discursos da época de abertura no que dizem respeito às mobilizações, tensões e teorias acionadas no esforço de consolidação do CAPS, analiso o *Projeto terapêutico* (2007) produzido pela equipe fundadora do “Rasga Tristeza”, enquanto *modus operandi* do serviço na busca pela aprovação do Ministério da Saúde. Nesse tópico, serão analisadas a introdução, justificativa, objetivo geral e objetivos específicos.

⁸⁷Rememoro o testemunho de uma mulher que teve passagens pelo manicômio de Juazeiro - BA. Estávamos em uma reunião vinculada à militância da luta antimanicomial e pude presenciar o seu relato, carregado de imagens do hospício: das roupas brancas, das camas e macas, das ferramentas utilizadas para o procedimento de eletrochoque que foi aplicado enquanto ela esteve internada na instituição. O horror do ambiente manicomial era descrito. A partir de sua narrativa quase se podia ouvir os sons de gritos e choros. As recordações evocadas traziam a sensação das dores da violência sofrida e o desejo de nunca mais entrar em um manicômio. Ela concluiu sua fala dizendo enfaticamente: “Manicômio nunca mais”.

O Projeto é composto ainda pelo quadro de recursos humanos; estrutura física; programa terapêutico; parâmetros do tratamento; dinâmicas de funcionamento; triagem; grupos; festividades; assembleia; visitas domiciliares; atendimento individual ao usuário; espaço de escuta individual ao usuário e sua família; oficinas terapêuticas de arte, cultura e de produção; atividades da equipe técnica; grupo de estudo; reunião técnica; supervisão institucional; instrumentos de registro e contratuais; prontuário; termo de responsabilidade; livros de registros; referências e anexos. Esses demais tópicos foram analisados no entrecruzamento com outras fontes e serão apresentados de maneira diluída no capítulo.

Na introdução, o *Projeto terapêutico* (2007) historiciza o cenário em que irrompe o Movimento da Reforma Psiquiátrica, o que redirecionava o conceito de saúde:

No Brasil, o despertar para uma nova atenção aos portadores de distúrbios mentais teve início no final da década de 70, com o movimento da reforma psiquiátrica, quando os profissionais de saúde, familiares e usuários se posicionaram contra a assistência prestada pelo modelo hospitalocêntrico [...] (CAPS, 2007, p. 3).

O uso da expressão “portadores de distúrbios mentais”, que se repete ao longo do projeto, se distancia dos termos requeridos pela luta antimanicomial. A Lei 10.216 também utiliza enunciado sinônimo: “portadores de transtornos mentais”, o que demarca centralidade na doença e não do sujeito. Na cartografia da pesquisa, pude identificar o costume recorrente do termo “paciente” sendo pronunciado pelos profissionais da saúde ao se referirem aos usuários do CAPS.

Apesar do caráter progressista da Lei Paulo Delgado, as legislações são elaboradas de acordo com os discursos circulantes, ou seja, a partir de uma linguagem que verbaliza uma prática. Ao investir na ótica da medicalização a sociedade reproduz no seu cotidiano a estrutura manicomial estruturante, porque na perspectiva biomédica de saúde, da pessoa enquanto objeto-paciente do saber e poder da psiquiatria, o sujeito é posto à margem, sendo a doença o alvo principal (Dias e Muhl, 2020). No seu desenrolar, portanto, a experiência de reforma caminha e coexiste em contato e disputa com o projeto manicomial de assistência à saúde.

Em paralelo, o projeto menciona a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, no qual:

[...] evidenciou-se a necessidade do desenvolvimento de ações descentralizadas, intersetorializadas e territorializadas, dando-se poder aos gestores para implementarem políticas públicas, que contemplem todos os

atores sociais, em prol da melhoria da qualidade de vida das comunidades (CAPS, 2007, p. 3).

Esse parágrafo faz referência à perspectiva transversal do campo que estava sendo delineada, da convocação dos atores sociais e dos gestores na elaboração das políticas públicas voltadas para os territórios nas suas pluralidades.

Na sequência, consta que: “esses transtornos resultam da junção de fatores sócio-ambientais com a predisposição genética dos doentes” (CAPS, 2007, p. 4). Nesse sentido, o *Projeto Terapêutico* (2007) de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) informa que “[...] o tratamento dessas pessoas deve combinar medicamentos com psicoterapia” (CAPS, 2007, p. 4).

É sintomático que o Projeto mencione a ABP como referência no discurso sobre a loucura. Criada em 1966, no Rio de Janeiro, a Associação está vinculada ao processo orgânico ou biológico do sofrimento mental na razão do desequilíbrio de neurotransmissores. Essa perspectiva se alinha às práticas de intervenção psiquiátrica e à expansão da indústria farmacêutica. Perspectiva esta que é sustentada e reforçada com o aumento de diagnósticos a cada nova edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM) e com a ampliação e uso dos psicotrópicos, o que contribui para garantir à continuidade do saber e poder médico, acentuando a saúde não como uma construção coletiva e social, mas como situação de fora para dentro, prescrita pelos doutores (Dias e Muhl, 2020).

Em abril de 2023, durante pesquisa-ação na instituição, presenciei uma conversa entre uma estagiária de um curso técnico de enfermagem e um usuário do CAPS. Ele disse que havia feito uso de cocaína quando mais jovem, porém sinalizou que havia deixado há quase duas décadas. Em seguida, ele compartilhou que também não tomava medicamentos. Prontamente, a estagiária disse: “mas, tem que tomar”. E o silêncio se fez. O CAPS se distancia do manicômio quando ele mantém os seus portões físicos abertos, mas se aproxima quando a dupla “medicamentos com psicoterapia” são imperativos e centrais na terapêutica.

Em 2007, no mesmo ano de elaboração do Projeto Terapêutico (2007) do “Rasga Tristeza”, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) foi fundada. Na busca pela construção de direitos, sujeitos e cidadania, a ABRASME atua situada na visão comunitária de saúde, estabelecendo o diálogo entre a sociedade, os dispositivos de saúde mental, a militância, o ensino e a pesquisa. No *Projeto terapêutico* (2007), em contrapartida a citação da Associação Brasileira de Psiquiatria feita acima, são mencionados nas referências bibliográficas os idealizadores da ABRASME, a partir do livro de Paulo Amarante (1995) *Loucos pela vida* e do capítulo *Reabilitação psicossocial: uma passagem para a estratégia do*

milênio, de Benedetto Saraceno, que compõe o volume *Reabilitação psicossocial no Brasil*, organizado pela Ana Pitta (1996).

Na justificativa é apresentado um levantamento das demandas de saúde mental no ano de 2006, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir dos registros da Assistência Básica. Nele indica que há em Salgueiro uma população de 1.353 pessoas com transtornos mentais, sendo: 231 com diagnóstico de esquizofrenia, 217 com transtorno do humor, 280 dependentes de benzodiazepínicos, 219 dependentes de outras drogas, 199 com transtorno neurótico relacionado ao estresse e somatoformes e 207 outros diagnósticos. Há um número de 566 usuários fazendo uso de benzodiazepínicos, 613 de antidepressivos, 358 de neurolépticos, 47 de biperideno, entre outros.

Toda essa panorâmica acarreta para a administração pública a elevação dos custos com saúde mental, decorrentes da aquisição de medicação específica, como também devido a transferências ou deslocamentos dos pacientes, em crise, para internamento em clínicas nos municípios circunvizinhos (Serra Talhada/PE e Crato/CE) (CAPS, 2007, p. 6).

Os deslocamentos ou transferências para o Hospital Psiquiátrico São Vicente e a Casa de Saúde Santa Teresa eram onerosos para o Estado, assim como os demais manicômios espalhados pelo país. O modelo médico-privatista potencializado na década de 1970, período da ditadura civil-militar, inaugurou uma série de manicômios particulares cadastrados e financiados pelo Governo Federal (Amarante, 1995).

Melquíades, trabalhador da saúde, relata sobre o atendimento insuficiente na saúde mental antes da chegada do CAPS e dos leitos no HRIS:

Existia já uma demanda muito grande por atendimentos em saúde mental na região e a rede de saúde mental praticamente não existia. Só existia um médico que atendia em psiquiatria que era Dr. Abagaro, que era de Crato-CE, e ele vinha só uma vez por semana no Hospital Regional (31 de janeiro de 2023).

A crítica aos custos elevados do poder público é parte da justificativa. Entretanto, essa é a segunda vez no Projeto em que os custos com saúde mental são mencionados, mas sem o esforço de defender a abertura do serviço substitutivo pelos princípios da Luta Antimanicomial. Não se trata dos custos pelos custos, pois o panorama de investimento em medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial no país é elevado.

No texto *Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos*, de autoria de Marcelo Kimati Dias e Camila Muhl (2020), é possível

verificarmos as articulações entre a Reforma Psiquiátrica e o aumento do uso de medicamentos, pois:

Ainda que a Reforma Psiquiátrica tenha um status de política de Estado no Brasil desde o início da primeira década do século XXI, sempre houve resistências internas e externas, uma vez que se trata de um projeto que ocorre a despeito dos processos globais, das mudanças do capitalismo e, principalmente, das transformações que a psiquiatria vinha desenvolvendo nos últimos 20 anos (2020, p. 69),

Nesse sentido, “não se pode negar o papel que a Atenção Psicossocial desempenhou na expansão da epidemia de psicotrópicos, com ampla prescrição e financiamento” (Dias; Muhl, 2020, p. 70). Portanto, é sintomático que o discurso de justificativa para a implantação do CAPS não seja primeiramente pelo cuidado em liberdade e sim pelos custos.

O projeto diz que o CAPS de Salgueiro foi denominado “Rasga Tristeza” em homenagem a “um ilustre cidadão” que era “portador de transtorno mental”. Em linhas breves são descritos recortes de sua história de vida. Nessa fonte, também consta o trecho da música que ele cantava. Letra que foi sendo repetida e, por vezes, cantada pelas pessoas entrevistadas que conheceram a pessoa “Rasga Tristeza”. O que é escrito sobre “Rasga Tristeza” no *Projeto terapêutico* (2007) dialoga com os relatos de memória encontrados nas entrevistas, sinalizando a potência da oralidade na tecitura dos tempos.

Em seguida, a justificativa do projeto é concluída na afirmativa de que “O CAPS ‘Rasga Tristeza’, enquanto instituição, apresenta como missão assumir o compromisso público de prevenção e promoção à saúde mental em seu enfoque holístico” (CAPS, 2007, p. 7). Considero indefinida a expressão “prevenção e promoção à saúde”, pois não constam quais são os norteamientos dessa perspectiva de tratamento. Em *Carta de Nova York: o artificial doente* (2010), Basaglia sinaliza que o preventivismo estadunidense amplia o processo de medicalização, dilatando o que se compreende por doença mental. Apesar de serem espaços e tempos distintos, essas ambiguidades podem favorecer uma margem de atuação das práticas manicomiais.

Enquanto objetivo geral, o projeto diz:

Oferecer acolhimento e cuidado à crise das pessoas acometidas por transtornos mentais, através de uma atenção diária, em um serviço aberto, democrático e comunitário, viabilizando o resgate da cidadania e a re-inserção social dos usuários (CAPS, 2007, p. 8).

A partir dos termos “serviço aberto, democrático e comunitário” e “resgate da cidadania e a re-inserção social dos usuários” é possível identificar o diálogo com os parâmetros basilares dos discursos da Luta Antimanicomial apontados no primeiro capítulo.

No entanto, já perpassa uma compreensão de que se é preciso “reinserir” é porque a estrutura social coloca à margem (Pelbart, 2009). Nesse sentido, as forças sociais em luta, como o próprio movimento antimanicomial, reivindicam um processo para além de uma inclusão e sim para que o projeto de sociedade que temos, estruturado em bases excludentes, seja refundado no desejo de um “fim desse mundo” para a abertura de novos horizontes, como diria Jota Mombaça (2021).

Na ocasião dos objetivos específicos são apresentados sete pontos, entre eles:

Oferecer acompanhamento aos usuários, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, compatíveis com o grau de comprometimento e correspondente a uma indicação de terapia extra-hospitalar efetiva; Desenvolver ações de saúde mental na Atenção Básica, através do envolvimento das equipes de PACS/PSF, a fim de que estas identifiquem, orientem e acompanhem aqueles grupos mais vulneráveis ao sofrimento psíquico; (CAPS, 2007, p. 8).

Em termos administrativos, o CAPS passou a funcionar a partir de modalidades sistematizadas entre “intensiva, semi-intensiva e não intensiva”. Isso sugere a frequência dos usuários no CAPS e fundamenta as atividades produzidas pelos profissionais na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

O apoio matricial da atenção básica está vinculado à Rede de Atenção Psicossocial instituída pela Portaria Ministerial nº 3.088, em 2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Oferecer atendimento às famílias, oportunizando sua integração ao tratamento, criando espaço para escuta; Promover levantamento dos aparatos sociais, em cada comunidade, com o intuito de inserir o portador de transtorno mental, conquistando parceiros que auxiliem no processo de re-inserção e redução do estigma social; (CAPS, 2007, p. 8).

Os dois objetivos partem da compreensão de saúde mental enquanto projeto societário, na transição do cuidado institucional para o cuidado territorial, porque “lugar de maluco é na cidade”.

Promover a inclusão dos usuários com sofrimento mental em programas de integração profissional; Garantir o sistema de referência e contra-referência,

bem como a humanização do atendimento em Saúde Mental; Contribuir na definição das políticas públicas em Saúde Mental (CAPS, 2007, p. 8).

Esses últimos três objetivos versam sobre a inclusão profissional, garantia da continuidade do cuidado em rede e a autonomia do CAPS I “Rasga Tristeza” no processo de definição de políticas públicas no campo. Destaco que com a articulação dos centros de saúde que compõem a tecitura da rede, o apoio matricial é entendido de maneira “completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos” (Brasil, 2014b, p. 25).

Em resumo, os objetivos específicos estão direcionados por princípios e diretrizes do SUS, que são: universalidade; equidade; descentralização, regionalização e integração dos serviços de saúde; atenção integral; prioridade às ações básicas de saúde e à participação popular. Os conceitos e ferramentas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dispostos por Silvio Yasui (2010) como: território, responsabilização, acolhimento, rede, cuidado e diversidade de estratégias também são reconhecidos e apresentados no *Projeto terapêutico* (2007).

A partir de pesquisa produzida pela equipe do CAPS, temos uma panorâmica dos atendimentos em quase um ano após a abertura: entre abril de 2007 a fevereiro de 2008 as triagens realizadas totalizaram um número de 99 homens e 232 mulheres que passaram pelo serviço. Desse total, setenta pessoas são identificadas como “sem perfil” para o serviço. Sendo assim, existiu uma quantidade significativa de pessoas que chegaram até o CAPS no seu período inicial de funcionamento. Enquanto isso, os leitos do HRIS também estavam sendo ocupados.

Tendo esses direcionamentos sobre o cenário de abertura do CAPS, irrompem às seguintes reflexões: Quais eram os espaços físicos de atuação do serviço? Eles oportunizavam ou limitavam às terapêuticas? Como os estigmas sociais que marcam esses espaços atravessavam o seu funcionamento? As estruturas físicas manifestam sobre o cotidiano da instituição, então no próximo tópico realizo uma problematização desses espaços.

3.2 Espaços ditos da loucura: a instituição “Rasga Tristeza”

Os loucos pobres do sertão circulavam pelas ruas da cidade, somente alguns casos eram levados aos manicômios da capital. No geral, eram as famílias abastadas que tinham

condições de viajar a longas distâncias e sustentar esses gastos ou ainda o caso das pessoas que eram levadas pela polícia ou as que tinham a ida custeada pelos políticos⁸⁸.

Entretanto, mesmo antes da chegada dos manicômios forma⁸⁹ a cultura manicomial fazia parte das relações nos sertões. As famílias das classes dirigentes, por exemplo, mantinham distantes do convívio social os seus parentes considerados “anormais”. Já a categoria “loucos de rua” era composta, em grande medida, pelas pessoas loucas e pobres, que viviam nas andanças pelo território, se mantendo com as ajudas que encontravam pelo percurso.

Apesar do quantitativo de sertanejos e sertanejas no Ulysses Pernambucano ser disparadamente inferior aos da zona metropolina, como apontam pesquisas mencionadas no capítulo anterior, a memorialista Fernanda relatou que lá na Tamarineira, enquanto ela visitava a instituição, lhe fizeram uma pergunta: “mas, porque é que vem tanto doido de Salgueiro? Aí eu disse: não são necessariamente de Salgueiro, é que Salgueiro é uma encruzilhada e muitos andarilhos param por lá e esses que a família não procura vão ficando” (11 de janeiro de 2023). Como o número de pessoas advindas do sertão era mínimo, as poucas que chegavam provavelmente chamavam a atenção dos funcionários do manicômio.

Isso nos leva à história de “Rasga Tristeza”, homem que era considerado louco e não por ter transtorno mental, mas por ter “caído na bebida”, como destacam parte significativa das entrevistadas que o conheceram. Sujeito que vivia em trânsito pelo sertão pernambucano. Por quantas cidades ele passou? Quantas pessoas o conheceram e escutaram as suas histórias, sendo uma delas sobre o amigo que falava com ele mesmo depois da morte? Quantos espaços couberam “Rasga Tristeza”?

A partir do final da década de 1970, época em que “Rasga Tristeza” morreu, os manicômios foram fundados nos sertões. Foi inaugurado o Hospital Psiquiátrico São Vicente, em Serra Talhada, localizado no sertão do Pajeú, a Casa de Saúde Santa Teresa, no Crato, região do Cariri, e da Clínica Santa Helena, em Cajazeiras, no Alto sertão paraibano. Os três manicômios se localizavam nos sertões dos seus respectivos estados.

⁸⁸Durante a entrevista realizada no dia 18 de janeiro de 2023, uma memorialista mencionou o caso de um homem, tido como “louco”, que foi levado à Tamarineira por intermédio/custeio do prefeito da época.

⁸⁹A expressão manifesta a perspectiva de compreensão do manicômio não somente enquanto uma arquitetura ou um prédio, mas uma ideia estruturante da sociedade contemporânea que está vinculada intimamente ao neoliberalismo e as suas “políticas de morte”. Essa concepção de manicômio para além da forma física também tem sido difundida pela luta antimanicomial que se articula e incorpora a outros movimentos sociais.

É neste ritmo que as populações dos sertões passaram a recorrer com expressividade aos espaços asilares como lugares de assistência, fuga, depósito dos seus doidos⁹⁰. Essa problemática é permanentemente encontrada ao longo dos prontuários e nos diálogos cotidianos, sobretudo quando parte das falas dos usuários e seus familiares.

Nesse mesmo período, a Reforma Psiquiátrica irrompia no país. Entretanto, os seus efeitos estratégicos se apresentaram no sertão central somente a partir de 2005, com a abertura do CAPS I Maria Novais Miranda em Serrita. Dois anos depois, em Salgueiro, com as alianças dos profissionais da saúde no município, para a implantação de um serviço substitutivo ao manicomial, o CAPS I “Rasga Tristeza” foi inaugurado. No mesmo ano também foram implantados os leitos de saúde mental no HRIS. Assim, com a expressiva abertura de serviços substitutivos por todo o país, os espaços de atenção psicossocial na perspectiva do cuidado em liberdade também foram fazendo parte da paisagem das cidades dos sertões.

Quando a instituição “Rasga Tristeza” foi inaugurada ela se localizava na Rua São Vicente, que dá acesso direto do centro da cidade ao bairro Divino Espírito Santo. Ela começa em frente ao “açude velho” e termina depois do cemitério. Esse era o mesmo trajeto feito por Severino quando ele ia dormir no cemitério⁹¹. Pela disposição espacial, já passaram pelo “Rasga Tristeza” muitos cortejos fúnebres.

O açude é ponto de referência na cidade⁹². Em frente a ele existe o prédio em que funciona atualmente um lugar de salvaguarda da memória na cidade: o “Museu Memorial do Couro”. Esse local era o antigo presídio da cidade, construído no final do século XIX. Pela mesma rua também é possível entrar no bairro vizinho, a Granja Aurora.

Na época, entre as décadas de 1940 e 1970, a sociedade salgueirense tinha outras sonoridades: das usinas de Veremundo, dos sinos da Igreja, dos animais, das canções compartilhadas, das noites silenciosas quando não ocorriam as festividades. Severino quebrava o silêncio dos espaços com sua cantoria que rasgava dolorosamente. Dava para lhe

⁹⁰Ao refletir sobre os “espaços exclusivos para guardar doidos”, recordo do Ulysses Pernambucano e da disposição panóptica dos demais manicômios, para vigilância e punição das pessoas institucionalizadas. Eram estes os espaços imperativos da loucura até o século XX. E são dos espaços asilares também as falas iniciais dos profissionais entrevistados, pois as experiências de formação, estágios, primeiros vínculos empregatícios se deram nesses lugares.

⁹¹Na época, só funcionava esse cemitério na cidade. Recentemente, foi construído mais um cemitério, mas ele não se localiza na zona urbana.

⁹²Nas últimas décadas as águas do “açude velho” foram contaminadas pelo derramamento de esgotos. Entretanto, no período em que “Rasga Tristeza” percorria as ruas salgueirenses, a população utilizava o açude para diversão, tomando banho, além de se beneficiar das suas águas para consumo próprio.

escutar de dentro de casa quando ele passava, contou Úrsula, moradora desde a década de 1950 da Rua João Pessoa (atual Rua Poeta Levino Neto).

Exatamente após três décadas do falecimento de Severino, o CAPS foi aberto em um dos trechos que ele passava. Assim como no local atual, o antigo endereço do CAPS era uma residência e isso se evidencia já na fachada.

Figura 3: Fotografia da fachada do CAPS na sua antiga localização.



Fonte: Acervo da instituição, sem data.

A sua estrutura física era composta por: área de recepção e espera, sala para coordenação, duas salas para consultório, triagem e atendimento em grupo, sala para atendimento médico, dois banheiros para os usuários, sala para farmácia, cozinha, refeitório que funcionava como espaço para atividades de grupos e oficinas, um banheiro para os técnicos na área externa, sala para repouso dos usuários com dois leitos e área externa (mínima).

A partir dos relatos orais dos profissionais que trabalharam no antigo endereço, o espaço do CAPS era limitador. Na entrevista com Lumbiá, a trabalhadora da saúde narra: “a

gente resistiu quanto aquele lugar, que não era apropriado para o cuidado”. Em outro trecho da mesma entrevista, há o seguinte relato:

Não tínhamos muitas áreas para o trabalho coletivo. Então, apesar do CAPS tá instalado, ele era um CAPS um tanto engessado, com pouca dinâmica no cuidado, com pouca interação, inclusive da equipe na discussão mais aprofundada dos princípios da luta antimanicomial, embora fosse um serviço substitutivo (20 de outubro de 2022).

Portanto, pelas descrições dos espaços em suas distribuições é possível identificar que a instituição atuava na prática em espaço inadequado, apesar do serviço ter sido cadastrado pelo Ministério da Saúde funcionando nessa localidade. A estrutura arquitetônica implicava no trabalho dos profissionais e no atendimento aos usuários e seus familiares. Segundo a entrevistada Lumbiá:

Era uma casa antiga, úmida, cheia de infiltrações, insalubre, do meu ponto de vista não é um lugar em que você gostaria de estar. Um serviço de saúde mental tem que ser um lugar arejado, novo. Não, de verdade, do meu ponto de vista, aquele lugar não era mesmo o lugar. A sala onde havia os trabalhos coletivos era uma sala bem apertada, com uma mesa bem grandona no meio, bem pertinho de uma cozinha, uma casa! uma casa! [diz com ênfase]. Anteriormente, um abrigo de idosos. E que a gente também isolou a parte de trás então eles não podiam ir lá pra trás, era uma casa que não tinha espaço ao ar livre, não tinha, então todas as atividades era dentro daquele ambiente, bem próximo da cozinha. Porque eu tô falando isso? Era horrível, porque não tinha privacidade. Você fazer grupo exige alguns cuidados que atendam as condutas éticas (20 de outubro de 2022).

Em conversa com profissional que intermediava o Grupo de Psicologia, existente desde a abertura do CAPS, ela compartilhou que na antiga localização do serviço, pelas limitações da estrutura física reduzida, a atividade era feita em espaço aberto. Com a possibilidade de uma sala na localização atual, a profissional relata perceber implicações na fala dos usuários que se tornaram mais participativos pela segurança e privacidade que o ambiente reservado transmite. Algumas atividades como as realizadas no Grupo de Psicologia têm as suas particularidades, como a necessidade de preservação dos relatos dos participantes durante o processo terapêutico em grupo. A privacidade é uma questão que atravessa o funcionamento da instituição e vincula-se intimamente às disposições da estrutura física.

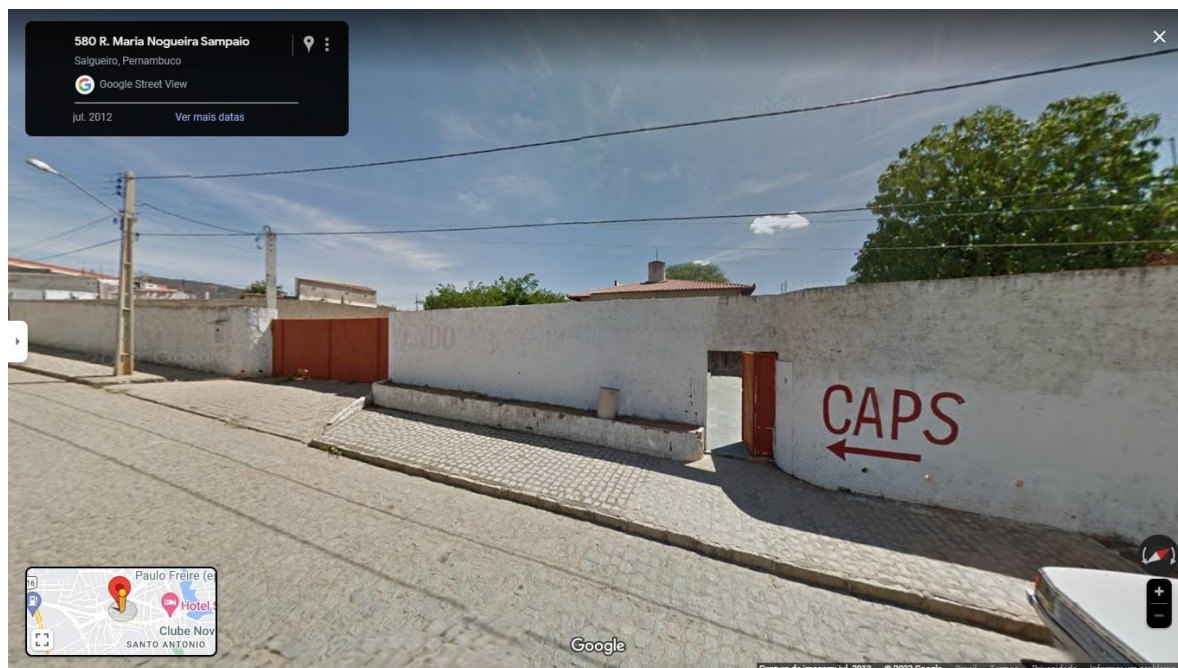
O serviço funcionou nessa casa do ano de abertura até aproximadamente fins de 2011 e início de 2012, quando realizou a mudança para o imóvel que permanece até hoje⁹³. Desde a

⁹³A partir de imagens da Rua São Vicente, obtidas pelo Google Maps em fevereiro de 2012, identifico que o imóvel em que funcionava o CAPS ainda estava com a placa da instituição. Entretanto, diferente desta

saída do CAPS desse imóvel, passou a funcionar a Unidade de Acolhimento (UA) – Casa de Passagem Abrigo Israel Centro Social Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, equipamento público e privado, mantido pela Prefeitura Municipal e pela Igreja, na figura de Padre Remígio⁹⁴.

Nesse sentido, na continuidade da problematização dos espaços analiso a configuração arquitetônica atual da instituição construída com finalidade residencial, situada na Rua Maria Nogueira Sampaio⁹⁵. Na busca do Google Maps capturei um registro antigo do CAPS, de julho de 2012, onde é possível perceber que na mudança para o atual endereço não havia placa. O nome “CAPS” é escrito na parede juntamente com uma seta que indicava que ali funcionava o serviço. É feito o que se chama popularmente de “gambiarra”.

Figura 4: Fotografia da frente do CAPS na sua atual localização.



Fonte: Produzida pelo Google Maps, de julho de 2012.

Com o tempo, o CAPS recebeu uma pintura. A coloração dos portões ao invés de vermelho passou a ser azul, que permanece até os dias atuais. Recebeu também uma nova

fotografia fornecida pela equipe do “Rasga Tristeza”, as portas do serviço estavam fechadas – o que pode indicar que a instituição já estava funcionando na localidade atual.

⁹⁴Popularmente chamado por Padre Remi, Remígio de Vettor é figura conhecida em Salgueiro. O padre italiano veio ao Brasil em 1968. Em Salgueiro ele chega em 1991, após o assassinato do Padre José Maria Prada. Violência que atravessa a história da cidade, os seus espaços e as oralidades que são transmitidas de geração em geração.

⁹⁵Há uma ausência de fontes sobre a sua disposição estruturante, como o próprio mapa do CAPS. Os trabalhadores do “Rasga Tristeza” acreditam que esse documento não exista mais, pois já solicitaram a prefeitura e não obtiveram retorno. A escritura do imóvel também não foi disponibilizada pela prefeitura.

placa, reajustada para CAPS II, produzida no horizonte de esperança de 2012, quando a equipe elaborou um Projeto de habilitação do serviço para atuar enquanto CAPS II.

Figura 5: Fotografia da placa do CAPS.



Fonte: Acervo do “Rasga Tristeza”, sem data.

Com o tempo e a forte e contínua exposição ao sol, entretanto, a placa sofreu desgastes e a habilitação não ocorreu. Em julho de 2019, quando fiz a primeira visita ao CAPS “Rasga Tristeza”, pude identificar que a placa já não estava destacada para os passantes. Na ocasião, ao me aproximar da fachada, identifiquei que se tratava da mesma placa com a sinalização de CAPS II⁹⁶.

Atualmente, como aparece na fotografia abaixo, o nome que havia na placa desapareceu. Essa relação entre a atuação do CAPS e os seus espaços de funcionamento estão

⁹⁶ Alguns profissionais entrevistados não souberam explicar os motivos para a não habilitação do CAPS I para tipo II, outros mencionaram aspectos, como: o número de pessoas na cidade não ser adequado para receber a habilitação; a possibilidade do projeto não ter sido sequer enviado ao Ministério da Saúde; os poderes locais enfraquecidos e, por fim, a gestão municipal que recebeu os recursos enviados pelo Ministério da Saúde, mas não empreendeu a requalificação do serviço.

intimamente vinculadas à medida que as formas físicas residenciais limitam o projeto terapêutico proposto pelo dispositivo de saúde mental. Isso se repete nas trocas com os profissionais de saúde.

Figura 6: Fotografia da frente do CAPS.



Fonte: Registro feito pela autora, em 27 de março de 2023.

A maioria dos profissionais comentou que o CAPS foi caindo no esquecimento das gestões municipais. A paisagem do CAPS mudava. Na entrevista com Cida, a profissional chegou a comentar que o CAPS ficou “coberto de mato e ratos” e que ela sentia medo de entrar no serviço pelo ambiente insalubre (18 de novembro de 2022). Outros profissionais relataram que a estrutura do CAPS é “triste”.

Questiono-me como a população vai identificar que esse é um espaço de cuidado psicossocial se a própria estrutura está *à mercê*? À medida que o CAPS entrava em um cenário de crise a estrutura física transmitia o que estava ocorrendo. Quando perguntei sobre o

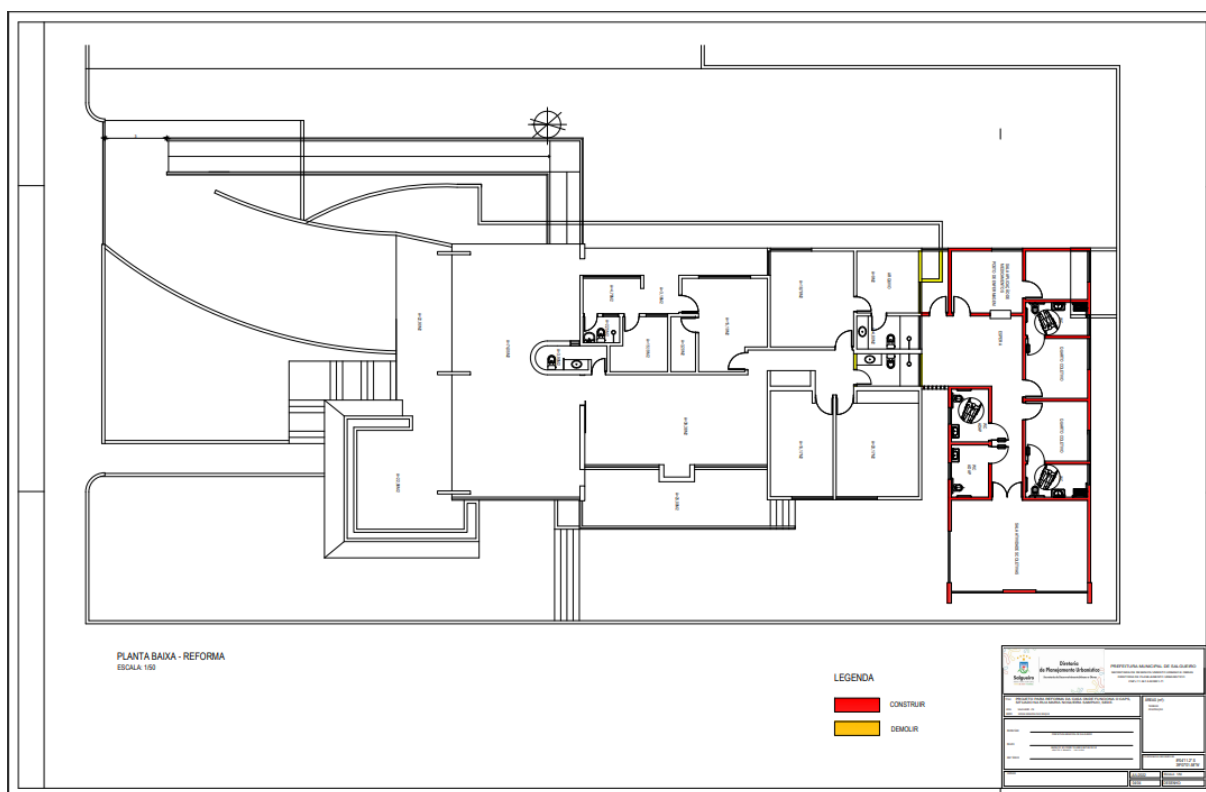
que deveria ser investido para o serviço atuar de maneira mais adequada, numa realidade ideal, Melquíades fez o seguinte relato:

Cadê a autonomia? O que é que a gente trabalha de autonomia do usuário aqui? A gente medica, faz grupo, a gente ouve, acolhe, recebe, a gente faz o melhor que a gente pode, mas a gente não pode esquecer que CAPS tem que trabalhar a autonomia, porque ele tem que entrar aqui, mas ele tem que voltar pra o território dele. Aqui não tem uma oficina, não tem uma horta, aqui não tem uma área de lazer. Cadê a área de lazer daqui? Não tem lazer. Existe saúde mental sem lazer? Não existe. Então, tinha que ter uma área de lazer, isso eu tô falando de estrutura, aí eu tô falando de autonomia do usuário, nessa parte de não ter uma horta, um jardim. Aqui a gente não tem nem um jardim, cadê o jardim? E o espaço é muito grande pra ter jardim, horta, pomar, oficina, espaço de lazer, área de repouso, lembre que o usuário em crise ele tá muito agitado, cansado, ele vai descansar onde? A gente não tem esse espaço. Então, no cenário ideal a gente teria a supervisão, a pessoa que ia cuidar de quem cuida, de quem está precisando de apoio, a gente ia ter a supervisão, um espaço com a terapia ocupacional, não faltar remédio, embora isso seja mais difícil faltar, não faltar alimento, ter uma sala também com espaço recreativo pra eles. A sala de grupo da gente também não é uma sala adequada. Então, passa muito pela estrutura, por cuidar de quem cuida e por trabalhar a autonomia do usuário, porque ele precisa ter autonomia (31 de janeiro de 2023).

Frequentemente, os entrevistados vinculam a atuação mais adequada do serviço com as melhorias da estrutura física. Assim, a problemática do ambiente da instituição não ser favorável ao trabalho dos profissionais de saúde e aos usuários é recorrente. Apesar da localização ser considerada acessível pela maioria, o imóvel foi considerado inadequado por todas as pessoas entrevistadas nos seus vínculos com o CAPS e os seus espaços físicos esquecidos.

A planta arquitetônica original do CAPS não foi localizada nos arquivos da prefeitura. Então, para essa discussão, utilizo um projeto recente de reforma da casa onde funciona o CAPS. O desenho em escala aponta a relação entre os cômodos, possibilitando visualizar como as pessoas utilizam o ambiente, indicando potencialidades e adequação para a finalidade destinada e nova projeção da estrutura de acordo com o que é requerido pela fiscalização, motivo de feitura da planta. Pelos relatos orais, os profissionais denunciavam revelando que existiram outros projetos por parte das gestões municipais, mas que os problemas relativos ao imóvel nunca foram solucionados.

Figura 7: Planta baixa do CAPS I “Rasga Tristeza”.



Fonte: Acervo da instituição, 2022.

O terreno conta com parte expressiva de terra desocupada em que não há a utilização do espaço, salvo momentos pontuais. No geral, os espaços do terreno têm sido utilizados como garagem, que também serviu como estacionamento de ônibus, no cenário pandêmico. Algumas árvores antigas compõem a paisagem da casa. Plantas de pequeno porte foram cultivadas em 2022, sendo a finalização de um projeto de uma enfermeira visitante no serviço. À medida da grandiosidade do terreno é a mesma medida de sua ociosidade, pois o espaço não é aproveitado para a realização de atividades e oficinas, com a finalidade de contribuir com o *Projeto terapêutico* (2007) da instituição.

Atualmente, o CAPS conta com uma área externa ampla, com espaço de garagem e área de convivência. Entrando na casa, há uma sala com televisão, cadeiras e mesas em que são realizadas algumas atividades, servindo também como o refeitório. Dessa sala é possível visualizar uma entrada para o banheiro destinado ao público e a farmácia é vista por uma pequena abertura retangular feita na parede para a entrega de medicamentos. A entrada da farmácia se dá pela lateral esquerda da casa. O espaço é estreito e dificulta a locomoção dos profissionais, sobretudo quando os usuários necessitam acessar a farmácia para o recebimento de haloperidol intravenoso (Haldol), por exemplo. O ambiente se torna ainda mais inadequado, pois também não garante privacidade aos usuários. Seguindo adiante pela sala

avistamos a entrada da cozinha, nela há uma despensa. É possível acessar a cozinha pela mesma lateral da casa que se entra na farmácia. A cozinha, a farmácia e um banheiro vizinho à farmácia ficam lado a lado.

Da sala passando em frente à cozinha nos deparamos com um corredor que dá acesso a três salas/quartos de tamanhos maiores e dentro de uma dessas salas há passagem para um cômodo menor, com um banheiro, em que funciona o arquivo da instituição. Entre as salas há um banheiro que estava desativado, mas que atualmente encontra-se em funcionamento. Esse banheiro seria demolido para extensão da estrutura física do CAPS na parte de trás. A estrutura retangular em vermelho localizada na parte posterior do terreno inexistente até o momento, são, portanto os espaços que deveriam ser construídos para adequação da estrutura física. Na planta, da figura 7, consta em amarelo o que seria destinado à demolição. Em vermelho estão os espaços que necessitam ser construídos.

Com os ajustes, a estrutura que seria anexada é composta por quartos coletivos, farmácia em espaço adequado, mais banheiros, contando ainda com sala de espera e um banheiro adaptado. Além disso, mais uma sala para atividades coletivas com a possibilidade de se trabalhar com grupos maiores seria construída.

Esse atual endereço do CAPS fica próximo ao Salgueiro Shopping localizado na Avenida Antônio Angelim, uma das mais movimentadas da cidade. Vizinho ao CAPS funciona também a Companhia Pernambucana de Saneamento (COMPESA), empresa de abastecimento de água e esgotamento sanitário. Portanto, o “Rasga Tristeza” se encontra em uma posição centralizada.

Entretanto, na pesquisa-ação, tenho sido atravessada por discursos e práticas que vinculam o CAPS a “lugar de doido”, o que conduz às relações da população nas suas formas subjetivas de lidar com a loucura. Na entrevista com Melquíades, há um relato que descreve o cenário de tensões na formação da Rede de Atenção à Saúde Mental de Salgueiro e da herança do desejo da manutenção dos “espaços exclusivos para alienados”. O profissional diz que a abertura dos leitos no HRIS foi um “rebuliço” e complementa:

Quando a gente abriu os leitos de saúde mental teve médico que quase que correu do hospital, que disse que ali não era lugar de doido, que Hospital Geral não era pra ter doido internado. Inclusive, dizendo a direção do hospital que se acontecesse qualquer coisa, ou com um deles, um dos médicos, ou com qualquer paciente, eles iriam protestar, iam entrar com ação na justiça, de indenização e tudo contra a direção do hospital e contra o estado (31 de janeiro de 2023).

Nas entrevistas, alguns profissionais relataram que quando o “paciente” de saúde mental chega ao hospital geral o que se pensa inicialmente é em encaminhá-lo para os leitos de saúde mental. A entrevistada Cida conta, por exemplo, que houve um desentendimento entre dois médicos clínicos no HRIS. Ambos discutiam sobre o caso do usuário do CAPS que estava sob acompanhamento da técnica. Segundo ela, um médico estava criticando o outro médico por não querer atender o usuário, na justificativa de que não era psiquiatra.

Segundo a trabalhadora da saúde do “Rasga Tristeza”, o usuário havia sido levado por hipotensão. Em 18 de novembro de 2022, a profissional relatou que a discussão entre os médicos, que ocorreu na sua frente e do usuário, despertou o sentimento de culpa no usuário, que considerou que aquele atrito havia sido causado por ele. Esse relato destaca a falta de preparo do médico no cuidado integral, como preconiza o SUS.

Apesar da abertura do CAPS e dos leitos de saúde mental no HRIS, a lógica manicomial, na dualidade corpo e mente, marcada por estigmas e vinculada ao processo de medicalização numa perspectiva vertical do cuidado, que vê, escuta e sente muito mais a doença do que o sujeito, as experiências e implicações no cotidiano desses sujeitos são marcadas nas suas relações com o território. Portanto, se nos equipamentos de saúde essas práticas acontecem, nas ruas da cidade não é diferente. Ainda na entrevista com Cida, a profissional relatou que nos passeios terapêuticos pela cidade, ao shopping, por exemplo, as pessoas costumam olhar para os usuários com estranhamento (18 de novembro de 2022). Sobre isso, o trabalhador da saúde Melquíades também dá o seu relato:

Eu acredito que a Reforma Psiquiátrica trouxe redução na questão do estigma mesmo propriamente dito. Mas, se você for analisar, tem muita gente que ainda vem pra cá [para o CAPS] escondido. Diz assim: “ó, eu queria ir num horário que não tivesse ninguém”, porque tem vergonha, tem medo de ser estigmatizado, tem receio de que a sociedade exclua, tem muito medo de exclusão, ainda hoje há bastante (31 de janeiro de 2023).

No presente, se contabiliza um total de 3650 usuários que passaram pelo “Rasga Tristeza”, dentre eles 2192 mulheres e 1458 homens, sendo 94 ativos. O levantamento foi produzido pela equipe administrativa do CAPS. Os dados foram sistematizados em planilhas e atualizados em maio de 2023. Desses usuários, há um quantitativo com internações pelos manicômios de Serra Talhada e Crato, como identifiquei em prontuários de usuários vinculados desde os anos iniciais de funcionamento do CAPS. Apesar das vinculações dessa população com o “Rasga Tristeza” e dos leitos de saúde mental estarem sendo ocupados, a perspectiva manicomial se apresenta partindo também da própria família. Esse é a experiência

do usuário que nomeio de “Liberdade”. Em campo, escutei recorrentes solicitações de familiares para internação em Serra Talhada ao considerarem situações de “crise”. Nesse sentido, o entrevistado Melquíades disse que “crise era sinônimo de manicômio. Então, o leito de saúde mental em Hospital Geral também foi muito importante pra gente não repetir o modelo manicomial” (31 de janeiro de 2023).

A perspectiva da exclusão é desejo social e institucional, estruturante, com e para um desempenho da violência que sustenta à clausura dos que não são os sujeitos da história de poder, mas que são expostos enquanto objeto. O que é lucrativo para uns poucos, é a morte de um tanto. O manicômio se atualiza no sistema que opera na defesa da normalidade social e do mundo como espelho (Cunha, 1986; Mombaça, 2021).

Nessa problematização, busquei acessar o cotidiano do serviço com a tarefa de analisar em que medida o percurso que o “Rasga Tristeza” tem feito é substitutivo ao manicomial. Para isso, algumas perguntas foram norteadoras: Quais atividades são realizadas no CAPS? Os seus profissionais atuam em uma dinâmica de grupo ou, de maneira, individual? Como isso implica no cotidiano? Os usuários e seus familiares estão articulados de quais formas? Quais as resistências e linhas de fuga?

3.3 Nas tramas do cotidiano: o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial

Os portões do “Rasga Tristeza” são abertos a partir das 08h da manhã. O serviço é fechado às 12h, após o almoço dos usuários. Retorna às 14h com as atividades preestabelecidas pela equipe e concluídas até às 17h, momento em que o serviço é encerrado.

Nos seus anos iniciais, o CAPS participou de eventos, cursos e apresentações que teciam à experiência da Reforma Psiquiátrica em Salgueiro com o serviço substitutivo que buscava se desvincular das referências manicomiais.

No que diz respeito às formações e experiências dos profissionais de saúde antes de chegarem ao CAPS, as palavras “medo, ansiedade, choque, horror, desespero” foram recorrentes. Os primeiros contatos dos trabalhadores no campo da saúde mental estiveram vinculados aos manicômios. Na entrevista com Amaranta, a profissional da saúde traz o seguinte relato sobre um estágio realizado em um manicômio de Messejana – CE: “Aquilo chocava muito. Você vê pessoas, mas altamente desumanizadas por conta do próprio sistema. E como perceber aquilo como tratamento? A gente ficava tentando oferecer humanidade a algo que não era nada humanizado”. Na entrevista com Melquíades, o profissional faz o seguinte relato sobre o seu período de formação e estágios:

O contato prático que a gente tinha era no Hospital Ulysses Pernambuco, em Recife, Hospital da Tamarineira. Então, se falava muito pouco sobre Reforma Psiquiátrica. [...] O que se falava mais era sobre os transtornos mentais e seus tratamentos. [...] O enfoque era na doença (31 de janeiro de 2023).

Nas entrevistas com os trabalhadores da saúde é possível identificar que à medida que a equipe vivenciava o cotidiano da instituição e constituía outras experiências no dispositivo de saúde mental essas palavras que se repetiram foram sendo substituídas por outros termos. A compreensão do que significava aquele serviço ocorreu no seu funcionamento. Isso quer dizer que os profissionais foram entendendo nas experiências aquele equipamento que buscava ser um contraponto a perspectiva manicomial, a qual todos tinham tido contato antes de ingressarem ao CAPS.

É nesse sentido que, em se tratando da dinâmica dos profissionais nos primeiros anos de funcionamento do CAPS, encontro duas perspectivas entre os entrevistados. Na sua grande maioria, os relatos dizem que a equipe fundadora era multiprofissional, interdisciplinar e não atuava de maneira individualizada. Em menor número, há os profissionais que sinalizaram nas suas falas que apesar da equipe ser multidisciplinar o serviço foi se adequando às ações coletivas durante o processo, destacando os instrumentos técnicos enquanto defasados e citando até mesmo que no início as informações de cada técnico eram mantidas em livros de ata separados. Assim, o prontuário não compunha um dossiê, o que gerava dificuldades na verificação do percurso dos usuários motivado pelas fragmentações. No *Projeto terapêutico* (2007, p. 23) identifico no subtópico livros, vinculado ao tópico instrumentos de registro e contratuais, os seguintes títulos: “Livro de Registro de Atividades do Grupo; Livro de Reunião da Equipe; Livro de Assembléias; Livro de Frequência; Livro de Ocorrências; Livro da Farmácia (Dispensação de Medicamentos)”.

Este último grupo informou que mais adiante a equipe passou a reunir e anexar todas as informações do usuário no prontuário, tomando enquanto o documento central, no esforço de buscar que a equipe atuasse de maneira complementar e não individualizada. Entretanto, a trabalhadora da saúde Lumbiá relata que: “houve uma resistência enorme da equipe em mudar a forma de assentamentos, de renovação dos instrumentos e de discussão mais de reflexão de percurso do paciente no serviço” (20 de outubro de 2022). Então, se pode conjecturar que nos anos iniciais a equipe se encontrava em adaptação do que era o serviço.

O preenchimento dos prontuários, as chamadas evoluções, era realizado pelos profissionais da saúde de nível superior ou técnico, os demais trabalhadores da equipe, como,

por exemplo, osicineiros, não realizavam os seus relatos sobre as atividades que trabalhavam com os usuários. Entretanto, após direcionamentos da SES, foi orientado que os artesãos poderiam evoluir prontuários à medida que também eram trabalhadores ativos no processo terapêutico dos usuários. É o que se intitula na saúde mental por “descentralização”. Então, ao invés dos profissionais “técnicos” evoluírem os prontuários descrevendo às vivências nas oficinas, a partir do supervisionamento das atividades e/ou da intermediação dos relatos dosicineiros, os próprios artesãos passaram a escrever nos prontuários, informando sobre como cada usuário respondia às oficinas propostas.

Os “técnicos” são os profissionais com formação de nível superior ou técnico na área da saúde. As equipes dos CAPS são multiprofissionais, então há os trabalhadores com outras experiências e formações, como: os artesãos, administradores, auxiliares de serviços gerais.

Poucos meses após a abertura do CAPS o serviço passou a contar com a profissional chamada “oficineira”, sendo parte da equipe desde 2007. Também passou pelo “Rasga Tristeza” mais umicineiro, pessoas vinculadas às atividades de arte, cultura e produção. Inclusive, no *Projeto terapêutico* (2007), as atividades vinculadas aosicineiros foram sistematizadas a partir de oficinas de: “arte, cultura e produção”.

Os primeiros relatos nos prontuários feitos pelos trabalhadores “oficineiros” ocorreu meses depois da abertura do CAPS, sendo possível acompanhar essa mudança nos prontuários. Dentre os prontuários analisados, identifiquei no de Liberdade um desses escritos, datado em 22 de outubro de 2008.

Nas entrevistas, as questões relativas às visitas domiciliares e aos matriciamentos dão a perspectiva de que nas fases iniciais do serviço às ações se resumiam ao espaço do CAPS, sendo o território esquecido.

As visitas domiciliares eram atividades discutidas nas reuniões de equipe que processualmente foram ajustadas para fazer parte do cotidiano do serviço. O CAPS passou a ter um carro disponível no serviço somente em 2022. Anteriormente, o transporte para os atendimentos domiciliares era disponibilizado nas datas dessas atividades externas. Ou seja, em casos de imprevistos e/ou emergência com os usuários era necessário fazer o contato com a secretaria de saúde para solicitar transporte. Em Salgueiro, não há o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU). Então, a necessidade do transporte fixo na instituição se faz fundamental para o atendimento dos usuários em suas demandas. Há também o fator sobrecarga. A equipe é reduzida frente às demandas do serviço substitutivo e não consegue estar presente na zona rural, por exemplo, como nas áreas quilombolas e indígenas. Os relatos

indicam que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dessas localidades fazem a ponte com o CAPS.

Entretanto, o matriciamento tem ocorrido na zona urbana com resistência, segundo os profissionais. Para que um usuário do CAPS receba alta, por vezes ele tem que ser acompanhado pelo Programa Saúde da Família (PSF), mas os profissionais das UBS ainda consideram que essa pessoa deveria manter os vínculos com o CAPS, como se a saúde mental estivesse à parte sem levar em consideração às noções do SUS como a integralidade. Isso acaba por dificultar que o “Rasga Tristeza” realize altas aos usuários.

O matriciamento não ocorria de maneira sistematizada. Pelos relatos dos entrevistados, essa é uma articulação que seu deu somente em 2022. Nos primeiros anos, o CAPS realizava intermediações pontuais em se tratando da saúde mental nas UBS, por exemplo. Os processos de matriciamento têm sido impulsionados a partir da criação do atual cargo da Coordenação de Saúde Mental do município que está sendo ocupado pela enfermeira especialista em saúde mental que fez parte da equipe fundadora do CAPS.

Em relação às atividades realizadas no “Rasga Tristeza”, constam no *Projeto terapêutico* (2007) oito grupos intitulados: Grupo de Acolhimento, Educação em Saúde, Terapia Ocupacional, Manejo Medicamentoso, Direitos em Ação, Família, de Psicologia e Projeto de Vida. No geral, os grupos eram conduzidos por dois profissionais da equipe.

Além desses grupos, são destacadas também as seguintes atividades: triagem, assembleia, visitas domiciliares, comemorações festivo-culturais, atendimento individual ao usuário, espaço de escuta individual ao usuário e sua família, oficinas terapêuticas de arte, cultural e de produção, grupo de estudo, reunião técnica e supervisão institucional.

No geral, as oficinas eram previamente planejadas para que os profissionais conseguissem colocar em prática⁹⁷. Em determinado momento, o Ministério da Saúde liberou verbas para oficinas na saúde mental, segundo duas entrevistadas. O CAPS elaborou um “Projeto de vassouras” que foi proposto na perspectiva de geração de renda, com objetivo, público alvo, materiais utilizados, metodologia e período de execução. O material adquirido para a feitura das vassouras com garrafas pets retornaria para os próprios usuários.

As máquinas foram compradas, os profissionais solicitaram que algumas lanchonetes guardassem as garrafas pets que também foram levadas ao CAPS pelos próprios profissionais, usuários e seus familiares para utilização durante as oficinas. Pela vulnerabilidade econômica

⁹⁷Os trâmites de repasse de recursos na esfera municipal eram e continuam sendo uma problemática para a realização das atividades do serviço. Os profissionais precisavam solicitar os recursos com antecedência, sobretudo no período em que o CAPS ainda era custeado exclusivamente pelo município, quando ainda não havia recebido a habilitação junto ao Ministério da Saúde.

dos usuários que chegavam ao serviço, o “Projeto de vassouras” foi pensado com o desejo de resgate da cidadania e geração de renda.

O objetivo era de que esse material fosse feito em grande quantidade para ser vendido ao próprio município para utilização na limpeza pública. O dinheiro retornaria aos usuários que trabalharam no projeto. Entretanto, essa venda não foi concretizada. Segundo os relatos, não houve um número significativo de vassouras para a realização dessa venda. Alguns usuários levaram para casa as vassouras que fizeram e outras foram vendidas no âmbito mesmo do CAPS, aos profissionais da equipe. Os vestígios das ferramentas utilizadas na oficina de vassouras se encontram em um cômodo do CAPS que fica abaixo da estrutura física principal da casa, como uma espécie de porão. Em maio de 2021, tive o primeiro contato com esses materiais que permanecem parados no local até o presente.

Na entrevista com Zaíta, a trabalhadora da saúde relata que o momento das oficinas era o da “descoberta das potencialidades”, pois oportunizava um espaço de expressão. A profissional compartilha também que nas oficinas de pintura em tela, os temas dessas pinturas “eram sonhos, uma casa bem feita com flores, jardins, eram muitos corações, eles costumavam desenhar essas coisas” (07 de dezembro de 2022). Esses “sonhos” eram o desejo por uma vida digna, com moradia, afeto, rede de apoio. Evidenciam-se as vulnerabilizações sofridas por parte significativa dos usuários que frequentam o CAPS. Essas pinturas, entretanto, não ficam expostas na instituição. São poucos os trabalhos disponíveis no ambiente do “Rasga Tristeza”.

As entrevistadas e os entrevistados descreveram uma pluralidade de atividades que fizeram parte do cotidiano do CAPS, mas que ao cessarem implicaram diretamente nos processos terapêuticos e funcionamento do serviço oferecido à população.

Foram realizadas oficinas de “fuxico”, técnica artesanal difundida no Nordeste, feita com pequenos pedaços de pano circulares. No CAPS, a tecitura dos fuxicos era realizada com retalhos doados por uma loja conhecida de tecidos na cidade, que funciona ao lado da Casa da Cultura de Salgueiro – prédio histórico construído no início do século XX em que funcionou um dos comércios de Veremundo Soares.

Além disso, bombons de chocolate foram produzidos pelos usuários nas oficinas e vendidos aos profissionais do próprio CAPS e da secretaria de saúde. O dinheiro ia para o “caixa” do serviço, com a finalidade de ser revertido em novos recursos para as oficinas ou festividades. A busca de outras vias para se conseguir recursos era a tentativa dos profissionais de escapar da demora na entrega dos materiais por licitação, a fim de que o serviço não caísse na repetição ou até mesmo na inatividade.

Outra alternativa trabalhada foi um brechó. Nas primeiras visitas que fiz ao CAPS, em 2019, me lembro de ver uma arara com roupas penduradas na sala da instituição. Uma profissional comentou que elas serviam para os próprios usuários diante de uma necessidade de mudar de roupa no serviço e compartilhou também que o dinheiro das roupas vendidas era usado nas atividades do CAPS. Em um dos prontuários analisados encontro essa questão. O usuário Liberdade, por vezes, chegava com a roupa suja de urina e fezes na instituição e os profissionais precisavam substituir essas vestimentas após o banho. Com a disponibilidade de roupas no brechó, isso ainda era possível até aquele momento. Entretanto, pouco tempo depois, o brechó cessaria por não ocorrer às reposições das roupas.

Alguns profissionais indicaram que quando osicineiros faziam parte da equipe, as datas comemorativas eram planejadas e decoradas por eles juntamente com os usuários. Esses momentos tinham como objetivo à busca pela inserção social desses usuários no retorno à comunidade. Na atualidade, essas atividades têm sido mais automáticas. Em 2017, as atividades culturais, de arte e de produção deixaram de ser intermediadas pelos trabalhadores oficineiros e foram redistribuídas entre os demais profissionais que passaram a ministrar essas atividades.

Uma atividade recorrentemente mencionada durante as entrevistas foi a do Grupo Teatral Mentos que Brilham – Teatro Acolhimento⁹⁸. O teatro foi organizado no contexto das oficinas, sendo composto pelos usuários e profissionais. A trama se fundamentava na ausência de escuta dos trabalhadores da saúde em relação aos usuários de saúde mental que não são escutados, vistos, respeitados. Os profissionais contavam com empolgação sobre a atividade, que não se restringiu ao espaço do CAPS. O Teatro Acolhimento foi convidado para se apresentar em outras cidades, expandindo a sua atuação no território.

Com o tempo, a equipe que implantou o CAPS foi sendo alterada. No presente, somente o médico, que era generalista e se especializou em saúde mental, permanece no serviço. A enfermeira especialista em saúde mental, que atuou durante quinze anos na instituição, está vinculada ao trabalho na Coordenação de Saúde Mental a nível municipal, estendendo as experiências do Centro de Atenção Psicossocial para os demais serviços de saúde, na articulação da RAPS. A psicóloga-coordenadora, que esteve à frente da instituição, continua com os seus projetos no campo da saúde mental, mas atuando em Recife.

⁹⁸ A apresentação se encontra disponível no Youtube, cf.: ÁVILA, Miriam. **Grupo Teatral Mentos que Brilham – Teatro Acolhimento**. Youtube, 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6yPQxmED3jw>. Acesso em: 26 jun. 2023.

Os trabalhadores da saúde começaram a relatar que por volta de 2014 o CAPS entrava em uma situação difícil, sendo a transição de 2016 para 2017 o aprofundamento do processo de sucateamento do serviço. Durante as entrevistas com os profissionais, o ano de 2014 foi o mais indicado enquanto um prelúdio do sucateamento do serviço, com estopim em 2016.

Os anos subsequentes são lembrados com tristeza pelos profissionais, que passaram a se sentir esquecidos. Nesse cenário, são unânimes os relatos de que a secretaria de saúde esteve ausente da instituição. O entrevistado Melquíades diz que “2016 foi um ano difícil pra saúde mental no país e continuou sendo até 2022 mesmo” (31 de janeiro de 2023). Na entrevista com Lumbiá, a profissional diz que “a equipe ficou e foi abalada profundamente por esse abandono em toda ordem, de investimento, de infraestrutura, de insumos e de equipe”. E mais adiante complementa:

O recurso de manutenção do CAPS que é de fundo a fundo, do Ministério da Saúde para o município, por nenhum momento esteve interrompido. O CAPS de Salgueiro, como o CAPS de Serrita, nunca deixaram de receber os 28.305,00 que é o valor relativo à CAPS I. Mas, mesmo assim, teve dias que muitos não tinham nem vontade de ir trabalhar, porque faltou água, comida, material de limpeza. Imagina um CAPS com 30 pessoas-dia, falta d’água, banheiros que foram desativados, uma tragédia [ênfatisa] (20 de outubro de 2022).

Na esfera político-partidária de 2017, o cargo de prefeito foi ocupado por Clebel Cordeiro (PMDB) que demonstrou apoio a Jair Bolsonaro (PSL) nas eleições de 2018. O seu antecessor, Marcones Libório, que estava no segundo mandato, havia declarado apoio ao candidato Aécio Neves (PSDB) na campanha de 2014 em que Dilma Rousseff (PT) foi reeleita, sofrendo um golpe em 2016⁹⁹.

Essa paisagem política, imersa em tensões e embates, implicou na RAPS. Os grupos citados anteriormente foram se acabando, restando poucos. O serviço havia perdido a psicóloga que atuava enquanto coordenadora desde a fundação do serviço, a terapeuta ocupacional e os profissionais oficinairos. Na secretaria de saúde também ocorreram mudanças, pois a secretária de saúde, contribuinte no processo de implantação e implementação do CAPS, saiu do cargo.

Esse desfalque da equipe foi recorrentemente apresentado nas entrevistas. A dinâmica de funcionamento da instituição foi sendo alterada. A equipe entrava em uma escassez

⁹⁹No blog de Alvinho Patriota, canal de notícias com informações de Salgueiro e outras cidades, há uma redação do jornalista Chico Gomes sobre os apoios desses gestores municipais nas eleições presidenciais de 2014 e 2018, cf.: GOMES, Chico. Prefeito de Salgueiro demonstra apoio ao candidato a presidente Jair Bolsonaro. **Blog Alvinho Patriota**, 2018. Disponível em: <https://www.alvinhopatriota.com.br/prefeito-de-salgueiro-demonstra-apoio-ao-candidato-a-presidente-jair-bolsonaro/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

multiprofissional que perdura até hoje. Os prejuízos se intensificavam, a crise institucional se ampliava, a falta de medicamentos e alimentação já existentes se tornou permanente. É nesse período que identifiquei, a partir das narrativas orais de memória, uma sobrecarga dos profissionais.

O acúmulo das funções e as dificuldades nos recursos básicos é parte dos obstáculos que os profissionais passaram a enfrentar com maior frequência. É nesse sentido que a equipe chega ao período da pandemia de Covid-19 enfraquecida. Sobre isso, a entrevistada Amaranta relatou:

A rotina foi muito alterada. Embora a gente, profissional de saúde, tenha continuado trabalhando, mas precisou trabalhar de um jeito diferente, todo paramentado, com medo de se contaminar, vendo colegas adoecerem e morrerem. A sobrecarga de trabalho maior, porque por mais que a nossa carga horária continuasse a mesma, a demanda nos serviços estava bem maior. E lidar com esse estresse maior, o tempo todo, além da sobrecarga, mais o estresse da morte, da perda, da dor, do sofrimento do outro... Isso foi muito impactante pra todo mundo (06 de dezembro de 2022).

Esse cotidiano respingava nas relações com os usuários e seus familiares e nos atendimentos à população. No presente, os efeitos desses atravessamentos ainda se apresentam.

As questões relativas à alimentação são uma constante pelos atrasos dos processos licitatórios para a chegada da feira, o que acarreta uma série de problemas às pessoas que fazem uso do serviço. Há significativos casos de usuários que não se sentem acolhidos em casa e que desejam ficar no CAPS das 08h até às 17h, ou seja, no horário previsto de abertura e saída. Na maioria das vezes, os usuários que permanecem no CAPS nos horários das refeições estão em situação de vulnerabilização social e frequentam o serviço também na expectativa de se alimentar. Entretanto, muitos foram os meses em que as panelas ficaram vazias. Segundo o Ministério da Saúde (2004b, p. 19):

Os usuários que permanecem em turno de quatro horas no CAPS devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos (oito horas), duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias.

Portanto, comida no prato é direito do usuário e está incluso no compromisso dos serviços substitutivos por todo o país. Em meados de 2022, fui ao CAPS para buscar um documento. Um usuário me abordou dizendo que não havia se alimentado até então. Já estava

no horário do almoço. Naquele dia não teria mesmo a refeição. Quando não há comida o serviço parece não funcionar. Os profissionais avisam aos usuários da falta da comida, pois “saco vazio não para em pé” e não há oficina terapêutica que reduza os danos de quem tem fome. É nesse ritmo que considero a cozinha do “Rasga Tristeza” um dos elos principais do serviço, pois sem às refeições a instituição atua com dificuldades.

A ausência de medicamentos é outro ponto que fragiliza o funcionamento do serviço. Os usuários que tomam psicotrópicos recebem no próprio CAPS. Nas entrevistas, há relatos de que no período de intensificação do abandono, os usuários entravam em crises motivadas por paradas abruptas pela falta de medicamentos no serviço. Inclusive, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos medicamentos foi presidida pela vereadora Eliane Alves (PSB) para averiguação dos medicamentos e insumos da Secretaria de Saúde de Salgueiro. Na ocasião, os profissionais do CAPS denunciavam a ausência dos medicamentos e as implicações disso para o serviço.

Uma das trabalhadoras entrevistadas esteve na Câmara de Vereadores de Salgueiro – Casa Epitácio Alencar para depoimento em agosto de 2019. A trabalhadora da saúde compartilhou a sua via escrita do depoimento à CPI¹⁰⁰. Nele, há o seguinte trecho:

Que os pedidos [de medicamentos] não são atendidos na íntegra, sempre faltam; Que desde 2017 é quem realiza os pedidos, e que a falta de medicamentos está cada vez maior; Que há quase 1 ano faltam medicamentos essenciais para controle de distúrbio mental, o aldoldecanoato, paroxetina 20mg, esperidona, carbolítio, entre outros [...] Que [a profissional] sente muita tristeza com a falta de assistência qualificada da Secretaria de Saúde.

O relatório da CPI foi aprovado em 30 de dezembro de 2019 pela Casa Epitácio Alencar para envio ao Ministério Público¹⁰¹. Entretanto, em 14 de março de 2019, o Ministério Público Federal (MPF) já se manifestava pelos relatos da falta de medicamentos e irregularidades administrativas apuradas em inquérito civil e expedia recomendação à Secretaria de Saúde de Salgueiro¹⁰². Essa era a conjuntura de crise que o CAPS atravessava.

¹⁰⁰Em ofício à Câmara de Vereadores, solicitei o acesso na íntegra ao relatório da CPI dos medicamentos. Entretanto, a Casa Epitácio Alencar informou que o material não foi encontrado nos seus arquivos.

¹⁰¹Cf.: CÂMARA MUNICIPAL DE SALGUEIRO. Relatório da CPI dos medicamentos foi aprovado pelos vereadores para ser encaminhado aos órgãos de controle (Ministério Público). **Notícias da Câmara Municipal, Salgueiro/PE**, 02/01/2020. Disponível em: <https://www.salgueiro.pe.leg.br/institucional/noticias/relatorio-da-cpi-dos-medicamentos-foi-aprovado-pelos-vereadores-para-ser-encaminhado-aos-orgaos-de-controle-ministerio-publico>. Acesso em: 03 jul. 2023.

¹⁰²BRASIL. Ministério Público Federal. **MPF expede recomendação para sanar falta de medicamentos em Salgueiro (PE)**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pe/sala-de-imprensa/noticias-pe/mpf-expede-recomendacao-para-sanar-falta-de-medicamentos-em-salgueiro-pe>. Acesso em: 03 jul. 2023.

Atualmente, a equipe de trabalhadores do CAPS conta com: um cozinheiro, uma assistente social, uma auxiliar de serviços gerais, um diretor administrativo, um médico especialista em saúde mental, uma enfermeira, um psicólogo, duas técnicas de enfermagem e dois auxiliares administrativos. Apesar de contar com o mesmo número de profissionais do ano de abertura, ainda há uma ausência dos oficineiros e do serviço de terapia ocupacional. De lá para cá também não foram contratados novos trabalhadores que dialogassem com essas competências, ficando o vazio¹⁰³.

Desses onze profissionais que compõem o quadro de profissionais atualmente, sete são contratados por prazo determinado, sendo apenas quatro os profissionais efetivos – diretor administrativo, médico, técnica de enfermagem e auxiliar administrativo.

Em entrevista, um profissional disse que a instabilidade do quadro de funcionários dificulta o trabalho em equipe, pois quando está ocorrendo um alinhamento do grupo os profissionais vão sendo modificados e isso demanda novas adaptações. Há repetidas falas sobre esse fluxo de pessoas que alteram a dinâmica do serviço. Com preocupação, o entrevistado Melquíades diz: “quase todos os CAPS, que você for ver, os profissionais que trabalham nele têm uma rotatividade muito alta” (31 de janeiro de 2023). Mais adiante, o profissional conclui que essa rotatividade também está vinculada a uma baixa remuneração dos profissionais e ao adoecimento destes trabalhadores da saúde que não querem permanecer no serviço.

Por motivos pessoais, afetivos, econômicos, políticos partidários, muitos foram os profissionais que estiveram apenas de passagem pelo “Rasga Tristeza”, o que acarreta na falta de continuidade das ações no dispositivo. Entre as alianças que marcam os jogos de poder que envolvem as contratações, por vezes, os profissionais fazem alianças com os gestores políticos locais, mas, por outro lado, também ficam diante da instabilidade desses vínculos empregatícios. No cotidiano, as tensões no serviço adoecem esses profissionais, contratados ou efetivos, que, por muitas vezes, não se sentem valorizados e acabam por se distanciar da instituição. As resistências dos trabalhadores da saúde que continuam no serviço por longo período são variadas, inclusive em lidar com as próprias frustrações das “faltas de resultados” com o seu trabalho, como mencionado por duas entrevistadas. Uma delas, a entrevistada Cida, relatou do sentimento de derrota ao ver as falhas nos tratamentos, mas também se emocionou, enchendo os olhos d’água ao recordar das experiências em que os usuários ganharam autonomia e que traziam a sensação de “dever cumprido” (18 de novembro de 2022).

¹⁰³ Como há um fluxo permanente de entradas e saídas dos trabalhadores do “Rasga Tristeza”, esse quantitativo do quadro de profissionais foi analisado em junho de 2023.

Entretanto, também há os trabalhadores que perdem o interesse e não procuram maneiras de se mobilizar frente à realidade.

Nesse quesito, os profissionais traziam algumas falas relativas à saúde da equipe de trabalhadores: “Mas, e a nossa saúde?”, comunicavam transmitindo uma sensação de pedido de socorro e denúncia. Um estagiário do curso de psicologia de uma faculdade de Belém do São Francisco propôs o turno “Saúde do Trabalhador”, para articular e promover o “Cuidado de quem cuida”. Os profissionais relatam que não há um trabalho de supervisão institucional no CAPS. A questão foi mencionada no *Projeto terapêutico* (2007, p. 21-22) no subtópico 8.3, enquanto parte das “atividades da equipe técnica”:

Importante suporte de apoio e orientação, permite através da escuta terapêutica e da troca de experiências, fazer uma reflexão acerca das práticas intervencionistas adotadas no “aqui” e “agora”, confrontando-as com os objetivos propostos. Possibilita, ainda, a compreensão da dinâmica das relações interpessoais, dos vários agrupamentos inseridos no contexto do CAPS.

Entre parênteses, no final do subtópico, consta uma sinalização de que a supervisão não estava sendo realizada com a justificativa de que estavam em fase de escolha e contratação de um supervisor. Mas, segundo os relatos orais dos próprios profissionais, a supervisão institucional nunca fez parte do cotidiano do CAPS.

Para alguns profissionais, a rotina de trabalho continua no terceiro turno com plantões realizados em outros dispositivos de saúde. Em trecho da entrevista com Melquíades há o seguinte relato: “De repente, por um esgotamento mental você corre o risco de se tornar frio ou de não atender bem alguém, porque a gente é ser humano mesmo. Adoece” (31 de janeiro de 2023).

É nessa lógica que o próprio diálogo com as faculdades e cursos técnicos é visto com ressalvas. Uma parte dos entrevistados diz compreender que os estudantes fazem uso do serviço para experienciar à atenção psicossocial, mas ao mesmo tempo não ocorre uma troca com o serviço, sendo uma via de mão única. Há um relato-denúncia, na entrevista 4, de que alguns desses estudantes não ficam sendo acompanhados pelos docentes orientadores, conhecidos como preceptores, representando um risco para o desempenho do atendimento aos usuários. Outro grupo de profissionais considera importante o movimento dos estudantes estagiários, pois acabam trazendo inovações por estarem na travessia recente do processo formativo.

Na entrevista com Lumbiá, a profissional compartilha a sua preocupação com essas relações do CAPS e das instituições formadoras:

Discutir o CAPS como espaço de formação para estagiários de psicologia, de enfermagem, tudo, vai para além da apenas ocupação desse espaço pelas instituições de formação. A gente tem tido uma discussão de que espaço tem que ser um espaço de qualidade de formação e não de quantidade de informação e que a relação com as instituições formadoras não pode ser uma relação promíscua, mas uma relação de verdade de preocupação com a formação. E pra isso há a necessidade de regular este vínculo das instituições que querem o CAPS como espaço de formação (20 de outubro de 2022).

Quando perguntada sobre os prejuízos e implicações, a mesma profissional lançou algumas indagações sinalizando a necessidade de questionarmos:

Vamos dizer... O que você acha de em um dia só no CAPS, que é o lugar de cuidado da crise, em que os usuários estão presentes, chegar mais dez pessoas dentro da rotina, acha que não perturba a rotina? Acha que não têm prejuízos em relação ao sigilo, por exemplo? Acha que não tem prejuízo com relação às discussões teóricas e metodológicas? Os vínculos não ficam estremecidos? Acha que realmente toda pessoa com transtorno acolhe a presença de muitas pessoas no cuidado? Acha mesmo que essa movimentação desordenada promove cuidado em saúde mental? Eu acho que a gente precisa fazer essas perguntas (Lumbiá, 20 de outubro de 2022).

Os profissionais em formação que procuram o CAPS para os estágios são, em sua maioria, de faculdades e cursos técnicos localizados em Salgueiro e também em Belém do São Francisco. Mas, essas parcerias são recentes. Nos primeiros anos de funcionamento da instituição as trocas eram reduzidas, até mesmo pela inexistência de alguns cursos da saúde na cidade. Houve o relato também de que estudantes da zona litorânea do estado, especificamente de Recife, e do Alto Sertão da Paraíba, de Cajazeiras, realizaram estágios no CAPS.

Nesse ritmo, retomando as reflexões que estão atravessadas pelas questões vinculadas ao espaço, encontrei uma notícia no *Correio Braziliense* (CB), veiculada no ano de 2009, sendo intitulada da seguinte maneira: “Polígono da maconha agora é do crack”¹⁰⁴, fazendo referência ao município de Salgueiro como um dos principais territórios do “Polígono da maconha”¹⁰⁵.

¹⁰⁴Cf.: TEIXEIRA, Marcionila. Polígono da maconha agora é do crack. **Correio Braziliense**, Brasília, 29 de novembro de 2009. O Jornal foi encontrado na Hemeroteca Digital Brasileira. Na época, a notícia foi reproduzida em diversos outros veículos de comunicação. A jornalista que assinou a matéria atua no Diário de Pernambuco. A editoração do *Correio Braziliense* foi feita pelo jornalista Baptista Chagas de Almeida.

¹⁰⁵Segundo Oliveira, Zaverucha e Rodrigues (2009, p. 175), o “Polígono da Maconha, em Pernambuco, é composto, tradicionalmente, pelas cidades pernambucanas que formam as regiões do Sertão e do São

A notícia expressa o estigma que marca essa região no próprio título da reportagem que construiu um discurso de transferência de uma produção de maconha para o crack, estabelecendo *links* entre o uso de drogas a partir do “aumento da demanda de usuários” do dispositivo de atenção psicossocial da cidade. No entanto, não foram apontados dados quantitativos ou comparativos na relação a outras espacialidades a fim de explicar o crack enquanto herdeiro da maconha na cidade. Do ponto de vista histórico, nada foi dito.

São muitas as notícias de jornais que se manifestam sobre o “Polígono da maconha”, a perder de vista. Entretanto, essa reportagem chama a atenção pela articulação feita com o CAPS “Rasga Tristeza”, instituição que serviu para validar a manchete.

No Jornal, evidencia-se a fala do psiquiatra Fábio Oliveira, médico atuante no “Rasga Tristeza”, reconhecido como um dos profissionais da equipe fundadora da instituição. Na reportagem, a narrativa do psiquiatra é de que houve o aumento de usuários de crack no CAPS. Entretanto, em diálogo com o profissional, ele compartilhou que “a história tomou outros rumos”, no sentido de que a notícia foi veiculada como se o município de Salgueiro fosse um “celeiro de produção de crack”, sendo que parte significativa dos usuários do serviço não tinha relação com o crack. Existia uma demanda, porém “ela não significava a realidade da instituição”.

A notícia conta também com o discurso da instituição policial ao entrevistar o delegado regional da Polícia Civil na época, Marlon Frota. O profissional disse acreditar que o aumento do consumo de crack pode ser devido à flutuação da população pela chegada das obras da transposição das águas do Rio São Francisco. No entanto, sobre essas vinculações, é possível tecer uma problematização a partir de pesquisas consolidadas¹⁰⁶.

O consumo de crack no Brasil sofreu um *boom* nos anos 2000. Dos grandes centros urbanos, o crack passou a aparecer também nas paisagens dos sertões. Entretanto, a partir do Jornal, é possível perceber como as mídias sobre Salgueiro estão até hoje atreladas ao estigma de “Polígono da Maconha”. A notícia afirmava que “Salgueiro já é chamada de capital do crack no Sertão”. Os discursos institucionais, na figura dos profissionais da medicina e da

Francisco. No Sertão, destacam-se como áreas de intensa produção e tráfico de maconha os municípios de Salgueiro, Mirandiba, Serra Talhada e Ibimirim. Na região do São Francisco, pontificam os municípios de Belém do São Francisco, Cabrobó, Carnaubeira da Penha, Floresta, Lagoa Grande, Orocó e Santa Maria da Boa Vista”.

¹⁰⁶Cf.: BARACHO, Lúcia Maria Sobral. **Feridas da transposição do São Francisco: um olhar sobre comunidades quilombolas do Semiárido Pernambucano**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014; RODRIGUES, André Paiva. **A estruturação do espaço urbano-regional a partir das obras de transposição do rio São Francisco (2007-2017): o exemplo de Salgueiro e entorno**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2020.

segurança pública, foram utilizados como ferramenta de sustentação do que a reportagem queria manifestar.

Nas entrevistas, os profissionais disseram que a demanda de usuários de álcool e outras drogas era existente em Salgueiro antes da própria inauguração do CAPS. Porém, como não havia o serviço, a questão não foi quantificada. Os casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas eram encaminhados para internação nos manicômios circunvizinhos e/ou nas comunidades terapêuticas.

Além disso, a entrevistada Cida compartilhou que nos anos iniciais a instituição não se encontrava preparada para o acolhimento às pessoas em sofrimento que fazem uso de álcool e outras drogas. Entre 2013 e 2014¹⁰⁷, a Gerência de Atenção à Saúde Mental ofertou um curso sobre Redução de Danos. Sobre o que significa reduzir danos, Danilo, uma pessoa com a experiência do sofrimento relacionado ao uso de álcool, partilha:

Se eu falar que eu não quero beber é mentira... Eu quero tomar uma dose de álcool... ficar legal! Mas eu sei que não é o dia porque hoje eu consigo ter esse equilíbrio, tipo assim: redução de danos! Quando eu bebi todos os dias, eu fui parar em situação de rua! Então, hoje não é o dia certo de beber! Tem o momento certo! Vou beber por beber, só porque eu tô com vontade? A vontade não é tudo! Vontade de se jogar no álcool e ficar com cheiro de cachaça? Chegar lá doidão? Ou se apresentar pra alguém com bafo de cachaça? Por que se discriminar já no primeiro contato físico? Será que é isso mesmo que vai ser: o meu ponto maior do dia vai ser a bebida? (Surjus e Abreu, 2019, p. 262-263).

Essa perspectiva de cuidado é um dos princípios da luta antimanicomial. Segundo a trabalhadora da saúde Cida, foi a partir dessa aprendizagem que o CAPS passou a atuar na perspectiva antiproibicionista criando o Grupo Redução de Danos.

O Grupo foi encerrado em 2022 e retornou em maio de 2023, segundo uma das profissionais que coordenou. Na entrevista com Lumbiá, a trabalhadora diz que “o CAPS até longo tempo se fechou em querer ser exclusivamente de transtorno” (20 de outubro de 2022). Nesse sentido, para Lumbiá, a demanda de pessoas em consumo de álcool e outras drogas havia sido “reprimida” pelo serviço. Na elaboração do desenho da RAPS, que culminou na Resolução CIR/VII GERES nº 046/2013, de 29 de outubro de 2013, que aprova o plano da Rede de Atenção Psicossocial, foi realizado um diagnóstico regional que indicava uma “ausência de cobertura especializada para álcool e drogas e infância e juventude”. Na entrevista com Cida, a profissional disse que o CAPS de Salgueiro era referência para os

¹⁰⁷No *Projeto terapêutico* (2012) para habilitar o “Rasga Tristeza” para tipo II, o Grupo Redução de Danos ainda não estava descrito. Porém, no entrecruzamento com as narrativas orais, o grupo iniciou aproximadamente nesse período (2013-2014).

demais CAPS, como o de Serrita, e que agora eram os trabalhadores do CAPS Maria Novais Miranda que traziam novidades na atuação no serviço. Inclusive, na ocasião da visita que realizei ao CAPS de Serrita, presenciei o encontro do Grupo Redução de Danos.

Nas notícias de jornal, no *Brasil El País*¹⁰⁸, por exemplo, Salgueiro aparece enquanto uma das cidades do “Polígono da maconha”. A notícia, de 04 de junho de 2008, no entanto, escrita pelo jornalista Gil Luiz Mendes, diferente da notícia mencionada anteriormente, desenvolveu as problemáticas relacionadas ao plantio de maconha no sertão de Pernambuco trazendo variados discursos: de profissionais, pesquisadores, de moradores do território, constituindo uma informação crítica, atrelada aos fatores históricos, econômicos, políticos e sociais que envolvem a questão.

O *Le Monde Diplomatique Brasil*¹⁰⁹ em notícia assinada pela socióloga Ana Maria Motta Ribeiro, criticou a “perseguição pública” do território. Na problemática, há o questionamento sobre qual o enfoque das políticas de segurança pública que buscam controlar o autoabastecimento nacional enquanto a importação permanece forte. Contextualiza também sobre o plantio de maconha em um cenário histórico de conflitos de interesses entre as agriculturas e nas consequências que implicam no aumento do contingente de excluídos. Ribeiro (2008) finaliza com uma espécie de convocatória:

Depende do Estado, portanto, e de suas intenções de investimento no social a mudança de identidade desse território configurado como “da maconha”, alcunha que, além de marginalizar e estigmatizar a região, ainda criminaliza as lutas por direitos dos trabalhadores rurais que desde os anos 1950 são atingidos pelas barragens do rio São Francisco!

Esses espaços estigmatizados inclusive têm ampliado o seu número de Comunidades Terapêuticas. Parte significativa das entrevistas mencionava a presença de um líder religioso vinculado a uma Comunidade Terapêutica no CAPS, compondo atividades do período natalino ou da trezena de Santo Antônio – o padroeiro da cidade. Na maioria das falas, essa presença era compreendida com neutralidade na justificativa de que o palestrante não trazia referências à religião, mas conduzia o encontro com “palavras de esperança”, de um modo geral.

A partir dessas vinculações com o próprio CAPS o assunto CTs entrava nas entrevistas. Questionei aos trabalhadores da saúde se eles consideravam que os usuários se

¹⁰⁸ Cf.: MENDES, Gil Luiz. Facções criminosas transformam o polígono da maconha em Pernambuco. *El País*, São Paulo, 15 out. 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/10/10/politica/1507666665_026855.html. Acesso em: 08 jul. 2023.

¹⁰⁹ Cf.: RIBEIRO, Ana Maria Mota. O “Polígono da Maconha”. *Le Monde Diplomatique*, São Paulo, 04 jun. 2008. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/o-poligono-da-maconha/>. Acesso em: 08 jul. 2023.

sentiam contemplados nessas situações. As respostas enunciavam, basicamente, que os usuários não manifestavam incômodos, pois a maioria interagiu e alguns até mesmo solicitavam esses encontros. Foram reduzidas as entrevistas que mencionaram sobre pluralidade religiosa e/ou laicidade. Essa é uma problemática de discordância entre a equipe. Em conversas informais e relatos que ocorreram durante os meses de entrevista e transcrições, pude analisar que os trabalhadores não estavam alinhados nesse quesito.

Melquíades citou que uma única perspectiva religiosa não contemplaria todos os usuários que passam pelo serviço. Na sua experiência de atuação, o profissional disse que no CAPS há usuários quilombolas e indígenas que dialogam sobre os percursos do processo terapêutico da instituição com as figuras principais de suas comunidades. O profissional disse enxergar a espiritualidade como um dos pilares da saúde, mas mencionou que nunca houve a presença de líderes religiosos de matriz africana ou indígena no “Rasga Tristeza” e que essa disparidade é vista por ele com preocupação.

Na pergunta aos profissionais sobre como eles enxergavam as CTs, as dissonâncias foram apresentadas. Dos nove trabalhadores da saúde entrevistados, um grupo de seis pessoas disse entender as comunidades enquanto um serviço que está sendo utilizado, mas que não deve ser considerado pela RAPS. Dois trabalhadores disseram que elas podem contribuir sendo uma alternativa, mas com as condições do cuidado em liberdade. Em apenas uma entrevista, o profissional respondeu com desconhecimento do que são as CTs e compartilhou não saber dessas comunidades no território.

Há o relato de que funcionários de CTs de Salgueiro recorreram ao CAPS para solicitar ajuda, como, por exemplo, no caso, relatado por Cida, em que levaram um dos internos de CT para o CAPS, na tentativa de que o serviço substitutivo aplicasse um medicamento intravenoso. O serviço de atenção psicossocial informou que o usuário necessitava de acompanhamento da equipe multidisciplinar, o que não ocorreu, pois o interno foi levado embora após o CAPS recusar injetar uma medicação sem um plano terapêutico produzido pelos profissionais da saúde.

Pelos relatos obtidos durante as análises de campo, o nome de quatro CTs foram repetidamente citadas enquanto ativas na cidade. Uma quinta CT foi mencionada, mas a entrevistada, Cida, indicou que ela fechou nos seus primeiros anos. Então, pela memória dos entrevistados e considerando às vinculações, há no território influências de pelo menos quatro CTs. Dentre elas, uma consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Essas CTs irrompem no cenário do sertão central no final dos anos 2000. Sendo assim, à medida que o CAPS entrava em funcionamento, esses estabelecimentos eram articulados no

território, inclusive buscando firmar contatos com o CAPS. Nas entrevistas com os profissionais, existiram falas sobre a presença de outras figuras religiosas vinculadas às CTs no CAPS. Portanto, as perspectivas de cuidado distintas, por vezes, acabam se tocando. Nas relações de forças, o CAPS busca os seus pilares na Reforma Psiquiátrica, mas há momentos em que o manicômio se apresenta nas suas atualizações e nos rastros do passado de uma história em que os espaços asilares eram imperativos no tratamento das pessoas tidas como loucas.

Em 2021, foram veiculadas notícias indicando que seria realizado um mapeamento desses estabelecimentos públicos ou privados “voltados às pessoas com problemas associados ao uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas”. Porém, até o momento, o Governo do Estado de Pernambuco não publicou esse material¹¹⁰.

A Frente Pernambucana em Defesa da Saúde Mental (FPDSM)¹¹¹ demonstrou o seu repúdio aos acontecimentos de ataque à luta antimanicomial que se desenrolam no governo de Raquel Lyra (PSDB). Nessa esfera estadual, foi sistematizada na Assembleia Legislativa de Pernambuco (ALEPE) uma Frente da Saúde Mental composta por donos de Comunidades Terapêuticas, como o deputado Pastor Cleiton Collins (PP).

No atual governo federal de Lula, com a reabertura do cadastramento dos serviços substitutivos junto ao Ministério da Saúde, em paralelo com a criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas dentro do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, a RAPS de Salgueiro busca reestabelecer as articulações regionais pactuadas com os sete territórios que compõem a VII Gerência Regional de Saúde. Há uma tentativa de implantação de CAPS AD III e CAPS i, ambos regionais, bem como transformar o CAPS I “Rasga Tristeza” em tipo II de caráter microrregional, enquanto uma referência para Verdejante e Terra Nova. Em uma das entrevistas foi informado que apesar das pactuações, elas foram feitas em proximidade com os desmontes no cenário político e implicaram nos retrocessos da saúde, não havendo incentivo financeiro para que as propostas fossem concretizadas nos anos subsequentes¹¹².

¹¹⁰Esses informes saíram em endereços eletrônicos do estado, como no próprio site da Secretaria Estadual de Saúde, cf.: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Serviços para pessoas que fazem uso de drogas serão mapeados**. Pernambuco, 2021. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/noticias/servicos-para-pessoas-que-fazem-uso-de-drogas-serao-mapeados>. Acesso em: 08 ago. 2023.

¹¹¹A Frente Pernambucana em Defesa da Saúde Mental é formada por um coletivo de entidades: o Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades – RENILA; o Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas – GEAD/UFPE; o Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades – GEMA/UFPE; o Fórum de Desinstitucionalização de Pernambuco e o Fórum dos/as Trabalhadores/as em Saúde Mental.

¹¹²Esse desenho da RAPS da VII Região de Saúde do Estado de Pernambuco foi homologado pela Comissão Intergestores Bipartite, na Resolução CIB/PE nº 2545 de 26 de março de 2014.

Considero esses planos enquanto uma tentativa de travessia desses últimos anos de sucateamento enquanto uma tarefa árdua para se enfrentar e que necessita de fortes articulações por parte da RAPS do sertão central. No Sertão do Submédio São Francisco existe o Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (NUMANS), diferindo do sertão central que não conta com uma militância antimanicomial organizada. Considero que esses engajamentos possibilitam o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica em suas diversas esferas¹¹³.

Até o momento, não existe uma Associação de Usuários ou de Familiares no “Rasga Tristeza”. Ocorrem assembleias, mas que são propostas pelos trabalhadores da saúde. No ano corrente, tivemos a *1ª Conferência Livre Nacional de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Psicossocial*. Segundo Fabiane Valmore (2023), idealizadora do evento:

A ideia de construção coletiva desta 1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental surge da realidade percebida nas Conferências de Saúde Mental que, apesar de terem metade de suas vagas destinadas ao segmento de usuários, eles próprios não se fazem amplamente presentes ocupando esses espaços de controle social, de disputa de poder e decisão, relativos à construção de políticas públicas de saúde mental, que impactam diretamente suas vidas¹¹⁴.

Na esfera municipal, os eventos da saúde mental que ocorrem tem uma reduzida participação dos usuários. Considero que o avançar da Reforma Psiquiátrica e o rompimento radical com o manicômio se dará pela articulação dos usuários na tomada de ampla posição no protagonismo da luta antimanicomial.

Nos primeiros dez anos do CAPS existia alguma esperança e horizonte aberto de luta para habilitar o “Rasga Tristeza” enquanto CAPS II. Após esse período, o serviço chega ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 com o serviço debilitado dos anos anteriores e continua sentindo os efeitos disso, sofrendo um descaminho na Reforma Psiquiátrica.

Para contornar essa situação, as implantações e habilitações poderiam representar um passo importante nas articulações entre as unidades que compõe a RAPS, ampliando o diálogo, assim como oportunizaria maiores recursos para o atendimento à população. Isso implicaria nas experiências de toda a equipe do CAPS: profissionais, usuários e seus familiares.

¹¹³ Para essa discussão, cf.: CABRAL, Barbara *et al.* De como o Sertão do Submédio São Francisco ganhou um núcleo de mobilização antimanicomial: da história aos desafios atuais. **Extramuros**, Petrolina-PE, v. 1, n. 1, p. 81-96, jan./jul., 2013. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/608>. Acesso em: 30 maio. 2022.

¹¹⁴ Cf.: OLIVEIRA, Rafael Anunciação. I Conferência Livre Nacional de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) acontece no dia 26 de maio. **SUS Conecta**. Disponível: <http://susconecta.org.br/i-conferencia-livre-nacional-de-saude-dos-usuarios-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps-acontece-no-dia-26-de-maio/>. Acesso em: 16 ago. 2023.

4 NO TERRITÓRIO DAS EMOÇÕES: OS SUJEITOS E FRAGMENTOS DE SUAS HISTÓRIAS DE VIDA

Essa é uma história das pessoas vivas, de corpos, sangues, texturas, cheiros, sabores, emoções, implicada no que acontece no presente e que ainda se desenrola, em movimento, entre experiências, continuidades, deslocamentos e rupturas.

As páginas a seguir contam fragmentos de histórias de vida de duas pessoas, Liberdade e Margarida, que estão utilizando o serviço do Centro de Atenção Psicossocial I “Rasga Tristeza”, na reflexão crítica das suas experiências no território, da produção de subjetividade, das relações sociais e afetivas articuladas aos conceitos indissociáveis de classe, gênero e raça que os atravessam¹¹⁵.

Como uma colcha de retalhos, essa escrita da história é resultado de uma pesquisa-ação construída na experiência do cotidiano do serviço, no convívio com os usuários, nas conversas com os profissionais do CAPS, no processo de transcrição dos prontuários, nos cadernos repletos de anotações que auxiliaram as análises de campo, nas entrevistas gravadas e transcritas e na lida com outras tipologias de fontes mencionadas durante esse percurso. Portanto, foi esse conjunto documental marcado pelas experiências, costurando restos, rastros, testemunhos que oportunizou fiar essa tecitura¹¹⁶.

4.1 Liberdade

Haloperidol.
Biperideno.
Carbamazepina.
Diazepam.

Esses são alguns dos medicamentos que foram utilizados por Liberdade, um dos primeiros usuários do “Rasga Tristeza”. Ele chegou ao CAPS em 2008, com dezenove anos de idade. Homem, “pardo”, atualmente com trinta e quatro anos, a história de Liberdade é marcada por uma vida no cárcere privado. O pseudônimo escolhido é pela busca da liberdade do usuário que, por falhas dos órgãos competentes, dispositivos de saúde, assistência social e

¹¹⁵ A trajetória de Liberdade e Margarida sobressaltaram aos olhos pelas “infâmias”. De acordo com Foucault (2006), as vidas infames são de raridade ou escassez, de pessoas insignificantes que aparecem por breves lampejos diante do choque com o poder. cf.: FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. In: **Ditos e Escritos IV**. Estratégia, poder-saber. 2. ed. Organização e seleção de textos: Manoel Barros da Motta. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 203-223.

¹¹⁶ Durante a experiência de pesquisa, pude estabelecer contatos com os usuários ativos no dispositivo, seus familiares e com os trabalhadores do CAPS que acolheram minha presença no cotidiano da instituição.

justiça, vive parte significativa da sua existência em cárcere privado. A sua história chamou a atenção pela longa duração no cárcere, assim como também pelos desafios, tensões e embates que impedem a criação de outros territórios possíveis para o usuário¹¹⁷.

Diferente da usuária Margarida, que pode contar sobre si nas entrevistas orais, a história de Liberdade será narrada, em suma, a partir do seu prontuário, que compõe um dossiê pelos anos de vínculo com o CAPS. Entretanto, o documento está repleto de enunciados similares, denúncias e mais denúncias. E sobre Liberdade, para além do “caso clínico”, o que irrompe são breves lampejos sobre as suas histórias e subjetividades.

Sobre esses documentos, Teresa Ordorika e Alejandra Golcman (2022, p. 89) narram que:

Trabalhar com esses relatos escritos nos obriga a reconhecer as dificuldades que tem o discurso médico — uma narrativa construída a partir da racionalidade e da ordem — para dar conta de um fenômeno caracterizado pelo caos e pela irracionalidade. A tentativa de registrar a loucura por meio de um instrumento que busca estabelecer padrões estáveis interrompe o fenômeno que tenta explicar, e exerce um apagamento dela, por isso só nos permite fazer reconstruções parciais da experiência da loucura.

Em grande medida, as pesquisas historiográficas que se debruçam a narrar histórias de “vidas anônimas” são de arquivos localizados em instituições totais, no geral, manicômios e prisões. Nesse sentido, na área da história, ainda é reduzido o número de análises nos arquivos dos dispositivos substitutivos. Quando as pesquisas contemplam os sertões o quantitativo torna-se mais incipiente. Ainda são caminhos que estão sendo costurados ao passo em que encontram as suas tramas nos processos históricos que ressoam no presente.

Entretanto, com relação aos manicômios, destaco os trabalhos pioneiros do historiador Carlos Miranda que buscou enfatizar os indivíduos e as suas subjetividades a partir da lida com os prontuários do Hospital de Alienados do Recife. Dentre as suas produções voltadas para as histórias de vidas das pessoas internas na Tamarineira, destaco “*Delírios femininos*”: *vivências de mulheres internadas no Hospital de Alienados (Recife/PE, 1927-1936)* (2016). No estudo *Violências e histórias de internações de mulheres: hospital de Alienados do Recife nos anos de 1950*, de Cláudia Oliveira e Carlos Miranda (2020, p. 222) a historiadora e o historiador problematizaram a loucura a partir da análise de fragmentos de histórias de vida de

¹¹⁷ A história de Liberdade se entrecruza também com a de L.V, usuária que esteve vinculada ao CAPS II de Cajazeiras, na Paraíba, e que também teve uma vida marcada pelo cárcere privado. Para mais informações, cf.: SANTOS, Larissa Beserra dos. Os “sertões ficção”, narrativas subjetivas de usuáries/as do Centro de Atenção Psicossocial em Cajazeiras – PB. In: GALVÃO, Iapony Rodrigues (Org.). **História dos Sertões**: sujeitos e espaços. Aracaju, SE: Criação Editora; Caicó, RN: Programa de Pós-Graduação em História do CERES, 2023.

mulheres internas, evidenciando as “violências promovidas pelo hospital sob o argumento de terapêutica” diante do marcador social de gênero entrecruzado com as categorias de raça e classe também presentes na análise.

Na dissertação *Espaço, práticas médicas e institucionalização da loucura: um olhar sobre o hospital Colônia de Natal (1957-1963)* a historiadora Thaise Gabriella de Almeida Rodrigues (2023) focalizou nas análises do processo de institucionalização da loucura, mas também problematizou fragmentos de histórias de vidas de sujeitos que viveram entre os muros do hospital Colônia de Natal. Diante da incipiente produção desse campo no Rio Grande do Norte, essa pesquisa se caracteriza pelo seu pioneirismo. Nessa esteira, a pesquisa de Patrick Moraes Sepúlveda (2023) intitulada *Entre os muros da exclusão: trajetórias de alienados na cidade de Salvador (1903-1916)* problematizou a partir de distintas tipologias de fontes como periódicos, processos crimes e cíveis, a trajetória de três alienados do Asilo São João de Deus, contribuindo para as narrativas sobre as experiências dos ditos loucos.

Os estudos de uma história da loucura com uma abordagem do tempo presente estão sendo amplamente desenvolvidos pela historiadora Cláudia Oliveira que tem se debruçado a analisar os embates psiquiátricos a partir de uma “crítica interna à psiquiatria tradicional”, além de problematizar o processo de desinstitucionalização ao investigar os efeitos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, ampliando o debate histórico ao esmiuçar as ideias desses movimentos e as suas influências na experiência brasileira¹¹⁸. Já sobre os estudos prisionais no Brasil, Fernando Salla e Viviane Trindade Borges (2017) indicam que os prontuários de internos ainda são utilizados de maneira limitada, mas Salla e Borges são referências no esforço de salvaguardar as memórias das pessoas em situação carcerária.

Os fios dos tempos, por vezes, se misturam. Assim como muitos prontuários do século XIX e XX não foram salvaguardados, parte do material documental que reúno nesta pesquisa, compondo um “arquivo marginal”¹¹⁹, estão em processo de deterioração. São páginas rasgadas, rasuradas, apesar de serem papéis do século XXI. Questiono-me, o que serão de tantas histórias a contar? As vidas das pessoas comuns que tiveram as suas vidas marcadas

¹¹⁸Para mais informações sobre as pesquisas desenvolvidas, cf.: OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. A loucura e os processos de desinstitucionalização: aspectos de debates teóricos e políticos na segunda metade do século XX. **Embornal**, Revista da Associação Nacional de História – Seção Ceará, Fortaleza, v. 10, n. 19, jan./jun. 2019b; OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. Embates psiquiátricos na segunda metade do século XX – O discurso contra hegemônico da antipsiquiatria. In: 30º Simpósio Nacional de História - História e o futuro da educação no Brasil. **Anais eletrônicos**, Recife, p. 1-13, 2019c.

¹¹⁹Em referência ao conceito de “arquivos marginais” problematizado pela historiadora Viviane Trindade Borges, cf.: BORGES, Viviane. Arquivos marginais e suas trajetórias subalternas em manicômios e nas prisões. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 408-422, abr./jun. 2023.

pelo sofrimento se desdobra entre esquecimentos, vácuos, silêncios, mantendo vestígios de “passados tortuosos que não passam” (Rouso, 2016). Em *A gente combinamos de não morrer*, capítulo da obra *Olhos D’Água*, de Conceito Evaristo (2023), a narradora diz que “não morrer, nem sempre, é viver”, portanto, há histórias e vidas que correm o risco de serem aniquiladas sem ao menos as ausências serem percebidas.

Tecer os fios dessa narrativa enquanto um arquivo de memória é tarefa que me comprometo, mas sem a pretensão de suturar, capturar ou resgatar o passado de uma vida que ainda pulsa e atravessa contingências e transitoriedades – ainda que continuem a se repetir. Esses são, portanto, curtos fragmentos da vida de Liberdade que buscam romper com os silêncios históricos, sociais e historiográficos das pessoas tidas como loucas no sertão central pernambucano a partir de uma escuta atenta dos discursos, mas também dos silenciamentos.

Na ocasião de sua primeira admissão, Liberdade teve um vizinho como seu “informante principal”¹²⁰. Essa informação, que pode parecer apenas um detalhe, se apresenta enquanto uma exceção, pois nos demais prontuários lidos durante o processo de pesquisa pude identificar que os usuários e as usuárias são acompanhados, em grande medida, por mulheres: mães, esposas, irmãs, tias, cunhadas, amigas. Elas estão na linha de frente do cuidado.

A informação sobre o grau de instrução de Liberdade indica que ele estudou até a 1ª série e não consta profissão. De 2008, ano de entrada, até hoje, Liberdade não recebeu o Benefício de Prestação Continuada. A mãe recebia um benefício de 415,00 e o pai era aposentado recebendo mais “do que o mínimo”.

Naqueles anos iniciais de sua entrada no “Rasga Tristeza”, o pai de Liberdade ainda era vivo. O usuário tinha atritos com o pai e estas questões foram mencionadas em alguns trechos do prontuário. Entretanto, com o tempo, a figura paterna foi desaparecendo no decorrer desses escritos. Em determinada passagem é citada a questão do falecimento do pai. Viúva, a mãe de Liberdade, nomeada Antônia, passou então a receber a pensão do marido. Em avaliações dos últimos anos, também passou a constar no prontuário do usuário o nome do seu padrasto.

Na “queixa principal” do seu prontuário informa que Liberdade é “muito agressivo, não dorme, não se alimenta”. Na história clínica consta que ele “bate nos pais e irmão” e que as suas crises começaram há dois anos, quando teve “uma crise, caiu e espumou”.

¹²⁰ Identifiquei que os prontuários foram sofrendo alterações. O de Liberdade, por exemplo, era um dos primeiros modelos. Sendo assim, no quesito nomeado “acompanhante”, constava “informante principal” naqueles anos iniciais.

Anteriormente, Liberdade “jogava baralho, bola, vídeo-game”, mas hoje “destelha a casa e pula o muro” (Prontuário 1).

No ano que antecede a sua entrada no CAPS, Liberdade tinha sido internado por quatro meses no Hospital Psiquiátrico São Vicente. A emissão do seu Registro Geral (RG) foi realizada em 06 de julho de 2007, provavelmente sendo retirada para a sua internação em Serra Talhada, onde ele recebeu o diagnóstico de “esquizofrenia paranoide”. No prontuário do CAPS, entretanto, não encontrei nenhuma passagem de Liberdade sobre delírios ou alucinações¹²¹. Isso ocorreu com outros usuários do “Rasga Tristeza” egressos do manicômio, que não tiveram alterações nos seus diagnósticos após a chegada ao CAPS.

Os nomes dos remédios que aparecem na epígrafe que dá início ao capítulo foram retirados de um receituário de Liberdade quando ele foi internado novamente na “Clínica Psiquiátrica São Vicente”¹²². Na ocasião, a receita, datada de 2017, havia sido entregue ao CAPS, provavelmente pela família, e constava no prontuário de Liberdade.

Analizando o preenchimento das perguntas estruturais do prontuário de Liberdade, em “entrevista psiquiátrica”, por exemplo, alguns pontos se repetem, mas novos enunciados também aparecem: “Foi p/ escola M^a Bernadete, passou poucos dias ã teve paciência”; “Nunca teve relação sexual nem namorou”; “Isolado, as pessoas ã gostam dele, têm medo” (Prontuário 1).

Identifiquei que Liberdade tinha os “antecedentes familiares” mais próximos com “distúrbios psiquiátricos” – como enuncia o prontuário. Em passagens do seu dossiê, há um momento em que a própria mãe de Liberdade aparece dentro desse quadro. No “relacionamento familiar” consta que o usuário “vive com os pais e 2 irmãos (nomes e idades). Relação conflituosa. Mãe tem prob. fica zuadando, isso deixa Liberdade perturbado. Casa sem higiene (parece chiqueiro)” (Prontuário 1). Em *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, David Cooper (1973, p. 57) compartilha que as suas experiências com famílias o conduziu “a suspeitar que tanto as famílias ‘psicóticas’ e ‘neuróticas’ como as famílias ‘normais’ são, em

¹²¹Foi nos últimos dois anos que o diagnóstico de Liberdade sofreu modificação, passando para “esquizofrenia hebefrênica”, em que não há predominância de alucinações ou delírios como na esquizofrenia paranoide, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-IV. Esse subtipo de esquizofrenia, a hebefrênica, não consta mais no DSM-V, mas permanece na Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID 10). Esta é utilizada como critério de diagnóstico pelos profissionais do “Rasga Tristeza”.

¹²²Pelas recorrentes passagens em que a mãe de Liberdade solicitava a sua internação em Serra Talhada, o usuário pode ter sido internado outras vezes, sem o conhecimento e registro do CAPS no seu prontuário. Algumas dessas passagens pelo manicômio constam no seu dossiê, mas considero que elas podem não dar conta de todas às vezes que ele foi institucionalizado. Como o serviço substitutivo não referencia para os manicômios, o CAPS não necessariamente é informado desses trâmites.

nossa comunidade, caracterizadas por alto grau de alienação da realidade pessoal de cada um dos seus membros”.

No “exame mental” aponta que a sua aparência é “descuidada” e o “humor/afetividade” é “indiferente/irritável agressivo toda vida”. O pensamento é “inibido” e a linguagem é “desarticulada”. Tem “comprometimento da memória” e da “orientação pessoal”. O “juízo crítico” indica “sem noção de nada”. Sobre a sua “sensopercepção” informa que ele “conversa só, sorri. Diz que vai bater”. Em se tratando de “cognição”, ao contrário do que havia sido afirmado anteriormente, consta: “Comprometida, um pco. de noção”. E, por fim, conduta “desconfiada” (Prontuário 1).

Liberdade começou a frequentar o CAPS em 2008, entretanto, a chamada “Evolução Clínica” esteve comprometida até o presente. Em 29 de agosto de 2008, há o seguinte relato sobre a abordagem direcionada para ele: “Usuário admitido nesse serviço para tratamento especializado, tendo passagens por hospital psiquiátrico. Não fala, disperso, nenhuma socialização. Necessitará de uma abordagem individualizada” (Prontuário 1).

Os serviços substitutivos, por recomendações do Ministério da Saúde, devem priorizar as atividades em grupo. Entretanto, durante os relatos analisados no prontuário, as dificuldades do serviço na inclusão de Liberdade nas atividades coletivas tornam-se permanentes. Por outro lado, no Projeto Terapêutico Singular feito para Liberdade, não identifiquei, para além das visitas domiciliares e recebimento de medicação, quais foram as abordagens individualizadas nesses dezesseis anos, desde que Liberdade foi admitido no serviço. Outro ponto que destaco é sobre o termo “usuário” que é amplamente utilizado no prontuário para se referir a Liberdade e também a Margarida, mas nas entrevistas orais a palavra “paciente” era comumente utilizada pelos trabalhadores da saúde ao invés da maneira requerida pela luta antimanicomial, soando, portanto, com divergências ao que era enunciado nas fontes orais.

No dia 05 de setembro de 2008, consta que o usuário estava “com aparência higienizada, impaciente, inquieto. Conduta inadequada em grupo (colocou o pênis p/ fora), foi abordado, tendo acatado a interferência do técnico” (Prontuário 1). Em outros prontuários lidos a questão da libido é mencionada, sobretudo nos prontuários masculinos. A experiência da loucura para homens e mulheres é, portanto, socialmente diferente.

As questões relativas ao futebol são chamativas para Liberdade. Em uma determinada ocasião, no cotidiano da instituição, um trabalhador da saúde compartilhou que Liberdade chegou a jogar bola no CAPS. Na ocasião, mencionou que poderiam organizar uma atividade no CAPS e entregar uma bola ao usuário para ver como ele reagiria. Pelo espaço que a

instituição dispõe, considero que essa seria uma atividade que poderia ser oportunizada aos usuários e as usuárias. Entretanto, por que não está sendo realizada? Para além do que já foi apresentado, o que impede os profissionais de aplicarem atividades que não demandam de grandes recursos no cotidiano da instituição?

Ao final de setembro, há o seguinte relato:

Chegou ao serviço sonolento e passou maior parte do tempo cochilando, depois assistindo televisão, vai até o grupo, observa, mas não permanece. Qdo abordado, responde c/ discurso confuso. Diz que qdo jogava bola, era atacante. Reforço vínculo (Prontuário 1).

Em 21 de outubro de 2008 é descrito que o “Usuário participou do grupo de TO c/ dificuldades de tolerância, integração grupal, continua c/ risos desmotivados e aparência comprometida, estímulo vínculo e oriento AVD’S” (Prontuário 1). As Atividades de Vida Diária são orientações recorrentes para Liberdade. Em 09 de dezembro de 2008, uma trabalhadora da saúde conversou com Antônia sobre matriculá-lo em escola da rede pública, porém “a mesma fica pensativa” (Prontuário 1). No seu prontuário, não há menções sobre Liberdade estar estudando.

Nos relatos do ano de 2009, há variadas menções de “conduta inadequada”, “sem limites” e “pueril”. Em 15 de setembro de 2009, consta: “Usuário com aparência comprometida, agitado, inquieto, solilóquio. Não conseguiu participar da oficina de biscoito, devido dificuldade de concentração e baixa capacidade de realização” (Prontuário 1). Em 01 de outubro de 2009, há o seguinte: “Não participou da oficina de produção, não consegue permanecer no grupo e estabelecer vínculos com outros” (Prontuário 1). Os enunciados se repetem frequentemente e de tão semelhantes a outros já lidos durante as análises e transcrições que, por muitas vezes, realizei múltiplas leituras das mesmas partes do documento a fim de averiguar que se tratava mesmo de contextos diferentes.

Em 11 de novembro de 2009, indica que o usuário “Participou do Gr. Viver Bem c/ atenção dispersa, agitação psicomotora, diz que apresenta agonia na cabeça e impaciência, mas responde positivamente qdo. abordado. Recortou a figura de um jogo de futebol p/ colar na atividade” (Prontuário 1). Em 10 de fevereiro de 2010, consta: “Usuário logorreico, pueril, sem limites, risos imotivados, inadequado. Necessita de uma abordagem individualizada, uma vez que não adere aos grupos terapêuticos. Caso será discutido em reunião de equipe”. (Prontuário 1). O “caso” clínico que aqui é mapeado enquanto uma “experiência” social passou a ser uma constante nas reuniões da equipe até hoje.

Em 24 de março de 2010, há o seguinte relato: “Usuário inquieto, pornofônico, inadequado, abordado! Não aceita limites. Não consegue aderir ao tratamento proposto, objetivando sua integração no grupo terapêutico. Discutiremos caso em reunião de equipe” (Prontuário 1). Dois dias após, o discurso é de que o usuário está menos inquieto “capaz de colaborar com o grupo de modo espontâneo. Ainda permanece com risos imotivados. Quadro oscila bastante. Abordo individualmente, mas ele não consegue se expressar. Segue abordagem” (Prontuário 1).

Em 07 de abril de 2010, há um dos poucos relatos de Liberdade intermediado pela narrativa dos trabalhadores da saúde: “relata que seu pai o discrimina, porque não deixa ele sair de casa. Oriento a conquistar a confiança do pai aos poucos, retornando logo p/ casa para não deixá-lo preocupado”. No mês seguinte, em 14 de maio de 2010, o usuário apresentava “sintomas de impregnação” e o profissional indica que o caso será comunicado ao novo médico assistente.

Em 05 de janeiro de 2011, está descrito que o usuário: “Compareceu ao CAPS usando o tênis novo que ganhou do CAPS na festa de Natal”. Essa é uma das festividades que fazem parte das atividades da instituição, mas, por vezes, deixam de ser realizadas pela “crise” do “Rasga Tristeza”. Após a pandemia esses momentos têm retornado. No final de 2022, por exemplo, ocorreu uma comemoração de Natal em que os usuários receberam presentes. Essas atividades são mencionadas com afeto pela usuária Margarida em uma das nossas entrevistas.

Em 10 de fevereiro de 2011, foi realizada uma visita domiciliar:

[...] o usuário estava dormindo num espaço reservado em parte da casa no ambiente existe apenas uma cama e uma rede, segundo a (mãe) permanece trancado a maior parte do tempo ‘para sua segurança’. Os demais familiares residem em espaços exteriores, construídos no entorno da casa. As condições de higiene são completamente inadequadas, bem como a situação socio-econômica indicativa de extrema exclusão social. Os arranjos familiares aparentemente demonstram acomodação as situações vivenciadas. Temos conhecimento com base em nossas experiências anteriores que a família já foi atendida pelo CREAS municipal e CRAS 2 Riachinho este último será novamente acionado pela equipe CAPS.

A partir de então, os relatos sobre as opressões sofridas por Liberdade se aprofundavam. Em se tratando da inserção escolar, foi abordada novamente em 13 de julho de 2011, porém sem retorno.

Em 10 de agosto de 2012, consta: “Usuário compareceu ao serviço mantendo conduta, sem adesão ao grupo, porém passou algumas vezes pela atividade de horta. Aparência descuidada”. Já no dia 18 de janeiro de 2013, indica que o “Usuário compareceu ao serviço,

relatou que estava “nervoso”, não participou do grupo. Sem concentração e tolerância, ao final fugiu pulando o muro do CAPS, informamos a família” (Prontuário 1). No mês de abril a questão foi novamente levada para a reunião técnica.

A situação do “cárcere privado” passa a aparecer veementemente nos relatos sobre Liberdade. Em 04 de outubro de 2013, há o seguinte relato:

Usuário compareceu ao serviço de saúde (CAPS) em condições precárias de higiene, magro e descompensado quanto ao estado de saúde mental. Sendo auxiliado neste serviço na realização de sua higiene pessoal, participou de grupo e almoçou aqui no serviço. Realizamos visita domiciliar a tarde, onde verificamos a presença de muitos comprimidos em uma sacola, ou seja, ingestão inadequada da medicação, negligência, cárcere privado e condições de higiene precárias no local de moradia do usuário. Prestemos a devida orientação quanto a tomada adequada da medicação, necessidade de higienização, cuidados com o usuário e ilegalidade de cárcere privado. Realizaremos posteriormente nova visita para verificar se as condições de cuidados ao usuário melhoraram (Prontuário 1).

Depois disso, os relatos são mais escassos, pois Liberdade passou a receber as visitas domiciliares mensais para tomar o Haldol e ter o seu “caso clínico” avaliado. Em 26 de junho de 2014, a mãe foi ao CAPS dizer que o usuário havia “fugido”, sendo encontrado próximo a Verdejante. A mãe dele disse que não aguenta mais a situação e compartilhou com a profissional que estava doente. Em 2015, os relatos de cárcere são constantes no retorno das visitas domiciliares, sendo raros os momentos que Liberdade apareceu no CAPS para tomar medicação. As visitas domiciliares continuaram, cessando nos momentos em que o contato foi sendo perdido pelas internações/fugas.

Em 30 de agosto de 2016, a mãe de Liberdade compareceu ao CAPS solicitando encaminhamento do usuário ao Hospital Psiquiátrico São Vicente. A profissional orienta a internação no HRIS, mas a mãe sinaliza que está “velha e cansada” (sic) e precisa de tratamento “porque está com uma doença [...]” (sic) (Prontuário 1). Poucos dias depois, em 01 de setembro de 2016, a técnica de enfermagem do CAPS informou ao demais profissionais que Antônia o levou para internação em Serra Talhada. Em 25 de agosto de 2017, a irmã de Liberdade informou que o irmão estava internado em Serra “porque a mãe está cansada, idosa, não aguenta mais cuidar dele” (sic) (Prontuário 1).

Ou seja, há um prolongado distanciamento do usuário do CAPS. Somente em meados de 2018 o usuário retorna ao CAPS, mas estabelecendo vínculos também restritos às visitas domiciliares e ao recebimento dos medicamentos. Cooper (1973, p. 38) diz que “no hospital psiquiátrico, a sociedade produziu, com infalível habilidade, uma estrutura social que, sob

muitos aspectos, repete as peculiaridades enlouquecedoras da família do paciente”. Ao passo que Liberdade não aderiu aos grupos terapêuticos no “Rasga Tristeza” e vivia fugindo de casa, a mãe insatisfeita internava o filho no manicômio. Liberdade retornava cronificado pelos “artifícios manicomiais” que tinham continuidade em casa, no cárcere privado. Segundo Fanon (2020a, p. 95)

Com o hospital psiquiátrico, é forte a tendência da família a se desengajar e a excluir o paciente. E, é claro, embora a rejeição familiar se dirija inicialmente à patologia, à doença, não viveria o doente essa decisão como uma verdadeira condenação de sua essência, de sua verdade? Ao rejeitar a patologia, ao se demarcar em relação à doença, a família declara não reconhecer essa excrescência. Ela decide ignorar um de seus membros e o interna. E, assim, a unidade familiar se vê rompida. [...] E se a família, em sua resposta decisiva, dá a entender ao enfermo que não o identifica mais, que não o reconhece mais, que comunga de uma essência fundamentalmente distinta dele, tantas são as desintegrações possíveis e incontáveis as pontes abertas a fantasmas e regressões!

Em *Espantando Cem anos de solidão: um caso de paranoia atendido em um CAPS III*, os autores Bruno Emerich e Onocko-Campos (2019, p. 232) relatam a experiência de Aureliano “usuário que não vinha ao serviço (ao mesmo tempo que o Caps não ia até ele) há cerca de quatro meses. O tratamento ficara limitado à medicação, que era retirada do Caps uma vez ao mês, por uma das familiares”. Os profissionais, então, repensaram o:

Arranjo ‘técnico de referência’, de modo que evitasse a responsabilização solitária do profissional ou dupla responsável pelo caso (os ‘donos do caso’) e também a pulverização de ações sem algum gerenciamento ou articulação por parte de qualquer responsável (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 233).

Portanto, foram criadas possibilidades de olhar para Aureliano na sua experiência de sofrimento relacionada à paranoia na dialética do cuidado e desvio da conformação da equipe naquele momento. Nesse sentido, entrou em cena outro profissional, o psicólogo, que foi até a casa do usuário e o encontrou recluso ao quarto. Aureliano não queria sair, então o profissional continuou indo até ele. Aos poucos, o profissional ganhava a confiança de Aureliano, até que o usuário se dispôs a ir ao CAPS, mas no começo ele se restringia apenas aos leitos. Em seguida, começou a circular pelo muro do CAPS, acompanhado pelo profissional que se fazia presente mesmo nos momentos de silêncio. O vínculo estava sendo tecido ali, entre o terapeuta e o usuário. Aureliano passou a interagir verbalmente com o psicólogo e a sua experiência foi sendo contornada à medida que ele também iniciou a sua participação nas atividades cotidianas da instituição. Foi preciso uma mobilização de outros

membros da equipe, com a finalidade de não restringir as questões de Aureliano apenas aos técnicos de referência e fazer com que o usuário tivesse uma experiência de confiança nas suas relações sociais, para a criação de novos territórios.

A história de Liberdade é conhecida pelos profissionais, apesar do fluxo de entradas e saídas dos trabalhadores da saúde, porque a questão se repete no tempo e é posta nas reuniões desde a sua entrada. Liberdade já foi assistido por diferentes técnicos de referência. Partindo da narrativa sobre Aureliano, considero que a implicação de novos membros da equipe seria urgente, e não somente, sendo necessário acionar os responsáveis estaduais, a SES-PE/GASAM, como preconiza a Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco (2018) nas situações em que os serviços substitutivos juntamente às suas gerências regionais não obtêm êxito.

As tentativas dos profissionais em resolver o problema do cárcere, sem sucesso, também recai na própria saúde dos trabalhadores, pois:

As relações páticas, o corpo a corpo, aquilo que constitui a matéria ou as relações afetivas ou de força entre cuidadores e cuidados provoca uma implicação (consciente e inconsciente). Eles se confundem, mas para poder cuidar é preciso separar-se (Lancetti, 2010, p. 93).

Fundamentando-se na perspectiva de Deleuze e Guattari, do território enquanto uma primeira distância do outro, Antonio Lancetti (2010, p. 93) complementa: “separar-se não somente para não sucumbir, mas para, no processo de afecção e separação, motivar ou produzir territórios existenciais com potência de transformação de subjetividades”.

Como se encontra a saúde de quem cuida para a criação de novas estradas? “O cuidado é um motor, mas precisa se agenciar com outros componentes da produção de subjetividade, com arte, trabalho, produção de direitos... para produzir, no sentido pleno, novos territórios” (Lancetti, 2010, p. 96). Os profissionais necessitam de supervisão, acompanhamento assíduo e apoio da secretaria municipal, o que não ocorreu, sobretudo nos últimos anos. Quando enfrenta a ausência de recursos básicos para o seu funcionamento, o serviço atua com dificuldades e isso implica na experiência de toda a equipe: os trabalhadores, usuários e seus familiares.

Partindo das reflexões de Lancetti (2010), me pergunto em que momento a merda existencial em que Liberdade está imerso será limpada de vez? O cárcere privado é uma das formas mais antigas de manicômio que insistem em se atualizar. Essa não é uma questão para se resolver apenas na esfera individual, mas no âmbito do Estado.

Lancetti (2010, p. 92) compartilha que:

Cuidar de pessoas com grave sofrimento psíquico que foram subjetivados pela instituição psiquiátrica asilar é, usando uma expressão brasileira, meter as mãos e o corpo na merda. Mas é também, como mostra o desenvolvimento da vida dessas moradias, um triunfo do cuidado.

Nesse cenário, Lancetti (2010) contou sobre uma ida ao cinema de moradores de uma residência terapêutica em que um dos moradores acabou defecando no cinema e todos tiveram que ir embora. Mas, voltaram ao cinema em outro momento e o acontecimento anterior não se repetiu. Aqui, o cuidado triunfa. Entrecruzando com as narrativas sobre Liberdade, identifiquei recorrentes passagens escritas pelas trabalhadoras da saúde, de modo geral, mencionando que Liberdade havia chegado ao CAPS sujo de urina e fezes e que deram banho e trocaram a sua roupa – quando o usuário permitia. No entanto, o cuidado não triunfa quando Liberdade está sendo mantido em cárcere, tendo a sua autonomia e dignidade atacadas.

Do final de 2018 em diante há novos relatos somente em 17 de maio de 2019, quando Liberdade:

Compareceu ao CAPS c/ higiene precária, odor fétido de urina, agitação psicomotora, discurso confuso, desconexo, mas responde algumas abordagens. Foi levado p/ tomar banho e auxiliado em sua higiene pessoal, depois pediu p/ realizar desenho, ao concluir foi lanchar. Reforço vínculo terapêutico e oriento retorno ao CAPS (Prontuário 1).

Em 28 de junho de 2019 ele passou por reavaliação. Nesse momento, a mãe está como a acompanhante. No “breve histórico clínico”, não mais “história clínica”, consta: “Vem ao CAPS trazido pela mãe, que relata ter acabado a medicação e que mantém ele em cárcere privado p/ evitar que ele saia perambulando pela rua”. Cooper (1973, p. 43) narra que “sintomas esquizofrênicos são virtualmente todos os que tornam a família insuportavelmente ansiosa em relação às tímidas tentativas independentes de um dos seus rebentos”.

Em 28 de fevereiro de 2020, Antônia vai ao CAPS para solicitar encaminhamento ao hospital de Serra Talhada novamente, mas os profissionais explicaram como funciona, indicando que o levasse para o HRIS. Em 15 de maio de 2020, uma nova conversa informa a preocupação da mãe em “interná-lo numa clínica para ele dá sossego”, pois, segundo ela, Liberdade “tem que viver trancado, porque ele fica querendo fugir para rua” (Prontuário 1). No dia 10 de agosto de 2020, há o relato de que: “a mãe de Liberdade veio ao CAPS para se queixar das visitas domiciliares UBS e CAPS, que quem quiser que vá tomar conta do usuário, que faz o que pode. A oriento dos cuidados de higiene, alimentação, medicação” (Prontuário 1).

Antes de um novo afastamento, foi realizada uma visita domiciliar em 02 de agosto de 2020 em que encontraram Liberdade “dentro de um quarto com grades, mãe relata que por conta do coronavírus o está trancando p/ proteção, já que o mesmo não tem noções de higiene e cuidado” (Prontuário 1). Entretanto, o seu encarceramento se deu anos antes do cenário pandêmico.

Esses movimentos de “abandono”, “readmissão” e “reavaliação” tornaram-se constantes. A questão do cárcere privado foi enviada ao Ministério Público de Pernambuco: o CAPS enviou uma cópia do prontuário do usuário e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) enviaram relatórios incorporando uma série de denúncias. Até o momento, a mãe de Liberdade não foi condenada pela justiça e continua com a tutela do filho. Pela oralidade, profissionais da saúde que têm proximidade com a história de Liberdade relataram que a mãe tem dificuldade em cuidar de si mesma e se autonegligencia. Isso se estende para outros membros da família. Atualmente, ela está enfrentando uma doença, em estágio terminal. Sobre os rumos que a história de Liberdade irá tomar, ainda não sabemos.

Pelo cárcere e resistência da sua tutora, os contatos que tive com Liberdade foram limitados. Recordo ainda de tê-lo encontrado na instituição durante as minhas primeiras idas ao “Rasga Tristeza”. Entretanto, só o vi novamente anos depois, quando participei de uma visita domiciliar a Liberdade, em março de 2023. Na ocasião, acompanhei a visita realizada por duas profissionais da saúde, enfermeira e assistente social, que foram verificar a situação do usuário¹²³. Naquele momento, fui atravessada pelo que havia lido durante os dias de transcrição do seu prontuário: a negligência, o abandono, os maus tratos e o cárcere.

Chegando em frente a casa da mãe de Liberdade, as profissionais bateram na porta. Entretanto, ela não queria recebê-las, deixando a porta entreaberta enquanto falava. Somente após a intermediação do seu companheiro que pediu para que ela abrisse a casa para a nossa visita, Antônia aceitou. Ele ficava em outra casa, nas proximidades. A mãe de Liberdade não quis entrar no carro do CAPS para ir até a casa em que Liberdade estava. Chegamos pouco antes dela. Da calçada do imóvel em que Liberdade estava e onde esperávamos, dava para ouvir a mãe dele entrando na rua aos gritos ameaçando chamar a polícia, alegando não ter obrigação de receber essas visitas.

Depois de Antônia abrir o portão da casa em que ele se encontrava encarcerado, as duas profissionais entraram e eu as acompanhei. Percebi que elas não se dirigiram para a porta

¹²³ As visitas domiciliares são parte das atividades do serviço, sendo destinadas principalmente aos usuários que têm dificuldades em ir até o CAPS.

que dava acesso a sala da casa, mas foram em direção ao muro, caminhando pela lateral esquerda da casa. Eu as acompanhei nesse percurso.

Liberdade estava encarcerado em um quarto dos fundos do imóvel. O quarto não tinha uma das paredes, pois foi toda substituída por uma grade, semelhante a uma cela. Assim, não era preciso entrar na casa para encontrá-lo, pois ele estava exposto ao ambiente externo da casa, entre as laterais e o muro. Não consegui visualizar se ele tinha acesso ao restante do imóvel, mas parecia haver uma parede impedindo, o restringindo a um pequeno quadrado de uma casa extensa. No muro também foi possível enxergar que lado a lado com o quarto em que Liberdade estava existia um banheiro, mas provavelmente ele não conseguia acesso ao banheiro. Não havia iluminação, Liberdade estava trancado em um quarto escuro, sem acesso ao mundo, pagando com a própria vida.

As profissionais falaram brevemente com Liberdade, na tentativa de saber como ele estava, se havia se alimentado e se queria ir ao CAPS. Liberdade estava deitado em um pedaço de colchão rasgado. Quando chegamos ele foi se levantando e ficou inquieto com o rompimento do silêncio com os gritos da mãe dizendo que ele não podia sair dali. Ele repetia o que escutava do discurso da mãe em relação ao “Rasga Tristeza”, falando “CAPS não”.

Nesse mesmo dia, a assistente social pediu o comprometimento da mãe do usuário para levar Liberdade a uma consulta com o psiquiatra do CAPS. Ela informou que o carro passaria para buscá-lo e destacou o horário do atendimento. No dia 15 de abril de 2023, outras duas profissionais acompanharam o motorista até a casa em que o usuário se encontrava encarcerado. Liberdade e a mãe foram levados até o CAPS para a consulta.

Assim que retornávamos à instituição após as demais visitas domiciliares planejadas pelas profissionais para aquela manhã, avistamos a mãe de Liberdade chegando ao serviço e fazendo ameaças às trabalhadoras ao dizer que iria à rádio para denunciar o CAPS. A mãe do usuário parecia não aceitar o vínculo com o CAPS, dizendo repetidamente que só precisava dos remédios que “doutor Fábio” passava e que essas visitas não eram necessárias, pois não resolviam nada.

Por muitas vezes, encontrei relatos de que o CAPS acionou o CREAS e o CRAS. Entretanto, o diálogo encontra entraves entre os pontos da RAPS, não ocorrendo o processo de referência e contra-referência de maneira satisfatória, pois os serviços falham na resolutividade do problema. Recorrentemente, o CAPS elabora ofícios relatando sobre a situação.

Com o novo cenário político e as articulações da VII GERES e da Coordenação de Saúde Mental para habilitar o CAPS I “Rasga Tristeza” para II, objetivando ampliar os

recursos para melhoria do atendimento à população, como a instituição vai caminhar diante das dificuldades que ainda nos dão pistas dos anos anteriores de crise? Como as práticas institucionais vão incidir na vida de Liberdade? Os questionamentos feitos sobre a trajetória do usuário continuará a nos interpelar até quando?

A última vez que encontrei Liberdade foi na consulta médica que havia sido marcada nessa última visita domiciliar. Liberdade repetia “ir pra casa” durante a consulta. Quando perguntado se ainda batia na mãe, ele olhou para ela e disse “bato não” e gesticulou com o dedo em negação. Ela consentiu dizendo que ele não fazia mais isso.

Liberdade estava com o short molhado de urina. A blusa que ele usava era do seu time do futebol do coração. Consegui direcionar uma pergunta para ele naquele momento, desviando o foco da mãe que se adiantava para responder às questões feitas: “Liberdade, qual time você torce?” Ele pareceu gostar da pergunta, lançou um tímido sorriso para mim e respondeu: “São Paulo”.

Havia encontrado esses relatos de cárcere repetidas vezes, os profissionais descrevendo a situação calamitosa de Liberdade e a necessidade de retirá-lo da tutela da mãe. Durante os momentos de transcrição do seu prontuário, lembrava-me com frequência da seguinte passagem de Lima Barreto (2017, p. 25): “Pela primeira vez, fundamentalmente, eu senti a desgraça e o desgraçado. Tinha perdido toda a proteção social, todo o direito sobre o meu corpo, era assim como um cadáver de anfiteatro de anatomia”.

As pessoas consideradas loucas ainda têm suas vidas marcadas pela exclusão da paisagem urbana, pelo julgamento do júzo crítico prejudicado e sequestro dos corpos para os lugares socialmente destinados aos doidos: o manicômio, o cárcere privado, a violência. Essa é a experiência de Liberdade.

4.2 Margarida

Poucos dias após o aniversário de Margarida, realizamos uma conversa que foi gravada e, posteriormente, transcrita. Três meses após esse momento, papeamos novamente. As entrevistas foram concedidas pela usuária que desejou que a sua história fosse contada, apesar dela mesma dizer que todos na cidade a conheciam pela sua trajetória no que diz respeito à saúde mental¹²⁴.

¹²⁴Entrevistas realizadas nos dias 03 de abril e 31 de julho de 2023.

As linhas da história de Margarida foram costuradas a partir de uma cocriação: historiadora e entrevistada, na compreensão das fontes orais enquanto documentos elaborados em um processo dialógico. Segundo Portelli (2016), a entrevista é literalmente uma “troca de olhares”.

Por cerca de dois anos, acompanhei passagens de Margarida pelo “Rasga Tristeza”. Recebida na Câmara de Vereadores, nos bares e festas da sua comunidade, na Igreja católica e evangélica, nos eventos sobre saúde a convite do CAPS, no Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Margarida circula pela cidade, diferente de Liberdade, passarinho engaiolado.

Presenciei uma de suas falas em evento significativo da saúde mental do município. Também pude acompanhá-la em uma das suas consultas médicas, após o consentimento prévio da usuária e do profissional que a atendeu. Em 2022, ocorreu uma atividade de plantação de mudas no terreno do CAPS, proposto por uma enfermeira que visitava o serviço. Na ocasião, Margarida chamou atenção pela sua força ao cavar o buraco em uma parte rígida do terreno do “Rasga Tristeza”. Eu também estava na atividade, mas, ao contrário de Margarida, precisei de ajuda para perfurar o chão com a enxada. Ela aparentava ter alguma intimidade com a terra. Posteriormente, localizei essa questão no seu prontuário sendo mencionada, em 2014, pelo profissional oficinairo. No seu relato, o trabalhador escreveu sobre o interesse de Margarida pela horta, uma oficina composta por atividades relativas ao plantio.

Também tive a oportunidade de conhecer a mãe de Margarida, que chamarei de Elizabeth. Na ocasião, compartilhei sobre o convite que fiz a Margarida para participação voluntária na pesquisa com a finalidade de contar a sua história. Prontamente, Elizabeth demonstrou o interesse de participação da filha nas atividades que ocorrem na comunidade. Na continuidade da conversa, ela relatou das dificuldades iniciais do adoecimento de Margarida, das relações de ambas com o CAPS, do contexto familiar e de sua atual rotina com Margarida que vive com um irmão que, naquele momento, estava internado nos leitos de saúde mental do HRIS. Na ocasião, a mãe de Margarida tinha ido ao “Rasga Tristeza” para se informar sobre o processo atual de inserção do filho no serviço¹²⁵. Pela delicadeza da situação, essa conversa não foi gravada.

Nos dias anteriores a primeira entrevista com Margarida, estava ansiosa para escutá-la. Li e refiz questões norteadoras para a nossa conversa, elaboradas conforme as fontes escritas e orais que havia manuseado até aquele momento, entretanto, sem perder de vista a metodologia

¹²⁵O irmão de Margarida já era usuário do CAPS, mas não manteve os vínculos.

da história oral “como uma instigante tarefa que adentra universos desconhecidos, de modo algum engessada em questionários, modelos de análise e regras estabelecidas a priori” (Guimarães Neto, 2012, p. 109).

Após a sua chegada ao CAPS, nos encaminhamos para uma das salas da instituição que foi disponibilizada para a realização da entrevista com a devida privacidade. Sentamos uma de frente para a outra. Os gravadores físicos estavam a postos. Caneta e papel sob a mesa também.

Para darmos início a conversa, pedi para Margarida se apresentar e contar um pouco dela. A primeira questão descrita foi sobre o seu adoecimento e da chegada ao CAPS. Ela relatou: “meus olhos viviam pra cima”, enquanto tentava demonstrar como era. E Margarida complementou: “eu saí de dentro [do CAPS] correndo”. Perguntei o motivo e ela comentou que teve medo, pois desconhecia a instituição.

Questionei-me de onde vinha esse medo: era mesmo do desconhecido ou de discursos que Margarida tinha escutado sobre esses espaços, tendo em vista que os enunciados sobre o CAPS ser um “lugar de doido” ainda são manifestados? No momento, perguntei se ela tinha sofrido internação em manicômio e ela respondeu que não, mas disse que havia passado pelo HRIS posteriormente à vinculação com o CAPS. Sobre essa experiência ela relatou: “Daqui [do CAPS] eu fui piorando, aí fui pro Regional. Me amarraram lá! Aí eu disse pra nunca mais. Disse desse jeito e vou cumprir, pra eu ser amarrada não! [ênfase]” (03 de abril de 2023). E como você se sentiu passando por isso, lhe perguntei. Ela respondeu, com forte pesar na voz: “Bom, agora eu tô boa, né?” (03 de abril de 2023).

Na segunda entrevista que realizamos, três meses depois, ela disse que não recordava se a internação tinha ocorrido antes ou depois da sua vinculação com o CAPS. Na obra *Os afogados e os sobreviventes*, o escritor Primo Levi (2016, p. 97), sobrevivente do campo de concentração de Auschwitz-birkenau, diz que “a evocação de histórias de sofrimento podem propiciar novos sofrimentos e/ou até acarretar em distorções de memória que se orientam para uma verdade de conveniência”.

Na folha que dá início ao seu prontuário, consta que ela era egressa do HRIS. Portanto, foi somente após a sua internação nos leitos de saúde mental que Margarida foi encaminhada ao CAPS. Em outro momento, para além da entrevista, Margarida comentou que havia sido internada por três vezes no “Regional”. Em se tratando da questão dos olhos foi mencionada no seu prontuário, mas apenas em avaliação recente datada de 2019.

Margarida chegou ao CAPS em abril de 2014, com 22 anos. Elizabeth contou que a filha estava com perda severa de peso e que “vivia caindo pelo chão”. Nessa época, o seu

diagnóstico constava enquanto CID 10 F.20 esquizofrenia. Recentemente, em novas avaliações, esse diagnóstico aparece seguido também da CID 10 F.30 bipolaridade (ambos seguidos de interrogações). Nas conversas entre os profissionais, compreendi que esse último seria o diagnóstico mais assertivo dado pelos trabalhadores da saúde.

Nas entrevistas com Cida e Amaranta, as trabalhadoras relataram que, nos anos iniciais, o CAPS acabava por repetir os diagnósticos dos usuários que chegavam egressos dos hospitais psiquiátricos. Porém, as entrevistadas destacaram que isso foi sendo modificado a partir da compreensão de que qualquer desvio da norma era diagnosticado como esquizofrenia e que os manicômios diagnosticavam com o intuito de institucionalizar. Segundo as mesmas profissionais, o tema foi debate promovido pela GASAM/SES-PE com a finalidade de que os profissionais atuassem de maneira crítica diante das informações que chegavam dos manicômios.

Essa não foi a experiência de Margarida, que teve vinculações iniciais com um dos componentes da RAPS que são os leitos de saúde mental do HRIS. Entretanto, conforme a política estadual de saúde mental de Pernambuco, devemos:

Considerar a internação como último recurso, e apenas, após esgotadas todas as intervenções territoriais, como instrumento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e não como resposta a uma situação específica, priorizando os serviços 24h da rede substitutiva (Pernambuco, 2008, p. 37).

Em 01 de outubro de 2014, já inserida no CAPS, foi realizada uma visita domiciliar a usuária, que foi encontrada restrita ao leito, em isolamento social, com inapetência, hostil à abordagem, sendo encaminhada aos leitos do HRIS. Com Margarida, as experiências das internações deixaram marcas: medo, ressentimento e tristeza. No esforço de nunca mais ser internada nos leitos de saúde mental, ela fez uma promessa de fé consigo mesma.

Na primeira folha do seu prontuário, em “queixa principal”, está escrito que ela “ouve voz dizendo que vai morrer, desconfiada” (Prontuário 2). Já na “histórica clínica” consta que Margarida:

Está c/ melhora da insônia, da inapetência e do isolamento. Discurso coerente, pensamento mais organizado. Passou mais ou menos 10 dias internada nos leitos do HRIS, estava c/ delírios persecutórios, não se alimentava, achava que ‘estava morta, não precisava comer’ (sic). Sente como se tivessem lhe beliscando ou ‘enfia uma agulha’ (sic) (Prontuário 2).

Na data de sua entrada no “Rasga Tristeza” essas informações já constavam, tendo sido repassada tanto pela própria usuária e a sua acompanhante, Elizabeth, quanto pelos trabalhadores da saúde do Hospital Regional Inácio de Sá, na atuação de rede entre os pontos da RAPS¹²⁶. No trecho sobre sentir como se estivessem lhe beliscando ou “enfiando uma agulha”, lembrei-me de uma mulher que ficou conhecida em Salgueiro como “Maria da Agulha”, pois ela dizia sempre: “engoli uma agulha”. A sua história foi mencionada pelas “contadoras de memórias” durante as entrevistas de história oral.

No dia seguinte a sua entrada no “Rasga Tristeza”, há o registro de que Margarida: “Participou do grupo com conduta adequada. Aparência higienizada, robotizada, lentificada, relata alucinação visual e auditiva e desejo de ficar bem” (Prontuário 2). Há passagens repetidas com queixas de “esmorecimento e sono” (sic). No mês seguinte, no dia 09 de maio de 2014, consta que ela estava “[...] ainda c/ muitos tremores (reações extrapiramidais)”. Esses tremores são relatados por Margarida durante a nossa primeira entrevista. Com preocupação ela contou gesticulando que as pernas e os braços viviam se mexendo. Isso também se apresenta em outras passagens do seu prontuário.

Ao final desse mesmo mês, ela não conseguiu ir ao CAPS “[...] porque teve que ficar c/ as crianças em casa” (Prontuário 2). Nas entrevistas, Margarida mencionou sobre os seus sobrinhas e sobrinhas, falando que já cuidou deles muitas vezes. Sobre a maternidade, ela compartilhou que só teria filhos se tivesse um emprego, pois o marido iria embora e ela ficaria sozinha sem ter como manter a casa e as crianças. A experiência de sofrimento está atravessada pelas questões de gênero e classe que marcam na pele às vivências de Margarida, mas não sem levantar resistências de sua parte.

A sua mãe contou que a filha “é esperta, não quer saber de namorar”. Margarida, entretanto, revelou-me que a mãe diz isso por não saber o motivo dela não querer namorar. Disse, portanto, que era pelo medo da transmissão da sua doença que se dá nas trocas, no beijo, pela saliva. Na genealogia da loucura, Foucault (2014b) narra que a loucura era herdeira da lepra, ambas vistas socialmente enquanto contagiosas. No prontuário inicial de Margarida, de 2014, constava que ela nunca havia namorado. Entretanto, de lá para cá, Margarida me disse que namorou, mas destacou que logo terminou, porque ele queria bater nela (03 de abril de 2023). Sobre esses problemas, Margarida também relatou que tinha um usuário no CAPS que a perseguiu. Ela contou:

¹²⁶ Há trabalhadores do CAPS que também atuam nos leitos de saúde mental do HRIS, mas como há um fluxo de entradas e saídas dos trabalhadores do “Rasga Tristeza” esses laços vão sendo alterados. Então, por vezes, a depender dessas relações, o diálogo se faz mais ativo entre ambas as instituições.

Ele ficava só me atentando, atentando, atentando, direto dizendo: “vamo casa comigo, Margarida, vamo casa comigo, Margarida. Eu não vou casar, eu não vou casar é com ninguém!” [...] Até na Câmara [de Vereadores] mesmo ele já foi lá, insistindo. Eu dei um soco no nariz dele. [...] Ele é do CAPS, mas parece que nunca mais veio aqui não (31 de julho de 2023).

Portanto, diferente da relação que Liberdade teve nesse quesito, Margarida sentiu fortes opressões diante das importunações vindas de alguns usuários do CAPS que forçavam contato com ela ou até mesmo que mostravam os órgãos genitais durante as atividades. Em um prontuário de outra usuária, também li relatos que mencionavam essas situações que invadiam o território das mulheres, gerando inseguranças/desconfortos.

Ao perguntar sobre os preconceitos que Margarida sofreu, ela quase não fez menções. Recordou somente de duas situações. A primeira foi de uma vizinha que lhe chamou de doida e que quis partir para cima dela. A segunda foi quando ela necessitou pedir água a um vizinho, pois na casa dela estava sem água para beber, mas a abordagem do homem foi hostil, dizendo que lhe daria água sanitária. Margarida recebeu essas palavras com dor e respondeu dizendo para ele mesmo tomar. Entretanto, identifiquei no seu prontuário outras violências, de racismo e aporofobia, mas Margarida disse não recordar de outras “discriminações”. Em *Foucault*, um livro de seis ensaios que analisa o pensamento foucaultiano, o autor, Deleuze (2013, p. 115) narra:

O que se opõe à memória não é o esquecimento, mas o esquecimento do esquecimento, que nos dissolve no lado de fora e que constitui a morte. Ao contrário, enquanto o lado de fora está dobrado, um lado de dentro lhe é coextensivo, assim como a memória é coextensiva ao esquecimento.

Para Foucault, o esquecimento é coextensão da memória. Considero, portanto, que o esquecimento que atravessa a narrativa de Margarida é processo de subjetivação e resistência ao poder para seguir diante do sofrimento, esse “esquecimento como impossibilidade de retorno e a memória como necessidade de recomeçar” (Deleuze, 2013, p. 115).

No seu prontuário está marcado que Margarida é uma mulher “preta”, mas na segunda entrevista que realizamos ela me disse, enquanto olhava e passava a mão no seu braço direito, que era “nem preta, nem branca, nem indígena” se autodeclarando parda. Margarida revelou que as pessoas a comparam com mulheres famosas, dentre elas, todas brancas. Imediatamente, ela enfatizou: “eu nem pareço com elas” e complementou dizendo que “as pessoa tiram isso da mente delas” (03 de abril de 2023).

O estigma da loucura atravessa a vida de Margarida, vinculados à experiência de classe, gênero e raça. O corpo preto, pobre, de mulher, tida como louca, é um “corpo matável”, já interpretava Elza Soares na música *A Carne* (2002):

A carne mais barata do mercado é a carne negra
Que vai de graça pro presídio
E para debaixo do plástico
Que vai de graça pro subemprego
E pros hospitais psiquiátricos

Nessa guerra necropolítica (Mbembe, 2018), se Margarida tivesse ingerido quantidade significativa de água sanitária, quem sofreria o luto da sua morte? Apenas a família de Margarida? O CAPS “Rasga Tristeza”? E a comunidade? Os abusos de induzir ao suicídio seriam denunciados?

Em *Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial* (2020), Rachel Gouveia Passos explicita que o manicômio está para além dos muros institucionais, compondo as relações sociais e o sofrimento produzido pelo racismo estrutural, denunciando o que ocorreu com Cláudia Ferreira da Silva, em 14 de março de 2014:

Mulher, negra, moradora de favela, pobre e mãe de quatro filhos, foi assassinada pela polícia na comunidade em que residia, na cidade do Rio de Janeiro. Os policiais acreditaram que ela era traficante, pois segurava um copo de café em uma de suas mãos. Após ser baleada, Cláudia foi colocada pelos policiais no porta-malas para ser encaminhada ao Hospital Carlos Chagas, onde chegou sem vida. Entretanto, durante o percurso, a mala abriu e ela teve parte do seu corpo dilacerado ao ser arrastada pelo asfalto, por 300 metros, na Zona Norte da cidade.

Em uma passagem do seu prontuário, do dia 14 de junho de 2014, está escrito que a “Usuária participou do grupo de T.O com interesse, motivada, boa interação social. Durante a atividade demonstrou desejo de melhorar a aparência e prosseguir seu tratamento dentário, sublimando em seu fazer este conteúdo” (Prontuário 2). A profissional que descreveu recomendou reforçar a autoestima. A questão da estética se apresentava de maneira recorrente durante as vivências que tive com Margarida. Na entrevista realizada em abril, ela me contou que é vaidosa. A sua mãe contou também que ela ganha muitas roupas das pessoas, por isso anda “estilosa”. Margarida me disse também que estava “desleixada”, pois os medicamentos, às vezes, lhe deixavam sem forças para se arrumar, mencionando que pranchava o cabelo, mas pelo trabalho que dava ela acabou desistindo. No seu prontuário, consta que ela tem aparência “cuidada” e que no âmbito das Atividades de Vida Diária (AVDS) e Atividades Instrumentais de Vida Prática (AVPS) é independente.

Com essas relações, recordei do episódio do podcast *Papo de Historiadora* intitulado “*Perdi tudo não tem mais nada*”: histórias de mulheres manicomializadas realizado com a historiadora Giovanna Maria Trajano de Lira¹²⁷. A pesquisadora problematizou a chegada do Serviço de Fotografia criado por Ulysses Pernambucano, diretor do manicômio. A partir da década de 1930, os prontuários passaram a ser compostos por fotografias dos pacientes. Esses registros informavam sobre uma forma de capturar e expressar a loucura das mulheres a partir das suas imagens:

A gente consegue dar rosto para aquelas pessoas, a gente consegue entender quem era Maria Aparecida do Carmo, a gente consegue ver os olhos de Joana de Almeida. Então, a gente tem uma noção de quem tava ali. Mas, essa noção ela também tem toda uma estrutura asilar por trás, porque a postação das fotos, do paciente pra foto, diz muito sobre o discurso psiquiátrico daquela época. Existia uma estruturação, existia um fundo específico que, geralmente, era escuro. As mulheres, algumas vezes, estavam com os seus cabelos emaranhados, bagunçados, então se tinha um discurso que queria se passar.

O fenômeno histórico da loucura das mulheres estava em qualquer vestígio e as suas próprias imagens eram utilizadas contra elas. Cunha (1986) narra que a margem de transgressão das mulheres era reduzida, sendo assimétricas as relações de poder entre homens e mulheres.

Quando perguntei a Margarida se ela se entendia como louca, como lhe atribuíram, ela respondeu que não. Mas, na continuidade da conversa ela compartilhou que era igual ao irmão, utilizando a expressão “débil mental”. Perguntei o porquê, ela refletiu. Ficamos em silêncio. Esse questionamento irrompeu na primeira entrevista a partir das análises do prontuário de Margarida, pelas passagens sobre a sua vontade de cura e do desejo de que o medicamento acabasse com a sua doença. Essa relação com os remédios se manifestava nas práticas cotidianas com Margarida. Ela disse que, por vezes, sentia que se não tomasse a medicação iria “morrer”. Em uma reavaliação de 2021, consta que Margarida tomou toda a medicação no fim de semana, mas que era para durar por oito dias. Em 23 de setembro desse mesmo ano, a mãe compartilhou que Margarida “quebrou o vasculhante da casa porque queria remédio fora da hora” (sic) (Prontuário 2). Em 14 de outubro isso se repete, Margarida participou do grupo pela manhã, mas depois do almoço retornou insistindo em tomar mais medicamentos.

¹²⁷ A expressão entre aspas “Perdi tudo não tem mais nada” é um dos poucos relatos de Severina, personagem que teve a sua história contada na dissertação da Giovanna de Lira chamada “*Perdi tudo, não tem mais nada*”: histórias de mulheres internadas no Hospital de Alienados do Recife (1930-1940). Severina foi internada no Hospital de Alienados do Recife, na década de 1940, e após a sua entrada recebeu o diagnóstico de sífilis.

Sobre essa relação entre gênero e medicamentos, Oliveira (2000) compartilha os resultados de um levantamento do consumo de Diazepam em Fortaleza – CE junto a uma farmácia do sistema público de saúde, e apontou que 72% dos consumidores eram mulheres. Em Sobral isso se reafirma com levantamentos na única farmácia da rede pública de saúde de lá, em que 75% dos consumidores eram mulheres.

Na entrevista que realizamos em abril de 2023, Margarida aparentava ter ingerido uma alta dosagem de medicação, pois estava com demasiado sono e dispersão, sintomas já decorrentes dos psicotrópicos. Era por volta de 09h da manhã quando começamos, Margarida bocejava e se esquecia de palavras que tinha acabado de mencionar. Os profissionais que fazem o manejo da medicação de Margarida compartilharam que talvez ela não tenha “aderido ao tratamento”. Na ocasião, ela me disse: “Eu já tomei [Profergan] quase agora. Tu tá notando diferença em mim, não tá? Vendo eu relaxada, o olho, tudo, aaaaah [respiração profunda] e é isso” (3 de abril de 2023). Na segunda entrevista, que ocorreu três meses depois, Margarida não havia tomado medicamento até aquele momento. Começamos cedo, às 08h, assim que os portões do CAPS foram abertos. Dessa vez, ela não aparentava sonolência.

Nos primeiros anos de sua entrada no “Rasga Tristeza”, há relatos de “embotamento afetivo”. Com o tempo, entretanto, foram sendo recorrentes as expressões “humor eutímico” com “pensamento congruente”. O primeiro termo significava que Margarida não expressava as suas emoções. Diferente imaginá-la sem as suas boas gargalhadas que ao escutá-las também suscitam risadas em mim. Não me esqueço do riso largo e profundo quando lhe perguntei se o CAPS era lugar para rasgar as dores. Pensativa e, desta vez, com os lábios cerrados, ela me respondeu que “é isso mesmo, pra rasgar” (03 de abril de 2023). Margarida desconhecia os significados do nome da instituição que ela faz parte. Não sabia que “Rasga Tristeza” era uma pessoa, como os demais usuários que conversei nesse percurso.

Na infância, Margarida morava na zona rural. Entretanto, a usuária destacou que residiu em outros lugares, pois a sua mãe vivia se mudando. Na folha inicial do seu prontuário, de maio de 2014, são descritos dois endereços¹²⁸. A primeira localização é relativa ao endereço da usuária e indicava uma rua na cidade, pois com o tempo, a família passou a morar na cidade. Em seguida, consta o endereço da mãe, a sua acompanhante, na zona rural. Na “entrevista psiquiátrica” no quesito infância é citada outra localidade e na conversa que tive com a mãe da usuária, ela mencionou outro endereço, ambos no campo.

¹²⁸ À medida que os prontuários são atualizados pelos profissionais do “Rasga Tristeza”, os relatos mais recentes são sistematicamente sobrepostos no começo do dossiê. Nas minhas análises, realizei a leitura do material inversamente, de trás para frente, da entrada dos usuários até o ano corrente.

É nesse sentido que o pseudônimo escolhido para a usuária irrompe na interface entre as noções de identidade, poder e gênero nas suas relações com o campo, urdidura encontrada na “Marcha das Margaridas” que segundo a socióloga Berenice Gomes da Silva (2008, p. 7) é “uma ação coletiva realizada por mulheres trabalhadoras rurais que constituem uma identidade política, a partir de problemas comuns ao meio rural brasileiro”. O nome é em referência à Margarida Alves, trabalhadora rural paraibana que confrontava o latifúndio, suscitando a ira dos latifundiários, sendo assassinada em 1983. Silva (2008, p. 70) narra que o movimento carrega o nome de Margarida enquanto “uma forma de denunciar que após 17 anos da sua morte, o mandante continuava impune” e também com a iniciativa de “conhecer e evidenciar o nome e a história de Margarida Alves”.

Também utilizo o pseudônimo Elizabeth para me referir à sua mãe, inspirada na líder camponesa Elizabeth Teixeira que teve a sua história narrada no documentário *Cabra Marcado para Morrer*, por Eduardo Coutinho (1984). Ambas as mulheres são referências nas lutas em defesa dos direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores rurais.

Quando perguntei se sua mãe trabalhava na agricultura, Margarida disse que ela “trabalhou muito, muito, muito”, dando ênfase. Perguntei também o que Elizabeth plantava, ela narrou:

Plantava cebola, milho, feijão, batatinha doce, macaxeira. Plantava aqueles pé de bananeira e saía um monte de frutinha pequenininha, verdinha, e ia crescendo, crescendo e eu achando: “oxente, que coisa linda, como é incrível nascer uma coisa dessa?!”. Eu achei lindo, lá tinha um monte de pé de bananeira, um monte mesmo, era tanta bananeira que eu se perdia dentro (31 de julho de 2023).

Na sua fala, Margarida demonstrava o encantamento pelas coisas que a mãe tinha plantado. Recordei-me das atividades de plantação das mudas no terreno do CAPS e da oficina de horta, ambas sobressaltam aos olhos pela alegria de Margarida quando o tema é agricultura. Entretanto, pelos relatos dos próprios profissionais compartilhados no capítulo anterior, essas atividades são escassas: ocorreu na época em que o oficineiro atuava e depois foi proposta somente em 2022, enquanto encerramento de um projeto realizado por uma enfermeira e arteterapeuta que visitava o serviço.

Elizabeth teve nove filhos. Margarida contou da relação com os irmãos e as irmãs, relatando, sobretudo, das brincadeiras da infância que tinha com um dos seus irmãos, o mais “encostado” a ela. Ela conta que esse irmão matava passarinho e lhe entregava para que ela preparasse:

As lembrança é que eu brincava de boneca de pau, ia lá no mato, arrancava, com pouco minhas bonecas sumindo e eu dando falta das boneca. Quando eu olho, do lado, [o irmão] com minhas boneca fazendo cambito de baladeira pra matar passarinho. Ele trazia os passarinho pra eu e dizia: “tome [Margarida] vá despenar, tratar, lavar, botar sal e torrar”. Aí era um monte de passarinho que ele trazia pra eu fazer isso e eu fazia! (03 de abril de 2023).

Sobre o sítio que morou quando criança, Margarida relatou do açude: “Eu tomei banho e aprendi a nadar lá, eu andei morrendo afogada lá, mas eu disse que vou aprender nessa molesta é aqui” (31 de julho de 2023). Margarida contou também que na época em que morava na zona rural vinha à cidade de ônibus para estudar. Mas, também chegou a estudar em uma escola no Sítio Pitombeira – zona rural de Salgueiro. Com alegria e orgulho a sua mãe dividiu que Margarida terminou o ensino médio na Escola Pública Estadual Professor Manuel Leite e que teve uma festa de conclusão no Talismã Clube¹²⁹.

O pai de Margarida foi assassinado quando ela ainda era criança. As suas memórias do pai são apenas do velório. Quando perguntei sobre o sentimento da perda, ela me disse: “só Deus pra consolar”. A perda foi repentina e a mãe de Margarida teve que lidar com as demandas da família.

Mãe teve que cuidar de nós tudin. Ia trabalhar, deixava nós com os mais velho. As menina [irmãs] ficava cuidando de nós, aí elas tiveram filho... E eu ajudei elas também nesse procedimento de filho, quando precisava de mim pra ir pra hospital eu ia. Quando precisava, deles doente, eu ia. Já cheguei a passar uns treze dia acordada no hospital com menino doente, meu sobrinho. Sem dormir uma noite (31 de julho de 2023).

Essa é uma história pessoal e familiar que conta a trajetória de tantas outras histórias coletivas. Atravessa a minha própria história de vida. Quando falamos da infância na segunda entrevista, Margarida mencionou novamente sobre a perda do pai. E, desta vez, também dividi uma memória que tenho do meu pai. Perdemos a figura paterna quase com a mesma idade, ela com cinco e eu com quatro anos. Na ocasião, tive a sensação de estar compartilhando de uma mesma dor. Margarida demonstrou solidariedade e afeto¹³⁰. Segundo Montenegro (2021, p. 498), “embora narradas na primeira pessoa, as experiências individuais são sociais, o que implica relacionar a outros que também foram alvos de semelhantes vivências”.

¹²⁹Esse clube ficou conhecido pelos grandes eventos que realizava na cidade: casamentos, formaturas, shows, entre outros. Atualmente, o espaço foi desativado para essa finalidade, sendo adaptado para o funcionamento de uma escola privada.

¹³⁰Para uma leitura sobre esse universo das sensibilidades na interface entre escrever e história e fazer parte dessas vivências, cf.: OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. O pai, o filho e o historiador: diálogos entre cinema, história familiar e doentes de Alzheimer. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica**, Salvador, v. 06, n. 18, p. 605-617, maio./ago. 2021.

Após a primeira entrevista, realizada em abril de 2023, me dei conta de que Margarida não sabia muitas coisas sobre mim e percebi que isso gerou implicações. Em *A arte da escuta*, Portelli (2016) relata o caso de uma estudante que estava entrevistando mulheres que passaram por cirurgias de câncer de mama. Durante as suas entrevistas, entretanto, uma senhora não compartilhava sobre as experiências vinculadas a doença e a cirurgia, até quando a pesquisadora revelou que também tinha feito uma cirurgia de câncer de mama. Na ocasião, a senhora manifestou: “Você é uma de nós”. A partir de então, a entrevista seguiu como uma troca entre as duas mulheres que tiveram as suas vidas atravessadas pelo câncer.

É neste sentido que, no processo de transcrição da primeira gravação, identifiquei que Margarida se comunicava comigo utilizando discursos semelhantes ao que estava escrito no seu prontuário. Essa compreensão se estabeleceu quando, na segunda entrevista, as relações que Margarida tinha com o CAPS foram postas em segundo plano. Ela fez deslocamentos na sua fala, trazendo mais detalhes e lembranças da sua vida. Caminhamos em ritmos alinhados pelo território das emoções. Novos enunciados foram expressados. Nossa conversa fluiu e Margarida demonstrava mais intimidade na entrevista.

Nas fotografias das festividades do “Rasga Tristeza”, identifiquei Margarida em vários registros. Ela se comunica pela alegria e pelo riso, pela dança e cantoria, pelas conversas, mas também pela raiva e revolta. Então, é desse corpo narrativo que Margarida expressa e conta a sua história.

No final de 2014, a usuária participou da construção de guirlanda e em janeiro de 2015 da confecção das máscaras de carnaval que, como mencionou a profissional, fez com “satisfação”. Em 14 de julho de 2015, a “usuária participou do grupo de acolhimento com atenção, conduta adequada, aparência cuidada, não foi possível realização dos outros grupos devido falta de alimentação e materiais para higienização dos banheiros” (Prontuário 2).

Em 15 de abril de 2016, a usuária participou do Grupo Alta. Entre 2017 e início de 2019, a participação de Margarida no serviço foi mais pontual, no geral para fins medicamentosos, seja para o recebimento de aplicação de haldol ou para renovação dos remédios para os dias seguintes. Em 2019, foi feita uma reavaliação em que consta que Margarida teve mesmo uma alta: “Desde que teve alta do CAPS mantém-se c/ sintomas remitidos. Sem outras queixas, no momento. Vem ao CAPS só, orientada em tempo, espaço e pessoal” (Prontuário 2). Entretanto, em “queixa atual” constava que a usuária estava com os olhos revirando e foi encaminhada para o ambulatório de Salgueiro.

A crise institucional do “Rasga Tristeza” também se encontra expressa nos prontuários dos usuários ativos na época. Foram realizadas leituras de outros prontuários que não foram

transcritos, mas que apontavam para essa mesma experiência. Com a pandemia, a atuação do CAPS nesse período foi difícil visto às questões que a equipe já enfrentava dos anos anteriores.

Atualmente, Margarida mora sozinha com o irmão, que chamarei de Damião. Em 11 de fevereiro de 2022, consta no seu prontuário que o irmão voltou a morar com ela na cidade. Em 17 de fevereiro do mesmo ano, Margarida foi para a zona rural para o sepultamento da avó materna. Sobre a sua avó ela contou, na primeira entrevista, que sentia muita falta dela. Relatou que a avó lhe dava comida escondida do avô, pois ele não queria lhe dar de comer.

O irmão de Margarida vem estabelecendo relações mais recentes com o CAPS após ter sido internado nos leitos de saúde mental. Quando Margarida entra no “Rasga Tristeza”, consta na “entrevista psiquiátrica” que Damião também era usuário da instituição. Entretanto, os vínculos com a instituição não foram mantidos, pois ele não quis frequentar. Pelas narrativas, da própria família e do CAPS, o irmão dela teve o seu quadro agravado, chegando a comer as próprias fezes.

A sua mãe me contou que decidiu se mudar de casa porque não estava mais sendo seguro para ele conviver com as questões de Damião, destacando que ele acabou quebrando toda a casa. Disse também sentir certo medo dele, mas não deixava de estar com os filhos, fazendo a comida, arrumando a casa, dando os remédios. Margarida também relatou que em certo momento Damião quis “matar todo mundo dentro de casa” (31 de julho de 2023).

Segundo a mãe, a casa que Margarida e Damião moram é própria. Ela então alugou uma casinha para morar, relativamente próxima de onde residem Margarida e Damião. Durante esse período de internação no HRIS, perguntei se ela tinha com quem revezar os cuidados com o filho, ela respondeu que não havia. Por vezes, a ajuda vinha dos acompanhantes e familiares das outras pessoas internas nos leitos.

A mãe de Margarida compreende que a filha teve uma melhora e que se encontra bem depois desses anos frequentando o “Rasga Tristeza” e considera que essas vinculações também podem recuperar a saúde de Damião, apesar de compreender que eles têm realidades diferentes, pois Damião perdeu a autonomia, ao contrário de Margarida, não sendo possível comparar a situação de ambos. Elizabeth disse que ele virou um “bebê”, dependendo dela para as necessidades mais básicas, como tomar banho.

Nesse momento, lembrei-me de uma ex-usuária do CAPS que nomearei de Cris. Em 2019, nas minhas primeiras visitas à instituição, ela levava o filho que estava com depressão. Na ocasião, Cris comentou que precisou ser internada em Serra Talhada e que, como não tinha leitos disponíveis pelo SUS naquele momento, o marido dela, “vendo a dificuldade”,

decidiu pagar pela internação. Com preocupação, ela disse que eles dividiram o pagamento em muitas vezes e que ainda estavam pagando.

Cris ficou por volta de quinze dias no Hospital Psiquiátrico São Vicente, mas já tinha tido passagens anteriores quando estava nesses momentos difíceis, como ela mesma enunciava. A ex-usuária disse que compreendia as questões do filho por já ter passado pelo mesmo e que não teve dúvidas na hora de cuidar dele. Essa conversa ainda permanece latente na minha memória, pois me atravessou quando ela disse que buscou “esquecer” das suas questões para estar presente no processo do filho. Ao invés de ser banhada, Cris voltava a auxiliar o filho a tomar banho feito à mãe de Margarida com o irmão Damião. Na conversa com Elizabeth, tive a sensação de que ela sustentava um mundo nas costas.

Chegando ao final da nossa segunda entrevista, Margarida compartilhou com certo pesar: “Eu não tenho amiga não. Eu ando sozinha. Só eu e Deus. [risos] Quer dizer, e tenho amiga, as amiga são as mais velha, que me dá conselho, dão tudo”. Mas, ao lhe perguntar se ela se sentia sozinha, ela demonstrou que não se sente só, “porque eu saio de um canto vou pra outro, aonde eu chego tem gente. Aí por isso que eu não me sinto só” (31 de julho de 2023). Margarida segue resistindo, nas andanças pela rua, encontrando pessoas, conversando.

Nas últimas vezes que nos vimos, Margarida se encontrava com um sorriso largo, característica marcante sua. O riso frouxo que ela joga no mundo, por vezes, revela o desespero de uma vida dura, ao mesmo tempo em que apresenta a habilidade em contornar as dores, encantando mesmo como uma flor, perfurando e rasgando as suas experiências de sofrimento.

4.3 Severinos, Liberdades, Margaridas: vidas tecidas com “fios de ferro”

Eu quero um país que não tá no retrato.
(Marina Iris e Leci Brandão – História pra Ninar Gente Grande)

Há histórias de vidas subterrâneas – entre – a resistência, na dureza e tentativa de escapar do sufoco, segurando a batida de uma vida tecida com “fios de ferro” e – entre – outra batalha que é a da existência. Tarefa árdua.

Narrar sobre Severino, Liberdade e Margarida é fazer ecoar vidas subalternizadas, colocadas na corda bamba da sociedade. São corpos malabaristas que enfrentam a dureza da vida “tocando à loucura”. Nessa linha, Foucault (2015) reflete sobre a loucura utilizando a noção de “dobras”, enquanto um voltar-se para dentro de si na relação com o fora, na

compreensão das relações coletivas e consigo mesmo enquanto produtoras de subjetivação e geradoras e transformadoras de comportamentos, identidades sociais e experiências corporais.

Nas relações com esse mundo, seus corpos se chocam com o poder, o racismo e a desigualdade social. Para Severino, homem pardo, que deixou o roçado e a família pelas suas andanças no sertão, bebendo e cantando dos seus sofrimentos pelas ruas, com sua maneira própria de viver, lhe foi atribuída à loucura. Para Liberdade, homem pardo, dito esquizofrênico, o sofrimento pelo cárcere da própria existência e a invalidação do seu corpo-discurso. Para Margarida, mulher preta, no equívoco de um diagnóstico entre a esquizofrenia e a bipolaridade, ela mantém o seu corpo circulante como fazia Severino, mas o fenômeno da loucura que atravessa sua vida ainda é marcado pelas violências de gênero. Vidas infames, silenciadas, esquecidas, que dizem um tanto das pessoas, da história da loucura e saúde mental e das práticas institucionais, mas que, em alguma medida, transpuseram essas linhas de força, “talvez entrando noutra linha, na linha do Fora, a linha que está além do saber e das relações de poder” (Wadi, 2006, p. 311).

Essa trama foi tecida no cenário pandêmico, marcada por muitas perdas, enquanto também lidava com o luto da partida física da minha Maria. Em *Notas sobre o luto* Adichie (2021) escreve que após a morte do seu pai uma parte dela também morreu e experienciei desse mesmo sentimento.

Com os ensinamentos que herdei de mainha, das alegrias e forças transmitidas, deixei o novo nascer, costurando os fios dessa história ao passo que reelaborava minha própria subjetividade. Honro minha ancestralidade, sendo filha da classe trabalhadora, de Dona Maria e Seu Manuel, ela cearense e ele pernambucano, fazendo dessa atividade historiadora implicação e compromisso com a memória e às vidas das pessoas comuns dos sertões.

Um exemplar físico da dissertação estará disponível no “Rasga Tristeza” para democratizar o acesso de toda a equipe: profissionais, usuários e seus familiares. Muitos foram os fios partilhados para essa tecitura, portanto, o trabalho também chegará às demais pessoas que se voluntariaram a contribuir com o desenrolar dessa pesquisa. Além disso, a história de “Rasga Tristeza” se estenderá para episódios de *podcast* no Papo de Historiadora.

Chegou à vez, Brasil, de tirar as poeiras dos subterrâneos da memória. Essa é uma história que a história não conta¹³¹, do “Rasga Tristeza”, mas também de Liberdades, Margaridas, Marias, Franciscos, Sylvias, Antônio, Damiões, Cíceros e Severinas. Uma

¹³¹Em referência à música “História pra Ninar Gente Grande”, interpretada por Marina Iris e Leci Brandão.

história rebelde, marginalizada, do continente dos afetos, da loucura e das pessoas tidas como loucas.

4.4 Rasgando a tristeza

Escrever é sangria, como diz Conceição Evaristo (2023). Tecer essa história foi travessia pelos afetos de mim. Tarefa que rasgou as minhas carnes. Aos doidos e às doidas. E a minha loucura também. À memória, liberdade e existência da loucura.

5 O CESSAR DE UMA ESCRITA

Entre os fios dessa história, apresentei no primeiro capítulo os saberes e discursos vinculados ao desenrolar da reforma psiquiátrica nas múltiplas camadas espaciais. A partir das legislações nacional e estadual e dos movimentos internacionais, analisei como a Psiquiatria Democrática e a Antipsiquiatria influenciaram na experiência brasileira.

No segundo momento, teci esse espaço narrativo com as experiências do “Rasga Tristeza”, na mistura entre sujeito e instituição. O serviço substitutivo ao manicomial teve a sua trajetória marcada pela relação entre a memória e o esquecimento. Diante dos demais dispositivos de saúde do município, o CAPS I “Rasga Tristeza” por muitas vezes foi posto à margem pelos poderes locais. Considero que a habilitação de I para II foi e é uma tentativa dos trabalhadores da saúde de escapar dessa subalternização, porém, diante das continuidades, o serviço precisará de outros contornos e maiores articulações dos trabalhadores da saúde.

No terceiro capítulo, narrei sobre fragmentos de histórias de vidas do usuário Liberdade e da usuária Margarida, também atravessadas por apagamentos, relações de poder, insubordinações e emoções, na compreensão de uma história que têm rosto, som, textura, sabor e sentimento.

Considero que este é um “desfecho” marcado pela cotidianidade, como nos diz a historiadora Yonissa Wadi (2006, p. 314), sem grandes cortejos ou gentilezas, “com o pouco glamour das ‘vidas infames’ dos sujeitos comuns”, pois o “‘fim’ na verdade são diversos fins, possibilitados pela resistência sempre presente nas relações de poder, pela acomodação – que pode indicar também resistência – ou por linhas de fuga que podem ser suicidas ou criativas”.

Portanto, dou fim, ou melhor, fins, a esse trabalho acadêmico, no desejo de que ele possa ser “ferramenta de memória a favor da produção de afetos que inspirem modos de resistir” (Gimbo, 2021, p. 141). Que esse arquivo de memória possa cartografar novas rotas de uma história do “Rasga Tristeza” e dos “corpos-oralidades” (Almeida, 2023) que compuseram essa trama.

Estes são os caminhos historiográficos percorridos na artesanaria dos tempos pela tarefa historiadora. Cessam com a escrita, mas dizem de uma história viva, em movimento, que não se encerrará entre essas páginas, mas continuará na inquietude de tecer novos fios sobre as memórias e histórias de vidas anônimas das pessoas tidas como loucas no sertão.

REFERÊNCIAS

- ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **Notas sobre o luto**. Tradução de Fernanda Abreu. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.
- ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **O perigo de uma história única**. Tradução de Julia Romeu. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **A invenção do Nordeste e outras artes**. 5. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. Distante e/ou do instante: “sertões contemporâneos”, as antinomias de um enunciado. *In*: FREIRE, Alberto (Org.). **Culturas dos Sertões**. Salvador: EDUFBA, 2014, p. 41-58.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **O tecelão dos tempos**: novos ensaios de teoria da História. São Paulo: Intermeios, 2019.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. Sertão: um museu a céu aberto. *In*: COSTA, Cléria Bôtelho da; RIBEIRO, Maria do Espírito Santo Rosa Cavalcante. **Fronteiras móveis**: territorialidades, migrações. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016.
- ALMEIDA, Juniele Rabêlo de; MATA, João da. (Org.). **Corpo-história e resistência libertária**. São Paulo: Letra e Voz, 2019.
- ALMEIDA, Juniele Rabêlo de; RAMÔA, Hosana do Nascimento; ANDRADE, Everardo Paiva de. História Pública, corpo e oralidade: experimentações a partir do Acervo Trajetórias Docentes. **História oral**, v. 6, n. 1, p. 25-42, jan./abr. 2023.
- ALMEIDA, Juniele Rabêlo de; RODRIGUES, Rogério Rosa. **História pública em movimento**. São Paulo: Letra e Voz, 2021.
- ALMEIDA, Juniele Rabêlo de. O que a história oral ensina à história pública. *In*: MAUD, Ana; SANTHIAGO, Ricardo. BORGES, Viviane (Org.). **Que história pública queremos?** São Paulo: Letra e Voz, 2018, p. 101-120.
- ALMEIDA, Juniele Rabêlo de. Práticas de história pública: o movimento social e o trabalho de história oral. *In*: MAUD, Ana Maria; ALMEIDA, Juniele Rabêlo de; SANTHIAGO, Ricardo. **História pública no Brasil**: sentidos e itinerários. São Paulo: Letra e Voz, 2016.
- AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio. A trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 61-77, 1994.

ÁVILA, Miriam. **Grupo Teatral Mentres que Brilham – Teatro Acolhimento**. Youtube, 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6yPQxmED3jw>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BARACHO, Lúcia Maria Sobral. **Feridas da transposição do São Francisco**: um olhar sobre comunidades quilombolas do Semiárido Pernambucano. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

BARRETO, Lima. **Diário do Hospício; O cemitério dos vivos**. Organização e notas por Augusto Massi e Murilo Marcondes de Moura. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

BRANCO, Edwar de Alencar Castelo; BAPTISTA, Marcus Pierre de Carvalho; BORGES, Cássio de Sousa. **História, sentido e acontecimento**: narrativas. Teresina: Cancioneiro, 2022.

BASAGLIA, Franco. *Che cos'è la psichiatria?* (O que é a psiquiatria?). 2. ed. Turim: Einaudi, 1973.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. (Org.) Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BASAGLIA, Franco. *L'istituzione negata*. Turim: Einaudi, 1968.

BASAGLIA, Franco. **Scritti: 1953-1968**. Torino: Giulio Einaudi, 1981. 1 v.

BASAGLIA, Franco. **Scritti: 1968-1980**. Torino: Giulio Einaudi, 1982. 2 v.

BELCHIOR. **Não Leve Flores**. In: Álbum Alucinação. São Paulo: PolyGram, 1976. (10 faixas).

BERGSON, Henri. **Memória e Vida**. Textos escolhidos por Gilles Deleuze. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BESSONI, Enrique *et al.* Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 40-53, 2019.

BORGES, Viviane. Arquivos marginais e suas trajetórias subalternas em manicômios e nas prisões. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 408-422, abr./jun. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1934. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 maio. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Humberto Costa** – Biografia. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/deputados/74420/biografia>. Acesso em: 03 jun. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n.º 3.657, de 29 de setembro de 1989.** Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Diário do Congresso Nacional, 1989. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>. Acesso em: 06 maio. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidente da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art. Acesso em: 15 maio. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidente da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 22 maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=26122056572. Acesso em: 23 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004/** Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 06 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 03 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério Público Federal. **MPF expede recomendação para sanar falta de medicamentos em Salgueiro (PE).** Brasília, 2019. Disponível em:

<https://www.mpf.mp.br/pe/sala-de-imprensa/noticias-pe/mpf-expede-recomendacao-para-sanar-falta-de-medicamentos-em-salgueiro-pe>. Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL, Mikael Lima. **Antes e depois da rede**: sentidos sobre processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial da cidade do Recife-PE. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

BUDEJO. **Podcast**. Disponível em:

<https://open.spotify.com/show/2xLiCmpfRqzDZkwvSpkC6O>. Acesso em: 11 ago. 2023.

CABRA Marcado para Morrer, Direção de Eduardo Coutinho. Filme [Youtube]. Paraíba: Mapa Filmes do Brasil, 1984. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=O0wrtiAQtmU>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CABRAL, Barbara *et al.* De como o Sertão do Submédio São Francisco ganhou um núcleo de mobilização antimanicomial: da história aos desafios atuais. **Extramuros**, Petrolina-PE, v. 1, n. 1, p. 81-96, jan./jul., 2013. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/608>. Acesso em: 30 maio. 2022.

CABRAL, Barbara *et al.* Os movimentos que dão sentido à existência à luz dos encontros: reverberações em rede do Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão do Submédio São Francisco. **Ayvu**: revista de psicologia, v. 7, 2020.

CÂMARA MUNICIPAL DE SALGUEIRO. Relatório da CPI dos medicamentos foi aprovado pelos vereadores para ser encaminhado aos órgãos de controle (Ministério Público). **Notícias da Câmara Municipal, Salgueiro/PE**, 02/01/2020. Disponível em: <https://www.salgueiro.pe.leg.br/institucional/noticias/relatorio-da-cpi-dos-medicamentos-foi-aprovado-pelos-veredores-para-ser-encaminhado-aos-orgaos-de-controle-ministerio-publico>. Acesso em: 03 jul. 2023.

CARDOSO, Jamille Kássia da Silva. **Produção de sentidos sobre masculinidades e saúde entre profissionais em saúde mental, no sertão de Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, São Paulo, v. VIII, n. 15, p. 37-64, jan./jun. 2003.

CARVALHO, Maria Letícia de Alvarenga. **Quilombo de Conceição das Crioulas**. Belo Horizonte: FAFICH, 2016. Baseado no Relatório de identificação da comunidade negra de Conceição das Crioulas – Salgueiro/PE, realizado pela antropóloga Vânia Fialho em 1998.

CAVALCANTI, Erinaldo Vicente; PETIT, Pere; RAMOS JÚNIOR, Dernival Venâncio. Entre-vistas com o professor Alessandro Portelli. **Escritas**, Araguaína, v. 10, n. 1, p. 262-276, 2018.

CAVALCANTI, Erinaldo Vicente; SOARES, Fagno da Silva. História Oral entre reflexões e memórias: Revisitando o percurso de Antônio Torres Montenegro e suas trilhas metodológicas do fazer historiográfico. **Revista Observatório**, Palmas, v. 2, n. Especial 1, p. 426-446, 2016.

CERTEAU, Michel de. A operação historiográfica. In: CERTEAU, Michel de. **Escrita da história**. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. p. 56-109.

CHAVES, José Olivenor Souza. O ninho e o alçapão: campo e cidade na memória de velhos (as) camponeses do Baixo Jaguaribe – CE. **CENTÚRIAS - Revista Eletrônica de História**, Limoeiro do Norte, v. 1, n. 1, 2023.

CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 2, Bauru, dez. 1987. **Manifesto**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2022.

COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. Tradução de Regina Schnaiderman. São Paulo: Editora Perspectiva, 1973.

CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História das emoções: Do final do século XIX até hoje**. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2020. 3 v.

CARVALHO, Aline; MENEGUELLO, Cristina (Org.). **Dicionário temático de patrimônio: debates contemporâneos**. Campinas: Unicamp, 2020.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

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

DAVID, Emiliano de Camargo *et al.* **Racismo, subjetividade e saúde mental: O pioneirismo negro**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

DELEUZE, Gilles. **O abecedário de Gilles Deleuze**. Tradução de Raccord. 1989.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. Tradução de Claudia Sant'Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2013.

DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Félix. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Suely Rolnik. São Paulo: Editora 34, 2012. 4 v.

DELGADO, Paulo. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 21-28, out. 2020.

DIAS, Marcelo Kimati; MUHL, Camila. Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. **Argumentum**, vol. 12, n. 2, p. 60-74, maio-ago., 2020.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Que emoção? Que emoção!** Tradução de Cecília Ciscato. São Paulo: Editora 34, 2016.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, vol. 1, n. 1, p. 212-222, jan./abr. 2009.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica** – para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução de Vera Portocarrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EDNARDO; CLIMÉRIO. **Enquanto engoma a calça**. Disco Ednardo. Rio de Janeiro: Sony Music Entertainment, 1979. (12 faixas).

ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 5, 2001. **[Relatório Final]** Miguel Pereira, Rio de Janeiro: 2001. Disponível em: laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/9. Acesso em: 25 fev. 2019.

RATTON, Helvécio. **EM NOME DA RAZÃO**. Fotografia: Dileny Campos. Barbacena: Tarcisio Vidigal, Grupo Novo de Cinema, 1979. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cvjyI4G9c&t=53s>. Acesso em: 09 maio. 2022.

EVARISTO, Conceição. **Becos da memória**. Rio de Janeiro: Pallas, 2017.

EVARISTO, Conceição. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas, 2023.

FANON, Frantz. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. Tradução de Sebastião Nascimento. São Paulo: Ubu, 2020a.

FANON, Frantz. **Medicina e colonialismo**. Parnaíba, Fortaleza: Editora Terra Sem Amos, 2020b.

FAUSTINO, Deivison Mendes. **“Por que Fanon? Por que agora?”**: Frantz Fanon e os fanonismos no Brasil. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

FERREIRA, Maria. Conexões e fronteiras de uma rede de sociabilidade: sertão de Pernambuco (1840-1880). **Clio – Revista de Pesquisa Histórica**, v. 30, n. 1, p. 1-22, jan./jun. 2012.

FERREIRA, Vivian Carla Garcia. **Infames "Marias"**: prontuários de mulheres do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo (1897-1952). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2020.

FICO, Carlos. Versões e controvérsias sobre 1964 e a ditadura militar. **Revista Brasileira de História**, v. 24, n. 47, p. 29-60, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014a.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. 3. ed. Tradução de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002.

FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. *In: Ditos e Escritos IV*. Estratégia, poder-saber. 2. ed. Organização e seleção de textos: Manoel Barros da Motta. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 203-223.

FOUCAULT, Michel. Conversa com Michel Foucault. *In: Ditos e Escritos VI*. Repensar a política. 1. ed. Tradução de Ana Lúcia Paranhos Pessoa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, p. 289-347.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...** um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault. Tradução de Denize Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014b.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FREIRE, M. A. B.; YASUI, S. O território, as redes e suas (im)potências: o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em um CAPSad. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 1-7, 2022.

GALHARDO, Carlos. **Quanta Tristeza**. Rio de Janeiro: Odeon, 1937. Compacto simples. (2 faixas). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=IdfypeAVl_w&list=RDIdfypeAVl_w&start_radio=1. Acesso em: 20 ago. 2023.

GILMAN, Charlotte Perkins. **O papel de parede amarelo**. Tradução de Diogo Henriques. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 2016.

GIMBO, Leda Mendes Pinheiro. **Análise arqueogenealógica da Casa de Saúde Santa Teresa**: abertura, manutenção e fechamento de um hospital psiquiátrico. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

GIMBO, Leda Mendes Pinheiro. **O fechamento de um hospital psiquiátrico como acontecimento**: desdobramentos da reforma psiquiátrica. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

GLISSANT, Édouard. Pela opacidade. **Revista Criação & Crítica**, São Paulo, n.1, p. 53-55, 2008.

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

GOMES, Chico. Prefeito de Salgueiro demonstra apoio ao candidato a presidente Jair Bolsonaro. **Blog Alvinho Patriota**, 2018. Disponível em: <https://www.alvinhopatriota.com.br/prefeito-de-salgueiro-demonstra-apoio-ao-candidato-a-presidente-jair-bolsonaro/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

GONZAGA, Luiz; Zédantas. **O Balaio de Veremundo e Januário**. Rio de Janeiro, 1954. Compacto simples. (2 faixas). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=u9MkBFuggds>. Acesso em: 08 ago. 2023.

GOULART, Maria Stella Brandão. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GOULART, Maria Stella Brandão. Em nome da razão: quando a arte faz história. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 36-41, 2010.

GOULART, Maria Stella Brandão. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 2-15, 2008.

GUEDES, Alexandre Maciel. **Violência manicomial: a psiquiatria na repressão durante a ditadura civil-militar no Brasil**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

GUIMARÃES NETO, Regina Beatriz. Historiografia, diversidade e história oral: questões metodológicas. In: LAVERDI, R. (Org.). **História oral, desigualdades e diferenças**. Recife: Florianópolis: Editora da UFPE; Editora da UFSC, 2012. p. 15–37.

HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ. **Normas e procedimentos de boas práticas do atendimento aos usuários dos leitos de saúde mental**. Salgueiro: 2014.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Esperança de vida ao nascer**. Disponível em: <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=POP210>. Acesso em: 19 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama da população**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/salgueiro/panorama>. Acesso em: 19 ago. 2023.

IRIS, Marina; BRANDÃO, Leci. **História pra Ninar Menino Grande**. In: Álbum Voz Bandeira. 2019.

LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. **Lei 180 de 13 de Maio de 1978**. Disponível: <http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/21>. Acesso em: 09 de maio. 2022.

LANCETTI, Antonio. Cuidado e território no trabalho afetivo. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, n. 12, 2010.

LEITE, Maria Jorge dos Santos. Quilombolas e indígenas: intercruzamentos, identidades e conflitos no sertão de Pernambuco. **Cadernos de História**, Belo Horizonte, v. 17, n. 26, 2016.

LEMKE, Thomas. **Foucault, governamentalidade e crítica**. Tradução de Mario Antunes Marino e Eduardo Altheman Camargo Santos. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2017.

LEVI, Primo. **Os afogados e os sobreviventes**. Tradução de Luiz Sérgio Henriques. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

LIMA, Helder de Pádua *et al.* Avanços e desafios do Programa de Volta para Casa como estratégia de desinstitucionalização: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 89-100, 2022.

LIRA, Giovanna Maria Trajano de. **“Perdi tudo, não tem mais nada”**: histórias de mulheres internadas no Hospital de Alienados do Recife (1930-1940). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021.

LUCENA, Marcela Adriana da Silva. **Descredenciamento de hospital psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS)**: engrenagens da operação. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

MAIA, Ana Isi da Silva. **A política de saúde mental em Recife**: caminhos da desinstitucionalização. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

MAGALHÃES, Mirella Rocha. **O processo de desinstitucionalização da loucura em Pernambuco**: do Hospital José Alberto Maia ao serviço de Residências Terapêuticas. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

MÁRQUEZ, Gabriel García. **Cem anos de solidão**. Tradução de Eric Nepomuceno. Rio de Janeiro: Record, 2015.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MENDES, Gil Luiz. Facções criminosas transformam o polígono da maconha em Pernambuco. **El País**, São Paulo, 15 out. 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/10/10/politica/1507666665_026855.html. Acesso em: 08 jul. 2023.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia**: limites e espaços da cura. 3. ed. Rev. Ampl. e Atual. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2017.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. A teoria da degeneração e suas implicações no Hospital de Doenças Nervosas e Mentais. Recife, PE/1920. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 13, n. 33, maio/ago. 2021.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. “Delírios femininos”: vivências de mulheres internadas no Hospital de Alienados (Recife/PE, 1927-1936). **Mneme – Revista de Humanidades**, Caicó, v. 17, n. 38, p. 56-82, jan./jun. 2016.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Terapias biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX. **Saeculum Revista de História**, João Pessoa, n. 31, p. 203-219, jul./dez. 2014.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Vidas amargas: a divisão de assistência a psicopatas de Pernambuco nos primeiros anos da década de 30. **Clio – Revista de Pesquisa Histórica**, v. 2, n. 24, p. 63-102. 2006.

MOMBAÇA, Jota. **Não vão nos matar agora**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2021.

MONTENEGRO, Antonio Torres. Comblin: Historiografia, História Oral e Memória. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 74, p. 492-511, set./dez. 2021.

NAU DA LIBERDADE. **Samba da Caixa**. Youtube, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TdC5MgHyOEo>. Acesso em: 14 ago. 2023.

NETO, João Cabral de Melo. **Morte e vida Severina**. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2016.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005.

OLIVEIRA, Adriano. **As peças e os mecanismos do fenômeno tráfico de drogas e do crime organizado**. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

OLIVEIRA, Adriano; ZAVERUCHA, Jorge; RODRIGUES, Ernani. Polígono da Maconha: contexto socioeconômico, homicídios e atuação do Ministério Público. In: **Coleção Segurança com Cidadania** [Volume I]. Subsídios para Construção de um Novo Fazer Segurança Pública. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça, 2009.

OLIVEIRA, Alesy Soares; PEIXOTO, Renato Amado. Espaços vazios: os intelectuais na marcha para o oeste e suas considerações sobre sertão. In: GALVÃO, Iapony Rodrigues (Org.). **História dos Sertões: sujeitos e espaços**. Aracaju, SE: Criação Editora; Caicó, RN: Programa de Pós-Graduação em História do CERES (PPGHC-UFRN), 2023.

OLIVEIRA, Carla Luiza. **“Basaglia” e as práticas reabilitativas no Centro de Convivência** [manuscrito]. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. **A institucionalização da loucura no Ceará: o asilo de alienados São Vicente de Paula (1871-1920)**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2021. E-book.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. A loucura como problema histórico. *In: (Org.) William J. Mello et al. História, Memória, Oralidade e Culturas – V.III. Fortaleza: EdUECE, 2019a. E-book.*

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. A loucura e os processos de desinstitucionalização: aspectos de debates teóricos e políticos na segunda metade do século XX. **Embornal**, Revista da Associação Nacional de História – Seção Ceará, Fortaleza, v. 10, n. 19, jan./jun. 2019b.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. Embates psiquiátricos na segunda metade do século XX – O discurso contra hegemônico da antipsiquiatria. *In: 30º Simpósio Nacional de História - História e o futuro da educação no Brasil. Anais eletrônicos*, Recife, p. 1-13, 2019c.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. Mulheres e homens alienados no Ceará: o perfil dos internos do São Vicente de Paula. *In: I Encontro Internacional História, Memória, Oralidade e Culturas. Anais eletrônicos*, Fortaleza, p. 1-16, UECE, 2012.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de; MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Violências e histórias de internações de mulheres: hospital de Alienados do Recife nos anos de 1950. **Revista Escripturas**, Petrolina, v. 4, n. 2, 2020.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química**. Sobral: Edições UVA, 2000.

OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. O pai, o filho e o historiador: diálogos entre cinema, história familiar e doentes de Alzheimer. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica**, Salvador, v. 06, n. 18, p. 605-617, maio./ago. 2021.

OLIVEIRA, José Rogério de. **Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001)**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

OLIVEIRA, Rafael Anunciação. I Conferência Livre Nacional de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) acontece no dia 26 de maio. **SUS Conecta**. Disponível em: <http://susconecta.org.br/i-conferencia-livre-nacional-de-saude-dos-usuarios-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps-acontece-no-dia-26-de-maio/>. Acesso em: 16 ago. 2023.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-154, jan./mar. 2011.

ONGARO BASAGLIA, Franca. **Mujer, Locura y Sociedad**. Tradução de Ana María Magaldi e Clara Kielack. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla, 1983.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; EMERICH, Bruno Ferrari. Espantando Cem anos de solidão: um caso de paranoia atendido em um CAPS III. *In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; EMERICH, Bruno Ferrari. (Org.). SaúdeLoucura 10: tessituras da clínica – itinerários da reforma psiquiátrica*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

ORDORIKI SACRISTÁN, Teresa; GOLCMAN, Aída Alejandra. **Locura en el archivo:** fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas psi. Mexico: Universidade Nacional Autónoma de México, 2022.

PADOVAN, Maria Concepta. **As Máscaras da Razão:** memórias da loucura no Recife durante o período do Estado Novo (1937-1945). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

PADOVAN, Maria Concepta. A terapêutica da malarioterapia no hospital de alienados de Recife (1930-1945). **Cadernos de História UFPE**, Recife, v. 7, n. 7, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PASSOS, Rachel Gouveia. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 116 - 129, jan./jun. 2020.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo-rei:** sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura:** loucura e desrazão. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PERNAMBUCO. CAPS I “Rasga Tristeza”. **Projeto terapêutico.** Prefeitura do Salgueiro: Secretaria de Saúde, 2007.

PERNAMBUCO. CAPS II “Rasga Tristeza”. **Projeto técnico.** Prefeitura do Salgueiro: Secretaria de Saúde, 2012.

PERNAMBUCO. **Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994.** Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=1552&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 15 maio. 2022.

PERNAMBUCO. **Lei nº 17.523, de 9 de dezembro de 2021.** Altera a Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994, que dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências, originada de Projeto de Lei de autoria do Deputado Humberto Costa, a fim de promover medidas de publicidade acerca da saúde mental. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=60971&tipo=TEXTTOORIGINAL>. Acesso em: 28 maio. 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. VII Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. **Mapa de Saúde da VII Regional de Saúde de Pernambuco.** Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco**. Recife, 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Serviços para pessoas que fazem uso de drogas serão mapeados**. Pernambuco, 2021. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/noticias/servicos-para-pessoas-que-fazem-uso-de-drogas-serao-mapeados>. Acesso em: 08 ago. 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIR/VII GERES nº 046 de 29 de outubro de 2013. **Aprova o Plano da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**, da VII Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Salgueiro, 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB/PE nº 2545 de 26 de março de 2014. **Homologa o desenho da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**, da VII Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Salgueiro, 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIR/VII GERES nº 146 de 16 de novembro de 2021. **Aprova a solicitação de oferta e acolhimento dos 10 leitos da Rede de Atenção Psicossocial do hospital Regional Inácio – RAPS**, da VII Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Salgueiro, 2021.

PERNAMBUCO. Rede de Atenção Psicossocial Estado de Pernambuco. **Gerência de Atenção a Saúde Mental**: planilha. Recife, 2020.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

PAPO DE HISTORIADORA. **“Perdi tudo não tem mais nada”**: histórias de mulheres manicomializadas. Entrevistada: Giovanna Maria Trajano de Lira. Entrevistadora: Larissa Beserra dos Santos. 30 ago. 2022. *Podcast*. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/4srZNWzgaAUEMFHNEysPUT>. Acesso em: 08 ago. 2023.

POMMER, Carolina Demaman; ROCHA, Cristianne Famer. Nau da Liberdade: travessia nômade entre teatro e saúde mental em desinstitucionalização. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 45-60, 2015.

POLLAK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.

PORTELLI, Alessandro. **História oral como arte da escuta**. Tradução de Ricardo Santhiago. São Paulo: Letras e Voz, 2016.

PREFEITURA DO SALGUEIRO. **História de Salgueiro**. Disponível em: <https://www.salgueiro.pe.gov.br/municipio-historia.html>. Acesso em: 25 mar. 2023.

QUEIROZ, Ivo Pereira de. **Fanon, o reconhecimento do negro e o novo humanismo: horizontes descoloniais da tecnologia**. Tese (Doutorado em Tecnologia) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

RAGO, Margareth. **A aventura de contar-se: feminismos, escrita de si e invenções da subjetividade**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2013.

REMARQUE, Erich M. **Nada de novo no front**. Tradução de Helen Rumjanek. Porto Alegre: L&PM, 2018.

RIBEIRO, Ana Maria Mota. O “Polígono da Maconha”. **Le Monde Diplomatique**, São Paulo, 04 jun. 2008. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/o-poligono-da-maconha/>. Acesso em: 08 jul. 2023.

RODRIGUES, André Paiva. **A estruturação do espaço urbano-regional a partir das obras de transposição do rio São Francisco (2007-2017): o exemplo de Salgueiro e entorno**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2020.

RODRIGUES, Thaise Gabriella de Almeida. **Espaço, práticas médicas e institucionalização da loucura: um olhar sobre o hospital Colônia de Natal (1957-1963)**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.

ROTELLI, Franco *et. al.* Desinstitucionalização, uma outra via. In: Em Nicácio, F. (Org.), **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUSSO, Henry. **A última catástrofe: a história, o presente e o contemporâneo**. Tradução de Fernando Coelho e Fabrício Coelho. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

SÁ, Giovanni Alves Duarte de; CAMPOS, Andréa Carla de Magalhães. “O povo votava em quem ele mandava”: notas de campo sobre a herança simbólica do coronel Veremundo Soares em Salgueiro – PE. **Revista NEP – Núcleo de Estudos Paranaenses**, Curitiba, v. 8, n. 2, dez. 2022.

SÁ, Giovanni Alves Duarte de. Honra, poder e parentela política: reflexões sociológicas a partir de um estudo de caso no sertão pernambucano. **Revista Cadernos de Campo**, Araraquara, n. 25, p. 209-228, jul./dez. 2018.

SALLA, Fernando; BORGES, Viviane Trindade. Prontuários de instituições de confinamento. In: Rogério Rosa (Org.). **Possibilidades de pesquisa em história**. São Paulo: Contexto, 2017, p. 115-136.

SANTOS, Larissa Beserra dos. **As faces da loucura em Cajazeiras – PB: entre o social e o sensível**. Monografia (Graduação em História) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

SANTOS, Larissa Beserra dos. Os “sertões ficção”, narrativas subjetivas de usuários/as do Centro de Atenção Psicossocial em Cajazeiras – PB. In: GALVÃO, Iapony Rodrigues (Org.). **História dos Sertões: sujeitos e espaços**. Aracaju, SE: Criação Editora; Caicó, RN: Programa de Pós-Graduação em História do CERES, 2023.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma passagem para a estratégia do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 13-18.

SEPÚLVEDA, Patrick Moraes. **Entre os muros da exclusão: trajetórias de alienados na cidade de Salvador (1903-1916)**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Estado da Bahia, Alagoinhas, 2023.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manginhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, out./dez. 2019.

SILVA, Adalmir José da; OLIVEIRA, Edivania Granja da Silva. Conceição das crioulas: Território e Identidade no processo decolonial. **Revista Ensino Interdisciplinar**. Mossoró, v. 3, n. 8, p. 1-15, maio, 2017.

SILVA, Berenice Gomes da. **A marcha das margaridas: resistências e permanências**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SILVA, Edneide Maria da *et al.* Projeto vidas paralelas indígena: revelando o povo ATIKUM de Pernambuco, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, 6(1), n. 1, p. 37-47, 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1092>. Acesso em: 14 ago. 2023.

SILVA JÚNIOR, Waldemar Alves da. **O coronelismo em Salgueiro: uma análise da trajetória política do Coronel Veremundo Soares (1920-1945)**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

SOARES, Elza. **A Carne**. In: *Álbum Do Cócix Até o Pescoço*. Maianga Discos, 2002. (14 faixas).

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da História das Mulheres e das Relações de Gênero. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 27, n. 54, p. 281-300, 2007.

SOUZA, João Batista Carvalho de; ALMEIDA, Kennya de Lima. Antônio Joaquim Soares, o Homem, o Padre, o Político: uma história a ser contada. In: X ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA DA ANPUH DE PERNAMBUCO, 10, 2014. **Anais eletrônicos**, História e Contemporaneidade: articulando espaços, construindo conhecimentos. Petrolina, p. 1-13, 2014.

SOUZA, Maria Aparecida de Oliveira. **“Negras nós somo, só não temo o pé no torno”**: a identidade negra e de gênero em Conceição das Crioulas, Contendas/Tamboril e Santana. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SOUZA, Vânia Rocha Fialho de Paiva. **Relatório de Identificação da Comunidade Negra de Conceição das Crioulas**. Recife. 1998.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; ABREU, Danilo Afonso. Redução de Danos: clínica aberta para a desinstitucionalização das relações entre pessoas e drogas. *In*: ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; EMERICH, Bruno Ferrari. **SaúdeLoucura 10: tessituras da clínica – itinerários da reforma psiquiátrica**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental. Tradução de Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1976.

TEIXEIRA, Marcionila. Polígono da maconha agora é do crack. **Correio Braziliense**, Brasília, 29 de novembro de 2009.

TOLEDO, Eliza Teixeira de. **A circulação e aplicação da psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, São Paulo**: uma questão de gênero (1936-1956). Tese (Doutorado em História) – Fiocruz, Rio de Janeiro: 2019.

TVARDOVSKAS, Luana Saturnino. **Dramatização dos corpos**: arte contemporânea e crítica feminista no Brasil e na Argentina. São Paulo, Editora Intermeios: 2015.

VENTURINI, Ernesto. “O caminho dos cantos”: Morar e Intersectorialidade na Saúde Mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 471-480, 2010a.

VENTURINI, Ernesto. Prefácio. *In*: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução de Joana Angélica d’Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010b, p. 17-21.

WADI, Yonissa Marmitt. **A história de Pierina**: subjetividade, crime e loucura. Uberlândia: EDUFU, 2009.

WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002.

WADI, Yonissa Marmitt. Quem somos nós, loucos!? Um ensaio sobre limites e possibilidades da reconstituição histórica de trajetórias de vida de pessoas internas como loucas. **Anos 90**, Porto Alegre, v. 13, n. 23/24, p. 287-319, jan./dez. 2006.

WALTON, Stuart. **Uma história das emoções**. Tradução de Ryta Vinagre. Rio de Janeiro: Record, 2007.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma Epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ENTREVISTAS E PRONTUÁRIOS

KIMBÁ. Trabalhadores da saúde. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 06 de outubro de 2022.

LUMBIÁ. Trabalhadores da saúde. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 20 de outubro de 2022.

AYOLUWA. Trabalhadores da saúde. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 17 de novembro de 2022.

CIDA. Trabalhadores da saúde. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 18 de novembro de 2022.

AMARANTA. Trabalhadores da saúde. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 06 de dezembro de 2022.

ZAÍTA. Trabalhadores da saúde. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 07 de dezembro de 2022.

APOLINAR. Entre a memória e o poder. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 19 de dezembro de 2022.

REBECA. Trabalhadores da saúde. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Recife, 20 de dezembro de 2022.

PILAR. Trabalhadores da saúde. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 23 de dezembro de 2022.

FERNANDA. Entre a memória e o poder. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 11 de janeiro de 2023.

JOSÉ ARCÁDIO; FERNANDA; CARMELITA. Memórias e sensibilidades. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 18 de janeiro de 2023.

ÚRSULA. Memórias e sensibilidades. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 19 de janeiro de 2023.

MELQUÍADES. Trabalhadores da saúde. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 31 de janeiro de 2023.

MAURÍCIO. Família de “Rasga Tristeza”. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Parnamirim-PE, 06 de fevereiro de 2023.

MARIA. Família de “Rasga Tristeza”. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Parnamirim-PE, 06 de fevereiro de 2023.

NATALINA. Família de “Rasga Tristeza”. [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Parnamirim-PE, 06 de fevereiro de 2023.

ARDOCA. **Memórias e sensibilidades.** [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Parnamirim-PE, 06 de fevereiro de 2023.

ANA. **Memórias e sensibilidades.** [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Parnamirim-PE, 06 de fevereiro de 2023.

MARGARIDA. **Histórias de vida.** [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 03 de abril de 2023.

MARGARIDA. **Histórias de vida.** [Entrevista concedida a] Larissa Beserra. Salgueiro, 31 de julho de 2023.

LIBERDADE. **Prontuário 1.** CAPS Rasga Tristeza, 2023.

MARGARIDA. **Prontuário 2.** CAPS Rasga Tristeza, 2023.