



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE HUMANIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**RITA MARIA PAIVA MONTEIRO**

**DIZEM QUE SOU LOUCO: O CASO DAMIÃO XIMENES E A REFORMA  
PSIQUIÁTRICA EM SOBRAL/CE**

**FORTALEZA**

**2015**

RITA MARIA PAIVA MONTEIRO

DIZEM QUE SOU LOUCO: O CASO DAMIÃO XIMENES E A REFORMA  
PSIQUIÁTRICA EM SOBRAL/CE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. André Haguette

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas

---

M778d Monteiro, Rita Maria Paiva.  
“Dizem que sou louco” : o caso Damião Ximenes e a reforma psiquiátrica em Sobral/CE / Rita Maria Paiva Monteiro. – 2015.  
213 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Fortaleza, 2015.  
Área de Concentração: Sociologia.  
Orientação: André Haguette.

1. Saúde mental. 2. Família – Saúde mental. 3. Política de saúde mental. I. Título.

---

CDD 362.2098131

RITA MARIA PAIVA MONTEIRO

DIZEM QUE SOU LOUCO: O CASO DAMIÃO XIMENES E A REFORMA  
PSIQUIÁTRICA EM SOBRAL/CE.

Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Sociologia da  
Universidade Federal do Ceará, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Doutora em Sociologia.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. André Haguette (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof. Dr. Alessandro de Oliveira Campos  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

---

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Francisca Denise Silva do Nascimento  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Isabelle Braz Peixoto da Silva  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Nilson Almino Freitas (UFC)

Universidade Estadual Vale do Acaraú  
SUPLENTE

---

Profa. Dra. Linda Gondim  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Andréa Borges Leão  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Para Nina Donza Cancela Vieira, minha neta. Por um amor imenso.

Aos meus pais, Luiz e Lucy (Em memória), por tudo o que a lembrança de suas vidas significa para a minha família.

À Irene e Albertina Ximenes, pela coragem e pela luta contínua por justiça.

## **AGRADECIMENTOS**

Antes de mais nada, devo agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. André Haguette. Se conclui esse trabalho, devo, sem dúvida nenhuma, à sua disponibilidade, generosidade, respeito e também à sua competência para dividir comigo essa árdua tarefa depois de tantos impasses. Prof. André sempre foi um mestre para mim. Após essa caminhada juntos, percebi que ele é também um sábio no mais completo sentido da palavra. E para agradecer-lhe, professor, vou usar as palavras do poeta Vinicius de Moraes: “se todos fossem iguais a você”.

Agradeço aos meus filhos Otaviano, Marcus Kleredis, Davi e às minhas noras Cristina e Carolina, pela companhia, pelas contribuições, pelos risos, pela escuta e até pelas pressões. Família é tudo de melhor que a vida pode nos oferecer.

Em seguida, agradeço com muito afeto o amigo e amigas de longa data: Marcos Paulo Campos, Monalisa Soares e Camila Castro, afinal, formamos um “quarteto”. A presença de vocês foi fundamental para preencher a solidão que a escrita de uma tese nos impõe, além das contribuições relevantes no que diz respeito ao conteúdo e à forma do meu trabalho. Que os nossos almoços, cafés e as noitadas regadas à cerveja gelada no burburinho do Cantinho Acadêmico continuem fazendo parte de nossas vidas, mesmo com as atribuições individuais, que são muitas.

Agradeço à minha querida amiga Mayara Magalhães, que durante esses anos de doutorado, além de excelente companhia, sempre me auxiliou com as complicações burocráticas de relatório da CAPS e matrículas de semestres. Nunca fui muito paciente com essas questões, mas sempre pude contar com o seu apoio.

À Adriana Alcântara e à Geranilde Costa e Silva minhas amigas sempre disponíveis para ouvir as infindáveis narrativas sobre os percalços que se fizeram presentes durante a construção dessa tese.

Agradeço também à Professora Dra. Andréa Borges Leão, que esteve ao meu lado em um momento muito frágil do meu doutorado e com competência e equilíbrio me fez ir em frente.

Não poderia deixar de agradecer aos profissionais da RAISM que contribuíram com informações relevantes para a minha pesquisa e que me

acolheram com disponibilidade e paciência. Em especial, quero agradecer à Assistente Social Francisca Lopes, ao também Assistente Social Francimar Sampaio, à Gisélia, coordenadora da Rede, ao coordenador da RT, o enfermeiro Sergio e o médico César Augusto coordenador do CAPS AD.

Aos meus colegas de doutorado com quem tive oportunidade de estabelecer ricas discussões: Radamés Rogério e Vitória Paiva.

À Juliana Justa, responsável pela correção e formatação dessa tese. Como sempre, o esmero foi a tônica do seu trabalho.

A CAPES, instituição de fomento que financiou a minha pesquisa.

Aos funcionários do Programa de Sociologia da UFC, Socorro e Aimberê, sempre solícitos diante das minhas dificuldades burocráticas.



## RESUMO

A morte de um interno, por violência, em um hospital psiquiátrico em Sobral-Ce, em outubro de 1999, e as implicações jurídicas e na área da saúde ocasionadas por esse acontecimento que ficou conhecido como o caso Damião Ximenes Lopes é o objeto desta tese. A morte de Damião na Casa de Repouso Guararapes desencadeou a primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos e exigiu uma mudança na forma de lidar com a saúde mental no Município. A mudança foi impulsionada pela repercussão internacional da sua morte, até como uma ação política, mas teve como alicerce os ideais do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta tese volta-se para a história de Damião e como a sua família tornou-a pública em busca do que considera justiça levando o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos e também como o Município de Sobral respondeu às acusações às quais foi imputado. Em nove meses, a estrutura hospitalocêntrica da cidade foi desmontada e em seu lugar emergiu uma série de equipamentos de saúde que, funcionando em rede, reorganizou a proposta de atendimento aos pacientes em sofrimento psíquico. É relevante discutir os avanços ocorridos na saúde do Município com essa mudança, mas também não deixar de analisar as limitações que perpassam a implementação de uma política pública complexa e inovadora.

Palavras-chave: Saúde mental. Família. Reforma Psiquiátrica. Política pública.

## **ABSTRACT**

The death of an internal from violence in a psychiatric hospital in Sobral-Ce, in October 1999, and the legal and health implications caused by this event that was known as the case Ximenes Lopes is the object of this thesis. The death of Damião in Guararapes Rest Home triggered the first brazilian conviction in the Inter-American Court of Human Rights and demanded a change in dealing with mental health in the municipality. The change was driven by the international repercussions of his death, even as a political action, but had as foundation the ideals of the movement of the Brazilian Psychiatric Reform. This thesis aims to the story of Damião and how his family publicized his death in pursuit of what they considered justice taking the case to the Inter-American Court of Human Rights as well as how the municipality of Sobral responded to the accusations that have been imputed. In nine months, the hospital-centered structure of the city was dismantled and in its place emerged a series of health equipment, which, through networks, reorganized the proposal of patient care in psychological distress. It is relevant to discuss the progress made in the health of the Municipality with this change, but also not fail to analyze the limitations that go through the implementation of a complex and innovative public policy.

Keywords: Mental health. Family. Psychiatric Reform. Public policy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1.1 Campo de questões – problematização</b> .....	14
<b>1.2 Estrutura da tese e descrição dos capítulos</b> .....	21
<b>2 CONTEXTO DO OBJETO</b> .....	24
<b>2.1 A cidade de Sobral</b> .....	24
<b>2.2 O Bairro Dom Expedito</b> .....	33
<b>2.3 O objeto</b> .....	39
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	43
<b>3.1 Síntese da Literatura sobre o objeto</b> .....	48
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	65
<b>4.1 O Caminho metodológico: fazendo a pesquisa</b> .....	65
<b>4.2 Narrativas do campo de pesquisa</b> .....	69
<b>5 A PERCEPÇÃO SOCIAL DA LOUCURA NA TRAJETÓRIA DE DAMIÃO XIMENES</b> .....	88
<b>5.1 A trama</b> .....	90
<b>5.2 A infância</b> .....	91
<b>5.3 A juventude</b> .....	95
<b>5.4 A luta</b> .....	104
<b>6 A PSIQUIATRIA COMO UM SABER: HISTÓRIA, MOVIMENTOS E REFORMA</b> .....	114

<b>6.1 A história .....</b>	<b>114</b>
<b>6.2 As reformas .....</b>	<b>123</b>
<b>6.3 O Brasil e a institucionalização da loucura: o surgimento da psiquiatria brasileira .....</b>	<b>131</b>
<b>6.4 A Reforma Psiquiátrica no Brasil .....</b>	<b>136</b>
<b>7 HISTÓRIA SOCIAL DA MEDICINA/PSIQUIATRIA EM SOBRAL .....</b>	<b>142</b>
<b>7.1 Da Intervenção ao status de Sobral como “referência em saúde mental” .....</b>	<b>156</b>
<b>8 CONCLUSÕES .....</b>	<b>184</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>190</b>
<b>APÊNDICE A - TABELA DE ENTREVISTAS REALIZADAS.....</b>	<b>196</b>
<b>APÊNDICE B - TABELA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS .....</b>	<b>198</b>
<b>APÊNDICE C – RELATOS DE DONA M. G.....</b>	<b>201</b>
<b>ANEXOS – MATÉRIAS DE JORNAIS IMPRESSOS SOBRE O CASO DAMIÃO XIMENES .....</b>	<b>207</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Troca de turno de funcionários da fábrica em Sobral.....	27
Figura 2 - Arco Nossa Senhora de Fátima .....	29
Figura 3 - Lar do Albergado.....	38
Figura 4 - Casa de Repouso Guararapes .....	38
Figura 5 - Lar do Albergado.....	38
Figura 6 - Faculdades Inta.....	39
Figura 7 - Corredor do Manicônio.....	41
Figura 8 - Corredor que leva ao andar das coordenações dos cursos de graduação das Faculdades INTA.....	41
Figura 9 - Instituto Damião Ximenes .....	78
Figuras 10 e 11 - Os bastidores da pesquisa.....	79
Figura 12 - A família: mãe, avô, avó, tias, irmão, irmã. Damião e o seu irmão gêmeo, Cosme, são as duas crianças loiras com <i>shorts</i> iguais .....	91
Figura 13 - A Carta.....	106
Figura 14 - Rede de Atenção Integrada à Saúde Mental de Sobral .....	161

## 1 INTRODUÇÃO

A pior das loucuras é, sem dúvida, pretender ser sensato num mundo de doidos.

Erasmus de Rotterdam

Esta pesquisa propõe uma discussão sobre a institucionalização da loucura, violência manicomial e Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup> a partir da trajetória<sup>2</sup> de vida, das circunstâncias da morte de Damião Ximenes Lopes e dos impactos posteriores à sua morte no atendimento aos portadores de transtorno mental na cidade de Sobral-CE.

Damião foi morto na Casa de Repouso Guararapes, localizada no bairro Dom Expedito, na Cidade de Sobral, no dia 4 de outubro de 1999, onde se encontrava para tratamento psiquiátrico. O “caso”<sup>3</sup> Damião Ximenes é a primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos<sup>4</sup>, um acontecimento que expôs em um nível mais global as torturas, os maus tratos praticados nos hospitais psiquiátricos brasileiros<sup>5</sup> e, no caso específico, de um hospital psiquiátrico do Ceará. É relevante informar que o caso Damião se constituiu também na primeira sentença da Corte Interamericana “relativa a violações de

---

<sup>1</sup> A Reforma Psiquiátrica é entendida como uma transição paradigmática na forma de promover assistência aos doentes mentais. Do modelo secular de atendimento centrado no manicômio e na figura do psiquiatra, a reforma introduziu novos espaços e novos atores para pensar o atendimento ao portador de transtornos mentais. Discutirei com mais vagar o processo da Reforma Psiquiátrica e as transformações dela decorrentes nas instituições brasileiras, além de dialogar também com os discursos antagônicos que emergem no âmbito dessas transformações, no quinto capítulo dessa tese.

<sup>2</sup> Utilizo o conceito tomando como suporte teórico a obra de Suely Kofes (2001), na qual a autora se apropria de “narrativas” para compreender e reconstruir a trajetória de Consuelo Caiado. A trajetória de Damião foi (re) construída a partir da escuta de alguns narradores privilegiados e de consulta a documentos escritos

<sup>3</sup> Denomino de “caso” as implicações subjacentes ao acontecimento da morte de Damião: os aspectos jurídicos, os múltiplos discursos que emergem de diferentes segmentos sociais (gestores municipais, ex-internos da casa de Repouso Guararapes, familiares, documentação pesquisada). Para Borges (2009), “o caso” diz respeito à doença de Damião, sua morte, a denúncia pública da família,

<sup>4</sup> A Corte Interamericana de Direitos Humanos foi criada em 1978, é sediada em São José da Costa Rica e possui competência para julgar casos de violação de direitos nos Estados que aderiram à Convenção Americana de Direitos Humanos. O Brasil aderiu à Convenção Americana em 25 de setembro de 1992 e em 1998 há o reconhecimento, pelo Brasil, da competência da Corte. O julgamento do caso Damião ocorreu em 2005 e a sentença condenatória contra o Estado brasileiro foi proferida em 4 de julho de 2006, sete anos depois da sua morte.

<sup>5</sup> O panorama da Psiquiatria e das suas instituições, no Brasil, já foi abordado em trabalhos de estudiosos que voltaram suas pesquisas para o campo da saúde mental, do saber psiquiátrico e para a cultura hospitalocêntrica difundida no país ao longo dos séculos, entre eles: Lougon (2006), Bihel (2008), Passos (2009), Arbex (2013).

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais no continente” (BORGES, 2009, p. 27).

A ideia central do trabalho envolve dois momentos distintos: a primeira parte busca, através da biografia de Damião Ximenes e da caracterização<sup>6</sup> da instituição manicomial Casa de Repouso Guararapes, desenvolver um campo empírico e teórico que lastreie as discussões a respeito da loucura institucionalizada, do modelo asilar e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A segunda parte propõe discutir a transformação nas propostas de atendimento à saúde mental ocorrida na cidade de Sobral a partir do ano 2000<sup>7</sup>. Essa “transformação” está presente no discurso dos gestores da área da saúde e dos egressos da Casa de Repouso que atualmente utilizam os equipamentos da Rede de Saúde Mental-RAISM de Sobral<sup>8</sup>.

É relevante o entendimento de que a assistência manicomial utilizada durante vinte e seis anos (1974-2000) pelos operadores da saúde mental em Sobral foi substituída por uma série de equipamentos cujas propostas se aliavam com o ideário da Reforma Psiquiátrica no Brasil em um período de nove meses (TOFOLI; FORTES, 2005/2007).

A proposta das discussões do meu trabalho por meio da trajetória de vida de Damião Ximenes pretende elucidar a sua inserção no mundo da loucura, através de um diagnóstico médico psiquiátrico de esquizofrenia<sup>9</sup> e as implicações na vida de um indivíduo que transita por “instituições de sequestro” na perspectiva foucaultiana de ligação aos aparelhos de reformatão ou correção para ser normatizado (FOUCAULT, 2003). O caso Damião se apresenta como uma construção resultante de um cruzamento de práticas discursivas oriundas do saber médico/psiquiátrico, da família e dos Sistemas Jurídicos Nacional e Internacional.

---

<sup>6</sup> Através dos relatos dos entrevistados e do resgate da memória fotográfica e documental, considero possível apresentar a estrutura manicomial presente na Casa de Repouso Guararapes.

<sup>7</sup> No transcorrer do texto, pode-se perceber, nos depoimentos colhidos, as implicações ideológicas e políticas resultantes da morte de Damião e como essas implicações nortearam as transformações ocorridas na organização do atendimento à saúde mental em Sobral. Atualmente, esse atendimento é feito por uma “rede” de equipamentos que prescindem do aporte manicomial, mas não do suporte hospitalar.

<sup>8</sup> A RAISM recebeu alguns prêmios pela sua atuação em relação à saúde mental em Sobral (BARROS; JORGE, 2011). Falarei sobre eles em outro momento desse texto.

<sup>9</sup> De acordo com Pereira (2006, p. 16), a esquizofrenia se caracteriza pela “fragmentação do fluxo do pensamento e a ruptura do contato afetivo com o ambiente”.

## 1.1 Campo de questões – problematização

Naquele ano de 2010, eu havia sido aprovada na seleção de doutorado do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará com um Projeto de Pesquisa voltado para um estudo sobre o atendimento a dependentes químicos nos Centros de Atenção Psicossocial<sup>10</sup> em Fortaleza, com o título *A atenção psicossocial frente às Toxicomanias: debates ideológicos, formas de intervenção e política de saúde no Brasil. Estudo de casos nos CAPS AD no Município de Fortaleza-CE*. O referido estudo me proporcionaria a continuidade da pesquisa na área de dependência química, tema de indiscutível relevância social, e também exigiria um aprofundamento teórico no que se refere à temática da reforma psiquiátrica no Brasil<sup>11</sup>, que pode ser entendida como a propulsora das mudanças que se estabeleceram nas décadas de 80 e 90 do século XX, no atendimento aos indivíduos com transtornos psíquicos.

O conhecimento mais substancioso da história de Damião foi determinante para o meu interesse de pesquisadora, propiciando uma inflexão no meu percurso de pesquisa sem, no entanto, me distanciar do interesse que instigou parte da minha produção acadêmica: a saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.

Voltei-me para essa questão desde as primeiras leituras da obra de Michel Foucault, ainda na graduação, e que se evidenciou, sobremaneira, na pesquisa para a Dissertação de mestrado. O período da obra do autor compreendida como fase arqueológica foi pródigo nos estudos da formação discursiva dos saberes a partir dos dispositivos de poder. Em *História da loucura*, marco dessa fase, Foucault apresenta e discute as reformas que durante séculos foram impingidas às instituições psiquiátricas numa perspectiva de aprimoramento do controle e não para a promoção da humanização dos espaços destinados aos loucos.

Segundo Foucault (2010), a “ortopedia” esperada com a correção do louco através do seu “aferrolhamento” utiliza o emprego de tecnologias de

---

<sup>10</sup> Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS surgiram no Brasil na década de 1980 em meio ao processo de redemocratização do país, embasados no princípio de *desospitalização* e de mudança cultural sobre a saúde mental. Ver *Dependência química e Políticas Públicas: o desafio da recuperação em um CAPS AD no Município de Fortaleza* (MONTEIRO, 2010b).

<sup>11</sup> Na minha dissertação de mestrado (MONTEIRO, 2010a), discuto as propostas terapêuticas utilizadas no atendimento a dependentes químicos em três instituições, entre elas, um hospital de psiquiatria.



adestramento que perpassam o corpo e a alma do indivíduo e que se expressam na materialização da instituição (controle feito pelos médicos e funcionários), na utilização de medicamentos e em campos de saberes diferenciados, como a psicologia e a psiquiatria.

Sendo assim, o mergulho na pesquisa foi instantâneo. As conversas com os familiares de Damião - para isso me desloquei até o município de Varjota, distante 72 km de Sobral, local onde reside sua mãe e dois dos seus irmãos -, o acesso a um acervo de documentos e fotos da época de sua morte que estavam sob a guarda do Instituto Damião Ximenes<sup>12</sup> na cidade de Ipueiras (distante 130 Km de Sobral), cuja coordenação pertenceu à sua irmã mais velha Irene Ximenes, além de depoimentos de ex-internos e de membros da Junta Interventora<sup>13</sup>, me proporcionaram elementos substanciais para formular um objeto de estudo que inegavelmente suscitou emoções no campo de pesquisa. Como afirma Paiva (2007, p. 96), “é preciso ser mais que pesquisador de uma temática, é preciso vivê-la, ser por ela atingido e modificado”. A pesquisa, continua o autor,

[...] é um compromisso afetivo que impõe como consequência, ir além daqueles procedimentos-padrão de pesquisador social e implica criar uma abertura no campo da palavra, à circulação de afetos, à criação de um campo de interlocução intensa (PAIVA, 2007, p. 96).

Pensar uma trajetória individual pode parecer um exercício não sociológico. Durkheim (2003), por exemplo, afirma a sociologia como uma ciência das representações coletivas e deixa à psicologia os indivíduos. Contudo, a despeito da preposição de Durkheim, Norbert Elias (1995) exercita uma sociologia sobre a individualidade em sua obra *Mozart: sociologia de um gênio*. Se, para Norbert Elias, interessou o entendimento sobre a percepção social da genialidade na vida do compositor clássico Mozart, para este trabalho interessa a percepção social da loucura na vida e, conseqüentemente, na morte de Damião em relações de interdependência com outros sujeitos e instituições sociais. Não pretendendo, no

---

<sup>12</sup> O material disponibilizado por Irene fomentou outras atividades no campo acadêmico, como uma exposição de fotos e documentos. O contato com a família também propiciou a realização de um filme contendo depoimentos da mãe de Damião e de Irene. As filmagens foram utilizadas pedagogicamente em comemoração ao dia da Luta Antimanicomial, no dia 18 de maio do ano de 2012. Sobre o Instituto Damião Ximenes me deterei com mais vagar no transcórre deste trabalho.

<sup>13</sup> A referida Junta foi nomeada através da portaria nº 026 no dia 02 de março de 2000 pelo Secretário de Saúde do Município na época, Dr. Odorico Monteiro, após o relatório do Sistema Municipal de Auditoria, que procedeu a uma sindicância com a finalidade de apurar as denúncias contra a Casa de Repouso motivada pela morte de Damião Ximenes.

entanto, perder de vista outras dimensões da vida de Damião: sua infância, sua juventude, a relação com a família.

Bihel (2008, p. 146) é magistral quando diz que “acompanhar a trajetória de uma única pessoa nos ajuda a capturar a lógica das infra-estruturas cotidianas que fazem com que certas vidas ganhem forma e outras sejam impossibilitadas” e Damião insere-se, como tantos outros “clientes” de hospitais psiquiátricos brasileiros, em um contexto de impossibilidades que torna suas vidas um vazio social, significando descaso, abandono, invisibilidade, morte. Nesse sentido, ao escrever a história do Damião procuro, através da sua morte, dar possibilidades a outros indivíduos e, como diz novamente Bihel (2008, p. 423), entendê-lo “como uma figura geradora de uma nova maneira de pensar agência humana em meio a emergentes configurações técnicas, políticas e médicas”.

Como vimos, Damião Ximenes faleceu no dia 4 de outubro de 1999 com 30 anos de idade e, segundo o laudo do médico que o examinou inicialmente, de parada cardiorrespiratória. Sobre esse dia, entre outras coisas, D. Albertina faz um relato no qual enfatiza a emoção experimentada ao encontrar seu filho no hospital sujo de dejetos, sangrando e com visíveis sinais de violência, como na citação abaixo:

Foi eu que encontrei, pedi pra abrir o portão pra botar ele pra fora para mim vê ele, e quando abriu a boca dele era polícia, policia, policia, chega fazia aquela espuma, saindo sangue dos ouvidos, pelo nariz e com a cara toda suja, todo sujo de sangue e podre, podre de sujo, era a coisa mais feia do mundo (D. Albertina Ximenes)<sup>14</sup>.

Na entrevista, pedi à mãe de Damião para falar do seu filho em momentos anteriores à sua última internação, mas percebi que as suas memórias são sempre remetidas aos instantes finais de Damião e se articulam em torno do encontro com ele no manicômio e da constatação da sua morte. A força de luta da sua filha Irene em busca de justiça pela morte do irmão também está presente na fala de D. Albertina, que é arrematada por um discurso contundente permeado por um acentuado apelo religioso em que conclama a justiça de Deus<sup>15</sup>:

---

<sup>14</sup> O relato da mãe de Damião está no depoimento filmado que me forneceu e também nos seus depoimentos anexados aos processos movidos pela família contra a instituição e os seus proprietários.

<sup>15</sup> D. Albertina e Irene são protestantes. A primeira pertence à Igreja Assembleia de Deus e a segunda à Igreja Batista.

Estive com D. Albertina em dois encontros. A primeira vez para uma conversa informal em sua casa, na Cidade de Varjota, e, na segunda vez, também em sua casa, já como pesquisadora, quando fui autorizada a gravar e a captar imagens da sua narrativa. Procurei criar em torno desses encontros uma “região afetiva” porque era perceptível o desconforto que a evocação da memória daquele quatro de outubro proporciona à D. Albertina, além de que, a presença dessa mulher de 67 anos com fala mansa, mas perpassada pela força da sertaneja nordestina, inspira afeto e fez de mim uma “escutadora” (BOSI, 1994, p. 39) atenta e, porque não dizer, “afetada”<sup>16</sup>

Lembrar significa refazer o percurso da morte e da perda do seu filho, o que para D. Albertina é quase insuportável. A mãe de Damião aponta o esquecimento próprio da idade como impedimento para acessar fatos relevantes da infância e da juventude do filho, mas pouco a pouco suas lembranças vão se produzindo e trazendo à tona fragmentos da relação cotidiana com Damião. Sua fala segue o ritmo dessas lembranças: lento e emocionado.

Ele era um menino muito calado sabe, mas ele gostava muito de fazer assim as coisas, trabalhar, ele desde novinho, qualquer coisa que tinha em casa, assim um, de fazer negócio de pedreiro, ele gostava de pegar a colher, amassar aquele barro e tampar aqueles buracinhos tudinho, ele gostava, ele sempre foi muito cuidadoso com ele mesmo também (D. Albertina).

Enquanto conversávamos, D. Albertina fez um repetido “esclarecimento”: “meu filho não era louco, ele só não conseguia dormir e nem comer. Muitas noites ele ficava me olhando dormir na rede, eu acordava e ele estava lá”.

Já a irmã de Damião reconhece que havia uma “patologia psíquica” em seu irmão, mas não aceita o diagnóstico dado pelos médicos da Casa de Repouso. Para ela, Damião sofria de depressão e reforça sua percepção afirmando que “todos os internos da Casa de Repouso recebiam o diagnóstico de esquizofrenia”<sup>17</sup>.

Para Foucault (2001, p. 150), a esquizofrenia é resultante da ideia de degeneração do século XIX, na qual há a exigência do isolamento, “de recordar uma zona de perigo social e lhe dar ao mesmo tempo, um estatuto de doença, um

---

<sup>16</sup> Utilizo o conceito tendo como base o texto *Ser afetado*, da antropóloga, Jeanne Favret-Saada (2005).

<sup>17</sup> O relatório da Comissão da Secretaria de Saúde de Sobral, nomeada para avaliar a qualidade dos serviços prestados na Guararapes, por força da publicização da morte de Damião Ximenes, chefiada pela psiquiatra Luciana Rato atesta a “generalização” do diagnóstico de esquizofrenia no referido manicômio.

estatuto patológico”. O autor entende que, no século XX, a noção de esquizofrenia vai desempenhar o mesmo papel, portanto,

A esquizofrenia na medida em que alguns a entendem como doença que forma um só corpo com nossa sociedade inteira, esse discurso sobre a esquizofrenia é uma maneira de codificar um perigo social como doença. É sempre essa função da higiene pública, assumida pela psiquiatria, que encontramos assim ao longo de todos esses tempos fortes, ou se preferirem, desses conceitos fracos da psiquiatria (p. 150).

Aliada ao pensamento de Foucault no que se refere à psiquiatria e à sua proposta de mostrar a periculosidade do louco, a lógica do confinamento emerge como análise de uma loucura que necessita encontrar controle para a irreduzibilidade, desobediência e insurreição. O manicômio seria o espaço adequado para a observação dessas manifestações de forma que possam ser manipuladas.

Voltando às narrativas sobre Damião. Os relatos da mãe e da irmã são perpassados pelo afeto que se expressa de formas diferenciadas nos depoimentos e na vida cotidiana com sua ausência: o afeto da mãe se expressa no esquecimento de alguns fatos como para se proteger das lembranças que possam significar dor. O tempo da memória de D. Albertina privilegia a vida:

Ele gostava muito de arrumar, assim, trabalhar assim, ele queria arrumar um dinheirinho para ele, ele saía procurando assim aquelas coisas que vendia, ferro né, ferro assim, coisa que o pessoal compra pra levar pra fazer negócio de ferro (D. Albertina).

O afeto da irmã se expressa na luta contínua por “justiça”, o que, segundo seu entendimento, consolidar-se-ia com a punição dos responsáveis pela morte do seu irmão, já que a condenação obtida na Corte Interamericana de Direitos Humanos é restrita ao Estado brasileiro, não atingindo os donos do hospital e funcionários (médicos, enfermeiros e fiscais de pátio) diretamente envolvidos nos maus tratos a Damião, como constatado nos depoimentos colhidos ao longo do processo.

Eu não fui esperar que a polícia apurasse não, eu estava desacreditada, eu mesma fui apurar, eu fui atrás das pessoas, peguei depoimentos, as pessoas que não sabiam assinar o depoimento, eu levei uma almofada, botei uma máquina de datilografar, naquele tempo a gente quase nem usava computador (Irene Ximenes).

Para Borges (2009, p. 41), a vulnerabilidade de Damião, seu status de louco, reforçava a estigmatização com um “fundo ideológico político e econômico”. A

autora continua, “até hoje, nenhuma das pessoas de Sobral (dono da clínica, médicos, enfermeiros), que Irene chamou ‘gente grande’, foi responsabilizada e isso demonstra uma seletividade bem definida em relação às classes dominantes” (p. 41).

A atuação de Irene, não se furtando ao uso das ações necessárias para respaldar sua denúncia contra a Casa de Repouso Guararapes, é análoga a de um militante de uma causa. Segundo suas declarações, o apoio do Movimento Antimanicomial do Ceará e da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará-CDHALEC, na época presidida pelo Deputado Estadual João Alfredo, membro do Partido dos Trabalhadores, hoje vereador do Município de Fortaleza e pertencente ao Partido Solidariedade, foram imprescindíveis para a investigação dos fatos, já que a família procurou a delegacia após a morte de Damião para registrar um Boletim de Ocorrência, mas este não resultou em um Inquérito Policial que daria origem à investigação das condições que propiciaram a morte do interno.

O Inquérito, um ritual jurídico, que, como diz Foucault (2003, p. 72), é o “substituto do flagrante delito”, tem a função de reunir pessoas que possam testemunhar que “viram, que sabem, que estão a par” (p. 72). No caso Damião, passou-se mais de 30 dias para que esse inquérito fosse instaurado.

Uma das primeiras ações de Irene em direção à denuncia pública dos fatos acontecidos na Casa de Repouso Guararapes foi comparecer no dia 10<sup>18</sup> de outubro de 1999, seis dias depois da morte de Damião, a uma reunião ordinária do Conselho de Defesa dos Direitos Humanos do Estado do Ceará, que aconteceu em Sobral.

Esse instante da denúncia, segundo Irene, foi fundamental no seu propósito de lutar por justiça. Ali estavam presentes 89 pessoas, incluindo representantes de Conselhos de classe, entidades ligadas à defesa dos direitos humanos e à promoção de saúde mental no Ceará, representante do Ministério Público Federal. Como pretendia confrontar “gente graúda” de Sobral, como se refere Irene, era preciso ser ouvida pelas autoridades públicas na expectativa de receber o apoio necessário para a sua contenda. Sendo assim, dirigiu-se para a

---

<sup>18</sup> Há controvérsias quanto à data da reunião da Comissão de Direitos Humanos em Sobral. A obra de Borges (2009) informa que teria ocorrido no dia 8 de outubro de 1999. Quanto a documentos do acervo da CDHALEC, a reunião teria ocorrido no dia 10 de outubro do mesmo ano. Quanto à Irene, não há mais registro em sua memória da data exata da reunião.

reunião acompanhada de sua mãe. Esse momento do caso Damião pode ser analisado através do pensamento que Boltanski traz na sua obra *El amor y la justicia como competencias*, em um capítulo que trata da denúncia pública, quando o autor afirma que o denunciante:

[...] debe convencer a otras personas, asociarlas a su protesta, movilizarlas, y para eso asegurarles no solamente que disse la verdad sino tambien que esa verdad merece ser dita y que la acusacion, que senala a um ser (individual o colectivo) a la vindicta publica, está a la altura de la injusticia denunciada. A diferencia de la venganza concretada por médio de una violacion directa, ya sea física (golpes) o verbal (injurias) y que siempre puede realizarse aun cuando no se alcancen los efectos que de ella se esperan, la denuncia puede fracassar y frustrarse si el denunciante, que há renunciado a poner em práctica por si mismo el castigo que reclama, no encuentra personas dispuestas a seguirlo (BOLTANSKI, 2000, p. 238).

O referido capítulo da obra de Luc Boltanski é uma análise de denúncias enviadas pelos leitores, através de um conjunto de cartas ao *Le Monde*, na expectativa de publicação de suas denúncias. Há também na obra a denúncia de uma mãe sobre a prisão injusta, segundo a sua avaliação, de seu filho, à qual o jornal responde:

Senora, usted há tenido la amabilidad, hace algunas semanas, de hacernos conocer su punto de vista a proposito do seu hijo Jean Pierre. Habriamos deseado hacernos eco de el. Desgraciadamente, la abundancia de hechos de actualidad no nos lo há permitido. Tenga la seguridad de que lo lamentamos sinceramente (BOLTANSKI, 2000, p. 241).

Ao contrário do caso relatado acima, a mãe de Damião conseguiu apresentar a sua denúncia, ser ouvida, propalar a violência sofrida pelo seu filho e angariar adeptos à sua causa. Como avalia Borges (2009, p. 44), D. Albertina “conseguiu apresentar um caso individual como uma causa que dizia respeito ao interesse coletivo”.

Borges (2009), analisando uma fala de Irene sobre a morosidade dos processos judiciais resultantes da morte de Damião, traça um “desenho” das tensões políticas estabelecidas em torno da denúncia feita pela família e da repercussão do caso, vejamos:

O prefeito de sobral, em 1999, era Cid Gomes, atual Governador do Ceará, irmão do deputado federal Ciro Gomes, ex-ministro, ex-candidato à Presidência da República, um político tradicional de Sobral [...] (p. 25).

O prefeito à época era o atual governador do Ceará, filiado ao PPS – Partido Popular Socialista; o vice-prefeito era do PT – Partido dos Trabalhadores; e o secretário de Saúde – caso que mais interessa –

também era do PT. Essa aliança não era muito comum naquela época, pode ser determinante para entendermos o longo e árduo desafio que Irene encontrou [...] (p. 38).

O “cerceamento” das atividades da polícia, no sentido de investigar a morte de Damião no interior do manicômio que poderia resultar em desdobramentos jurídicos, como de fato aconteceu, pode ser percebido em outras ocasiões de acordo com depoimentos colhidos durante a pesquisa e de acordo com os documentos que compõem o acervo da pesquisadora. O material será utilizado em um diálogo com o texto no decorrer do trabalho.

A publicização do caso desencadeou articulações políticas na cidade no sentido de dar respostas urgentes às graves acusações que emergiram de vários segmentos da sociedade, referentes aos maus tratos no interior de um equipamento de saúde, que, mesmo privado, fazia parte do suporte à saúde mental que a Secretaria de Saúde disponibilizava aos moradores do município e de cidades vizinhas, sendo subsidiado em sua totalidade por repasses do SUS. Segundo o meu entendimento, a criação da RAISM foi uma resposta “costurada politicamente” às pressas como uma ação conivente com um momento de modernização sobralense.

Cid Gomes chegou ao poder em 1996 com o lema “Sobral no Rumo Certo” e se propunha trazer o “novo” para a sua administração. De acordo com Freitas (2000, p. 58), o “Rumo Certo transparece num discurso que tem a pretensão de apontar o caminho da modernidade”.

## **1.2 Estrutura da tese e descrição dos capítulos**

A estrutura desta tese foi construída em seis capítulos, buscando elucidar as questões propostas pelo objeto de estudo e também desenvolver as discussões elencadas durante o percurso no campo de pesquisa.

O primeiro capítulo trata do contexto do objeto, no qual procuro caracterizar o *locus* da investigação apresentando ao leitor a cidade de Sobral, destacando alguns fragmentos da história e tradições de uma cidade instigante que me acolheu por três anos e partilhou comigo muito da “sobralidade” dos seus habitantes. Nesse capítulo, também apresento o Bairro Dom Expedito, espaço periférico tradicional da cidade, onde durante 26 anos esteve instalada a Casa de Repouso Guararapes, que mesmo recebendo as transformações impostas pelo

“progresso” conta com grupos de moradores que procuram conservar as memórias do bairro através de costumeiros encontros de socialização.

No segundo capítulo apresento, reflexivamente, algumas das obras com as quais dialogo na escrita do meu texto de tese e que propiciaram o arcabouço teórico necessário para desenvolver discussões pertinentes ao entendimento do objeto proposto. O capítulo também apresenta autores que elaboraram pesquisas, em outras disciplinas (história, direito, antropologia, saúde coletiva), sobre a mesma temática e com os quais pude efetivar um diálogo ampliando a minha percepção sobre o caso Damião Ximenes, sobre Sobral e sobre a Rede de Saúde Mental do Município.

O terceiro capítulo trata dos caminhos metodológicos percorridos para dar conta das análises apresentadas na minha tese. Delineei esses caminhos à medida que a pesquisa de campo se efetivava, o que muito dependeu da minha inserção na sociedade sobralense. Inicialmente, mergulhei no campo de pesquisa como uma exploradora solitária ávida por descobertas, mas de forma desordenada e, aí, as ferramentas metodológicas foram acionadas de acordo com os dados coletados em documentos, com as conversas informais, com as entrevistas, com as leituras delimitadas, o que propiciou um acúmulo de informações que exigiam uma sistematização através de técnicas elaboradas.

No quarto capítulo, a proposta é (re) construir a biografia de Damião Ximenes Lopes, perpassada pelo agenciamento psiquiátrico e pela violência institucional no interior da Casa de Repouso Guararapes em Sobral-CE.

O relato presente nesse capítulo, apresentado no fluxo da oralidade da irmã e da mãe de Damião, é a via de acesso às discussões propostas na introdução do trabalho, constituindo-se um campo fértil para o entendimento das práticas imbricadas no sequestro das subjetividades imposto pelo saber psiquiátrico e que têm se constituído como saber hegemônico no trato das questões da loucura. A transcrição literal das entrevistas está ancorada em interlocuções teóricas e no diálogo constante com a documentação que subsidia o aparato processual, proporcionando, assim, a dimensão de veracidade de vários eixos da narrativa.

O quinto capítulo pauta-se em uma historização do agenciamento da loucura como elemento constitutivo na formação do saber psiquiátrico, além de procurar discutir as transformações no que diz respeito à percepção dessa loucura e às múltiplas formas de intervenção que se produziram ao longo da história do



ocidente. Também pretendo discutir a institucionalização da loucura e o surgimento da psiquiatria no Brasil.

No sexto capítulo proponho discutir a organização da assistência à saúde mental em Sobral, que se manteve centralizada em um manicômio durante cerca de 20 anos, assim como entender as transformações ocorridas no atendimento ao indivíduo com transtorno psíquico após o desmonte desse modelo hospitalocêntrico que ocasionou a implantação de uma “rede” de equipamentos públicos substitutivos às práticas de encarceramento.

## 2 CONTEXTO DO OBJETO

### 2.1 A cidade de Sobral

A cidade de Sobral funda-se com o nome de Januária de Acaracu em 1841<sup>19</sup>, recebendo um ano depois a denominação atual. Localizada na Região Norte do Estado do Ceará, distante 238 km da capital do Estado, em uma área de 2.122.897 km<sup>2</sup>, tem uma população de cerca de 190.000 habitantes e é a quarta cidade do Ceará em desenvolvimento econômico sendo a primeira do interior do Estado e a oitava do interior nordestino.

De acordo com Frota (1995), a fundação da cidade se deve à doação de um terreno, por um “capitão” português para o curato, propiciando, então, a construção da matriz. Em sua volta surgiram as primeiras habitações do povoado, “berço da atual opulenta cidade de Sobral” (FROTA, 1995, p. 24). Para o autor, a situação geográfica da povoação estabelecida à margem de um rio “farto d’agua”, próxima a serras, cercada por campos e pastagens, “prenunciava um futuro esplêndido para a velha caiçara” (p. 271).

Sem dúvida, Sobral se desenvolveu impulsionada pela pecuária e pelo comércio consequente a essa atividade, proporcionando à cidade um acúmulo de riqueza que, segundo Freitas (2000), a colocou em uma posição de destaque em relação à capital cearense até meados do século XIX. Fortaleza só alcançaria a sua “hegemonia econômica” no início do século XX.

O enriquecimento de uma minoria de habitantes da cidade, através da pecuária extensiva do século XIX e também através do comércio, permitiu o contato com o exterior, “seja por motivos comerciais ou educacionais”, como se refere Freitas (2000, p. 38), contribuindo para que determinados comportamentos denotassem uma influência estrangeira. Daí alguns hábitos europeus se evidenciavam nas diversas formas de socialização como trajés, costumes cotidianos como tomar chá, competições esportivas, decoração das casas: “Foi nesse momento que os primeiros casarões e sobrados foram edificadas” (p. 39).

Desta forma, o ambiente de desenvolvimento econômico que proporcionou à cidade ares de “modernidade” facilitou a propagação do apelido de “Princesa do Norte”, ao qual se refere Monsenhor Linhares no prólogo do livro

---

<sup>19</sup> Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 23 fev.2014.

escrito por D. José Tupinambá da Frota, *História de Sobral*. O religioso se esmera na descrição da “evolução” do Município retratada no livro, em que algumas das conquistas elencadas são obras do próprio D. José.

E, com que mestria, entusiasmo e acendrado patriotismo, descreve ele o evoluir e o desdobramento de nossa formosa cidade, desde o tempo da velha Caiçara, ainda semi-bárbara, até a atual Sobral com sua catedral, Igrejas, Seminários, Santa Casa, Abrigo colégios, Museu, Fábricas, Telégrafos, Estradas de ferro e rodagens, Academia de Letras, Teatros, Cinema, Palacetes, belos edifícios, passeios públicos, seu extenso comercio, Banco, a atividade febril dos seus habitantes, a produção do campo e de suas fazendas (LINHARES in FROTA, 1995, p. 6).

Monsenhor Linhares continua sua escrita dando ênfase às atividades de D. José voltadas para o engrandecimento de Sobral cuja culminância seria o livro já mencionado, e resume as atividades do Bispo na cidade nas perspectivas confessional, moral e também cívica: “A sua história de Sobral é o coroamento de tudo quanto fez para o levantamento do nível religioso, moral e cívico desta nobre cidade tão merecidamente apelidada de Princesa do Norte” (LINHARES in FROTA, 1995, p. 6).

A história da cidade é intermeada pelo constante ideal de progresso, modernidade, grandiosidade das ações políticas, vultos ilustres que fazem parte da memória coletiva e que conferem aos seus habitantes uma identidade diferenciada do restante do Estado. Essa identidade, discutida em obras como a de Freitas, autor já mencionado aqui, pode ser percebida nas interações cotidianas com os sobralenses quando emerge em meio a conversas corriqueiras através da concepção de “sobralidade”, conceito que é atribuído à Parsifal Barroso, governador do Estado do Ceará no período de 1959-1963, como afirmam Girão e Soares (1997, p. 29),

Rica pela pecuária e pelo comércio, culta pelo intercâmbio com centros europeus e, ainda abençoada pela igreja, Sobral cresceu e tornou-se portentosa e progressista, gerando um sentimento que não é um simples bairrismo, identificado pelo intelectual político Parsifal Barroso como a **sobralidade**.

Em sua obra *Sobral: opulência e tradição*, Nilson Almino de Freitas se refere à construção do conceito de sobralidade como uma percepção da elite<sup>20</sup> local, uma “tradição inventada” construída através da memória coletiva que remete a um período de ‘trunfo’ e ‘opulência’. Durante a minha estada na cidade, entendi “sobralidade” como uma construção sócio-histórica que também pertence ao imaginário das classes menos privilegiadas e que se manifesta às vezes de forma irônica sobre algum comportamento “pretencioso” de alguém como: maneira de vestir, sobrenome, locais que frequenta, local onde mora etc.

Entre os habitantes da cidade também circulam histórias jocosas que falam do lado “besta” do sobralense, que favoreceu uma “americanização” da cidade no período em que Cid Gomes foi prefeito, entre 1997 e 2004. É muita divulgada em notícias de jornal, artigos na internet<sup>21</sup> e pelos “causos” contados pelos moradores de Sobral a “doação” de uma fundação dos Estados Unidos a Ciro Gomes, no ano 1998, de quinze ônibus escolares amarelos com nome em inglês “school bus” e que atualmente já não circulam pela cidade por falta de peças e de manutenção adequada. De acordo com Freitas (2000, p. 51), os ônibus amarelos foram comprados pela Prefeitura, através de licitação “com o preço mais em conta que os nacionais diretamente dos Estados Unidos” (p. 51).

Os moradores da cidade orgulham-se de suas conquistas (sociais e na área da saúde), da sua economia em constante desenvolvimento e, também, como é corriqueiro propalar-se em rodas de conversa, do “jeito sobralense de ser”.

O município tem duas grandes fábricas, a Cimento Votorantim, inaugurada em 1968, e a Grandene, que iniciou as suas atividades em 1993. Segundo informações divulgadas no Jornal da Diocese de Sobral<sup>22</sup>, a Votorantim desenvolve na cidade “diversas ações e projetos socioambientais”, além do programa PVE-Parceria Votorantim pela Educação e também um programa voltado para a área cultural. “A Rota da Cultura” propõe “promover a democratização cultural” apoiando projetos que incluam jovens em produções culturais.

Quanto à Grandene, segundo notícias divulgadas em sites, blogs e jornais locais a partir da sua inauguração, “grandes mudanças ocorreram na vida dos

---

<sup>20</sup> Elite segundo o autor “é uma minoria prestigiada e dominante, construída por indivíduos reconhecidos por diversos sujeitos sociais integrantes de grupos diversos que ocupam a cidade, como poderosos” (p. 20).

<sup>21</sup> Disponível em: <<http://www.fortalbus.com>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

<sup>22</sup> Disponível em: <<http://jornalcorreiodasemana>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

sobralenses”. Em dois anos a arrecadação do ICMS-Imposto sobre Circulação de Mercadorias cresceu 223,2% e, desde então, a empresa tem gerado o principal ativo circulante “através da massa salarial injetada na base da pirâmide social, cerca de 14 milhões mensalmente em termos de salários (dados de 2011), além do aumento da arrecadação nas três esferas governamentais”<sup>23</sup> da cidade. De acordo com o Blog “Sobral de Prima”, a Grandene também promoveu mudanças “positivas” no sistema educacional da cidade.

O início do Século XXI em Sobral foi marcado pela evolução educacional graças à eficiente gestão pública. Este setor também foi impactado indiretamente pela Grandene que já mantinha parceria com o Instituto Ayrton Senna, cuja atuação está voltada para a educação infantil. Seninha é uma das marcas do Instituto licenciadas pela Grandene. Em 2001, o Município de Sobral, firmou parceria com o Instituto, conseguindo assim, fazer da educação municipal um modelo para todo o País.

A Grandene em Sobral é um aglomerado de oito fábricas voltadas para uma produção diversificada como: matéria prima, botas, sandálias e produtos licenciados, como a “boneca” Barbie e o boneco “Senninha”. O conjunto das unidades de produção atualmente tem cerca de 21 mil funcionários que se revezam em três turnos de 7:30 min. Em uma noite em que percorria a cidade em direção a um determinado restaurante, tive a oportunidade de cruzar com uma multidão incontável de motos barulhentas com as suas buzinas, algumas em alta velocidade, que me causaram certo temor. Perguntei então à minha companhia, moradora da cidade: “o que é isso?”. Ela me respondeu: “troca de turno da Grandene”. Entendi, então, o porquê dos números altos relacionados à presença na cidade da empresa que emprega 9% da população.

Figura 1 - Troca de turno de funcionários da fábrica em Sobral.



Fonte: Folha de São Paulo (2014).

<sup>23</sup> Disponível em: <<http://sobraldeprima.blogspot.com.br>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

Segundo o imaginário da sua população e de acordo com a literatura consultada pela pesquisadora (FREITAS, 2000; SOARES, 2004), a cidade experimentou dois momentos de intenso progresso e que fizeram de Sobral "uma ilha de civilização" em meio a um oceano infinito de "cabocos sem berço"<sup>24</sup>.

Os dois momentos citados acima se referem à participação ativa na vida de Sobral de figuras proeminentes da sua história: O Bispo Dom José Tupinambá da Frota, nascido em Sobral em 1882, filho de uma rica e tradicional família local; e os feitos da família Ferreira Gomes, entre os quais se destaca o trabalho do Sr. Cid Ferreira Gomes, ex-prefeito da cidade e governador do Estado Ceará do Ceará por dois mandatos (2007-2015).

Portanto, a narrativa sobre a história política de Sobral se estrutura em dois momentos: o momento da "fundação", cuja figura representativa é D. José, e o momento da "re-fundação", representado pela perspectiva de "Sobral no Rumo Certo", centralizado na figura de Cid Ferreira Gomes. O primeiro, através do seu capital social, empreendeu ações que são percebidas pelo imaginário dos habitantes da cidade, principalmente dos habitantes mais velhos, como feitos de um "grande líder", não só religioso, mas também político devido às suas articulações com as autoridades da cidade, à sua influencia no âmbito do poder público que utilizava para promover indicações de pessoas a cargos relevantes no município. O religioso, que foi o primeiro bispo de Sobral, como afirma Freitas (2000, p. 86), "é considerado pela elite local o maior benfeitor da cidade". O autor afirma ainda

Ele foi transformado em mito. Tudo que o que é considerado bom para Sobral é atribuído a Dom José. [...] ruas tem o seu nome, bares, restaurantes, o museu; há estátuas em sua homenagem em vários cantos e retratos seus são pendurados em vários locais como se fossem 'altares' erguidos para a contemplação do 'grande herói sobralense' (p. 86).

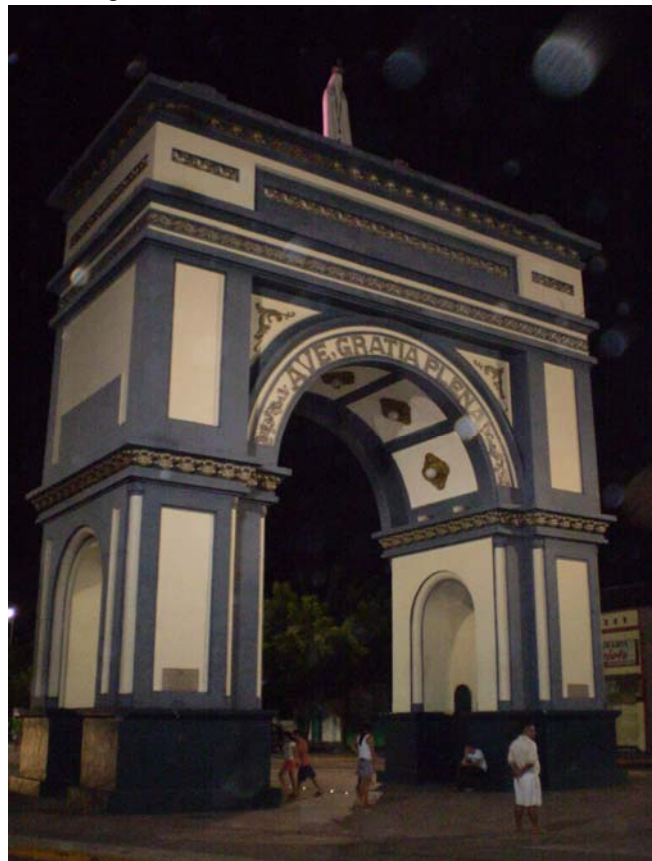
As obras de Dom José se fizeram presentes em vários segmentos do município durante os 43 anos (1916-1959) em que esteve à frente do episcopado de Sobral: Jornal "Correio da Manhã" (1918); a reforma da Catedral (1919); a Santa Casa de Misericórdia (1925); O Banco Popular de Sobral (1927); o Museu Diocesano, considerado o quinto maior no Brasil em Artes Sacras; Abrigo Coração de Jesus. No campo educacional, foi relevante para a cidade a intervenção do bispo,

<sup>24</sup> Disponível em: <<http://raimundoarcanjoblog.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

vajamos: Comitê Municipal contra o Analfabetismo (1917)<sup>25</sup>; a Rádio Educadora e o Colégio Diocesano (1918); O Seminário Diocesano (1925), que depois originaria a Universidade Estadual Vale do Acaraú; a Liga dos professores católicos de Sobral (1933); os colégios de ensino secundário Sobralense, Sant’Ana e Patronato (1934).

Também é obra da gestão episcopal de Dom José o conhecido monumento, réplica do Arco do Triunfo de Paris, que recebeu o nome de Arco Nossa Senhora de Fátima porque propunha homenagear a passagem pela cidade da imagem peregrina da santa. A “Praça do Arco” é espaço para encontros de amigos, local de brincadeiras de crianças, feira de artesanato, principalmente à noite, devido ao vento ameno que circula no local, sendo ladeada por uma avenida conhecida como “Boulevard do Arco”, mas que oficialmente recebe o nome de Avenida Dr. Guarany.

Figura 2 – Arco Nossa Senhora de Fátima



Fonte: Blog sobralonline (2014).

---

<sup>25</sup> De acordo com Araújo (2005, p.170), por influencia desse Comitê, algumas escolas foram inauguradas, como: Escola Dom José, no bairro de Fortaleza; a Escola Dr. José Sabóia, no bairro Cruz das Almas; O externato Gondim, dirigido por Antônio Gondim Lins; e uma Escola Pública Mista.

Interessante a análise que Freitas (2000) faz a respeito da diferenciação do “carisma” de Dom José em relação a outros personagens católicos, “líderes carismáticos”, que compõem a história do nordeste brasileiro, como: Padre Cícero, em Juazeiro do Norte-CE, ou Antônio Conselheiro, em Canudos-BA. Esses dois são representantes da luta do nordestino pobre, castigado pela seca e pelo abandono das autoridades ou pela exploração destas e, como diz o autor, coerente com a cultura do ‘homem comum’. Já o ‘Bispo-conde’, título outorgado ao religioso sobralense, é construído por representações que aliam “elementos nobres” (a própria origem familiar) e os valores implícitos à disciplina inerentes ao dogma religioso e às obras sociais e educacionais.

No âmbito político-institucional, a cidade originou a oligarquia dos Ferreira Gomes<sup>26</sup>, de onde são oriundos o ex-Governador do Estado do Ceará e ex-Secretários de Saúde e de Educação e, de acordo com a jornalista Daniela Pinheiro, a aspiração do clã é eleger Ciro Gomes, o irmão mais velho, presidente da república<sup>27</sup>. Vale destacar que a família Ferreira Gomes não fazia parte da elite sobralense, que era comandada pelos Saboya e pelos Monte’Alverne e, politicamente, o poder se revezava entre as famílias Prado e Barreto a partir de 1963<sup>28</sup>.

Sobre a trajetória política dos Ferreira Gomes, sabe-se que a família ocupou cargos públicos logo no início do Município: “Os dois primeiros prefeitos foram antepassados de Ciro e Cid: em 1890, Vicente César Ferreira Gomes, e em 1892, José Ferreira Gomes”. Depois desse período, a família só retornaria ao poder em 1935, quando Vicente Ferreira Gomes tornou-se prefeito e dirigiu o município até 1944. A partir daí, os Ferreira Gomes ficam ausentes do poder por trinta e três anos, só retornando em 1977, durante o período da Ditadura Militar, quando o patriarca Jose Euclides Ferreira Gomes, que era defensor público, assume a chefia do Executivo Municipal, tutelado pela família Prado. Segundo a FSP (26/8/2002):

Ciro entrou na política aos 20 anos, quando o pai prefeito o apontou procurador do município. Além de ter o apoio da família Prado, José Euclides, filiado ao PDS, tinha o apoio de César Cals, um dos três coronéis que se revezaram no governo do Estado durante o regime militar (1964-85).

---

<sup>26</sup> Oligarquia é o governo de poucas pessoas, pertencentes ao mesmo partido, classe ou família. Ver Aurélio Buarque de Holanda (2005).

<sup>27</sup> Acesso em: <<http://revistapiaui.estadao.com.br>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

<sup>28</sup> Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 29 jul. 2014.



Mais tarde, Ciro se elege deputado estadual por dois mandatos consecutivos, em 1888 se elege prefeito de Fortaleza e, dois anos depois, se elege governador do Estado. Em 1994 torna-se ministro da Fazenda (ficou no cargo por apenas três meses). Em 1997 concorreu às eleições presidenciais de 1998, não sendo eleito<sup>29</sup>.

Cid Gomes, como vimos, foi eleito prefeito da cidade com o lema “Sobral no Rumo Certo” e, como afirma Freitas (2000), durante a campanha incorporou o discurso da ‘legítima sobralidade’, recorrendo por diversas vezes à memória do seu pai, que morreu meses antes da campanha. O candidato apresentou um discurso permeado pelos conceitos de tradição e modernidade: o primeiro era enfatizado para apontar a identidade do candidato com a sociedade local, e o segundo tornou-se a principal orientação da sua campanha, que já se explicita no slogan da sua propaganda: o “novo”, o “moderno”, a mudança. Esse dualismo é explicado por Freitas (2000, p. 114),

[...] Cid Gomes constrói um discurso que em seu conteúdo soma ‘tradição’, memória e ‘modernidade’, apontando um pioneirismo, uma autonomia, uma democratização no acesso aos espaços, uma produtividade acelerada do ponto de vista cultural e econômico, e superioridade da ‘sobralidade’ adaptando-se as memórias ao presente.

Ao ser eleito, Cid investiu na criação do “corredor cultural” e, após um Estudo patrocinado pela Secretaria de Cultura, Desporto e Mobilização Social da Administração Municipal no Brasil, propiciou o tombamento de 2.500 imóveis pelo Patrimônio Histórico e Artístico Nacional-IPHAN no ano de 1999. Entre os prédios tombados, cinco se destacam: o Museu Diocesano Dom José de Tupinambá, a Praça e o Teatro São João, o Colégio Santana e o Becco do Cotovelo, que Freitas (2000) denominou de ‘ágora’ de Sobral devido ser um reconhecido espaço de sociabilidade da população local e onde são discutidos temas políticos e assuntos de interesse do sobralense, além da existência de um comércio diversificado, proporcionando, pela sua localização, um transitar intenso de pessoas que se deslocam pelo centro da cidade.

O referido espaço foi criado em 1842, passou por algumas reformas ao longo dos anos e na gestão “Rumo Certo” adquiriu novo piso, foram colocadas “árvores de metal”, que no alto têm uns círculos cuja aparência lembram guarda-sóis

---

<sup>29</sup> Disponível em: <<http://www.algosobre.com.br>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

e em volta das armações de metal banco de madeira para acolher a população. A nova aparência do Becco do Cotovelo inspirou o poeta de cordel Valter Junior a exaltar a importância da reforma do espaço e a “capacidade” do seu patrocinador:

Mas doutor me dê licença/ Que agora vou comentar/ Sobre a reforma do Becco/ Coisa de se admirar/ Ficou muito mais moderno/ Vale a pena até filmar// O Prefeito Cid Gomes/ Bastante empreendedor/ Reconhecendo que o Becco/ Merece muito valor/ Fez a reforma geral/ Com muito zelo e amor// Dr. Cid é um prefeito / Que tem sensibilidade/Trouxe uma nova imagem/ Para o centro da cidade/ Mostrando para toda a gente/ a sua capacidade (FREITAS, 2000, p. 181).

Com efeito, a poesia cordelense é apologética no sentido de anunciar aos quatro ventos a sensibilidade do prefeito aliada ao seu empreendedorismo e ao seu tino administrativo.

Também merece destaque como obra da gestão Ferreira Gomes o Museu do Eclipse, criado em 1999, para comemorar os oitenta anos da expedição de cientistas britânicos que observaram o eclipse solar no ano de 1919. O museu foi construído no local em que ocorreu a observação do fenômeno a partir do qual teria sido comprovada a teoria de Albert Einstein<sup>30</sup>, além de instituir aulas de inglês nas escolas do Município e inaugurar o Palácio de Ciências e Línguas Estrangeiras.

Outro feito da referida gestão é a criação de uma “versão rudimentar” do jogo de beisebol. Na cidade, foram formados três times para a prática do esporte, patrocinados por Cid Gomes. Também foi construído o Derby Club Sobralense para competições de turfe.

Ao sair da prefeitura de Sobral em 2004, após dois mandatos, Cid Gomes investe seu capital político para se lançar candidato ao governo do Estado. Atualmente, o prefeito do Município é Clodoveu Arruda, mais conhecido como Veveu, filiado ao Partido dos Trabalhadores e desfrutando do segundo mandato.

Nos três anos em que “residi” em Sobral acompanhei uma polêmica na cidade que mobilizou grande parte da população: a criação de um metrô de superfície, também conhecido como Veículo Leve sobre Trilhos (VLT), que se movimentava em 13 km da linha férrea desativada e exigiu na sua construção algumas ações impopulares como corte de árvores, desapropriações de casas, destruição de parte de uma ciclovia, além de que, devido ao traçado da linha férrea, algumas casas ficaram com suas portas a menos de três metros dos trilhos e em

---

<sup>30</sup> Disponível em: <<http://www.museudavida.fiocruz.br/>>. Acesso em: 26 fev. 2014.

determinados locais não havia espaço para manobra do trem, como foi detectado durante os testes.

O VLT sobralense idealizado pelo Governo do Estado, gestão Cid Ferreira Gomes, teve suas obras iniciada em março de 2011, com conclusão prevista para dezembro de 2012. O empreendimento tem sido alvo de constantes ações judiciais, uma questão que sempre retorna através do Ministério Público, provocando embargos e adiando repetidas vezes as datas previstas para inauguração<sup>31</sup>. Até agosto de 2014, período em que encerrei a minha pesquisa de campo, o VLT ainda não havia sido inaugurado.

O município de Sobral é constituído por 12 distritos e 24 bairros<sup>32</sup>, entre eles o Bairro Dom Expedito.

## 2.2 O Bairro Dom Expedito

Em uma tarde do mês de agosto de 2010, cheguei a Sobral, cidade que não conhecia até então, atendendo a um convite para ministrar duas disciplinas no Curso de Serviço Social em uma das instituições privadas de nível superior daquele município. A minha chegada foi atribulada, pois coincidiu com dia em que a cidade recebia os participantes do *Rally do Sertão* edição de 2010. Cheguei às 13:00h e, como não havia feito reserva em hotel, perambulei por quase uma hora pelo centro da cidade em busca de hospedagem, arrastando uma pequena mala e o meu computador, debaixo do sol escaldante, característico da região, com a temperatura por volta de 37 graus em um clima tropical quente e seco.

Depois da caminhada, consegui vaga em um pequeno hotel que naquele momento foi o meu “oásis”, oferecendo-me sombra, água e repouso. Hospedei-me e, refeita, dirigi-me à Faculdade de Teologia Aplicada (Faculdades INTA) para a entrevista com a coordenadora do curso, sendo logo em seguida encaminhada para a sala de aula. Essa relação empregatícia perdurou por três anos com idas e vindas semanais. Durante a semana eu residia em Sobral e nos finais de semana retornava para Fortaleza.

---

<sup>31</sup> Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

<sup>32</sup> Os dados aqui apresentados foram captados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE em 23.02.2014, mas há controvérsias quanto a estas informações. Para a Câmara Municipal de Vereadores de Sobral o número correto seria dezessete distritos e trinta e dois bairros. Disponível em: <[odebateinformativo.com](http://odebateinformativo.com)>. Acesso em: 23 fev. 2014.

Recordo-me que, ao entrar na sede “principal” da instituição, onde funcionam as coordenações dos cursos, algumas das salas de aula e alguns laboratórios, senti-me envolta por uma energia que emanava do desenho arquitetônico do prédio (corredores estreitos e longos, azulejos sob a pintura das paredes, rampas), o qual indicava que ali já havia sido um hospital. Sempre me sinto impactada quando adentro espaços com características físicas de “instituições totais” (manicômios, prisões e conventos)<sup>33</sup>. Questionei os alunos em sala de aula sobre a utilização do espaço anteriormente à faculdade e obtive a seguinte resposta: “Aqui já foi um hospício”. Junto com a resposta veio um relato de uma morte por violência nesse hospício e como tal morte “fez Sobral ficar conhecida até no estrangeiro, tem reportagens e tudo”.

Fui informada, em seguida, que o interno morto chamava-se Damião Ximenes Lopes. “Professora botaram até o nome dele no CAPS aqui em Sobral, em homenagem a ele”. Um fato me chamou atenção durante essa conversa inicial: a maioria dos estudantes presentes na sala de aula não tinha conhecimento do acontecido e pude comprovar essa primeira impressão em conversas futuras com os alunos de outra turma.

Sem dúvida, havia alunos inteirados da história “tenebrosa” da morte de um interno no manicômio, mas posso afirmar que era uma minoria e essa minoria contou-me casos e “causos” envolvendo familiares que estiveram internados na instituição, relatos dos pais e avós sobre os acontecimentos de violência presentes na Casa de Repouso Guararapes e como aquele bairro que abrigou o manicômio estava em processo de “desenvolvimento” depois que ali se instalaram as Faculdades Inta. Há um reconhecimento da população de Sobral de que a instituição universitária trouxe o “progresso” para o bairro Dom Expedito e também para a cidade, havendo, inclusive, uma pesquisa acadêmica em andamento sobre o impacto da instalação das faculdades naquele local.

É relevante mencionar a urbanização implementada no bairro durante o ano 2000 em um momento anterior à instalação das Faculdades Inta, com a inauguração de uma nova ponte sobre o Rio Acaraú que facilitava a locomoção de uma margem a outra do rio, ligando o bairro diretamente ao centro da cidade. O bairro Dom Expedito fica localizado na margem direita do rio que é reconhecida pela

---

<sup>33</sup> Sobre o conceito ver Goffman (2001, p. 16).

população sobralense como um local periférico da cidade. Antes da inauguração da ponte Prefeito José Euclides a travessia era feita pela velha ponte Othon de Alencar ou através de Canoas que continuam prestando esse serviço, só que em menor escala<sup>34</sup>

Sabemos que a grande maioria dos hospícios brasileiros se instalou em áreas mais afastadas dos centros urbanos. A Casa de Repouso Guararapes seguiu a tradição. O bairro Dom Expedito já foi considerado muito violento, mas segundo relato de alunos e alunas ainda há uma “cultura do medo” que limita a circulação pelo bairro a determinados horários por serem considerados menos propensos a assaltos. As investidas policiais são constantes, já tendo presenciado algumas delas.

Na década de 1990 também se instalou no bairro, vizinho ao manicômio, um albergue. A “Casa do Albergado”<sup>35</sup> continua no local apesar do interesse, já manifestado pela instituição de ensino, através dos seus proprietários, de retirar aqueles vizinhos indesejáveis e “nada condizentes” com o atual *status* do bairro. Tal fato gerou a insurgência de um professor do Curso de Serviço Social, que tentou articular um movimento contrário à saída dos albergados daquele espaço, já que a “casa” pertence ao bairro há mais de duas décadas. O movimento não vingou, não houve interesse de outros docentes pela causa, mas também não houve a desejada remoção. Até agosto de 2014 a instituição de abrigo continuava compondo a paisagem do bairro Dom Expedito.

De qualquer forma, há um estigma recorrente que perpassa a história do Dom Expedito como um local que tem abrigado populações de excluídos: pobres, marginais, loucos e presidiários, como identifiquei nas minhas andanças e interações com a população. Um motorista de táxi, durante uma conversa sobre a violência no bairro, fez a seguinte afirmação: “aqui sempre teve de tudo, professora”.

Por outro lado, encontrei nas “Redes Sociais” uma comunidade organizada por Daniel Gadelha denominada “Memórias do Bairro Dom Expedito”<sup>36</sup> com a proposta de resgatar a história do bairro. Até janeiro de 2014, o grupo “fechado” era composto por 1.463 membros. Na página inicial há o seguinte recado:

---

<sup>34</sup> Disponível em: <sobralnews.com.br>. Acesso em: 03 jan. 2014.

<sup>35</sup> A “Casa do Albergado” abriga apenados em regime semiaberto. Os albergados saem durante o dia para trabalhar, retornando no fim do expediente para dormir. Também devem ficar confinados ao Albergue nos finais de semana. “Se não cumprirem as determinações voltam para a cheirosa” (fala de um policial militar de plantão no Albergue).

<sup>36</sup> Disponível em: <www.facebook.com/groups>. Acesso em: 08 jan. 2014.

Este grupo tem como finalidade em manter a memória do nosso Bairro Dom Expedito, está proibidamente o extravio das fotos compartilhadas para outras redes sociais, se houver algum extravio haverá processos judiciais, sendo assim eu não pretendo ter políticos envolvidos em meu grupo, apenas pessoas que fizeram parte do nosso bairro. apenas quero pessoas sem visão política e financeiro,.: Daniel Gadelha (Transcrito diretamente da página do facebook).

Refletindo sobre o “fechamento” da comunidade na Rede Social, concluo que há rejeição do seu organizador exatamente para as duas dimensões preferencialmente evocadas quando se propala o “desenvolvimento” do bairro: a dimensão política, que se concretiza na urbanização impulsionada pelo antigo Prefeito, Sr. Cid Ferreira Gomes; e a dimensão econômica, representada pelo poder financeiro das Faculdades Inta.

Vale ressaltar que as Faculdades Inta têm empreendido algumas ações, mesmo que limitadas quantitativamente, com foco na comunidade do Bairro Dom Expedito, como o projeto de Extensão do Curso de Fisioterapia, “Educação e Cidadania à Saúde da Mulher”, como consta no relatório da Pró-Diretoria de Extensão e Responsabilidade Social-PRODERES de 2013.

Outro jornalista edita um Blog intitulado “Sobral Agora”<sup>37</sup> e também administra um perfil no facebook com a proposta de manter a interação entre moradores e ex-moradores do bairro, promovendo tertúlias onde essas interações possam acontecer e sempre numa perspectiva de rememoração dos anos 70, 80 e 90, quando gerações diferentes se encontram para manter viva a “memória social, familiar e grupal” (BOSI, 1994, p. 37). Quem não partilha dessas memórias não é bem-vindo, já que enviei duas solicitações de “amizade” (08.01.2014 e 27.02.2014), não havendo recebido nenhuma resposta de aceitação.

Os marcos temporais que agregam os encontros do grupo põem em evidência um período de poucas ou nenhuma mudança: o manicômio ainda estava lá, a travessia do Rio Acaraú era feita, preferencialmente, em canoa, a velha ponte era utilizada pelos raros carros que transitavam no bairro, as ruas eram sombreadas por muitas árvores e a população “estabelecida”<sup>38</sup> era numericamente superior à existente atualmente. “Dos antigos foi quase todo mundo embora, professora, o Oscar<sup>39</sup> saiu comprando tudo, no começo era baratinho, depois as pessoas viram

<sup>37</sup> Disponível em: <sobralagora.com.br>. Acesso em: 08 jan. 2014.

<sup>38</sup> O conceito utilizado é embasado na obra *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade* do sociólogo Norbert Elias.

<sup>39</sup> Oscar Rodrigues Junior, proprietário e Diretor Geral das Faculdades Inta.

que podiam pedir o que quisesse que o homem pagava” (motorista de táxi). Adentrando o bairro, passeando pela pracinha, pela beira do rio, ainda é possível encontrar ruas pacatas e arborizadas com uma igreja católica no centro da praça.

O bairro atualmente abriga, além dos “estabelecidos” (reduzidos em número de habitantes)<sup>40</sup>, as Faculdades INTA, compostas do prédio principal e cinco prédios anexos, dois hospitais universitários veterinários (um para animais de grande porte, outro para animais de pequeno porte), um Biotério<sup>41</sup>, um *shopping center* e, em anexo, uma sede do Hotel *Tulip Inn*, inúmeras residências de universitários ocupadas por estudantes de outras cidades do Ceará e de outros estados, Posto de Saúde, lanchonetes e um pequeno comércio para atender aos estudantes e professores no que diz respeito a reprodução de textos.

A movimentação de pessoas no bairro tornou-se intensa devido aos três mil novecentos e treze estudantes matriculados nos cursos de graduação do INTA, cerca de duzentos funcionários<sup>42</sup> que trabalham na instituição, divididos entre o corpo docente, agentes administrativos, funcionários de manutenção, motoristas e também há os prestadores de serviços e os moradores. Circula diariamente pelo Dom Expedito uma profusão de automóveis, motos e ônibus, cedidos pelas prefeituras de cidades vizinhas para trazerem estudantes, em um constante ir e vir.

As fotos abaixo mostram o entorno do manicômio no período do seu funcionamento e no momento atual, em torno da instituição universitária.

---

<sup>40</sup> Depois da chegada das Faculdades Inta, houve uma hipervalorização no preço dos imóveis no bairro, já que a expansão da instituição exigiu espaço para a instalação de novos prédios e, com isso, pequenos imóveis nas imediações foram negociados, retirando do local muitos dos antigos moradores, como foi mencionado no relato do motorista de taxi.

<sup>41</sup> Biotério é um local onde são criados e mantidos animais com a finalidade de serem usados como cobaias em experimentação. Disponível em <pob1.site90.net>. Acesso em: 15 jan. 2014.

<sup>42</sup> Os dados que se referem ao número de estudantes e profissionais das Faculdades Inta foram coletados em fevereiro do ano de 2014.

Figura 3 - Casa do Albergado



Figura 4 - Casa de Repouso Guararapes



Fonte: Acervo da pesquisadora (2014).

Figura 5 - Casa do Albergado



Fonte: Acervo da pesquisadora (2014).



Figura 6 – Faculdades Inta



Fonte: Acervo da pesquisadora (2014).

### 2.3 O objeto

Tive contato com o caso Damião Ximenes quando participei, em maio de 2010, como observadora, da III Conferência Estadual de Saúde Mental. Naquele momento, já havia empreendido uma interlocução teórica com autores que tratam da Reforma Psiquiátrica no Brasil, bem como uma prática de pesquisa no campo das instituições psiquiátricas devido à elaboração da minha dissertação de mestrado, como já mencionado, mas não houve um despertar imediato do meu interesse por esse caso específico. Era mais uma das muitas “estórias” em torno do atendimento psiquiátrico no Brasil envolto, historicamente, em tenebrosos e macabros acontecimentos, tão bem avaliados por Franco Basaglia ao visitar o hospital Colônia em Barbacena-MG<sup>43</sup>: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013, p. 15).

Vale destacar que o espaço físico onde funcionava a Casa de Repouso Guararapes, com sua lógica violadora de direitos, local de confinamento, exclusão<sup>44</sup>,

<sup>43</sup> Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte formavam o que se convencionou chamar ‘corredor da loucura’, na década de 1980. Dezenove dos vinte e cinco hospitais psiquiátricos mineiros existentes, naquele período, localizavam-se nessas três cidades. (ARBEX, 2013: p.31)

<sup>44</sup> Historicamente, os manicômios são espaços reconhecidos como “local” de exclusão e “sequestro” das subjetividades inadaptadas. Para Foucault, o século XIX cria uma rede de instituições no interior da qual há o aprisionamento das subjetividades visando a normalização dos indivíduos, entre elas, as instituições médicas (FOUCAULT, 2003).

maus tratos, violência sexual<sup>45</sup>, após ter seu fechamento motivado por falência<sup>46</sup>, devido ao descredenciamento de forma compulsória do Sistema Único de Saúde-SUS, foi imediatamente ocupado pela instituição universitária<sup>47</sup>.

A instituição oferece nove cursos de graduação, alguns de pós-graduação, inclusive em Saúde Mental, mestrado em Ciências Biológicas e, em 2013, a proposta de uma faculdade de medicina foi aprovada pelo Ministério da Educação-MEC. Tal êxito foi anunciado em dezembro do mesmo ano<sup>48</sup> e o fato é creditado, por alguns moradores da cidade, com os quais conversei informalmente, à influência do Sr. Cid Ferreira Gomes, governador do Estado do Ceará<sup>49</sup>, naquele período: “O homem é forte, tudo que ele bota a mão dá certo”. “Se não fossem os Ferreira Gomes, Sobral não seria nada” (motorista de táxi).

A expansão da instituição de ensino, nesses treze anos, se evidencia, como já vimos, em mais cinco prédios construídos anexos ao prédio principal e pela descaracterização do antigo pátio onde transitavam os loucos durante todo o dia, vivendo uma rotina de medicamentos e ócio<sup>50</sup> até serem recolhidos aos seus quartos ao anoitecer. Em uma parte do pátio da instituição foi erguido o prédio onde está instalada a faculdade de medicina que, em uma visão frontal, fica colado ao prédio do antigo manicômio.

Mesmo com as mudanças, que não são poucas, o prédio principal ainda preserva marcas do ambiente manicomial, como longos e estreitos corredores, rampas de acesso aos andares, azulejos que foram revestidos por camadas de tinta,

---

<sup>45</sup> As informações de violência sexual cometida pelos enfermeiros e “fiscais de pátio” contra as internas da Casa de Repouso estão presentes nas falas de alguns entrevistados para a pesquisa, como a Assistente Social membro da Junta Interventora. Outras Comissões e Órgãos Públicos também estiveram em Sindicância na Guararapes e apresentaram relatórios como: Conselho Federal de Enfermagem, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (Departamento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde). Nesses relatórios também há denúncias de violência sexual ocorridas no interior do manicômio.

<sup>46</sup> A falência da Casa de Repouso Guararapes deve-se ao fato que 100% dos seus internos eram mantidos pelo SUS, como consta em uma Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde – FCES do dia 30/07/1998.

<sup>47</sup> O instituto Superior de Teologia Aplicada-INTA instalou-se no prédio da Casa de Repouso Guararapes no mesmo ano do seu fechamento, 2000. Inicialmente, funcionava somente com um curso de graduação, o de Teologia.

<sup>48</sup> Disponível em: <blog.diáriodonordeste.com.br>. Acesso em: 10 dez. 2012.

<sup>49</sup> O manicômio e as suas instalações pertenciam a um membro da família Ferreira Gomes. O proprietário da Casa de Repouso Guararapes era o Sr. Sérgio Ferreira Gomes, primo do atual governador do Ceará e prefeito da cidade de Sobral na época da morte de Damião. Além do prédio do manicômio, o Sr. Sérgio era proprietário de um Parque Aquático também vendido para a instituição Inta e hoje é um dos anexos do complexo educacional.

<sup>50</sup> A afirmação está presente nos relatórios das instituições que apuraram as condições nas quais ocorreu a morte de Damião.

tudo isso permeado por histórias de “fantasmas” que circulam entre os funcionários da instituição de uma forma velada, como um segredo, já que os proprietários da faculdade são protestantes e, seguindo os ditames de sua religião, rechaçam qualquer assunto que aborde “aparições” ou “manifestações espirituais”.

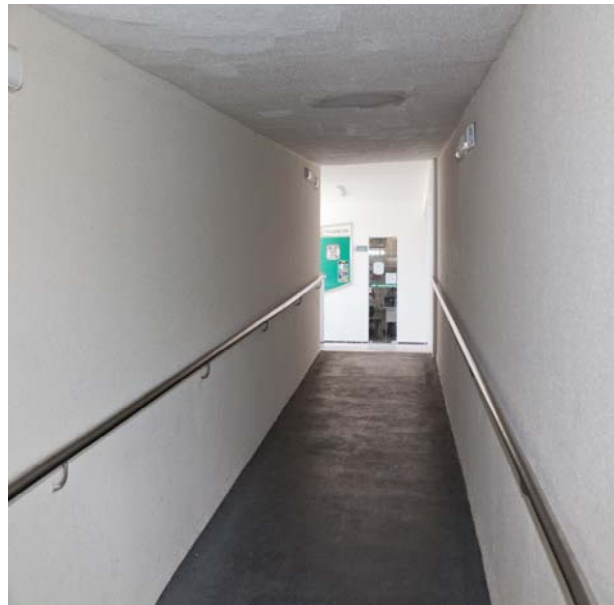
As histórias ouvidas de alguns funcionários, entre sussurros e olhares temerosos, falam de ruídos de passos pelos corredores e gritos de pessoas, no período da noite, em horários sem circulação de funcionários ou estudantes pelo prédio, a não ser o transitar dos vigias ou de algum funcionário que prolongue seu expediente após o encerramento do turno noturno de aulas.

Durante as reformas do prédio, depois da instalação da instituição de ensino, as salas de aula eram as ex-enfermarias e se abriam para os corredores, onde estão localizadas, atualmente, as coordenações dos cursos. Depois da reforma, as salas de aulas voltaram-se para o pátio e o antigo refeitório tornou-se o laboratório de informática. De acordo com relatos de professores mais antigos, nos primeiros semestres da instituição as salas de aula ainda possuíam armadores de rede nas paredes.

Figura 7 - Corredor do Manicômio



Figura 8 - Corredor que leva ao andar das coordenações dos cursos de graduação das Faculdades INTA



Fonte: Acervo da exposição Damiano Ximenes: “o sequestro de uma vida”, inaugurada no dia 23/05/2012 e encerrada no dia 30/05/2012 nas dependências das Faculdades Inta e organizada por essa pesquisadora.

Quando eu fui contratada pela faculdade ainda havia grama no pátio e uma piscina permanentemente vazia que, segundo informações dos funcionários, assim se encontrava desde o tempo do manicômio. Um ano depois da minha contratação, a piscina foi aterrada e hoje é o espaço onde se realizam as Colações de Grau dos formandos da instituição.

As imagens apresentadas na página anterior evidenciam as marcas da lógica manicomial deixada para trás no bojo de uma transformação rápida como a delimitar o que não deve se repetir, mas sem apagar os rastros daquilo que não deve ser esquecido. O “suporte material da memória” (CHAUÍ, 1994, p. 19) foi em parte preservado em outro processo de institucionalização daquele espaço físico. A dimensão imaterial dessa memória se expressa nas aludidas histórias de “fantasmas” narradas por alguns funcionários da instituição e nas lembranças, às vezes recorrentes, de moradores da cidade contemporâneos à existência do manicômio. “Lembro-me do meu pai e da minha mãe contando histórias sobre mortes e até gritos que se ouvia, mas eles contavam o que contavam para eles, porque nós não morávamos aqui no Dom Exedito”. (Segurança do Inta).

Pollak (1989) fala do “enquadramento da memória” que é alimentada “pelo material fornecido pela própria história” (p. 8) e acrescenta que a referência do passado cumpre o papel de manter a coesão do grupo e das instituições reforçando sentimentos de pertencimento. Para o autor, a memória “é uma operação coletiva dos acontecimentos do passado que se quer salvaguardar” (p. 9).

Mesmo que à primeira vista parte da geração mais recente de Sobral não tenha um conhecimento mais aprofundado da história de Damião, é perceptível a emergência de lembranças disseminadas entre alguns grupos da “sociedade englobante” com os quais mantive contato, como os motoristas de táxi mais velhos, familiares de ex-internos, ex-internos e profissionais que estiveram envolvidos na apuração da morte de Damião.

Como afirma Pollak (1989, p. 5),

A despeito da importante doutrinação ideológica, essas lembranças durante tanto tempo confinadas ao silêncio e transmitidas de uma geração a outra passa oralmente, e não através de publicações, permanecem vivas. O longo silêncio sobre o passado, longe de conduzir ao esquecimento, é a resistência que uma sociedade civil impotente opõe ao excesso de discursos oficiais. Ao mesmo tempo, ela transmite cuidadosamente as lembranças dissidentes nas redes familiares e de amizades, esperando a hora da verdade e da redistribuição das cartas políticas e ideológicas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O quadro referencial teórico que consubstanciou a minha pesquisa se delineou em torno de uma literatura que possibilitasse a compreensão do objeto de estudo e das múltiplas dimensões que o circundam através de algumas categorias teórico-conceituais. Em verdade, articulando analiticamente loucura, memória e Reforma Psiquiátrica.

Ecléia Bosi (1994) foi fundamental para descortinar o véu do entendimento no que se refere a trabalhar com memória. A operacionalização do referido conceito, que se constitui como algo novo para a pesquisadora, encontra ferramentas na leitura da obra *Memória e Sociedade: lembranças de velhos*. A memória, diz Ecléia, é um cabedal infinito no qual só registramos um fragmento. E continua;

Frequentemente, as mais vivas recordações afloravam depois da entrevista, na hora do cafezinho, na escada, no jardim, ou na despedida no portão. Muitas passagens não foram registradas, foram contadas como confidências. Continuando a escutar ouviríamos outro tanto ainda mais. Lembrança puxa lembrança e seria preciso um escutador infinito (BOSI, 1994, p. 39).

Essa observação da autora esteve presente em vários momentos das entrevistas com alguns dos sujeitos da minha pesquisa, enfatizando os diálogos com ex-funcionários da Casa de Repouso. Depois de desligado o gravador, novas informações eram colocadas, sempre em tom de confidências e de cumplicidade. Com um dos membros da Junta Interventora conversei cerca de uma hora no que posso qualificar como “uma conversa informal”, em que muitos aspectos relevantes do objeto foram lembrados e revelados, mas acompanhados de um alerta de confidencialidade.

Em Bosi (1994), encontrei condições análogas quanto à abordagem da autora sobre a sua “comunidade de destino” – o envelhecimento e a percepção social dos loucos da minha pesquisa. A autora aponta a comunidade de destino como objeto de rejeição, banimento do grupo familiar, preconceito, tutelação, asilamento e degradação senil que nos aproxima da ideia da degradação psíquica e suas implicações sociais.

Foucault se anuncia como um interlocutor imprescindível no que tange pensarmos a construção social da loucura ao longo da história da humanidade. Sua

obra *História da loucura* nos remete ao século XII, momento de expansão na abertura de leprosários, mas busco caminhar com o autor a partir do século XVII e adentrar o grande internamento, continuando, em seguida, até o século XIX, quando se estabelece a era da correção, a sociedade disciplinar e os seus mecanismos de “ortopedia social” (FOUCAULT, 2003, p. 86) onde o asilo e o hospital psiquiátrico estão em consonância com uma rede de instituições operadoras de controle dos indivíduos. Para o autor, essa rede de instituições promove o aprisionamento das nossas existências no que denomina de sequestro, objetivando a “inclusão e normalização” do indivíduo.

Com *Os anormais* (2001, p. 185), Foucault me direciona em algumas reflexões sobre a relação família-louco a partir da sua inserção na ordem psiquiátrica que, no século XIX, surge como técnica de correção sobre “toda uma série de condutas, perturbações, de desordens, de ameaças, de perigos que são da ordem do comportamento”. Articulando essas reflexões com o relato de D. Albertina, que, mesmo negando a loucura do seu filho, justifica as suas internações como uma precaução à possível violência que Damião pudesse cometer: “eu tinha medo que ele fizesse uma arte em casa com os irmãos ou comigo, né”. (D. Albertina).

Na obra acima citada, há a discussão no campo do normal e do patológico, na qual se organiza a “nova psiquiatria”. A norma como “princípio de funcionamento adaptado e ajustado” e o “patológico como mórbido, o desorganizado, a disfunção” (FOUCAULT, 2001, p. 204). Os antagonismos dos conceitos que, segundo o autor, perpassam o saber psiquiátrico, orientam a reflexão sobre alguns dos relatos dos familiares de Damião, nos quais podemos perceber que há enquadramentos na percepção de alguns dos seus atos. Tanto sua mãe como sua irmã, através de suas falas, apontam comportamentos que ora se enquadram como “normais” e ora como comportamentos “patológicos”.

Goffman (2001) delinea as relações que se estabelecem nas “instituições totais” sob duas perspectivas: “o mundo do internado” e “o mundo da equipe dirigente”. Na primeira, o autor trata do conjunto das ações perpetradas no interior das instituições totais voltadas para uma mudança na “carreira moral” do indivíduo internado quando são utilizados processos de mortificação do eu que, para Goffman, são “relativamente padronizados” nessas instituições. Sobre o internado é praticada “uma série de rebaixamentos, humilhações e profanações do eu” (GOFFMAN, 2001, p. 24), que incluem o isolamento através de uma barreira que o separa do mundo

externo. Para o autor, a barreira seria a “primeira mutilação do eu” imposta ao indivíduo na sua inserção em uma instituição total, despojando-o das suas relações domésticas, das suas relações profissionais ou educacionais, o que resultaria em uma “morte civil”.

Um exemplo das degradações, humilhações e “mortificação do eu” praticadas no interior da Casa de Repouso Guararapes, aqui entendida como uma instituição total como preconiza Goffman (2001), está nos relatos de que muitos internos e internas permaneciam nus na rotina diária do manicômio, que as vestimentas limpas eram fornecidas somente nos dias de visitas, além do uso sistemático da “jaula”, local de castigo, mas também de exposição, de uma visibilidade humilhante que contém a proposta de inibir possíveis atos insurgentes, tanto de quem está “enjaulado” como de outros internos.

Quanto à “equipe dirigente”, segundo Goffman (2001), seu cotidiano está imerso na contradição do que “a instituição realmente faz aquilo que oficialmente deve dizer que faz” (p. 70), o que significa manter-se entre a “manutenção de certos padrões humanitários” (p. 73), de um lado e a “eficiência da instituição de outro” (p. 73).

Para o autor, alguns atos violentos perpetrados pelos internos no sentido de autodestruição exigem que

Num esforço para frustrar esses atos visivelmente autodestrutivos, as pessoas da equipe dirigente podem ser obrigadas a ‘maltratar’ tais pacientes, e criam, de si mesmas, uma imagem de pessoas duras e autoritárias [...]. Nesses momentos, é compreensível que o controle emocional seja extremamente difícil para as pessoas da equipe dirigente (GOFFMAN, 2001, p. 76).

De acordo com a análise que elaborei a partir dos relatórios de diversas entidades (Junta Interventora, Conselho Regional de Enfermagem-COREN-CE, Departamento de Controle dos Serviços de Saúde-DECAS) que embasam o caso Damião, as ações violentas comprovadamente rotineiras na casa de Repouso Guararapes se enquadravam na racionalidade discutida por Goffman (2001: 69). O autor afirma que as instituições totais “usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas” (GOFFMAN, 2001, p. 69).

Os depoimentos colhidos durante a investigação da morte de Damião com os principais acusados de cometer atos violentos no interior do manicômio pertencentes à “equipe dirigente” apontam no sentido de uma violência disseminada e de ações deliberadas de omissão, já que “os próprios delatados André, Carlos Alberto e Salete não tomaram os cuidados indispensáveis para a preservação da saúde e da integridade física da vítima”<sup>51</sup>. Essas ações não eram de conhecimento da sociedade, o que fazia da instituição o local adequado para promover a “recuperação” dos pacientes a ela confiados. Oficialmente, o manicômio desempenhava a tarefa que lhe era delegada.

Yasui (2010) entende a Reforma Psiquiátrica como um ‘processo civilizador’ que busca a construção de um novo lugar social para a loucura. O autor aponta duas dimensões desse processo: o dispositivo transformador, que envolve ações onde estão inseridos todos os envolvidos com a loucura – usuários, familiares, profissionais; e o que, segundo Yasui, é a dimensão articuladora de todas as outras: “a utopia de mudar o mundo”.

A Reforma Psiquiátrica, por sua complexidade, diversidade e abrangência, não pode e não deve ser confundida com uma modificação na estrutura dos serviços de saúde ou de mudança nas instituições. Sua natureza é mais ampla. A Reforma psiquiátrica é um processo civilizador (YASUI, 2010, p. 22).

Sidrim (2010) foi um dos interlocutores que me forneceu subsídios para traçar uma retrospectiva histórica sobre os movimentos transformadores, no que diz respeito ao cuidado com o louco, ocorridos em diversas partes do mundo a partir da segunda metade do século XX, que indubitavelmente lançaram luzes sobre as discussões que emergiram no Brasil na década de 80 do século XX e que alavancaram a Reforma psiquiátrica no país.

Considerei essencial para a minha pesquisa uma discussão sobre o nascimento das instituições psiquiátricas no Brasil e a constituição da psiquiatria brasileira, na qual tomei como referência Costa (2007). O autor discute os princípios eugênicos que nortearam os médicos brasileiros, a partir da segunda metade do século XIX, trata da criação da Liga Brasileira de Saúde Mental – LBHM, assim como das posições ideológicas e políticas assumidas pela LBHM para resolver as questões de higiene mental nas décadas de 20 e 30 do século XX.

---

<sup>51</sup> Denúncia ofertada em 25 de abril de 2000 pelo Ministério Público contra os três enfermeiros citados acima e também contra o Sr. Sergio Antunes Ferreira Gomes, proprietário da instituição.



Sobre Damião Ximenes e a “batalha” jurídica da família pelo reconhecimento, no país e internacionalmente, da violência e dos maus tratos que ocasionaram sua morte, encontro subsídios na obra de Borges (2009). Nadine Borges trabalhou no caso como advogada de uma Organização não Governamental-ONG denominada Justiça Global, que foi peticionária da ação na Comissão e na Corte interamericana de Direitos Humanos. A atuação da ONG<sup>52</sup> foi o tema da sua dissertação de mestrado em Sociologia e Direito na Universidade Federal Fluminense-UFF, sendo posteriormente publicada. A autora leva, com muita propriedade, o leitor a percorrer os meandros jurídicos de uma corte internacional.

O “estilo de enredo” para a elaboração da biografia de Damião Ximenes contida no quarto capítulo dessa tese pode ser encontrado em Kofes (2001). A autora afirma que “biografia, história de vida ou mesmo trajetórias são indissociáveis de sua narração e também é uma pretensa ‘etnografia de uma experiência’ (KOFFES, 2001, p. 123). Como Kofes, que entende não fazer uma “biografia exaustiva” sobre Consuelo Caiado devido à ausência de detalhes de sua existência cotidiana e falta de informações de vários momentos de sua vida, também percebo que há silêncios e esquecimento nas narrativas sobre Damião, já que os fatos e acontecimentos relatados sobre sua biografia têm como ponto central o seu transtorno psíquico (surgimento, desenvolvimento, clímax e morte). A fala oriunda da narradora privilegiada, sua irmã Irene, matéria-prima primordial para a escrita da sua “história de vida”, revela uma “memória seletiva” onde a infância, a juventude e a fase adulta de Damião estão tecidas pela manifestação de seu transtorno mental.

Para a escrita do capítulo também me ancoréi na obra de Bosi (1994). Ecleia utiliza na íntegra as narrativas dos seus “recordadores” para elaborar sua obra. A autora, na introdução do livro, afirma que não dispõe de nenhum documento que possa confrontar os fatos relatados e justifica “a veracidade do narrador não nos preocupou: com certeza seus erros e lapsos são menos graves em suas consequências que as omissões da história oficial” (BOSI, 1994, p. 37). Quanto a mim, longe da grandiosidade da obra de Ecleia, procurei subsidiar teoricamente e

---

<sup>52</sup> A ONG tomou conhecimento do caso Damião através do relato contido no livro *A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*, da denúncia de Irene e das implicações sociais e políticas dessa denúncia, além da divulgação pública dos acontecimentos. O texto foi escrito por Milton Freire Pereira, diretor do Instituto Franco Basaglia no Brasil. Segundo Borges (2009), a Justiça Global procurou Irene Ximenes para assessorá-la, “tornando-se desde 17 de outubro de 2003, co-peticionária no caso e responsável pela representação da família na Comissão e na Corte Interamericana de Direitos Humanos” (p. 33).

através de documentos o relato colhido das minhas principais recordadoras, a mãe e a irmã de Damião.

Em Freitas (2000) encontrei contribuição relevante para conhecer a história de Sobral, *lócus* principal da minha pesquisa, através das suas tradições, dos “vultos ilustres”, dos monumentos, da “sobralidade triunfante” que, como diz o autor, é um conceito construído culturalmente e que se apresenta como uma “ideia ufanista, marcada pela supervalorização do lugar ou do sentimento de pertença” (FREITAS, 2000, p. 72). A excelente obra de Nilson Almino Freitas apresenta a cidade Sobral de uma forma até então desconhecida por essa pesquisadora porque nos remete ao passado e nos faz compreender os caminhos percorridos pela sociedade sobralense para a construção do seu presente.

### **3.1 Síntese da Literatura sobre o objeto**

Alguns dos autores referidos acima consubstanciaram sobremaneira a minha discussão no que se refere ao aporte teórico da pesquisa: Foucault, Goffman, Sidrim, mas acredito ser imprescindível apresentar o diálogo que empreendi com quatro pesquisadores<sup>53</sup> cujos trabalhos voltam-se, com as suas referidas especificidades, como procurarei evidenciar, para o caso Damião.

A cidade de Sobral é um campo fértil para a pesquisa que proponho porque não pude deixar de observar durante os três anos em que estive em interação com a sua população que há um imaginário sobre a loucura que perpassa os habitantes, principalmente aqueles que são contemporâneos da instituição manicomial: “Depois que tiraram os doidos daqui, muitos ficaram andando pela cidade, dava era medo” (motorista de táxi). “Tinha uns buracos no muro do hospício que a gente olhava lá pra dentro, menino é bicho curioso e os doidos olhavam pra fora” (motorista de táxi).

Barros e Jorge (2011) trouxeram relatos ilustrativos do olhar estigmatizante dos moradores de Sobral sobre a população interna da Casa de Repouso Guararapes, que, sem dúvida, foi produzido ao longo dos 26 anos de existência do manicômio (1974-2000). Não se muda a crença no “aferrolhamento” dos indivíduos com transtorno mental-TM, como a solução adequada para o bem-estar social, com decretos e atos governamentais. Daí as autoras destacarem que a

---

<sup>53</sup> Barros e Jorge (2011), Borges (2009), Pereira (2001), Silva (2011).

implantação da rede provocará uma “paulatina” modificação na percepção da loucura em Sobral.

A associação equivocada de TM com violência, periculosidade, imprevisibilidade, na cultura local, está paulatinamente sendo modificada. Surge, assim, uma cultura de tolerância, respeito, acolhimento, convivência com a diversidade das manifestações humanas (BARROS; JORGE, 2011, p.106).

Na referida obra, as autoras relatam movimentos insurgentes contrários ao fechamento do manicômio encabeçados pela mídia local: a “passeata dos doidos”, por exemplo, que conclamava a população para uma caminhada até a prefeitura como protesto contra o fechamento do manicômio. A ideia da passeata era a de que a “população sobralense, especificamente os considerados ‘normais’, ficariam vulneráveis e expostos aos atos violentos e inesperados dos ‘doidos’ (p. 107). Segundo as autoras, os adeptos da passeata

[...] deveriam estar com vestimentas bizarras, e apresentando aspectos gerais característicos dos indivíduos considerados “doidos” ou “queima graxa”, adjetivos da cultura local usados para designar uma pessoa com TM (BARROS; JORGE, 2011, p. 107).

Muito significativo quanto à percepção social estigmatizante a respeito de pessoas com TM foi a rejeição da instalação das primeiras sedes dos CAPs em Sobral. Ainda segundo Barros e Borges (2011), um vereador do município sugeriu que a instalação desse equipamento de atendimento ambulatorial acontecesse na Serra da Meruoca, local a 27 km de Sobral. A proposta de afastamento dos dispositivos de acolhimento a indivíduos com TM dos centros urbanos é um elemento da cultura manicomial que a Reforma Psiquiátrica propõe rever ao instituir os serviços regionalizados.

Com as duas autoras referenciadas acima, procurei desenvolver um diálogo, mesmo que breve, no que tange ao percurso da Reforma Psiquiátrica no Ceará, buscando entender o contexto da instalação da Rede de Saúde Mental no município de Sobral. Marcia Maria Mont’Alverne de Barros é terapeuta ocupacional com mestrado em Saúde Pública e doutorado em Saúde Coletiva e foi coordenadora da Rede por 4 anos (1998-2012), atualmente é professora da Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

Outras leituras foram fundamentais para me introduzir no contexto da morte de Damião, da sua história e da luta em busca de “justiça” perpetrada pela

família contra o Estado brasileiro, que se configurou em um processo na Corte Interamericana de Direitos Humanos do qual saiu vitoriosa. Foi necessário o entendimento das múltiplas nuances técnico-teóricas que perpassam a construção do que se convencionou chamar “caso Damião Ximenes Lopes” indo buscar esse entendimento, especificamente, nas quatro obras em questão, com as quais desenvolvi um diálogo ao longo da minha pesquisa. Entre a militância da causa antimanicomial (PEREIRA, 2001), a discussão dos aspectos jurídicos do caso (BORGES, 2009), o olhar antropológico voltado para Sobral e os seus habitantes no âmbito da primeira condenação do Brasil por violação de direitos humanos (SILVA, 2011) e a análise da assistência à saúde mental em Sobral com foco no manicômio e as transformações ocorridas no atendimento aos portadores de transtornos mentais após a morte de Damião (BARROS; JORGE, 2011), fui construindo um percurso no qual os autores apontados contribuíram para uma análise mais direcionada e como referência de interpretação dos meus dados coletados em campo.

A obra editada pelo Conselho Federal de Psicologia-CFP, *Instituições sinistras* (2001), composta pelo relato de sete casos de violência ocorridos em hospitais psiquiátricos brasileiros, entre eles o caso Damião Ximenes, me fez adentrar o mundo manicomial pela via da violência institucional<sup>54</sup>.

Não podemos deixar de comentar que a violência manicomial não é uma exceção brasileira<sup>55</sup>, mas sabemos que o Brasil é um país historicamente alimentado por uma cultura de violência institucional e, no caso específico da loucura, há uma marca eugenista e higienista<sup>56</sup>, além das relações de dominação que têm na figura do psiquiatra o poder terapêutico e da “ortopedia” social. Assim como as prisões, lugar de depósito dos criminosos de acordo com os códigos jurídicos, os manicômios também são lugares de exclusão dos cidadãos que a psiquiatria rotula como loucos e a sociedade rejeita como indivíduos não adaptados, como anormais

---

<sup>54</sup> O contato com o cotidiano violento dos manicômios brasileiros já fazia parte das leituras, pesquisas e trabalhos desenvolvidos até aquele momento em minha trajetória acadêmica: Bueno (2004), Passos (2009), mas o livro do CFP traz relatos contundentes da vida e da morte de Damião Ximenes Lopes.

<sup>55</sup> Sobre isso, ver a obra *Instituição negada*, de Franco Basaglia (1985)

<sup>56</sup> É interessante consultar Costa (2007), pois na obra o autor elabora um estudo detalhado sobre a questão da “higiene mental” no Brasil embasada nos princípios da Liga Brasileira de Higiene Mental-LBHM. Retomarei a essa questão no transcórre da escrita desse texto.

e, portanto, ao longo da nossa história, sempre houve espaços “adequados” para o isolamento desses indivíduos<sup>57</sup>.

Essa reflexão me remete ao prefácio de Alfredo Bosi para as obras de Lima Barreto (2010), *Diário de um hospício* e *Cemitério dos vivos*. No referido prefácio, Bosi, ao analisar a frase de Lima Barreto “não me incomodo muito com o hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia em minha vida” (p. 44), afirma:

Por algum tipo de comportamento considerado anormal, deve ser retirado da sociedade e encerrado em uma espécie de depósito onde os seres ‘normais’ não o vejam e nem mantenham com ele qualquer contato. O aparelho policial aparece, mais de uma vez, como a primeira triagem, que separa o joio do trigo social. O joio será em seguida peneirado: de um lado, o meliante que vai para a delegacia e a cadeia; de outro, esta figura estranha, paradoxal, quase inclassificável, o réu sem culpa, mas igualmente forçada à reclusão (BOSI, 2010, p. 12).

O texto do livro lançado pelo CFP com o título *Damião: um grito de socorro e solidão* foi escrito por Milton Freire Pereira, autor com graduação inconclusa em História, pelo menos naquele momento, mas com uma sólida militância no Movimento Antimanicomial. Além da “história” de Damião, o autor ilustra seu texto com mais duas denúncias escritas por familiares de outros dois mortos por espancamento na mesma Casa Repouso, além de depoimentos de ex-internos. Esses relatos, colhidos por Irene Ximenes durante sua solitária busca inicial por provas contra a Casa de Repouso e que consubstanciariam os protocolos jurídicos na composição do “caso”, favorecem a linha de análise que assumo na minha pesquisa em busca do entendimento da dimensão de abuso institucional que acometia os internos daquele espaço manicomial.

Ao ler o texto de Pereira (2001), comecei a me situar nos aspectos que envolviam o caso. Com a escrita do autor, pude voltar no tempo para encontrar o Damião criança, adolescente e jovem, sempre objeto de observação e de “explicações” na busca da descoberta da gênese do seu transtorno mental. O livro também traz relatos da vida familiar, apresenta sua pequena cidade de origem, no interior do sertão cearense, a pobreza, os conflitos, as internações e a sua morte, origem de uma luta jurídica que transformou o Brasil em réu diante da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

---

<sup>57</sup> No Brasil, o marco da institucionalização da loucura é a criação do Hospício Pedro II. Sobre isso, me deterei no quinto capítulo da tese.

Pereira (2001) e também Borges (2009) relatam a história de Damião através da narrativa de sua irmã, Irene Ximenes. Nas duas obras, Irene é o centro da narrativa, é através dela, da sua fala carregada de desejo de justiça que os pesquisadores tomam conhecimento da vida e da morte de Damião Ximenes. Os documentos utilizados na elaboração dos trabalhos são ecos da narrativa de Irene. Irene deu origem ao caso quando denunciou a morte violenta do seu irmão em uma audiência ordinária do Conselho de Defesa dos Direitos Humanos do Estado do Ceará, que ocorreu seis dias após a morte, e através de uma “carta denúncia” enviada a algumas autoridades do Estado e também do âmbito Federal. Abaixo, parte da carta transcrita do livro *Instituições sinistras*<sup>58</sup>.

Quero tornar público que na Clínica Guararapes reina a humilhação, o desrespeito e a crueldade. Seres humanos são tratados como bichos. As famílias são pessoas pobres, sem voz e sem vez e a impunidade continua. Conheço pessoas que já passaram por lá, hoje com saúde recuperada, que relatam casos horrendos. Elas dizem que aquele hospital é um verdadeiro inferno. Os principais agressores são os funcionários: monitores de pátio, carcereiros e auxiliares de enfermagem. Eles esnobam valentia e domínio. Eliezer, Carlão, Cosme, Messias, Vitorino, Nonato e André, entre outros são os mais temidos, o terror dos pacientes. Eles têm como entretenimento botar os pacientes para lutar e aplaudem quando um surra o outro, a ponto de deixar seu oponente imobilizado (PEREIRA, 2001, p. 133).

A representação do manicômio na “carta-denúncia” de Irene, no que diz respeito à violência, vai de encontro ao conceito goffimiano de “profanação do eu” praticado nas “instituições totais”, já discutido aqui anteriormente. Com o conceito, o autor analisa uma “série de rebaixamento, degradações e humilhações” (GOFFMAN, 2001, p. 24) que permeiam o “mundo do internado” (p. 23). O autor discute que as mortificações impostas ao internado acarretam, além de deformações corporais, a perda de identidade.

Pereira também aborda o encontro da mãe de Damião, D. Albertina Ximenes, com seu filho agonizante no manicômio. Esse relato, feito por D. Albertina, é uma peça importante e de extrema sensibilidade nas obras escritas sobre o “caso” nos documentos de investigação policial, na investigação da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, no processo da Corte Interamericana, nas Comissões de Investigação que estiveram na Guararapes. É um relato, salvaguardando mínimas trocas de palavras, que traduz a vitimização de

<sup>58</sup> Essa carta é parte dos documentos que compõem um dossiê sobre o caso Damião Ximenes que se encontra em poder da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará. Esse dossiê me foi disponibilizado pela Comissão, portanto tenho uma cópia da carta.

Damião como resultado de uma lógica perversa no trato com os doentes mentais, pelo menos em um momento quando ainda não havíamos rompido com o discurso tradicional psiquiátrico até então hegemônico, que tinha no manicômio o suporte institucional para o exercício do seu poder. Uma hegemonia que, diga-se de passagem, no Brasil, teve em Machado de Assis o seu primeiro crítico com o conto *O Alienista* e, cerca de trinta anos depois, encontramos Lima Barreto fazendo uma crítica baseada em sua própria experiência no interior do Hospital dos Alienados na obra *Diário de um hospício*.

Ao reler os relatos de Irene Ximenes para Pereira, é como se estivesse ouvindo a irmã de Damião nas duas entrevistas que fiz com ela em sua cidade, Ipueiras. As transcrições das entrevistas que fazem parte do meu acervo de pesquisa podem ser lidas em quase sua totalidade na obra de Pereira, salvo poucas informações que não me foram relatadas e que surgem para mim como um dado novo no livro. O que eu percebi nesses meses, pelas obras lidas e pelo meu trabalho em campo, é que as narrativas, tanto de Irene como de D. Albertina, já estão organizadas em uma lógica de informações e em um ritmo no qual determinados acontecimentos ganham destaque, daí se repetirem sempre, o que torna os relatos muito iguais.

No pátio ele vinha em sua direção, cambaleando, com as mãos amarradas para trás, roupa toda estragada, a mostrar a cueca, corpo sujo de sangue, fedia a urina, fezes e sangue podre. Nas fossas nasais balões de sangue coagulado. Rosto e corpo apresentando sinais de ter sido impietosamente espancado. Caiu nos pés da mamãe. Ele ainda conseguiu falar, numa expressão de pedido de socorro, dizia: policia, policia...Ela colocou na boca dele um copo de refrigerantes, ele bebeu com tamanha sede, a sugar até a última gota (PEREIRA, 2001, p.128).

Esse relato é parte da narrativa de Irene para Pereira em uma interpretação do que foi visto e falado por D. Albertina Ximenes, mãe de Damião, ao encontrá-lo agonizando no hospital. Irene também relata que o médico chamado para ver Damião mandou D. Albertina parar de chorar porque ele não gostava de choro.

Já Borges (2009) transcreve a denúncia de D. Albertina de forma literal, resultante do seu depoimento na reunião ordinária do Conselho de Defesa dos Direitos Humanos, que ocorreu no dia 8 de outubro de 1999, portanto, quatro dias depois da morte de Damião. O depoimento da mãe de Damião difere em poucas palavras dos acontecimentos narrados por Irene.

Albertina Viana Lopes Ximenes, mãe de Damião: “Relata que Damião adoeceu e o levou para o hospital para que fosse medicado e no quarto dia, ao visita-lo, encontrou seu filho quase morto [...] procurou seu filho, gritou o nome dele e este veio caindo aos pés da mãe com as mãos amarradas para trás, todo rasgado, cheio de manchas roxas, perguntou ao filho o que significava aquilo e ele só dizia ‘polícia, polícia, polícia’ [...] comprou um refrigerante, colocou em um copo e ele tomava como se estivesse morrendo de fome ou sede. (BORGES, 2009, p.45).

Nesse depoimento, D. Albertina se refere à fala do médico que foi ver Damião “deixe de choro aí, que eu não gosto de assistir novela porque não gosto de ouvir choro, pare de chorar agora mesmo” (p. 46).

As falas de D. Albertina e de Irene situam-se no que Pollak (1989) denomina de “enquadramento da memória”, a memória com a função de operacionalizar as “interpretações do passado que se quer salvaguardar” (p. 9) e, no ato de enquadrar a memória, a irmã e a mãe de Damião se colocam como “guardiãs da verdade”, através de quem elaboram-se “os discursos organizados em torno dos acontecimentos e de grandes personagens” (p. 9).

As propostas das duas obras se mostram em perspectivas diferentes. Pereira é um militante do Movimento Antimanicomial e se debruça, sobremaneira, nos fatos de uma dimensão da prática manicomial, a violência. Sua proposta é fazer da morte de Damião um elemento de luta, daí o texto ter o cheiro e a cor que exalam da força da narrativa de Irene Ximenes, perpassada pelo desejo de justiça. Seu texto é um manifesto a favor da Reforma Psiquiátrica, mas sem deixar de consubstanciar seu manifesto, tornando-o um texto enriquecido por documentos, notícias de jornais e partes de relatórios<sup>59</sup>. Essencialmente claro, “modesto” na escrita, considero o artigo de Pereira de extrema relevância para uma visão ampliada sobre os fatos acontecidos em outubro de 1999, no interior do Ceará.

A obra de Borges (2009) tem uma proposta voltada para o entendimento do trâmite e do funcionamento de uma Corte Internacional. O julgamento provocado pela denúncia de violação de Direitos Humanos e o ineditismo da condenação do Brasil são o cenário privilegiado do livro de Nadine.

O fio condutor será a denúncia pública apresentada por Irene, irmã de Damião, à comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA. Parte dos dados aqui expostos foi colhida em entrevistas com diversas pessoas

---

<sup>59</sup> A documentação utilizada por Pereira e por Borges são as mesmas que utilizo na minha pesquisa, pois têm a mesma origem: o processo que está na Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará e que subsidiou e respaldou a denúncia de Irene na Corte Interamericana de Direitos Humanos.



que desde o início acompanharam a trajetória de Irene. Outros dados foram obtidos a partir do exame dos processos judiciais e do acervo do caso disponível na Justiça Global (BORGES, 2009, p. 20).

O primeiro capítulo do livro traz o “caso” alicerçado em transcrições de parte dos depoimentos que foram retirados da ata da reunião do Conselho de Defesa dos Direitos Humanos do Estado do Ceará. A autora apresenta o depoimento de D. Albertina, de Francisco da Chagas, ex-paciente da Casa de Repouso Guararapes, do Secretário de Saúde do Município, da representante da Ouvidoria Geral do Estado, entre outras autoridades presentes na reunião.

Borges (2009), durante o capítulo, vai elencando personagens importantes na “luta” de Irene. O Deputado Estadual João Alfredo, Presidente da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, Dra. Lidia, médica psiquiatra que acompanhou Irene à Costa Rica para o Julgamento do “caso” Damião na Corte Interamericana. Diferentemente do texto de Pereira (2001), que percebo como um manifesto contra a violência implícita na lógica manicomial, o livro de Borges (2009, p. 140) nos guia pelos meandros de uma corte Internacional de Direitos Humanos, onde analisa o “funcionamento e o acesso ao sistema interamericano dos direitos humanos, tomando como base a denúncia de Irene”.

Antes de descrever o funcionamento e a estrutura da Comissão Interamericana, apresentei o caso de Damião Ximenes. A escolha desse procedimento foi motivada por entender que, conhecendo a luta de Irene – uma história de sofrimento e coragem -, seria possível explicitar e desenvolver uma análise crítica da atuação dos diferentes grupos em disputa nesse cenário interamericano de busca por justiça. O compartilhamento e a denúncia pública de um sofrimento singular permitiram a Irene alcançar a universalidade de um tema: os direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BORGES, 2009, p. 140).

Os segundo e terceiro capítulos tratam de uma “releitura dos primeiros instrumentos internacionais dos direitos humanos” (p. 20) e discutem o acesso ao sistema interamericano, como funcionam a Comissão e a Corte Interamericana.

Para Borges, o “fio condutor” da sua obra é a denúncia pública feita por Irene Ximenes e os desdobramentos jurídicos dessa denúncia no âmbito internacional, o que motivou a condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos pela morte de Damião, ocorrida em 4 de outubro de 1999.

No que diz respeito à proposta da minha pesquisa, o caso Damião também é o “fio condutor” para discussões pautadas em um amplo universo de

discursos inscritos na memória dos narradores, meus informantes privilegiados, e também contidos na documentação sobre o caso, à qual tive acesso durante a pesquisa e também consubstancia o entendimento das múltiplas transformações ocorridas no sistema de saúde mental no município de Sobral, após a sua morte.

Se, para Borges, a dimensão jurídica é a lente de observação do caso Damião, para mim é através do entendimento da Reforma Psiquiátrica como “processo social complexo” com imbricadas limitações, mas também com possibilidades, que pretendo mapear a rede de atendimento a indivíduos com transtornos mentais em Sobral que reconhecidamente (BARROS; JORGE, 2011) é resultante da denúncia de violação de direitos cometidos contra Damião e as suas consequências.

Para as autoras, a confirmação de maus tratos e violência sexual cometidos no interior do manicômio e apontados pelo Relatório da Junta da Sindicância levou à decretação da intervenção no hospital psiquiátrico. Após 120 dias de intervenção, houve o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes em 10 de julho de 2000.

A partir de então, foi instituída a RAISM, composta pelo CAPS Geral II, uma UIPHG<sup>60</sup> no Hospital Dr. Estevam Ponte LTDA, em regime de enfermaria e urgência, um SRT<sup>61</sup> e o já existente ambulatório de psiquiatria regionalizado no CEM<sup>62</sup> (BARROS; JORGE, 2011, p.46).

Como afirmam as autoras, citando Amarante (1998), “o movimento da Reforma Psiquiátrica ocorreu a partir das denúncias de violências, maus-tratos, agressões e óbitos existentes nos hospitais psiquiátricos” (BARROS, JORGE, 2011, p. 23), e Sobral teve sua fração nessa onda reformatória, mesmo que centrada em um acontecimento “oficial” e que se expandiu de cima para baixo, ao contrário do restante do país, cujo “movimento pró-reforma” emerge a partir das entranhas mais profundas dos manicômios espalhados pelo seu território, trazendo à tona, através das vítimas e dos seus pretensos algozes, toda a violência perpetrada nesses espaços. A instituição manicomial, com os seus muros e as suas trancas, tornou-se

---

<sup>60</sup> Unidade Internação Psiquiátrica Hospital Geral – A lei 10.2016 propõe um redirecionamento na forma de atendimento ao indivíduo com transtorno mental em crise. Uma das propostas surgidas diante de tal redirecionamento é a internação em leitos psiquiátricos mantidos em Hospitais Gerais.

<sup>61</sup> Serviço de Residência Terapêutica – Serviço de acolhimento a pessoas com transtornos mentais, egressos de hospitais psiquiátricos que perderam os laços familiares e se tornaram institucionalmente dependentes. Cada residência deve receber no máximo oito internos, segundo a legislação.

<sup>62</sup> Centro de Emergência Médica – Atendimento a moradores da região norte, cujo Município de origem não possui CAPS.

um símbolo da violência cometida contra pessoas com transtornos psíquicos, daí a urgência da sua derrubada e a proposta de que sobre os seus escombros novas formas de cuidar dos loucos fossem construídas.

Um componente presente nas duas obras até aqui evidenciadas são as narrativas femininas sobre Damião, as suas falas tornam-se o elemento explicativo que estabelece a vítima e estabelece algozes. Quem são essas duas mulheres que, através das suas denúncias e das suas narrativas, construíram o caso Damião Ximenes?

Como, no sertão do Ceará, as vozes dessas duas mulheres, mãe e irmã, se ergueram acima do poder cultural masculino e do mando político local representado por uma única família e chegaram até à Costa Rica, país onde funciona a Corte Interamericana de Direitos Humanos? São questões que com certeza poderão propiciar um rico debate que pretendo retomar em outro momento, na perspectiva de uma nova pesquisa. A trajetória dessas mulheres, a relevância das suas memórias e das suas narrativas se constituem em um campo fértil para discussões em torno de várias questões que se colocam na contemporaneidade, como a discussão sobre gênero.

A tese de doutorado de Martinho Braga Batista e Silva, defendida no Museu Nacional-UFRJ em 2011, com o título: *Entre o “desmame” e os “galinhas d’agua”: a vida fora dos hospícios no contexto da primeira condenação do Brasil por violação de direitos humanos*, aborda, entre outras discussões, as transformações no atendimento à saúde mental, no município de Sobral, que durante anos praticou uma assistência pautada na segregação aos pacientes com transtornos mentais e que, a partir de uma morte, por violência, no interior do manicômio, é acionado um processo de transformação dessa cultura hospitalocêntrica através de propostas terapêuticas que seriam então praticadas fora dos muros do hospício. A morte em questão é a de Damião Ximenes<sup>63</sup>.

O trabalho de Silva (2011), como o de Pereira (2001) e o de Borges (2009), também relata a morte e os acontecimentos pós-morte de Damião. Em vários momentos da escrita do autor, o “Caso” é trazido ao debate. D. Albertina e Irene também estão presentes, inclusive a já mencionada carta de Irene para várias

---

<sup>63</sup> Segundo o autor, o interesse pelo caso surgiu em 2006 ao receber a notícia da morte de Damião Ximenes. Silva é psicólogo de formação e, naquela época, militante do movimento antimanicomial.

autoridades brasileiras, as notícias de jornais, os trâmites jurídicos, o julgamento, a indenização.

É importante ressaltar que algumas informações que se encontram na citada pesquisa estão em descompasso com a minha vivência de três anos na cidade, com as minhas observações no campo de pesquisa e com os discursos dos profissionais da RAISM entrevistados por mim. Devido às informações “descompassadas” de Silva, empreendi o esforço de retornar a alguns dos equipamentos da Rede<sup>64</sup> onde já havia feito visita e entrevistas, em busca de esclarecimentos sobre pontos e conceitos que foram discutidos e que eu percebia como contraditórios, em desacordo com os meus dados. Proponho aqui pontuar algumas das contradições encontradas no meu diálogo com Silva (2011).

Com uma orientação metodológica pautada na etnografia, Silva, através de relatos prolongados, apresenta Sobral com aspectos retirados do cotidiano da cidade que muitas vezes se tornam exóticos porque são colocados de forma que percebo descontextualizada e que surgem ali exatamente com a proposta de ressaltar o “inusitado”, o “diferente”, o “exótico” sob a ótica do pesquisador que trouxe do “sul” o seu estranhamento.

Como ele mesmo afirma, o exótico já se faz presente no título do seu trabalho quando utiliza categorias como ‘desmame’<sup>65</sup> e ‘galinhas d’água’ (p. 17). Essas categorias que perpassam grande parte do trabalho do autor merecem ser aqui discutidas, pois, sendo muito presentes em sua obra, eram do meu total desconhecimento, mesmo após dois anos de participação profissional e social no município de Sobral, além da interação com os profissionais da área de saúde mental através do trabalho de campo.

O conceito de “desmame” surge, segundo o próprio autor, em vários momentos nas interações, em campo, com os profissionais de saúde da RAISM. Silva afirma que o conceito é utilizado, entre outros sentidos, inclusive no seu conceito original, desmame (diminuição) de medicamentos, para também “pensar os graus de autonomia e dependência dos usuários de serviço de saúde mental”.

Saberia depois que está se desmamando quando se busca diminuir o grau de dependência de um modo geral, do usuário da rede de Sobral em relação ao CAPS e do egresso de internação psiquiátrica em relação ao

---

<sup>64</sup> Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral Dr. Estevam, CAPS Geral Damião Ximenes.

<sup>65</sup> Conceito utilizado pela psiquiatria ao prever uma redução no consumo de medicamentos por um paciente de acordo com um projeto terapêutico.

hospital, algo que aponta para uma perspectiva sobre o processo de autonomização (p.63).

Entendo desmame como uma categoria nativa da medicina utilizada no que diz respeito à diminuição lenta e gradual da dosagem de medicamentos em determinados pacientes, com a perspectiva da cessação da medicamentação, como citei anteriormente, mas no interior da RAISM o desmame não é praticado no que diz respeito ao atendimento. Há um trânsito do usuário entre os diversos serviços oferecido pela rede, de acordo com o acompanhamento dos profissionais e do projeto terapêutico desenvolvido para aquele usuário, que se constitui, com poucas mudanças, da seguinte forma: Atenção Básica - Unidade Psiquiátrica - CAPS Geral ou AD - Atenção Básica. Como afirma o assistente social da Unidade Psiquiátrica, do Hospital Geral há oito anos, como vemos, já estava na RAISM durante o tempo da pesquisa de Silva, “o usuário não é paciente dos equipamentos, ele é paciente da rede, permanecendo na rede acompanhado em níveis diferentes”<sup>66</sup>.

O autor retorna inúmeras vezes ao conceito de ‘desmame’, ‘desmamar’, como expressões “em uso entre os profissionais da rede de Sobral, para se referir ao processo de diminuição de um paciente em relação ao remédio, generalizada para qualquer relação de dependência” (SILVA, 2011, p.71).

Em outro momento do texto (p. 298), o autor relata o uso do conceito desmamar sugerindo um aumento de dosagem e relata a fala do psiquiatra ‘para desmamar o diazepam talvez precisa de uma dose maior’.

O uso da expressão ‘desmamar’ nesse atendimento, acontecido durante uma preceptoria<sup>67</sup>, aponta para um aumento da dose do medicamento em uso pela paciente – o diazepam – pois, da perspectiva do psiquiatra e da residente em psiquiatria presentes, seria necessário justamente aumentar a dose para que se obtivesse uma estabilização dos sintomas que permitisse, no futuro que a paciente viesse a prescindir do remédio.

A categoria desmame aparece de forma constante no texto de Silva, sob as mais diferentes perspectivas, inclusive como “uma categoria relevante para

<sup>66</sup> O autor não aponta no seu trabalho se ele entende essa mudança de níveis como um “desmame”. Ainda de acordo com o autor, a expressão desmame aparece na audiência da Corte, utilizada pelo Secretário Municipal de Saúde na época, para referir-se ao ‘desmame do hospício’ (SILVA, 2011, p.65), esse momento do depoimento do gestor municipal de saúde aparece, com maiores detalhes, na página 308. Durante os três anos que frequentei a Rede, fazendo entrevistas, participando de atividades com os usuários e profissionais, esse conceito de desmame nunca foi mencionado e, quando perguntado por mim a vários profissionais da Rede, após ler a tese de Silva, o conceito sempre foi colocado como “diminuição paulatina de medicação”.

<sup>67</sup> Detalharei sobre Preceptoria ou Matriciamento no último capítulo dessa tese.

entender a relação médico-paciente na rede de Sobral, as práticas de atendimento, as categorias para nomeá-las, e as representações em torno delas” (p. 307).

Acredito que muito ainda pode ser dito sobre essa categoria substancialmente grifada por Silva, mas não está ao meu alcance. Mesmo com retornos ao campo de pesquisa em busca de subsídios para um diálogo com o autor norteado pelos diferentes usos do conceito desmame, não obtive dos meus entrevistados explicações que subsidiassem a análise do autor, portanto, é uma categoria que vislumbro como de difícil operacionalização para as minhas discussões, a não ser que empregada no sentido mais “popularizado”, o de retirada gradual de um fármaco que está sendo utilizado por um indivíduo.

Também está no título e é tratado no interior da obra de Silva, os ‘galinhas d’água’. Esse apelido jocoso de uma família em Sobral aparece em várias partes da tese. Durante os anos que estive em Sobral em interação constante com os moradores, seja profissionalmente ou através de laços afetivos, não tive a oportunidade de ouvir nenhum morador se referir aos “galinhas d’água”, eles eram totalmente desconhecidos para mim. Quando a tese de Silva chegou às minhas mãos para a leitura, o título causou-me estranheza e logo em seguida fui buscar explicação junto aos moradores da cidade. As respostas davam conta de “pessoas barulhentas”, “festeiras” e esse nome deve-se a uma analogia com um pássaro “barulhento” que vive às margens do açude Jaibaras, que fica a aproximadamente 100km de Sobral.

O autor vai ligar o apelido em questão a famílias de Sobral, como os ‘Batista’, os ‘Silva’, que, segundo os moradores da cidade, seriam “agoniados e nervosos”, citando a obra de Portela (2007). Fui informada por alguns habitantes com os quais procurei informações sobre a excentricidade do apelido galinhas d’água que a família Prado seria a “legítima” representante dos galinhas-d’água. Inteirando-me um pouco mais sobre esse grupo familiar, soube que os “Prado”, por ser uma família grande com várias ramificações, têm organizado festas para proporcionar o encontro dos seus membros quando, então, ocorrem missas e bailes. “São festeiros e barulhentos”, dizem os moradores de Sobral.

Quanto à abordagem de Silva (2011, p. 80), tive a impressão de que os galinhas d’água (barulhentos e festeiros) seriam ilustrativos de uma percepção social no município de Sobral sobre ser louco e que o autor denomina de “códigos de interpretação do comportamento humano”. Confesso que, para mim, não há uma

compreensão muito aprofundada sobre essa discussão que o autor traz em sua obra exatamente a partir de falas de profissionais da RAISM sobre “estórias” contadas, “para além das consultas, sobre os usuários e as famílias que procuravam atendimento” (p. 80).

Silva continua:

De um lado, o que estou chamando de códigos de interpretação do comportamento humano tinha como base informações científicas, subsidiando a formulação de diagnósticos, como o de ‘esquizofrênico’; de outro lado, esses códigos partiam de informações colhidas sobre o comportamento de pessoas e famílias da região no comércio do pai, amparando rótulos e tipificações, como ‘esses Martins é tudo doido’, ‘esse aí é o mais aperreado de todos’ e ‘ê galinha d’agua’ (SILVA, 2011, p. 80).

Para o autor, outra “expressão” que contribui para “nomear a relação entre médicos e pacientes” (p. 63) e que aparece no interior da obra é o ‘convite’ (p. 63 a 70 e na p. 225). Esse convite é para a família ficar internada com o paciente com o propósito de “aprender” com os profissionais como ‘cuidar adequadamente’ de seu familiar doente.

Na obra de Silva, o referido ‘convite’ surge como uma regra praticada no ato da internação. Debati insistentemente sobre o “convite” com os profissionais<sup>68</sup> que atuam na Unidade Psiquiátrica recebendo sempre a informação de que esse “convite não é uma regra: para alguns pacientes a presença da família pode até atrapalhar o projeto terapêutico”. Observei, nas quatro visitas que empreendi a essa Unidade, uma presença limitada de acompanhantes dos pacientes<sup>69</sup>. É fato que muitos familiares não se dispõem a uma “internação” juntamente com o seu “doente”, pois durante uma das minhas estadas em campo tive oportunidade de observar uma mãe que manifestava certa “urgência” de deixar o seu filho aos cuidados dos profissionais, o que segundo a minha avaliação é perfeitamente compreensível em função de um contexto de sofrimento que perpassa todo o núcleo familiar. Segundo Silva (2011, p. 66):

Quando peço para que esse enfermeiro descreva uma situação de ‘convite’, ele diz que por vezes é ‘uma convocação para família’, que a ‘família não é obrigada a vir, mas ‘deve comparecer’, acrescentando que: também vizinhos e amigos comparecem; não há horário de visita rígido; o familiar

<sup>68</sup> Também tive uma conversa “informal” com a Coordenadora da RAISM no período pesquisado pelo autor. A Assistente Social, hoje servidora do INSS, foi enfática nas suas afirmações sobre a ausência de uma “obrigatoriedade” desse “convite”.

<sup>69</sup> Segundo me informou o Assistente Social da Unidade Psiquiátrica, há uma média constante de quatro a cinco acompanhantes para um total de dezessete leitos ocupados.

que se comprometer a ficar 'acompanhado' o paciente pode inclusive montar sua 'redinha' ao lado de leito de dormir, permanecendo com o direito de ir e vir, diferente do paciente (p. 66)

Sobre as informações acima colocadas pelo autor como parte do cotidiano da Unidade Psiquiátrica, há necessidade de alguns esclarecimentos porque estas estão na contramão das informações colhidas por mim em campo, como resultado de perguntas sobre o cotidiano da Unidade Psiquiátrica-UP, assim como em desacordo com as minhas observações. O meu contato com o Assistente Social da UP se estabeleceu também fora daquele equipamento, se estendendo também nas redes sociais onde continuamos trocando informações.

Quanto ao acompanhante "montar sua redinha", seria uma ação impossível, já que nas enfermarias não há armadores. Acompanhei o assistente social em uma visita pelas enfermarias e pude comprovar as suas afirmações. "Como ter armadores em uma unidade psiquiátrica"? "Os acompanhantes dormem em colchonetes, ao lado do leito do seu familiar". "Colocamos até tela nos combogós como prevenção, porque para os pacientes psicóticos em crise que ouvem uma voz de comando sempre há a possibilidade de tentativa de suicídio".

Silva (2011, p. 66) continua:

Insisto em saber mais detalhes dessa convocação para a família ficar internada com o paciente, de modo que o enfermeiro interrompe a entrevista e solicita que eu veja com meus próprios olhos os visitantes da unidade de internação: alguns meninos e meninas com roupa de colégio, homens e mulheres, jovens e idosos, parentes ou não, entre eles colegas de escola e vizinhos, ou seja, um conjunto heterogêneo de pessoas e pertencimentos sociais, incomum em lugares de confinamento como as enfermarias psiquiátricas em hospital geral (exceto no final de semana, nos dias de visita, mas esse não era o caso). Entretanto, segundo o enfermeiro, geralmente os parentes acompanham o usuário, mães e irmãos em especial.

Penso ser pertinente destacar alguns pontos elencados por Silva nessa citação que eu trouxe para o meu texto. Como já mencionei anteriormente, fiz quatro visitas como pesquisadora à unidade psiquiátrica e em nenhuma delas tive a oportunidade de observar essa profusão de visitantes como afirma o autor. Nas quatro vezes em que lá estive, em horários e dias diferenciados, pude comprovar que, além dos pacientes, circulavam pelas enfermarias apenas os profissionais e poucos acompanhantes, esses vestidos com uma bata que os identificavam como tal.



Quanto à circulação de visitantes no interior da unidade, há um limite do número de pessoas, assim como há horários estabelecidos para essas visitas, que são permitidas nos dois períodos do dia. Cada paciente só pode receber dois visitantes por vez: se ele estiver com acompanhante, este deve sair para que os outros possam permanecer em companhia do interno durante uma hora ou fazer um rodízio com outros interessados em visitar seu familiar ou amigo. O que deve ser respeitado é o limite de dois visitantes para cada paciente. A visita acontece entre 10 e 11h e entre 18 e 19h, todos os dias da semana, portanto, há sim uma “rigidez” nos horários de visitas. Segundo o Assistente Social da UP, a flexibilidade de horário é admitida quando o paciente é de outra cidade da região e seus visitantes ou acompanhantes são dependentes do transporte fornecido pelas prefeituras dos municípios. Ainda de acordo com o profissional, a troca de acompanhante deve acontecer no horário de visitas.

Os horários de visitas destacados acima estão estabelecidos há mais de dez anos, segundo me informou o Assistente Social da UP, portanto, as referidas regras já vigoravam entre os anos 2009/2011, período do trabalho de campo do autor, como ele indica em sua tese.

Silva também se refere à contenção imposta aos pacientes em crise e em estado de “extrema violência” ocasionando a possibilidade de risco para si e para os outros: “Presencio e participo do que foi designado pela equipe de “contenção física e mecânica” (p. 67)”. O que deve ser levado em conta diante da observação do autor é que esse procedimento não é uma ação que se estabeleceu a partir das atribuições dos profissionais da RAISM. A contenção, seja ela física ou mecânica, é uma prática presente no cotidiano dos hospitais psiquiátricos e até dos hospitais gerais brasileiros como uma ação emergencial temporária no cuidado com o paciente em crise. É importante ressaltar que o uso da camisa de força está proibido por lei<sup>70</sup>, mas, como discute Foucault (2006), a “insurreição da força” como caracterização da loucura encontra no interior do asilo um sistema de hierarquias que põem em funcionamento as disposições táticas do poder para o estabelecimento da “ordem disciplinar”, da “ortopedia moral”. O autor transcreve a “grande cena” descrita por Pinel no *Tratado médico-filosófico*.

---

<sup>70</sup> Lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Sobre a lei ler Pinheiro (2010).

[...] Ordens precisas e imperiosas de obedecer e de se render; o alienado, um tanto desconsertado com essa postura altiva do vigilante, perde qualquer outro objeto de vista e, a certo sinal, é de repente atacado pelos funcionários de serviço, que avançam a passos lentos e como sem ele saber; cada um deles agarra um membro do furioso, um o braço, outro uma coxa ou uma perna (FOUCAULT, 2006, p. 13).

Como Silva (2011), tive a oportunidade de presenciar uma cena de contenção que “consiste em quebrar a força descontrolada do alienado por essa espécie de violência astuciosa e súbita” (FOUCAULT, 2006, p. 13). No atendimento ao “louco furioso” nos dias atuais, há primeiramente a contenção física, para em seguida haver o emprego de medicação (contenção química). A cena à qual me refiro foi protagonizada por um jovem “viciado” em crack, “possivelmente por abstinência”, disse o Assistente Social da unidade; após a “sedação”, o paciente foi internado. “Essas ações são repetidas quase que diariamente”, me informou o profissional, não sendo, portanto, objeto de estranhamento da equipe de profissionais da unidade, dos internos e nem dos acompanhantes.

Por mais que cause impacto a ação de contenção física ou mecânica de um paciente psiquiátrico em “crise”, pesquisadores da área de saúde mental que fazem trabalho de campo em emergências psiquiátricas e profissionais que atuam nessa área têm uma visão cotidiana do emprego dessas “manobras” no manejo com os pacientes e que foi ponto de discussão nos movimentos em torno da Reforma Psiquiátrica, como o Movimento Antimanicomial.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 O Caminho metodológico: fazendo a pesquisa

Para viabilizar o percurso investigativo desta pesquisa, optei por privilegiar uma abordagem qualitativa, pois, como sugere Haguette (1987, p. 56), o método qualitativo se evidencia nos estudos

[...] baseados na análise de documentos pessoais, entrevistas e observação participante sobre diferentes objetos”, além de ser utilizado “nos estudos das unidades sociais naturais, tais como: organizações (empresas, hospitais, prisões) e comunidades.

Quanto às técnicas utilizadas para dar conta da abordagem qualitativa, a autora aponta a observação participante, a entrevista, a história oral e a história de vida como ferramentas apropriadas para o acesso às informações que estão imbricadas em cada uma das situações acima referidas.

A utilização da história oral em suas múltiplas possibilidades, no caso da minha tese, se apresenta como uma ferramenta metodológica possível. Ao utilizar a técnica de história oral, entendo que a utilização da oralidade se constitui em escutas atentas à “voz do passado” em articulação constante com o presente. Na minha pesquisa, procuro acessar fatos de um passado recente em que algumas dimensões do fenômeno não se revelam na documentação ou em outras formas de arquivamento e, nesse contexto, as várias possibilidades dessa metodologia tornam-se pertinentes: a relação entre memória e história, organização de acervos orais, tipos de entrevistas, a narração das trajetórias individuais (biografias, autobiografias, histórias de vida). Também a fotografia é uma ferramenta que considero eficaz como suporte metodológico na minha pesquisa porque é um recurso que dá materialidade à narrativa do entrevistado. Como afirmam Oliveira et al. (2004, p.167), “a oralidade traz a espontaneidade, a fotografia o detalhe”. E as autoras vão além,

Através das histórias de vida contadas oralmente e pelo recurso da fotografia, nos aproximamos de imagens reconstruídas no presente, a partir de significados atribuídos às trajetórias vividas. Conhecemos os processos de formação, visitamos as paisagens, os comportamentos, os tempos vividos através dos sentidos trazidos no momento da fala (p. 166).

A captação das narrativas orais através dos aparatos tecnológicos (gravador, câmera de vídeo, câmera fotográfica) propicia a construção de um campo

empírico que orienta o desenvolvimento das análises sociológicas do objeto em questão, sendo o uso do testemunho oral uma possibilidade no que diz respeito a elucidações de trajetórias individuais. Sobre isso, Ferreira e Amado (2006, p. XIV) afirmam que:

O uso sistemático do testemunho oral possibilita à história oral esclarecer histórias individuais, eventos ou processos que às vezes não têm como ser entendidos ou elucidados de outra forma: são depoimentos de analfabetos, rebeldes, mulheres, crianças, miseráveis, prisioneiros, loucos... São histórias de movimentos sociais populares, de lutas cotidianas encobertas ou esquecidas, de versões menosprezadas.

Dessa forma, entendo a escuta aos sujeitos da minha pesquisa porque, logo no início do meu trabalho de campo, após os primeiros contatos e primeiras articulações, percebi que estava diante de um grupo heterogêneo e que, portanto, deveria pensar estratégias diferenciadas no que tange à aproximação com esses indivíduos e, no segundo momento, observar as suas várias especificidades para a elaboração das entrevistas.

A partir dessa constatação, por organização metodológica, dividi-os, até aqui, em três grupos de narradores: primeiramente, os familiares de Damião que veem a possibilidade de um trabalho acadêmico sobre sua história como uma forma de não permitir o esquecimento da sua morte violenta. Revisitar a história, mesmo que seja doloroso, também é uma ferramenta de luta. Como já me referi nesse texto, para a família os culpados ainda não foram punidos e a visibilidade permanente pode tornar-se uma aliada na prolongada batalha judicial.

O segundo grupo diz respeito aos ex-internos da Casa de Repouso Guararapes. Esses sujeitos<sup>71</sup>, que considero narradores essenciais para a minha pesquisa, exigem andanças, negociações e um percurso por vários caminhos, inclusive institucionais, para que sejam contatados.

As entrevistas até aqui realizadas me colocaram face a face com os limites desses oradores que se expressam na deficiência da memória ou pelos “limites de seu corpo” (BOSI, 1994, p. 39). São indivíduos remanescentes de um prolongado período de “aferrolhamento” no qual vivenciaram sistemáticas

---

<sup>71</sup> Entrevistei quatro ex-internos da Casa de Repouso: desses, apenas um esteve com Damião. Os outros três se submeteram a períodos de internamento em diferentes momentos de suas existências e contribuíram para a elaboração de um panorama do cotidiano do manicômio. Dois dos entrevistados são do sexo masculino e duas do sexo feminino.

experiências de mortificações do eu<sup>72</sup>. As repetidas mortificações incidem inclusive no corpo através de maus tratos físicos, eletrochoques e o uso prolongado de substâncias psicotrópicas. É perceptível nos relatos a ausência de ordenamento dos fatos, o esquecimento de datas, além de sucessivas repetições de acontecimentos já narrados. Bosi (2003, p. 65) arremata a constatação da pesquisadora,

A fala emotiva e fragmentada é portadora de significações que nos aproximam da verdade. Aprendemos a amar esse discurso tateante, suas pausas, suas franjas com fios perdidos quase irreparáveis.

O terceiro grupo de narradores é composto por dois dos profissionais que atuaram na Junta Interventora quando do fechamento da Casa de Repouso Guararapes<sup>73</sup>. Neste grupo, também situo os gestores e profissionais que atualmente trabalham na atenção à saúde mental em Sobral, cujos relatos são relevantes para o “mapeamento” da atual estrutura de atendimento aos portadores de transtornos mentais na cidade e municípios vizinhos.

Não posso deixar de apontar que, no campo de pesquisa, já nas primeiras entrevistas, percebi as interdições que envolvem alguns dos depoimentos desses profissionais, até porque, alguns deles estão arrolados como testemunhas do processo por maus tratos movido pela família do Damião contra o proprietário da Guararapes e, também, há implicações políticas e ideológicas pelo menos para alguns dos membros que compuseram a Junta Interventora e também para aqueles que ocupam lugar de destaque na hierarquia da RAISM.

As mudanças implementadas, de forma emergencial, no atendimento aos pacientes com transtornos mentais no município, foram motivadas pelo “caso” Damião, mas, sem dúvida, já havia ações da Secretaria de Saúde que estavam alinhadas com a “onda” transformista emergente do discurso pró-reforma psiquiátrica. Cito como exemplo a criação de um “ambulatório de saúde mental” em 1997 “com um psiquiatra que não era psiquiatra, era um clínico que aprendeu dentro

---

<sup>72</sup> Tomo como referencia a obra de Irving Goffman (2001) na qual o autor utiliza o conceito de “mortificação do eu” na elaboração de uma mudança da “carreira moral” do internado nas instituições totais.

<sup>73</sup> Segundo Walter, coordenador administrativo, a Junta era composta por ele, que tinha a responsabilidade de suprir todo o aspecto material e todo o aspecto institucional, por duas médicas psiquiatras com a responsabilidade de implantar um novo projeto terapêutico, uma enfermeira, uma assistente social e também tinha a figura de um supervisor institucional, outro médico psiquiatra. Recebi depois a informação de que as duas médicas psiquiatras contratadas eram do Hospital das Clínicas de São Paulo-HC e o propósito dessa contratação estava na perspectiva de trazer para a Junta um olhar diferenciado.

do manicômio, assistente social, enfermeira e um psicólogo” (Assistente Social)<sup>74</sup>. Esse ambulatório seria o embrião do CAPS, oficialmente fundado em 2000. Em abril de 1998, ocorreu o 1º Seminário de Saúde Mental em Sobral com a proposta de discutir novas ações para o município vislumbrando a criação de um Programa de Saúde Mental<sup>75</sup>.

A data de criação do primeiro CAPS em Sobral está envolto em informações controversas. De acordo com o Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Social do dia 21 de fevereiro de 2000 já havia um CAPS em funcionamento no dia 4 outubro de 1999, data da morte de Damião. Consta a seguinte informação no relatório citado:

Às vinte horas do mesmo dia, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Sobral foi comunicado pela Enfermeira Sandra Maria Carneiro Flôr, da Coordenação de Vigilância à Saúde, que havia ocorrido um óbito na Casa de Repouso Guararapes. A família foi procurada para auferirem-se maiores detalhes sobre o ocorrido. Diante do que foi relatado e da consternação da família em face das circunstâncias do óbito orientou-se à Sra. Albertina Viana Lopes que, se fosse do seu desejo, ela poderia comparecer à Coordenação Municipal de Controle e Avaliação de Sobral para proferir denuncia contra a Casa de Repouso Guararapes<sup>76</sup> (p.1)

Uma ferramenta utilizada constantemente para obter dados para a minha pesquisa tem sido as “redes sociais”. Em 2013, me retirei da cidade por motivos profissionais, mas devido à construção de uma rede de relações pessoais nos três anos em que lá permaneci, mantive contato frequente com profissionais da RAISM, com ex-alunos e ex-alunas aos quais pude recorrer sempre que surgiram dúvidas durante a minha escrita. Esses contatos constantes foram frutíferos no sentido de que me mantiveram atualizada sobre novas ações empreendidas pela Rede e acontecimentos que envolviam o meu campo de pesquisa. Retornei à cidade algumas vezes, mas as viagens tornaram-se cada vez mais inapropriadas devido aos custos e também à falta de tempo. Daí, alguns dos interlocutores sugeriram a utilização do “facebook” para a continuidade das entrevistas, “envia as perguntas

<sup>74</sup> Francisca Lopes é Assistente Social, concursada da prefeitura de Sobral e atua na Rede desde 1997: fez parte da equipe de intervenção do manicômio, foi a primeira coordenadora da RAISM, foi coordenadora da Escola de Saúde da Família, atualmente é coordenadora da célula de “Educação Permanente” voltada para a capacitação dos profissionais da Rede que funciona na Escola de Saúde da família.

<sup>75</sup> Retomaremos essa discussão no último capítulo da tese

<sup>76</sup> Não há nenhum relato ou documento de trate da denuncia de Irene ou de sua mãe no órgão indicado acima.

pelo *face* que eu respondo” e, por diversas vezes, utilizei essa via de acesso às informações.

#### **4.2 Narrativas do campo de pesquisa.**

A partir das primeiras interações com alunos e alunas, de pesquisas na internet, de conversas com motoristas de táxi da cidade, o assunto da morte de Damião Ximenes despertou os meus sentidos de pesquisadora. Como vimos, eu já havia desenvolvido pesquisa sob “instituições totais” e a referida temática instiga, sobremaneira, os meus interesses de pesquisa.

Quando o caso Damião tornou-se meu objeto de estudo, mergulhei em campo em busca de contatos que pudessem orientar meus primeiros passos, afinal, como “outsider” que era, eu sabia da importância das interações e das negociações, até porque em volta do meu objeto havia muitas implicações políticas, como já indicavam alguns dos primeiros contatos.

No transcorrer da pesquisa, o fato do proprietário do manicômio, o Sr. Sergio Ferreira Gomes, ser primo do prefeito da cidade na época da morte de Damião e membro de uma família com influência política local foi, em vários momentos, mencionado até para indicar a dificuldade da família de Damião para levar à frente a investigação do caso, como enfatizou Irene em uma das nossas conversas: “foi briga com peixe grande”.

Alguns documentos coletados no campo de pesquisa também apontam nesse sentido (Ofícios expedidos pela CDHALCE e pelo Ministério Público). A investigação do caso Damião é perpassada por elementos que expõem a dinâmica do poder político familiar e local presentes em algumas regiões do Estado. Borges (2009, p. 32), ao escrever a sua dissertação, procurou o prof. Cesar Barreira<sup>77</sup>, do Departamento de Sociologia da Universidade do Ceará-UFC, para entender “a geografia política” do Ceará e a repartição do Estado “em função dos domínios das grandes famílias”. Mesmo com as limitações apresentadas, logo no início das minhas andanças ficou clara a receptividade dos habitantes da cidade e dos profissionais dos serviços de saúde da região à proposta da pesquisadora, salvo

---

<sup>77</sup> O professor é autor da obra *Trilhas e atalhos do poder: conflitos sociais no sertão*.

raras ocasiões contrárias<sup>78</sup>. A instituição na qual era professora colaborou com o meu trabalho, fornecendo-me fotografias do período de aquisição do prédio e dos seus despojos, no ano 2000. Estas fotos foram incorporadas a meu acervo de pesquisa. Também fotografei o espaço atual com as suas transformações na perspectiva de criar um grupo de imagens que apresentassem o “antes” e o “depois”, tendo como elemento de ligação a “trágica” morte de Damião Ximenes.

Não tinha, naquele momento, a ideia de como utilizaria esse acervo, mas intui que deveria guardar essas imagens como preservação da memória do ex-manicômio, espaço de sequestro das subjetividades, de violação dos direitos da pessoa humana, de morte e de sofrimento<sup>79</sup>, sem deixar de preservar também o registro dos escombros, do desmonte desses acontecimentos, já que foram rapidamente apagados, cedendo espaço ao “progresso”, como afirmam os moradores de Sobral.

Quanto aos profissionais da área de saúde do município, mais especificamente da RAISM, houve a expectativa de uma troca de conhecimentos e de informações: “Professora contamos com a Sra. para um encontro científico, precisamos ouvir suas experiências de pesquisa” ao qual eu respondi: “Podem marcar, estarei aqui”. Compareci e contribuí quando fui solicitada, inclusive fornecendo material colhido em campo para as atividades de 18 de maio de 2013 (o dia 18 de maio é comemorativo à luta antimanicomial). Credito as dificuldades encontradas para a marcação de entrevistas ou visita aos equipamentos de saúde às questões de agendas e às muitas atividades diárias dos profissionais, mas o diálogo foi estabelecido em uma linha de reciprocidade constante.

Gradativamente fui construindo um ciclo de relações com os profissionais da Rede, com moradores da cidade, com alunos e alunas, com ex-internos do manicômio, com profissionais que atuaram na Junta Interventora, não de forma racional, premeditada, mas que considero como uma conquista devido à minha inserção na sociedade local. Essas relações funcionaram como um “novelo”, quanto mais eu puxava mais se desenrolava, um entrevistado indicava outro, que indicava

---

<sup>78</sup> Fiz três tentativas de entrevistar um dos enfermeiros citado nas investigações como sendo o mais violento do grupo de funcionários do Manicômio, que hoje é enfermeiro de outro hospital do município. O profissional nunca me atendeu. Dias depois da última tentativa, recebi um recado enviado através de uma aluna para que eu “não ficasse andando atrás dele”. Depois de receber a mensagem recuei, desistindo da entrevista.

<sup>79</sup> Pereira (apud SILVA, 2001).



outro, que indicava outro e assim fui acumulando informações para o meu trabalho e também descobrindo percursos a fazer fora de Sobral.

Inúmeras são as narrativas sobre familiares ou “conhecidos” que estiveram na Casa de Repouso Guararapes e que foram vítimas de maus tratos, o que sinaliza a existência de uma memória coletiva que se mantém. Através do pensamento de Bosi (2003), entendo como uma “substância social da memória” que o grupo transmite, retém e reforça as lembranças.

Em sala de aula, alunos e alunas contribuíram com relatos sobre ex-internos ou ex-internas e intermediaram a aproximação com alguns possíveis entrevistados, não significando, no entanto, um retorno em encontros concretos ou em relatos férteis.

“Minha mãe esteve internada na Casa de Repouso, várias vezes. Ela dormiu na grama em cima das formigas” (aluna do Curso de Serviço Social).

Perguntei à aluna sobre a possibilidade de uma conversa com sua mãe e obtive a resposta de que iria ver a possibilidade do encontro porque sua mãe não se lembrava de muita coisa. Na semana seguinte, recebi um relato escrito pela filha, relato que havia sido ditado pela mãe. Fui informada pela jovem que sua mãe não se dispunha a conversar, mas que escreveria para mim. Recebi ainda dois relatos escritos e depois o silêncio. Em conversa com a filha de M.G., soube que a mãe não estava bem, seu estado psíquico “estava alterado” e que ela não queria mais falar. Depois desse diálogo, perdemos o contato.

Um dos relatos recebidos dizia:

Eu, porém não tinha muito ânimo, porque tomava remédios e ficava toda com desânimo, falta de coragem e optava sempre era ficar deitada por onde desse certo, houve um dia em que estava chovendo e eu estava deitada na grama inúmeras formigas me atormentavam e por incrível que pareça fiquei na chuva, pois não havia menor coragem de levantar-se, era completamente a base de remédios. Considerei-me no Guararapes uma das internas mais calma e passava lá de no máximo 35 dias (D. M.G, 60 anos)<sup>80</sup>.

Este relato de M.G põe em evidência o conceito gofiminiano de “comportamento expressivo” e que é escolhido pelo interno, “um símbolo da escolha pessoal” e “processo de mortificação” que permite maneiras individuais de

---

<sup>80</sup> Quanto à D. M.G., insisti algumas vezes com sua filha, minha aluna, para que fosse marcado um encontro para uma conversa e a sugestão sempre foi rechaçada, D. M.G. não desejava conversar comigo. Diante desse episódio, procurei estabelecer uma correspondência com a referida sra. Os relatos obtidos são respostas a questionamentos enviados por mim, até que a possibilidade para a manutenção da troca de correspondência esgotou-se devido à falta de interesse de D. M.G.

adaptação, através da “tática de afastamento da situação”. Ao relatar que se considerava uma das internas mais calmas do manicômio, a paciente indica uma opção pela indiferença, pelo afastamento

[...] quando o internado deixa de dar atenção a tudo, com a exceção dos acontecimentos que cercam o seu corpo, e vê tais acontecimentos em perspectiva não empregada pelos outros que aí estão (GOFFMAN, 2001, p. 46 e 59).

O meu primeiro contato com D. Albertina Ximenes também foi mediado por uma aluna, sua vizinha, no Município de Varjota. Durante uma aula sobre reforma psiquiátrica, ao referir-me à morte de Damião Ximenes, a aluna se pronunciou: “sou vizinha da mãe dele”. O meu pedido para um encontro foi negociado e prontamente atendido: duas semanas depois, fui a Varjota conhecer a família de Damião.

Dirigi-me ao município de Varjota, distante duas horas de Sobral, de *topic* e em companhia da aluna que iria me apresentar à mãe de Damião. Antes do encontro, fui convidada a fazer uma parada na casa da aluna, onde sua mãe me recepcionou com café e bolo, sendo, em seguida, acompanhada até a casa de D. Albertina Ximenes. No retorno da entrevista, fui convidada para o almoço, no qual tive a oportunidade de conhecer toda a família. Retornei a Sobral na *topic* das 14h. O motorista foi me buscar em frente à casa da minha aluna, atendendo a uma solicitação do seu pai: “Professora, o sol está muito quente, eles vêm buscar a senhora aqui”.

Encontrei D. Albertina em uma manhã ensolarada e fui calorosamente recebida. Tímida, mas amorosa, me indicou uma cadeira e começamos a conversar sobre o que eu fazia, disse-lhe que era professora das Faculdades Inta, ao que ela retrucou: “aquele lugar me traz muitas lembranças ruins”. Falamos sobre filhos, netos. Enquanto olhava em torno, surpreendi-me com a simplicidade da casa da família, havia ouvido comentários a respeito da indenização recebida do Estado brasileiro, por alguns membros da família, pela morte de Damião: “Foi muito dinheiro, tudo mundo recebeu”.

Esse foi um tema que não abordei com nenhum membro da família Ximenes. Acredito que a coleta de informações para uma pesquisa acadêmica tem seus limites éticos e eu entendo a questão dos valores indenizatórios recebidos do Estado brasileiro pela família como um dos meus limites, até porque há informações

desses valores em outras fontes (obras consultadas, internet). O assunto indenização foi abordado por Irene e D. Albertina, mas nunca falamos em valores: a família se ressentia com o demasiado interesse que esse assunto provoca.

D. Albertina me apresentou à sua filha mais nova, Irina, e aos seus netos, filhos de Irina, e continuamos a conversar informalmente, sem o uso de gravador. Registre algumas falas mais emblemáticas no meu diário de campo, mas de forma comedida: a minha ideia era criar a abertura do diálogo e não entrevistá-la, pelo menos naquele momento. Deixei a conversa fluir livremente, falamos sobre a morte de Damião, o que seria inevitável, mas o “tom” da conversa foi ditado por D. Albertina e ela sabia exatamente o que eu esperava dela e dos seus relatos. Não foi preciso que lhe fizesse nenhuma pergunta.

Após falar abreviadamente, sem detalhes, sobre a morte do filho, D. Albertina enfatizou a “força” de Irene, “sem ela a morte do meu filho tinha ficado para lá”. “Minha filha é muito corajosa”. “Tomou a frente de tudo e não teve medo de enfrentar os poderosos”. Enquanto conversávamos, fomos interrompidas pela chegada de um senhor, era Cosme, irmão gêmeo de Damião, que também tem um diagnóstico de transtorno mental, mas nunca esteve internado na Casa de Repouso Guararapes. Ainda “está em tratamento, mas com médico particular, toma remédio e vai tocando a vida dele”, disse D. Albertina. Cosme é casado, tem filhos e foi um dos beneficiados com parte da indenização recebida pela família. Solicitei à D. Albertina o telefone de sua filha Irene; naquela altura, já havia entendido que Irene iria se tornar a minha principal interlocutora para a construção da história da vida e morte de Damião e os seus desdobramentos. Despedi-me de D. Albertina com um longo abraço, deixando-a entender que voltaria.

No mês de outubro do ano seguinte à minha contratação pela instituição de ensino, haveria como todos os anos a Semana Acadêmica e, então, fui convocada pela minha coordenadora para propor uma atividade. Decidi organizar uma mesa interdisciplinar para um debate sobre dependência química. Convidei, então, colegas de outros cursos (farmácia, enfermagem, nutrição, educação física, pedagogia, teologia) para juntos implementarmos a discussão, mas no dia marcado para a atividade apenas dois dos convidados se fizeram presentes, mesmo eu tendo recebido anteriormente a confirmação da presença de todos.

Quanto aos discentes, também houve um esvaziamento, apenas cinco assistiram ao insípido debate. Encerrei os trabalhos da mesa com a nítida sensação

de fracasso, mas três alunas que haviam participado do encontro me abordaram ao final dos trabalhos e manifestaram interesse pela temática das drogas, colocando em destaque que também era de interesse de muitos dos seus colegas e de suas colegas de graduação em serviço social. Reanimei-me, afinal, havia algo muito vivo nas inquietações dessas jovens.

Voltei para o meu hotel com os pensamentos em ebulição e logo me veio a ideia de um grupo de estudo sobre drogas. Esqueci o fracasso da mesa de debates e fiz um projeto para o grupo, que foi aprovado pela coordenação na semana seguinte. Comecei a divulgar a proposta em sala de aula, houve divulgação no “jornalzinho” da instituição, tendo então iniciado as atividades de leituras de textos e discussões com seis alunas (a proposta inicial do projeto oferecia dez vagas). Esse número se manteve durante um ano, quando então o grupo se desfez. Dessas seis alunas, duas se tornaram minhas orientandas e amigas pessoais, uma delas foi companheira constante nas minhas incursões em campo em Sobral.

Na convivência semanal com as alunas do Grupo de Estudo, recebi informações sobre pessoas que poderiam me elucidar sobre algumas questões ligadas ao caso Damião. Em uma discussão sobre Reforma Psiquiátrica mencionei o paciente torturado e morto exatamente no espaço que abrigava a faculdade, uma aluna que conhecia a história se pronunciou “quando comecei a estudar aqui, sentia calafrios, meu pai conta coisas horríveis”. Outra aluna mencionou que o seu marido tinha sido o membro da Junta Interventora (interventor administrativo). Avaliei, então, que seria uma fonte imprescindível para a minha pesquisa, solicitei a mediação da aluna para marcar uma entrevista com o seu marido, que naquele momento era membro do Conselho Deliberativo das Faculdades Inta e Diretor da Faculdade Internacional do Delta em Parnaíba-PI, pertencente ao mesmo grupo empresarial do INTA.

Algumas semanas depois, consegui agendar uma entrevista com o professor. Foi uma das entrevistas mais aguardadas, esperava grandes revelações. Como vimos, o hospital pertencia a um membro da família Ferreira Gomes, o Sr. Sergio Ferreira Gomes, primo do Prefeito de Sobral na época da morte de Damião, o Sr. Cid Gomes, e primo também do Sr. Ciro Gomes, ex-ministro de Estado. Durante algumas conversas, tomei conhecimento de que havia uma ligação pessoal do Secretário de Saúde de Sobral naquele período, Dr. Odorico Monteiro, do Partido dos Trabalhadores, com o meu entrevistado. Devido a essa rede de relações de

peças “importantes” na cidade, tudo indicava que os bastidores da Junta Interventora tivessem sido perpassados por pressões políticas. Só teria essa confirmação mais à frente, quando entrevistei outro membro da Junta, indicado, inclusive, pelo professor.

Vale ressaltar que as informações recebidas do entrevistado foram relevantes no sentido de entender as primeiras ações adotadas pela Junta Interventora na perspectiva das mudanças no atendimento aos “doentes mentais” na Casa de Repouso Guararapes e as primeiras intervenções para o saneamento do espaço físico. Vejamos,

Houve um trabalho incessante, não só de auto-cuidado, não só de produzir novas práticas terapêuticas, mas acima de tudo de conduzir essas pessoas para aquilo que nós chamamos de ressocialização, todos os pacientes que aqui nos encontramos, os oitenta e nove usuários que estavam internados na casa de Repouso Guararapes, apenas 8 permaneceram na Residência Terapêutica de Sobral<sup>81</sup>, o restante teve alta hospitalar e foram de certa forma conduzidos a sua família, re-socializados.

Solicitei-lhe uma cópia do Relatório da Junta após a intervenção, pois àquela altura da pesquisa ainda não havia coletado nenhum documento relativo à minha proposta de estudo: eram os meus primeiros movimentos em campo e ainda faltava muito para caminhar.

O ex-coordenador administrativo da Junta Interventora supervalorizou as conclusões contidas no relatório, induzindo-me a pensar que havia uma “interdição” em torno do documento e que ele estava “muito bem guardado”. A partir daí, esse relatório passou a ser minha informação mais desejada: acreditava que conteria informações precisas e relevantes sobre a morte de Damião que não fossem do conhecimento de nenhum pesquisador. Mais à frente, saberia que o referido relatório é peça do processo da CDHALCE, portanto, disponível ao acesso de qualquer cidadão ou cidadã com interesse no caso Damião Ximenes Lopes.

Procurei marcar uma entrevista com o membro da Junta, indicado pelo professor. Era a assistente social Francisca, a quem já me referi aqui. Na época dos meus primeiros contatos, a profissional era coordenadora de um curso de Serviço

---

<sup>81</sup> O Programa Federal de Residências Terapêuticas-RT do Ministério da Saúde foi criado através da Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000. O Programa implementado pelas prefeituras tem a proposta de atender os egressos dos hospitais psiquiátricos que tenham perdido vínculo familiar. A legislação estipula que cada RT só deverá receber até oito moradores. Quando entrevistei o Coordenador da RT de Sobral, ainda havia cinco moradores egressos da Casa de Repouso Guararapes residindo naquela unidade.

Social à distância e depois foi contratada pelo INTA como professora, além das muitas ocupações que desempenha na área da saúde no Município.

Como sempre, a receptividade foi a tônica do contato e o encontro foi agendado sem dificuldades. A minha entrevistada, mesmo com uma agenda “apertada”, como ela informou logo que nos encontramos, deslocou-se até as Faculdades Inta para a nossa conversa. Foi objetiva nas colocações e apontou para a tensão política e familiar que envolvia o trabalho da junta. Ao ser perguntada sobre a organização do trabalho da Junta Interventora<sup>82</sup> e quais as orientações recebidas, a Assistente Social deu a seguinte resposta:

Assim, eu não sei dizer como foi que o Odorico pensou, o pensamento dele foi um pensamento político, por quê? Porque o dono do Guararapes era um primo do Cid.

[...] Porque assim, o que aconteceu, o que eu sabia desse tencionamento da Comissão de Direitos Humanos, da mídia aqui dentro do próprio Sobral, a história do Conselho Municipal e o Odorico também, ele não compactuava, mas ele sabia que era a força política que tinha que vencer. Então a Junta Interventora foi uma coisa talvez que o Odorico tenha pensando como uma saída, prá dar uma justificativa pra população, pra esses órgãos, e a ideia da Junta interventora, que nós veríamos pra cá por um tempo determinado, arrumaríamos a casa e devolveríamos a gestão do hospital para o Sergio, aí ele não mexeria nas questões familiares ao mesmo tempo não ficaria feio pra Sobral, que vivia um momento de deslumbre, vivia um momento de dentro do cenário nacional, como um espaço de boas práticas na área do SUS, na área gestacionária e também não ficaria feio para o Cid, que já tinha um futuro, que já tinha uma gestão, já visibilizava outros cargos né.

Quanto ao tão desejado relatório da Junta Interventora, a assistente social informou que não tinha nenhuma cópia, mas que não seria difícil conseguir: “Talvez a família do Damião tenha”.

Depois do meu encontro com D. Albertina, fiz contato telefônico com Irene Ximenes, falei da minha pesquisa, conversamos por longo tempo e disse-lhe que em breve iria a Ipueiras conhecê-la e entrevistá-la. Fiquei sabendo naquele momento que Irene havia criado o Instituto Damião Ximenes com a proposta de atender crianças e adolescentes envolvidos em conflito com a lei e com questões ligadas ao uso de drogas. Pensei imediatamente em articular uma visita ao instituto como trabalho de campo do Grupo de Estudo sobre Drogas, não tendo encontrado nenhum obstáculo para a visita. As alunas participantes do Grupo mostraram-se

---

<sup>82</sup> A Junta era composta por: Agente Administrativo, Assistente Social, Enfermeira, Médica e mais um integrante sem especificação de função. Segundo a Assistente Social, a Secretária de Saúde também trouxe duas médicas do Hospital das Clínicas de São Paulo porque “a preocupação dele era não pegar esse grupo que estava aqui porque já estava contaminado”.

entusiasmadas e a instituição apoiou minha pretensão e forneceu-me um carro “Van” com um motorista para o nosso deslocamento até Ipueiras.

No dia marcado, após um pouco mais de duas horas de viagem, chegamos na cidade onde mora a irmão de Damião. Como havíamos combinado, nos deslocamos até o escritório de contabilidade que Irene mantém no centro da cidade juntamente com o seu marido para nos encontrarmos e de lá irmos para o Instituto. Abraçamo-nos calorosamente, como se nos conhecêssemos e fossemos amigas de longa data. Influenciada pelas leituras empreendidas até aquele momento sobre o caso Damião, via aquela mulher jovem, bonita, como uma guerreira destemida e implacável e, como afirmou Pereira (2001), em uma comparação brilhante, uma “Antígona do sertão”<sup>83</sup>.

O Instituto estava instalado em uma casa ampla e bem cuidada, localizada em uma rua pacata da cidade. Havia no prédio um rapaz e uma moça que auxiliavam Irene, mas observei que não havia nenhum participante do projeto, o que logo foi justificado por Irene. Fui informada que não recebia ajuda da Prefeitura e nem do Estado e que o projeto era financiado pelo Banco do Nordeste. Relatou que havia sido encerrada uma etapa da proposta de atuação, o que exigiu o envio de outro projeto estando, portanto, aguardando a análise do Banco que contava como positiva para retomar as atividades. Na página seguinte, é possível observar a fachada do Instituto Damião Ximenes.

---

<sup>83</sup> Pereira faz uma menção à *Antígona*, personagem central da obra do dramaturgo grego Sófocles, que desobedece a ordem do rei e vai fazer as últimas homenagens ao seu irmão morto e procurar enterrá-lo. Versão em PDF disponível em: <[www.ebooksbrasil.org](http://www.ebooksbrasil.org)>. Acesso em: 16 jan. 2014.

Figura 9 - Instituto Damião Ximenes



Fonte: Acervo da pesquisadora (2014)

Perguntada como surgiu a ideia do Instituto, Irene relata que ocorreu em 2002, quando participava das reuniões do Movimento Antimanicomial. Segundo informou, o “sonho” era dar assistência a portadores de transtorno mental, mas o projeto tornou-se inviável devido à exigência da participação de um médico psiquiatra, o que encareceria o investimento. “É muito caro um psiquiatra”. “Aqui mesmo no município só tem um psiquiatra que vem quatro vezes no mês e a demanda aqui é muito grande”. Além do psiquiatra, seria necessário psicólogo, assistente social, psicoterapeuta, informou Irene.

A limitação financeira levou-a à opção de trabalhar com adolescentes entre 12 e 17 anos “que estão em situação vulnerável, socialmente vulneráveis, que se envolvem com drogas, outros que fugiram de casa, outros que tem conflitos dentro de casa, são adolescentes que já foram acompanhados pelo Conselho Tutelar”. No momento da minha visita, havia trinta e três adolescentes inscritos no Instituto Damião Ximenes. As atividades no Instituto estavam ligadas à música



(aulas de violão e teclado) e aulas de artesanato. Em janeiro de 2014, recebi um e-mail de Irene me informando que o Instituto Damião Ximenes havia encerrado as suas atividades devido a um caso de doença grave na família, o que impedia sua dedicação ao projeto.

Depois da breve apresentação do Instituto, começamos a falar do Damião. Foi perceptível para mim e para as minhas alunas, comentamos sobre isso na viagem de volta a Sobral, como Irene se emocionou ao relatar algumas passagens do caso. Como aconteceu no primeiro encontro com D. Albertina, deixei-a à vontade para dar vazão às suas emoções, já que eu não tinha pressa e sabia que poderia ter outros encontros com ela. Deslocou-se para o interior da casa e retornou com uma bolsa de plástico contendo os seus “guardados” e colocou à nossa disposição “o que restou” de registro da vida e da morte de Damião. “Tinha outros documentos, mas não sei aonde guardei, acho que se perderam nas mudanças”.

Sentamos no chão em volta da sacola, nomeei minhas alunas “assistentes de pesquisa” e a tarefa era vasculhar o conteúdo existente no interior da bolsa, que logo percebemos ser essencialmente de recortes de jornais; então, nos propusemos a fazer uma triagem. Irene participava e nos orientava a respeito do contexto de algumas reportagens que encontrávamos, muitas eram repetidas.

Figuras 10 e 11 - Os bastidores da pesquisa



Fonte: Acervo da pesquisadora (2014).

Além dos recortes de jornais, já mencionados, na bolsa havia também objetos pessoais do Damião, como um pincel de barbear feito por ele com tiras de plástico, uma bolsa capanga e um boné, segundo Irene, “ainda com fios de cabelo

dele”. Perguntei à Irene onde poderia obter o atestado de óbito e o tão desejado relatório da Junta Interventora e as essas perguntas recebi a orientação de procurar a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará: “O João Alfredo foi importantíssimo nessa minha luta, ele me apoiou desde o início e lá tem toda a documentação”<sup>84</sup>. Em seguida, informou-me também que procurasse entrar em contato com a Justiça Global, ONG do Rio de Janeiro que a apoiou juridicamente durante o julgamento na Corte Interamericana de Direitos Humanos<sup>85</sup>.

Quanto aos jornais selecionados entre os guardados de Irene, combinamos que eu os reproduziria e em um momento futuro nos encontraríamos para que eu fizesse a devolução. A devolução foi feita em um rápido encontro em Sobral, algumas semanas depois.

Saímos de Ipueiras por volta de meio-dia. Quanto a mim, estava radiante com os “achados”. Havia naqueles recortes de jornal, nas fotos tiradas durante a visita, elementos que davam materialidade à minha pesquisa, sentia-me, finalmente, dando corpo às questões oriundas da minha inquietação sociológica. Paramos em um restaurante na estrada para almoçar e retornamos a Sobral.

De volta a Fortaleza, na semana seguinte procurei a CDH da Assembleia Legislativa em busca dos documentos. Ao chegar, fui recepcionada por uma funcionária a quem relatei sobre a minha pesquisa e fui, então, direcionada para outra funcionária que “conhece bem o caso, pois já trabalhava na Comissão na época”. Após as apresentações costumeiras, quando explicitiei o curso, a universidade e a minha proposta de pesquisa da tese, me foi solicitado alguns minutos de espera.

Ao retornar, a funcionária entregou-me um calhamaço de documentos para que eu selecionasse os que me interessavam. Sentei-me em uma mesa indicada por ela e pus-me a ler os ditos documentos, que não obedeciam à ordem cronológica, muitos se repetiam, folhas soltas, folhas grampeadas desordenadamente e que não se coadunavam. Percebi ser necessária, inicialmente, uma organização que imprimisse uma lógica àquele “amontoado de papéis” para

---

<sup>84</sup> Na época da morte de Damião, João Alfredo Telles Melo era Deputado Estadual pelo PT e presidente da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará.

<sup>85</sup> Segui a orientação de Irene, mas não obtive cooperação da ONG. Após vários e-mails, recebi a resposta de que só teria acesso a qualquer documento se me deslocasse até o Rio de Janeiro, o que para mim seria inviável.

depois, então, imprimir-lhes o tratamento analítico adequado e inseri-los no contexto da minha escrita.

Conversei sobre isso com a funcionária e ela de pronto me disse “leve para casa e veja com calma o que lhe interessa, tire as xeroxs e traga de volta”. Fiquei surpresa com a proposta, mas aceitei. Juntas, eu e a funcionária, pensamos uma forma de oficializar a saída da documentação e acordamos de que eu faria uma lista, dentro do possível, dos documentos retirados da Comissão e assinaria a referida lista.

Mãos à obra e em um breve espaço de tempo a “lista” ficou pronta. Após a minha assinatura e o número do meu telefone anotado em baixo das anotações, fui liberada juntamente com a minha “carga preciosa”<sup>86</sup>.

Em casa, dediquei-me à agradável tarefa de ler, separar, juntar, grampear a documentação em um processo lento e cuidadoso. Foram necessários alguns dias para que aqueles documentos fizessem sentido para mim, e lá estava o tão procurado Relatório da Junta Interventora ou, pelo menos, parte dele. Além do Relatório da Junta também constava do grupo de papéis Ofícios do Ministério Público, Ofícios da CDHALEC, a denúncia da Promotoria de Justiça contra os principais envolvidos no caso (Sergio Antunes Ferreira Gomes, proprietário do manicômio; Carlos Alberto Rodrigues dos Santos, auxiliar de enfermagem; André Tavares do Nascimento, auxiliar de pátio; e Maria Salete Moraes de Melo, enfermeira), resultado da auditoria da Secretaria de Saúde do Município, entre outros documentos. Percebi, ao cabo da proposta de dar sentido àquela papelada, que, apesar de extremamente relevante e substancial para a minha pesquisa, poderia encontrá-la em expressivo número em uma das obras que já havia lido sobre o caso: “A instituição sinistra” (SILVA, 2001).

Devido às viagens semanais para Sobral e o curto tempo de permanência em Fortaleza, a documentação cedida temporariamente pela CDH da Assembleia Legislativa cearense ficou cerca de dois meses em meu poder, não recebendo em nenhum momento qualquer tipo de cobrança para uma devolução que foi feita em um intervalo mais prolongado por causa das minhas múltiplas atribuições. Devolvi os documentos em ordem cronológica e reorganizados de forma que pudessem ter

---

<sup>86</sup> Três anos depois não lembro se me foi solicitado qualquer documento de identidade.

sentido ao primeiro olhar para os futuros interessados, no caso, pesquisadores ou não.

Tratei, então, de voltar ao campo e reiniciar os contatos e as entrevistas. Procurei novamente D. Albertina, dessa vez com as “bênçãos” e as recomendações de Irene: “Mamãe ainda sofre muito quando fala do assunto, é preciso um pouco de calma”. Viajei novamente para Varjota, sendo mais uma vez acolhida pela mãe de Damião sem nenhuma reserva. Dessa vez o nosso diálogo foi gravado em vídeo e D. Albertina relatou, dentro das suas limitações emocionais, a história do seu filho. Como da primeira vez, não foram necessárias muitas perguntas, pois sua fala fluía como um desabafo. Sei que D. Albertina já reviveu a agonia do seu filho em muitas narrativas, em diversos momentos e em diferentes situações e essa perspectiva me incomodava sobremaneira: ela chorou e eu também, quem assiste ao vídeo entende do que eu estou tratando. Como relata Biehl (2008), ao falar da sua Catarina<sup>87</sup>, àquela altura, estava emocional e intelectualmente envolvida.

Em maio de 2012, em uma atividade proposta na “Semana do Serviço Social” nas Faculdades INTA, promovi uma exposição de fotos e artigos de jornais com o material já adquirido durante a pesquisa de campo. Vislumbrava também, com a exposição que denominei “Damião Ximenes: o sequestro de uma vida”, levantar uma discussão sobre o dia 18 de maio e homenagear Damião exatamente no espaço físico onde sua morte ocorreu.

O evento foi divulgado pela Instituição através do seu jornal interno e de outro impresso que circula em Sobral e também houve cobertura da abertura da exposição. Mandei confeccionar camisetas para marcar o acontecimento, um banner que hoje é objeto de decoração no meu quarto de estudo, enviei convites para profissionais da área de saúde mental, convidei D. Albertina e Irene, que declinaram do convite em virtude do local da exposição, o que para mim era perfeitamente compreensível. Ressalto que a participação das alunas do Grupo de Estudo foi fundamental na organização do evento.

A iniciativa foi recebida positivamente pela comunidade acadêmica e o que eu percebia entre os alunos, alunas e professores dos diversos cursos que por

---

<sup>87</sup> Catarina é a personagem do texto do antropólogo João Biehl intitulado *Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo*. O autor fez uma etnografia sobre Catarina, interna na clínica Vita no Rio Grande do Sul, o que resultou em um trabalho de extrema sensibilidade.

lá circularam foi a curiosidade sobre a história do manicômio, da morte de Damião e do fechamento da instituição, até então fatos desconhecidos por muitos.

Dada à repercussão em torno da exposição e com o aval da coordenadora do curso de Serviço Social, fiz uma sugestão à direção das Faculdades INTA para que o local utilizado na atividade se transformasse em um espaço cultural, onde outras manifestações acadêmicas e artísticas pudessem acontecer (exposições, saraus, atividades teatrais). A minha proposta era criar o Espaço Cultural Damião Ximenes Lopes. De princípio, a ideia foi prontamente atendida pela instituição, tendo, inclusive, iniciado o planejamento para efetivá-la em parceria com o setor de comunicação do INTA (placa de homenagem, convidados, cerimônia). No decorrer desses preparativos, percebi que o local perdia lentamente sua caracterização, as paredes estavam sendo tomadas por placas de formatura. Questionei à coordenadora do curso de Serviço Social sobre a minha observação e, depois de uma consulta à direção da instituição, recebi o seguinte aviso: “deixa isso para lá, eles não pretendem mais cumprir o combinado”.

Voltemos à exposição. No dia da abertura do evento, tive a oportunidade de conhecer a coordenadora da RAISM naquele período, a Dra. Márcia Mont'alverne, que “abriu as portas” da Rede para a minha pesquisa, além de me indicar possíveis entrevistados como ex-internos da Casa de Repouso Guararapes, hoje em tratamento no CAPS Geral. Na ocasião, Márcia convidou-me para participar de uma atividade sobre o dia 18 de maio na Praça de Cuba, no centro de Sobral, que seria no dia seguinte. Aceitei o convite e lá compareci.

Na semana seguinte, encerrei a exposição com uma palestra sobre Reforma Psiquiátrica proferida pelo professor da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Dr. Aluisio Lima, que foi muito concorrida e debatida com alunos e alunas.

Vale ressaltar que a minha participação na atividade da RAISM ocorrida na Praça de Cuba foi um divisor de águas para a minha pesquisa. Naquele momento, inaugurava-se o período do diálogo institucional. É fato que eu ainda não havia esgotado as possibilidades de interações com os indivíduos e as suas questões subjetivas, porque o que se descortinou para essa pesquisadora desde o início foi um campo que deveria ser construído no transcorrer da pesquisa e que se faz, como afirma Biehl (2008), com “retorno e vigilância”.

Assim foi o trajeto da minha pesquisa de campo. Algumas conversas informais, que depois puderam ser registradas, outras se mantiveram na informalidade, mas lançaram luzes indicando um caminho a percorrer, outras foram feitas e depois refeitas para referendar alguns tópicos relevantes, outras foram refeitas para dirimir dúvidas, enfim, o “retorno e vigilância” nortearam as minhas investidas em busca de dados ao longo da pesquisa.

Depois de alguns dias, voltei a Ipueiras. Instalada na sala de jantar da casa de Irene, após uma viagem de 90 minutos de carro, saindo de Sobral, quando tive a oportunidade de constatar a devastação provocada por mais uma estação de seca no sertão cearense, senti-me aliviada por desfrutar da recepção calorosa de Irene e do frescor da sua casa. Entreguei à irmã de Damião “xeroxs” de reportagens de jornais de Sobral sobre a exposição organizada por mim. Os agradecimentos foram esfuziantes, seguidos do comentário: “são pessoas como você que me dão forças para continuar”.

Para Irene, a luta em que está empenhada desde a morte do seu irmão ainda não terminou. A condenação do Estado brasileiro pela Corte Interamericana de Direitos Humanos como responsável pela morte de Damião é um dos resultados de uma luta maior que perpassa a proposta antimanicomial e que para ela ainda há objetivos a atingir. Também fez parte da sentença condenatória, além da reparação financeira à família, a exigência de uma reformulação nas políticas de saúde no Brasil.

Que o Brasil tomasse medidas né, nas políticas de saúde houvesse medidas para mudar o sistema psiquiátrico do Brasil, que preparasse médicos, enfermeiros, todo o pessoal técnico, todas as pessoas que trabalham com saúde mental fossem preparadas para que outros casos não viessem acontecer como o meu irmão, que o paciente pudesse receber um tratamento digno, isto ainda não aconteceu, porque depois da morte do meu irmão houve outras mortes e continua havendo. Todo dia tem mortes por aí, nas clínicas, nos hospitais públicos, continua acontecendo, essa parte aí eu considero não cumprida, porque se tivesse sido cumprida, não tava acontecendo mortes e maltrato ainda nos hospitais psiquiátricos (Irene Ximenes).

A fala de Irene sobre as condições de atendimento aos indivíduos com transtornos mentais é com certeza apropriada porque denúncias de instituições<sup>88</sup> têm apresentado fatos não condizentes com a proposta de transformação para a saúde mental objeto de regulação da lei 10.216. O relatório do Conselho de Serviço

---

<sup>88</sup> Disponível em: <[www.cressrj.org.br](http://www.cressrj.org.br)>. Acesso em: 17 jan. 2014.

Social do Rio de Janeiro de 2013 sobre a Inspeção em Comunidades Terapêuticas Financiadas pelo Estado encerra-se com a seguinte conclusão:

As visitas realizadas nas comunidades terapêuticas conveniadas com o Governo do Estado do Rio de Janeiro reafirmam, assim, que a “humanização” não é medida suficiente quando se trata de espaços asilares. Mesmo quando as condições físicas são relativa e aparentemente adequadas, a violência invisível e mortificante das instituições totais está presente. Esta é possivelmente a forma de violência mais danosa, e sua presença é necessariamente contrária à lógica proposta pelas políticas públicas antimanicomiais de saúde mental que têm como pressupostos a liberdade, a autonomia, o convívio, o fortalecimento dos laços afetivos e sociais.

É inegável o avanço do país nas propostas implementadas pelas políticas de saúde mental com o fechamento de manicômios e financiamento para instalação de CAPS nas cidades brasileiras que, em 2011, eram 1620 em todo país<sup>89</sup>, e criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, mas esses serviços não são suficientes, como aponta o Conselho Federal de Psicologia-CFP e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial-RENILA. O advento da disseminação do uso de crack gerou uma nova problemática desafiadora para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a proliferação do número de Comunidades Terapêuticas-CTs que, em sua grande maioria, não têm aporte científico e tornam-se “depósitos” de dependentes químicos. As duas instituições mencionadas acima apresentaram, em 2011, um relatório com 45 denúncias de violência física, assédio moral e falta de estrutura física ocorridas de 2009 a 2011 no interior de CTs em vários Estados brasileiros<sup>90</sup>.

Após conversas corriqueiras e a minha promessa de que ficaria para o almoço, convidei minha interlocutora para que iniciasse um relato sobre a vida de Damião, desde a sua infância, seu transtorno mental, sua juventude, sua morte e a busca da família por esclarecimentos sobre essa morte, o julgamento na Costa Rica e a consequente condenação do Brasil pela Corte Interamericana. Liguei o gravador e deixei fluir a narrativa de Irene: ao fundo da gravação, em alguns momentos, é possível ouvir o som do pilão que vinha da cozinha e também o latido do cachorro que corria pela casa.

Encerrada a entrevista, voltamos a falar do cotidiano, de filhos e então foi servido o almoço. Logo em seguida, preparo meu retorno para Sobral, não sem antes passear com Irene pela área de lazer da sua casa.

---

<sup>89</sup> Disponível em: <revistacomarte07.blogspot.com.br>. Acesso em: 20 jan. 2014.

<sup>90</sup> Disponível em: <drogasecidadania.cfp.org.br>. Acesso em: 20 jan. 2014.

Depois do segundo encontro com Irene, voltei minhas atenções para a RAISM e iniciei os contatos ligando para a coordenadora da Rede naquele momento. O meu trabalho de campo seguiu, em parte, a proposta prevista no projeto de pesquisa, sem que para isso tivesse havido um planejamento, como já falado anteriormente. O campo foi se construindo: a primeira etapa envolveu a (re) construção da biografia de Damião e isso implicava na busca de documentos e narrativas de atores que consubstanciassem a proposta dessa biografia; e a segunda voltava-se para a cartografia do atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico após as transformações ocorridas em Sobral, “ocasionadas pela morte de Damião”. Essa afirmação é muito recorrente entre os gestores entrevistados e também é discutida por alguns autores, como Silva (2011) e Barros (2011).

Ao procurar marcar um encontro com a Dra. Márcia para entrevistá-la, recebi a informação de que ela não estava mais à frente da RAISM e que eu deveria procurar a nova coordenadora. Assim foi feito. Procurei-a no CAPS Geral. A coordenadora falou comigo me avisando de antemão que não dispunha de tempo, já que estava assumindo as novas funções e havia muito a fazer. Solicitei uma data provável para esse encontro e ela me disse “venha na próxima semana assistir a uma reunião da equipe”. No dia e hora marcados, compareci à reunião, aguardei por alguns minutos até ser convidada a entrar na sala onde estava reunida a equipe de gestores da Saúde mental de Sobral<sup>91</sup>.

Em uma pequena sala estavam os coordenadores dos equipamentos que compõem a Rede de Saúde Mental de Sobral (CAPS Geral, CAPS AD, Residência Terapêutica, Unidade Psiquiátrica) e também profissionais técnicos que trabalham nesses equipamentos. Fui apresentada como doutoranda do Programa de Sociologia da UFC que estava pesquisando sobre a morte de Damião e sobre os serviços prestados pela Rede. Foram dadas boas-vindas e logo em seguida cada um dos profissionais se apresentou. Eram médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e se colocaram à disposição para o que precisasse. Saí da sala com o número dos telefones de todos os coordenadores e deixando o aviso: “vou procurá-los com certeza”. Não participei das discussões da reunião porque logo fui convidada a me retirar.

---

<sup>91</sup> Ao retornar ao CAPS meses depois para marcar uma entrevista com a coordenadora, fui informada que novamente havia mudado a coordenação, sendo recebida então pela nova gestora da Rede. Durante os três anos da minha pesquisa de campo a RAISM teve três coordenadoras diferentes.



Os profissionais da RAISM e também outros sujeitos que de uma forma ou de outra estão atravessados nesse trabalho foram procurados na minha trajetória em busca de dados e de elementos com os quais pudesse substanciar minha pesquisa. Como tenho demonstrado, os caminhos percorridos no campo da pesquisa foram traçados de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Eu sabia aonde ir, com quem falar, o que perguntar, mas as entrevistas foram feitas de forma adequada às atividades dos entrevistados e também da pesquisadora.

Para efetivar o encontro com as pessoas que pudessem contribuir com informações para o meu trabalho, formulei uma lista de possíveis entrevistados. Os nomes surgiam durante as leituras, mas foi essencialmente através de indicação que o meu grupo de informantes foi sendo montado. Quando recebia indicação de um possível entrevistado registrava, ao lado do seu nome, o contato (telefone, e-mail, endereço) e o assunto a ser abordado na entrevista. Assim, semanalmente os contatos eram feitos e os encontros marcados, mas poderia levar semanas e até meses para que um encontro se efetivasse e enquanto aguardava investia nas disponibilidades se elas se colocassem.

Ao encerrar as idas ao campo de pesquisa percebi que da primeira à última entrevista fiz um percurso onde erreí, acertei, caminhei, corri, parei, cansei, voltei, ignorei, me perdi, retomei até consolidar um arcabouço de dados possíveis com os quais pude dialogar e desenvolver minha tese dentro das questões as quais havia proposto.

## 5 A PERCEPÇÃO SOCIAL DA LOUCURA NA TRAJETÓRIA DE DAMIÃO XIMENES

O que há em mim, meu Deus?  
Loucura? Quem sabe lá?  
Lima Barreto

O fio condutor desse capítulo serão os depoimentos da mãe e da irmã de Damião Ximenes, assim como a pesquisa na documentação obtida na CDHALEC, que demonstram os caminhos percorridos pela família em busca do que considera justiça, documentos disponibilizados pelo Instituto Damião Ximenes e consulta a obras que tratam da Morte de Damião, tais quais as de Pereira (2001), Borges (2009) e Silva (2011).

Além dos diálogos realizados com os familiares, que se constituem da oralidade vertida em depoimentos e tradições, relatos e histórias de vida, narrações, recordações, memória e esquecimento etc. (FERREIRA; AMADO, 2006), o capítulo pretende apresentar parte do *corpus documental* até aqui colhido no campo de pesquisa e que possibilita uma “triangulação” de fontes.

O desenvolvimento da biografia de Damião Ximenes pode se delimitar em dois momentos: as narrativas da sua trajetória de vida, de sua infância pobre no distrito de Tocaia e, posteriormente, no município de Varjota, e da sua juventude marcada pela luta pela sobrevivência, as relações familiares, as dificuldades da família para lidar com o “transtorno mental” que acometia Damião e o momento da sua última internação e sua conseqüente morte. A partir desse ponto, a pesquisa me leva a percorrer os caminhos da luta familiar pelo reconhecimento de que Damião foi vítima da “lógica perversa” presente nas instituições manicomiais brasileiras, já documentada em obras como as de Pereira (2001) e Bueno (2004)<sup>92</sup>.

Como afirma Borges (2009, p. 27), a construção de Damião como vítima foi um longo processo, no qual sua irmã reuniu elementos capazes de questionar os modelos de justificação social e moral do internamento que vitimiza e demoniza os portadores de transtornos mentais, chegando ao canal “metajurídico” de acesso à justiça que “serve de freio à expansão do poder punitivo do Estado (em seus limites de circunscrição) e mostra a relevância da jurisdição internacional em nossos dias”.

<sup>92</sup> A obra de Austregésilo Carrano Bueno, *Canto dos malditos*, originou o filme Bicho de sete cabeças, dirigido por Lais Bodansky e lançado no ano 2000.

O início desse “longo processo” de vitimização, de acordo com a narrativa da Irene, se deu em uma segunda-feira, no dia 4 de outubro de 1999. Transcrevo parte dessa narrativa:

Bem, a notícia veio na hora do almoço, eu estava almoçando com o meu esposo, o Airton meu grande parceiro nessa história [...]. Então ele atendeu o telefone, pela conversa eu vi que estava acontecendo algo bastante grave, eu disse me dá o telefone, eu praticamente tomei o telefone da mão dele, aí quando eu tomei ela (a mãe) estava chorando, estava assim aos gritos mesmo, disse que tinha acabado de chegar do Guararapes e tinha encontrado Damião quase morto, ela contou assim com todos os detalhes, como era que ele estava, todo sujo, rasgado, cheio de hematomas, a cabeça inchada, pelo que ela descreveu eu disse assim: pronto tá quase morto, não vai resistir [...] quando ela chegou em casa já tinha uma ligação do Guararapes pedindo para ela retornar, só que não disseram o que aconteceu, só pediram a presença dela no Guararapes. (Irene Ximenes).

A narrativa de D. Albertina a respeito das condições físicas de Damião alertou Irene sobre a possibilidade de maus tratos e, após a constatação da morte, os procedimentos iniciados foram na perspectiva de tirar o corpo da cidade de Sobral e trazê-lo para Fortaleza para uma necropsia, já que o atestado de óbito recebido pela família apontava como causa da morte uma parada respiratória e que o corpo não apresentava nenhuma lesão externa. Irene não aceitou a “causa mortis” do atestado e, segundo sua avaliação, trazer para Fortaleza era essencial para a obtenção de um laudo isento, já que o médico do IML era o mesmo Diretor Clínico da Guararapes. O laudo cadavérico nº 040046/1999, elaborado em Fortaleza, não foi mais esclarecedor, pois atesta “causa mortis” indeterminada, mas indica que Damião Ximenes sofreu “traumatismos em seu corpo”.

O motorista da ambulância cedida pela Prefeitura Municipal de Ipueiras, que transportou o corpo de Damião para Fortaleza, foi, mais tarde, arrolado como testemunha no inquérito policial instaurado para apurar os fatos e as circunstâncias da morte.

O depoimento do profissional relata a seguinte constatação:

Ao receber o corpo na Casa de Repouso Guararapes em Sobral, o corpo apresentava um pouco de sangue no lençol no qual cobria o corpo do mesmo, porém ao chegar em Fortaleza o lençol estava ensopado de sangue [...], ali mesmo jogara o lençol fora e logo a seguir o corpo fora recebido pelo IML.

O motorista relata, ainda, que tinha recebido determinação do prefeito de Ipueiras para levar o corpo de Damião para o IML em Fortaleza e depois entregá-lo, já periciado, aos familiares do mesmo no município de Varjota.

Inicia-se aí uma trajetória de luta da família, que perdurou por sete anos até a sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos em São José da Costa Rica, no dia 4 de julho de 2006, quando há o reconhecimento internacional dos maus tratos sofridos por Damião e que esses ocasionaram a sua morte.

### **5.1 A trama**

Preparo o gravador e disponho-me a escutar com cuidado e atenção a sua narrativa. Irene vai tecendo os fios da memória familiar a partir da sua infância e da infância de Damião no distrito de Tocaia, município de Santa Quitéria-CE. São relatos que exigem esforço rememorativo, e a narrativa é entrecortada por alguns momentos em que a emoção aflora, refletida em lágrimas, risos, manejo de cabeça e de tremor nas mãos. Bosi (1994, p. 90) e Chauí (1994, p. 20), respectivamente, ilustram a percepção da autora sobre a emoção que perpassa a narrativa da minha entrevistada.

O narrador está presente ao lado do ouvinte. Suas mãos experimentadas no trabalho fazem gestos que dão asas aos fatos principiados pela sua voz. Tira segredos e lições que estavam dentro das coisas. [...] A arte de narrar é uma relação alma, olho e mão: assim transforma o narrador sua matéria, a vida humana.

Lembrar não é reviver, mas re-fazer. É reflexão, compreensão do agora a partir do outrora; é sentimento, reaparição do feito e do ido, não sua mera repetição.

Eu, como uma escutadora “afetada”, mas atenta, vou captando a narrativa no ritmo da narradora e isso inclui pausas e silêncios. As emoções afloram, mas não são registradas pelo gravador.

## 5.2 A infância

Figura 12 – A família: mãe, avô, avó, tias, irmão, irmã. Damião e o seu irmão gêmeo, Cosme, são as duas crianças loiras com *shorts* iguais.



Fonte: Acervo de Irene Ximenes(2014).

Nós nascemos em Tocaia, uma localidade que pertence à Santa Quitéria<sup>93</sup>. Na época, e ainda hoje é, um lugar desabitado. A casa mais próxima era a do meu avô, não tinha comércio e nem escola. Éramos cinco irmãos: eu, a mais velha, Antônio, Cosme, Damião e Cícero. Quando eu tinha nove anos os gêmeos tinham seis, nos mudamos para Arararas, que hoje é a cidade de Varjota, para que pudéssemos estudar. Foi em Varjota que nasceu Raimundinho e Irina, a irmã mais nova.

A gente mudou pra Varjota, pra cidade mesmo, porque a mamãe queria botar a gente para estudar e ela falava muito sobre estudo, inclusive a minha mãe foi uma incentivadora assim muito grande para a gente estudar, eu lembro ela dizia assim “olha, nós somos pobres porque papai nunca botou a gente para estudar”.

<sup>93</sup> Santa Quitéria é um município da Região Norte do Estado, distante 41,3 Km de Varjota. Disponível em: <[www.entrecidadesdistancia.com.br](http://www.entrecidadesdistancia.com.br)>. Acesso em 14 set. 2012.

Eu ouvi mais da mamãe sobre a necessidade de a gente estudar e isso gerou no meu coração grande desejo de estudar, de me formar, de ser alguém, de ter uma profissão, porque eu vi assim que o estudo era a saída pra gente sair daquela vida tão ruim, que a gente vivia de tanta dificuldade. Logo que a gente chegou ela matriculou a gente na escola.

A figura materna está muito presente na narrativa de Irene, sempre descrita através de “traços morais” (BOSI, 1994, p. 428) que se configuram em cuidados, preocupação e dedicação aos filhos. Quanto à figura paterna, há uma ausência na sua narrativa. Nos encontros que tivemos, o pai de Damião foi mencionado poucas vezes e de forma pontual. No entanto, em Pereira (2001) há um depoimento de Irene em que a figura paterna surge como um homem rude, grosseiro: “Ninguém ousava desobedecer a uma ordem dele, nem tínhamos o direito de falar, a não ser que algo fosse perguntado [...]”. “Damião e todos nós só tínhamos amizade superficial, não era permitido receber amiguinhos em casa, nem ter amizade com ninguém”. “E neste regime crescemos” (p. 121).

O meu pai era agricultor, ele gostava muito, ele criava também, a gente tinha animais, ele gostava muito de fazer caças, acho que os meninos aprenderam isso com ele, eu lembro que eles eram pequenos e iam pro mato e tiravam abelha, tiravam muita abelha, mel de abelha e enchia litros e vendia. Aprenderam lá na Tocaia nos matos. A gente lá teve uma infância muito boa, apesar de pobre, nossa infância, eu tenho uma recordação muito boa lá da Tocaia, a gente brincando, eu e os meninos, nós cinco correndo na chuva, quando chegava aquela chuva a gente tomava banho de chuva correndo nos terreiros. A gente não tinha nada era mais feliz, eu me lembro assim a gente era muito feliz, a gente não tinha nada e era mais feliz que hoje. Eu lembro da nossa casinha assim, se eu soubesse pintar eu pintava perfeito a casinha que a gente morou, a casinha de taipa com os pés de cajueiro no quintal.

A lembrança da casa onde viveu parte da infância ao lado dos seus irmãos é um “espaço da memória” de Irene importante na biografia da família. De acordo com Bosi (1994, p. 434), “o espaço da primeira infância pode não transpor os limites da casa materna, do quintal, de um pedaço de rua, do bairro”. “Seu espaço nos parece enorme cheio de possibilidades de aventura”.

A casa de Irene, com as possibilidades de brincadeiras que a cercavam, devido estar localizada no espaço rural, mesmo com as proibições paternas, surge em sua narrativa como local privilegiado de descobertas que foram vivenciadas em comunhão com os irmãos e em convivência afetiva em que o desvelo da mãe se faz presente como a dirigir os “limites” do mundo a ser descoberto.

Quando chegava a época dos cajus a gente fazia a maior farra com os cajus e subia e tirava. Tem uma história que eu contei e a Nadine registrou no livro dos cajus que a mamãe não queria né, que chupasse os caju na parte da tarde porque tava quente e o Damião era o mais impulsivo do que os outros, sempre era assim, mais teimoso, mais impulsivo, ele até arrumou um meio de chupar o caju né, ia lá, a mãe “não pode tirar, não pode tirar”, mas tirar ela dizia assim, aí ele ia lá e chupava o caju no cajueiro, a gente encontrava o caju chupado com as castanhas. Ele não desobedecia a mamãe né, ele era mais perspicaz, ele era mais danado como a mamãe dizia.

Ele caiu mais que os outros, teve mais acidente com ele, quando eram pequeninhos, assim, eles eram idênticos, idênticos, eram bem loirinhos, bem loirinhos assim, cabelinho cortado na testa, pegava muito sol aí o cabelo em cima ficava assim branquinho. O Damião levou uma queda e ficou uma cicatriz na testa, durou muito tempo, aí a gente reconhecia pela cicatriz. Depois o Damião subiu num fogão de barro que a gente tinha, não tinha fogão a gás, cozinhava a lenha, e quebrou o braço. Ele sempre foi o mais danado, aí eu lembro que a gente nem foi pro hospital, o osso emendou lá só, mamãe foi lá, amarrou, fez as gambiarra dela e ele sarou mesmo por conta dele.

Ao tecer os fios da memória familiar e inseri-los em uma narrativa sobre Damião, Irene escolhe a “face ideal” do seu irmão, aquela que deve se perpetuar: o irmão era o mais “danado”, o mais perspicaz e também o mais inteligente. Durante o nosso primeiro encontro em Ipueiras, Irene revelou que Damião tinha “alma artística” e “habilidades inventivas” e para comprovar a sua afirmação mostrou o pincel de barbear “que ele mesmo confeccionou e usava sempre”.

Depois aconteceu outra coisa com ele. A gente tinha oiticica, muito pé de oiticica próximo de um riacho e a vovó dizia assim “se vocês forem apanhar oiticica, eu pago vinte e cinco centavos a lata” e nesse negócio de oiticica a gente brincava também porque o riacho passava debaixo das oiticicas, a gente tomava banho no riacho e apanhava, aquilo na verdade era mais diversão do que um trabalho pra nós. Nessa

brincadeira ele foi num mato que tinha maribondo assim bem grande, ele mexeu, eu não sei se ele foi lá mexer com maribondo, eu sei que as abelhas atacaram ele, e ele ficou cheio, cheio, a mamãe disse que tirou dezoito ferrões da pele dele, aí a noite ele teve febre, não sei como não teve complicações, ele levou muita ferroada, então assim, lá não tinha médico, a assistência médica era zero, a gente se virava com remédio caseiro, por isso eu digo que era igual a índio.

O bom era que dava tudo certo né, aí a gente cresceu assim, aí brigavam, porque irmãos brigam mesmo, a gente brigava, eu mesmo briguei muito com Damião, eu lembro, um dia quando a gente mudou né, isso já não é mais lembrança de Tocaia né, quando a gente mudou pra cidade e eu lembro que um dia, eu não lembro porquê, mas eu briguei com o Damião, nesse dia a gente se embolou pelo chão eu e ele e os meninos tiravam. Era assim daqui a pouco a gente tava brincando de novo, ele também brigava com o Cosme, com o gêmeo, agora eles eram muito mais ligado assim, tinha uma diferença a gente notava, é assim, o Cosme e o Damião tava sempre junto, em tudo. A gente falava assim, o Cosme e o Damião, a gente não dizia assim só Cosme e Damião, alguma coisa assim, era como se eles fossem uma pessoa só.

Eles eram muito unidos e essa união quebrou quando o Cosme já estava adolescente quase chegando na maioridade que foi para o Rio de Janeiro, aí separaram. Ele foi por falta de condições de vida assim, pelo desemprego, primeiro foi o meu irmão mais velho, a intenção dele era chegar lá, trabalhar e depois que estivesse estabelecido levar um irmão, depois levava outro.

Foi o Antônio, ele pensava assim né, pouco tempo depois ele disse assim que o Rio de Janeiro era uma ilusão pro cearense, que lá não era a vida que a gente pensava, mas todos os meninos tinham essa vontade de trabalhar e ganhar dinheiro dele né, melhorar de vida, quem não tem vontade de melhorar de vida, aí eu lembro que ele foi levar assim, por ordem cronológica né, a idade, aí ele levou primeiro o Cosme, apesar do Cosme e do Damião terem a mesma idade, mas Cosme foi o que nasceu primeiro né, então o Cosme a gente considerava mais velho que o Damião porque nasceu primeiro, só cinco minutos de diferença. Eu lembro que o Damião queria muito ir, eu também queria ir, mas aí eu meu irmão não podia levar dois, não tinha condição de receber duas pessoas lá e arranjar emprego pra dois, eu acho que isso mexeu muito com ele assim, eu acho que ele ficou frustrado né, naquela época eu não percebia isso não.

A separação dos dois gêmeos, segundo a avaliação de Irene, pode ter “contribuído para a doença de Damião”. Mesmo com a perspectiva de buscar novas



possibilidades, principalmente econômicas, Cosme também sentiu o impacto da separação do irmão, de acordo com Irene, porque no Rio de Janeiro teve uma crise, “estava neurótico” e foi internado em um manicômio. Após a estabilização do seu estado psíquico, Cosme foi mandado de volta para o Ceará e atualmente se encontra em tratamento ambulatorial.

### 5.3 A juventude

A gente começou a notar problemas nele com dezessete anos, primeiro a mamãe disse assim “Damião não tá bem”, a mamãe que percebeu, “ele tá conversando” “ele tá falando coisa sem nexos”, aí eu lembro que a gente tinha um vizinho, assim da idade dele, era o Osvaldo, eu dizia “mãe, o que é que ele tá falando?”, “olha ele tá dizendo que o Osvaldo tá traindo ele”, assim uma coisa que não tinha sentido, depois disso ela levou ele ao médico, mas não foi psiquiatra, passou alguma medicação e a gente tocou a vida da gente, a gente não atentava pra essas necessidades como hoje, tem um problema desse a gente procura um psicólogo, procura psiquiatra, antigamente era muito diferente né.

Depois disso aconteceu uma coisa muito ruim com o Damião, ele no colégio, eu lembro, parece até que eu tô vendo, ele chegando chega vinha branco correndo assim, contando que um menino na escola deu um chute na cabeça dele, que ele tava sentado na carteira, que a cabeça dele foi ao chão e ele desmaiou e já tava uns vinte minutos desmaiados, o colégio lá tentando reanimar ele e o pessoal. Aí o que aconteceu, ele ficou muito ruim, eu acredito que faltou oxigênio no cérebro o tempo que ele ficou desmaiado, ninguém socorreu, não levou pro pronto socorro. Ele ficou ruim, minha mãe levou ele pro médico, o médico deu dois meses de repouso pra ele, aí ele perdeu o ano, ele fazia a 6ª série, porque sempre que ele voltava aí ele tinha uma crise, não ficava bem, aí ele parou na sexta série, nunca conseguiu terminar o ensino fundamental. Os outros conseguiram fazer o ensino fundamental<sup>94</sup>, aí depois ele fez uns exames. Quando mamãe levou pro médico ele disse que tinha uma pintinha de sangue coalhada no cérebro. Se a gente naquela época tivesse condição tinha dado um tratamento a ele.

Irene traz para a sua narrativa acontecimentos na vida de Damião que “poderiam contribuir” para a elucidação da causa do transtorno psíquico do irmão. A

---

<sup>94</sup> Irene conseguiu dar continuidade aos estudos até chegar à Universidade. Fez graduação em Ciências Contábeis na Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, em Sobral. Graduiu-se em 1992.

sua fala aponta repetidamente esses acontecimentos, inclusive a “gravidez difícil” de D. Albertina. Entre as várias possibilidades apontadas pela narradora, uma é emblemática no tocante à violência paterna perpetrada no ambiente familiar.

Damião às vezes falava quando dormia, uma vez ele levantou dormindo e meu pai queria que ele abrisse a porta, como ele não entendeu, meu pai deu-lhe uma surra mesmo dormindo.

Observemos que as figuras paterna e materna surgem como promotoras de uma dualidade de emoções que indubitavelmente se fazem presentes na narrativa de Irene.

Em um relato dado a Pereira (2001, p. 124), Irene menciona que, no dia seguinte a esse acontecimento, D. Albertina percebeu que ele “falava coisas sem sentido”.

Ela levou ele pra Sobral, então também isso, quer dizer, que o problema foi da pancada né, assim, eu acho que ele nem foi algo assim congênito, deve ter sido da pancada né, aí eu já fiquei sabendo que o Damião tinha problema, eu tinha muita pena dele assim, quando ele ficava em depressão, que o problema dele era depressão, ele ficava deprimido, aí todo rapaz, eu via aqueles rapazinhos da idade dele tudo saindo, ia pras festas, se arrumava, namorava, aí ele só lá no quarto, dentro de casa, a gente chamava pra sair, sete hora ele já tava dentro do quarto, aí eu tinha muita pena.

Em outro relato de Irene para Pereira (2001), Irene afirma que Damião não aceitava sua vida simples, não gostava do seu nome e já havia manifestado desejo de mudá-lo. No prosseguimento do relato ao autor, o campo afetivo de Damião surge como uma lacuna nunca preenchida, porque não há na memória da família nenhum registro de uma relação amorosa de Damião, inclusive, segundo Irene, quando inquirido sobre a possibilidade de um namoro, sempre dizia que não gostava de moça “namoradeira” e nem de “moça feia”.

Ele nunca agrediu ninguém, era meigo, gostava de televisão e das músicas do Roberto Carlos. Ele era depressivo, vivia com depressão, aí se isolava, aí a depressão também deixa a pessoa sem dormir né, e sem tomar a medicação então fica inquieto, aí ele passava a noite levantando, aí passava pra um lado e não deixava ninguém dormir, quem que podia dormir vendo uma pessoa em casa inquieta,

andando acendendo luz, abrindo porta, aí ela temia que aquilo dali, e ela pensou correto, ele ficando inquieto, sem dormir, ele já tá agitado, começando uma agitação nele, ele pode vir ficar bastante agitado e acontecer alguma coisa né, é isso que ela temia, aí ela foi, mas sabia que na última vez ela não foi pra internar ele, ela não foi com a intenção de internar ele, foi pra fazer uma consulta, só que quando chegou lá não tinha médico de plantão, não tinha médico, nem vaga tinha, foi aí que ela ficou esperando um pouco até que ela disse que chegou uma ligação dizendo que podia internar, então ela deixou ele lá pra assim, no final de semana ela sabia que aparecia médico e ia consultar e segunda-feira ela pensava que já trazia ele, ela não foi levar ele pra internar porque ela achou que ele tava bem assim, ele tava conversando, ela disse que tava tão bem que até o motorista falou que pediu pra ele abrir o vidro da janela porque tava com calor, chegou lá pediu um refrigerante, a mãe deu ele entrou tomando uma coca cola, ele mesmo aceitou ir, consciente, aceitou e tudo, não fez nenhuma objeção pra não ficar lá, quer dizer, ele queria também se tratar né, ele não disse “Não vou ficar aqui, não quero ficar” e ele ficou numa boa e a mãe foi e disse “Olha, você vai ficar só o final de semana, segunda-feira eu venho lhe pegar porque não tem médico de plantão, então segunda-feira eu venho lhe pegar”, ele ficou consciente, isso quer dizer que ele não tava louco realmente, ele não estava, agora tinha que ficar assim, ficava desligado, ele tinha um problema, lógico que ele tinha um problema, ele ficava aqui sentado, passava aqui um tempão sentado que eu percebia que ele não tava ouvindo o que eu tava falando, ele tava bem longe, bem distante, como que a pessoa tá pensando lá longe, bem longe mesmo, aí pra ele ouvir eu pegava aqui nele, eu dizia “Damião, Damião”, ele dizia “Anh”, aí voltava, pronto, aí voltava e escutava o que eu dizia.

Eu tinha um plano, eu tinha um plano pro Damião, assim, eu vou trabalhar, na hora que eu me estabelecer, que eu melhorar, eu vou juntar dinheiro e eu vou pagar uma clinica particular pra ele, eu vou ver o Damião bem, eu vou ver ele casado com filho igual aos outros, mas não deu tempo fazer isso, porque assim que ele morreu eu tava assim lutando pra me estabelecer, eu já tava bem, já tava melhorando de vida né, mas era pra pagar o nosso orçamento doméstico e eu já tava começando a ter filhos. Eu tinha esse plano, era um sonho que eu tinha de pagar uma boa clínica pra ele e ver recuperado, mas aí não deu tempo, porque ele teve uma crise né, a minha mãe levou ele, eu nem sabia que ele foi internado, ele foi internado na sexta, eu vim descobrir domingo à tarde que ele tava internado.

Ele já tinha se internado duas vezes. A primeira vez em dezembro de 95, final de dezembro pra janeiro. Eu não visitei porque eu tava de resguardo<sup>95</sup>. Aí já a segunda vez eu fui, eu tive lá no hospital, eu conheci o Guararapes, eu conheci, eu vi como era lá, tudo, tudo, aí eu vi uma cicatriz no joelho, no tornozelo, aí eu chamei o enfermeiro, perguntei que cicatriz era aquela que ele não tinha, eles me disseram que foi uma tentativa de fuga e o pior que eu acreditei, quer dizer, ele já tinha apanhado lá, já tinha sofrido, mas o enfermeiro falou que ele tentou pular o muro, tentou fugir e eu acreditei né, e ele dizia assim, ah, aqui tem violência, eles maltratam a gente, mas a gente, aquela história, que a gente nunca dá credibilidade. O hospital era sujo, tinha muita mosca, uns estavam nus, Damião estava com roupa limpa, mas fedia muito. Lá era tão precário que mamãe levava até papel higiênico e dava agrados para a cozinheira para cuidar de Damião.

A referência de Irene às queixas de Damião sobre a violência perpetrada no interior do manicômio, da qual ele também era vítima e que não eram consideradas como legítimas pela família, evidencia a falta de credibilidade na fala do louco. Damião tinha um diagnóstico médico de esquizofrênico emergente de um “discurso de verdade” formado no interior de uma instituição disciplinar, o asilo, portanto, sua fala era passível de contestação e de ser considerada inverossímil, sem validade.

Em uma perspectiva psicanalítica, ao afirmar que os procedimentos terapêuticos, evidenciando os medicamentosos, voltados para a adaptação social do “doente”, Rinaldi (2000, p. 7) entende que ao

[...] enquadrar o doente numa classificação nosográfica que determinará o valor da sua palavra, não é apenas este que é calado, mas também o próprio médico, ao se proteger das perturbações que a loucura traz, ao invocar este outro em nós mesmos do qual não queremos tomar conhecimento.

Sobre a segunda internação de Damião, há um relato de Irene para Pereira (2001) com o seguinte teor:

Em março de 1998 Damião não suportava os medicamentos, e teve uma recaída. Mamãe o levou para Fortaleza, no mesmo dia ele fez consulta, recebeu medicamento e voltou para casa. Na volta ele passou mal, pelo que me foi descrito ele estava impregnado. Era noite. Ele se agitou muito dentro

---

<sup>95</sup> Período logo após o parto, também chamado puerpério, quando a mulher deve observar alguns cuidados e dura de 6 a 8 semanas. Disponível em: <[www.abcdasaude.com.br](http://www.abcdasaude.com.br)>. Acesso em: 12 out. 2014.

do carro, até o motorista perder o controle e bater o carro. Era próximo de Sobral, nesta parada, Damião em seu estado de tormento sai caminhando, sem rumo, e mamãe o perdeu de vista. Aflita, ela saiu pelas ruas pedindo ajuda. Chamaram a polícia para ajudar na busca. Momentos depois trouxeram Damião amarrado num carrinho de mão, e de lá mesmo o levaram para o Guararapes (p. 126).

A própria família não acredita, a gente vai acreditar no médico, no enfermeiro, mas não acredita nele né, aí assim acha que até o arranhão, aquelas escoriações é coisa deles lá, brincando lá, mais não é. Foi preciso ele morrer, deixar ele morrer pra gente poder acreditar, isso me dói, a gente não acreditou nele, a gente acreditava no hospital, acreditava no enfermeiro, acreditava em todo mundo, mas não acreditava nele, ele dizia que lá tinha violência, dizia que era maltratado, mas a gente achava que era coisa da cabeça dele porque é ruim tá preso, então a gente pensava assim, ele quer ir para casa, porque em casa é melhor, porque quem gosta de ficar no hospital por mais luxuoso que seja, ninguém quer tá no hospital né, então a gente achava isso, que ele não queria tá lá, então ele ficava inventando coisa pra poder ir pra casa, mas não era, ele realmente era maltratado como todos os outros são.

A fala de Irene me remete ao pensamento de Foucault (2001, p. 72) quando o autor afirma que

O contexto de referência do indivíduo a ser corrigido é muito mais limitado: é a família mesma, no exercício do seu poder interno ou na gestão da sua economia; ou, no máximo é a família em sua relação com as instituições que lhe são vizinhas ou que o apoiam.

Para Foucault, o indivíduo a ser corrigido se encontra engendrado em um conflito e no apoio recíproco entre instituições de correção e família. O “doente” é excluído do ambiente familiar nessa cooperação recíproca com a instituição que se ampara no saber médico, detentor do poder e da verdade. Portanto, como afirma Cooper (1989, p. 43), a família mobiliza “todos os recursos de auto-compaixão pela tragédia que se abateu e sobre ela”.

A irmã de Damião se “desculpa”, em vários momentos da sua fala, por não ter acreditado nos relatos sobre violência presente na Casa de Repouso Guararapes e completa: “Lamento profundamente não ter acreditado no meu irmão”.

Ele teve lá, três vezes. Pra morte ele teve lá três vezes. É, nessa ultima ele não ficou lá muito tempo, porque quando a mamãe levou ele era assim seis, lá por seis da tarde né, já tava escurecendo.

Eles deixavam lá bastante tempo porque eles queriam ganhar diária, a pessoa já tava recuperada, já tava bem, mas não mandavam pra casa, o que pudessem segurar, seguravam, passava um mês, dois meses, o paciente fica lá porque ele tá ganhando a diária do paciente, é uma fonte de renda pro dono do hospital né, então ele ficava mais de um mês, dois, porque você sabe que com uma semana, com aquela medicação pesada uma semana, saiu do surto dá pra família cuidar né, mas eles deixam um mês, deixam dois meses.

A única vez que eu visitei ele né, nessa segunda vez, eu nunca vi um médico, eu falei apenas com enfermeiro, eu não sei nem se era enfermeiro, talvez fosse até um auxiliar de enfermagem né, até porque pra conseguir falar era difícil, porque no horário da visita fica um médico só lá pra atender todo mundo né, até assim se eu for conversar estaria até tirando o momento, o tempo de atender um paciente né, aí não tinha médico suficiente pra atender a demanda não tinha, então a pessoa que eu conversei, essa que eu fui pedir satisfação sobre o tornozelo dele, a cicatriz, que era bem recente assim, tinha cicatrizado há pouco tempo, eu perguntei sobre isso, o que era que tinha acontecido, era uma pessoa que tava assim como se tivesse monitorando o pátio, mas médico mesmo, você vê que com a mamãe, no dia que aconteceu a tragédia, o médico, ele no estado que tava agonizando pra morrer o médico não atendeu.

Eu só acreditei e fiquei sabendo que a morte não era natural porque antes de ele ir ao óbito, a minha mãe ligou contando como é que tinha encontrado ele, se ela não tivesse ligado, a gente realmente tinha achado que tinha sido uma parada cardiorrespiratória por algum outro motivo que a gente não conhecia, a gente tinha trazido o corpo e tinha enterrado achando que ele tinha tido uma morte normal, mas ainda bem que a mamãe foi visitar ele segunda-feira logo, deixou sexta, na segunda ele já ficou assim já foi ansiosa, mamãe era muito cuidadosa

A constante menção de Irene sobre o “desvelo maternal” de D. Albertina põe em evidência a obra de Rosa (2008), na qual a fala sobre o ‘mito do amor materno’ como “atividade natural da mulher”. A autora complementa a sua análise:

[...] a maternagem, embora seja uma condição determinada cultural e ideologicamente às mulheres, é internalizada por ela durante seu processo de socialização como seu ser. Desta forma, a mulher tende a assumi-la a ponto tal de comprometer sua individualidade, pois socialmente, a maternagem também foi associada ao despojamento, à renúncia e ao auto-sacrifício da individualidade feminina (ROSA, 2008, p. 276).

## E a autora continua

A necessidade de prover cuidado ao portador de transtorno mental esteve historicamente associada, de um lado à função que o hospital psiquiátrico tem cumprido nas respostas do Estado à questão social; e, de outro, às funções “naturalizadas” na esfera da reprodução social que a família tem exercido. Mas também tem um componente de gênero, pois majoritariamente é um encargo atribuído e assumido pela mulher (p. 280).

Mamãe era muito boa de tá o tempo todo perto do filho, de tá assim, insiste pra dar o alimento, insiste pra dar o remédio, mamãe é muito boa, então segunda-feira ela voltou logo, e quando ela voltou já tinha acontecido tudo né, tinha sido espancado, tinha sido torturado, tava já pra morrer mesmo, o estado dele tava tão terrível, o estado que deixaram ele, que eles não queriam que a mamãe fizesse a visita, aí ele assim, talvez o hospital não orientou o porteiro como falar, porque se ele tivesse falado de outra forma, talvez ela tivesse voltado, se tivesse dito assim “não, ele tá sedado, ele não pode receber visita porque tá sedado”, tivesse explicado ela tinha voltado, mas ele disse assim “ele não tem condição de receber visita”, aí quando disse isso aí ela se apavorou, ela disse que empurrou o braço do porteiro aí entrou a força, aí ela já entrou gritando por ele, aí ela viu ele lá no fundo do pátio, ainda amarrado, todo sujo, ela disse que ele parecia que tinha saído dum chiqueiro, todo sujo, todo rasgado, disse que a bermuda dele rasgada mostrando a cueca, o olho assim todo inchado, o sangue coagulado, a cabeça inchada, aí ela correu pra cima dele pra ver o que tinha acontecido, aí ela disse que nem falou com ela, “nem a benção ele me tomou”, porque ele costuma pedir logo a benção, ele só dizia assim “polícia, polícia, polícia”, aquilo mostrou logo que ele sofreu uma agressão muito forte, que ele queria justiça né, a mãe disse que ele tava com a boca tão seca que espumava aqui do lado né chamando polícia.

Para Goffman (2001, p. 29), nas instituições totais

[...] a perda de um sentido de segurança pessoal é comum, e constitui um fundamento para angustias quanto ao desfiguramento. Pancadas, terapias de choque, ou, em hospitais para doentes mentais, cirurgia – qualquer que seja o objeto da equipe diretora ao dar tais serviços para os internados – podem levar estes últimos a sentirem que estão num ambiente que não garantem sua integridade física.

Esse momento da biografia de Damião constitui-se de um relato presente nos documentos processuais, nas obras acadêmicas que tratam da sua trajetória, mas embutido na frieza que muitas vezes acompanha a escrita de uma narrativa. Quando ouvi o relato de Irene sobre o episódio, percebi a mesma carga de emoção

captada por mim durante a gravação da entrevista com D. Albertina. Irene interrompe sua fala por alguns segundos e sua lembrança pessoal sobre o acontecimento é entremeada por algumas lágrimas que dão o tom de revolta e também projeta que “poderia ter sido diferente”. A narradora refeita continua:

Ela vinha com um refrigerante na mão pra dar pra ele, tomou até a ultima gota, parece assim que tinha passado três dias sem tomar água, uma sede muito grande, aí quando ela ligou pra mim que contou isso eu já fiquei meu deus do céu, num estado desse será que meu irmão vai sobreviver, com a cabeça inchada, com o olho como ela contou, todo rasgado, cheio de hematomas que ela disse que ele tava todo roxo, aí meu deus do céu, ele não vai sobreviver, tinha que ser, aí eu pensei assim, ele vai ter que sair de lá e ir pra outro hospital, mas aí não deu tempo assim, isso era horário do almoço assim, não deu nem tempo assim de coordenar as ideias, o que fazer, como fazer, tomar as atitudes porque já veio a ligação do hospital dizendo que ele tinha morrido, aí quando eu recebi a ligação dizendo que ele tinha morrido eu disse pronto, morreu foi de espancamento, aí assim, se ela não tivesse me ligado me dizendo assim com todos os detalhes, porque a mamãe é muito detalhista né, tão detalhista que cansa a gente, ela vai conversar cansa, sobra detalhe né, então eu fiquei sabendo de tudo que tinha acontecido, de tudo. Eu soube que 4 horas da tarde que ele tinha morrido, ele morreu por volta das 11, aí na hora que eu soube eu tentei dizer que não trouxesse o corpo do meu irmão, levasse para fazer uma autopsia né, aí minha cunhada ligou dizendo “Irene não adianta”. Naquela época não tinha IML em Sobral, o IML era ali mesmo na delegacia, aí ela dizendo não adianta porque o médico do IML é o mesmo médico dele, foi o mesmo médico que atendeu ele, o mesmo médico que tava de plantão quando ele morreu, o mesmo médico que deu o laudo, então ele não vai dar outro laudo diferente né, aí eu disse “pois nós vamos mandar para Fortaleza”, aí foi uma ambulância daqui, a gente conseguiu uma ambulância daqui, aí mandei a ambulância, lá pegaram o corpo dele e levaram para Fortaleza.

O relatório da Secretaria de Saúde do Município do dia 21 de fevereiro de 2000 afirma que no Livro de Ocorrência da Enfermagem não foram relatadas quaisquer intercorrências clínicas referentes ao Damião no dia 02 de outubro de 1999. No dia 03 de outubro, há o relato de que o paciente, às sete horas, havia caído no banheiro e cortado o supercílio<sup>96</sup>. Às vinte horas e cinquenta minutos foi

---

<sup>96</sup> Entrevistei um egresso da Guararapes, contemporâneo de Damião, residente em um asilo para idosos na cidade de Sobral que mencionou insistentemente o acidente acontecido no banheiro,



registrada a informação de que o mesmo encontrava-se agressivo, chegando a agredir outros pacientes, tendo sido posto em contenção, encontrando-se com escoriações e ferimentos no rosto. O que chama a atenção no registro das ocorrências é a informação rasurada de que “não” havia sido administrado em Damião “haldol + fenergan”, mesmo com prescrição para essa medicação injetável.

No final de semana da sua internação, Damião não foi submetido a nenhuma consulta médica, como consta do relatório do Centro de Apoio Operacional dos Grupos Socialmente Discriminados da Procuradoria Geral de Justiça do Ceará. Segundo o referido relatório, o médico plantonista “não examinou nem prescreveu o paciente no sábado porque cabia ao médico assistente desincumbir-se desse mister”. Ivo Vasconcelos, médico assistente, não compareceu ao hospital no final de semana, segundo seu depoimento. Mesmo com o agravamento do quadro psicótico de Damião, o médico plantonista informou em seu depoimento que ‘não sabe se viu o paciente’ o que leva ao questionamento levantado pelo relatório sobre a possibilidade de que o médico plantonista tenha prescrito a medicação mencionada sem examinar Damião. Irene continua:

Você sabe que há muito corporativismo na classe médica, em Fortaleza também não deram a causa da morte, disseram que era causa indeterminada, sem elementos para responder, alguma coisa assim, mas ficou evidente no laudo lá de Fortaleza que ele sofreu espancamento, porque eles registraram essa parte daqui dele, que estava machucada, os pulsos, houve registros que comprovava que ele foi espancado, aí como aqui no Brasil as coisas, você sabe que as coisas, a justiça é lenta demais e a política pode tudo, esconde tudo, o poder é que prevalece. Então isso aí é que foi minha agonia né, as pessoas diziam não, isso não vai dá em nada não, não adiante tu ir correr, ir atrás, tu vai só se desgastar e sofrer mais não adianta, mas eu tinha um desejo tão grande, tão grande de justiça, uma revolta tão grande, eu sofria, mas já não era nem pela morte dele, eu sofria era pela maldade tudo o que faziam com ele, porque eu passei a visitar outras pessoas que tiveram internadas, pessoas que já tinham se recuperado e todas elas faziam relato de violência, todas elas, fiquei sabendo de pessoas que eles mataram cruelmente.

## 5.4 A luta

A partir daquele momento começou a minha luta por justiça. A primeira providência, o meu esposo foi na delegacia, que o delegado devia intimar o hospital, essas coisas, que não fizeram né, aí eu fiquei assim, por onde é que eu começo meu Deus, isso não vai ficar impune, não vai.

Sobre a atuação do Delegado Regional de Polícia de Sobral naquele período, Dr. Francisco de Assis Ribeiro Macedo, Irene fez uma denúncia à Comissão de Direitos Humanos no dia 31 de janeiro de 2000, através de uma carta. A denúncia baseava-se em “omissão de provas”. Segundo o conteúdo da carta, durante uma ida ao Ministério Público ao ter em mãos a pasta com o processo de Damião, Irene percebeu a ausência de depoimentos colhidos na delegacia de Sobral que acusavam o hospital. De volta a Sobral a irmã de Damião inquiriu o Delegado e este “embaraçadamente” admitiu que os documentos estavam em sua casa, dirigiu-se até lá e retornou com a pasta do processo juntamente com os referidos depoimentos. Nesta denúncia, Irene também relata que foi informada pelo Sub-Secretário de Saúde de Sobral que o Promotor de Justiça pretendia arquivar o caso Damião por falta de provas e que havia sido comunicada pelo médico auditor do Município de Sobral, o Dr. Gleison Vasconcelos Lima, que a família e os órgãos interessados só teriam acesso ao relatório da auditoria, sendo que o Processo com todas as provas seriam “exclusivamente entregues ao prefeito de Sobral, Sr. Cid Ferreira Gomes”. A denúncia de Irene gerou uma comunicação oficial da Comissão de Direitos Humanos ao Secretário de Segurança Pública e Defesa da Cidadania do Estado do Ceará, que pede providências e envia cópias dos depoimentos recuperados pela irmã de Damião.

Inicialmente, meu esposo foi lá e notificou, ele disse que foi até uma moça, uma escritã que digitou, mas o quê que fizeram com esse boletim eu não sei, porque nunca chamaram a gente pra depor e nem a outra parte né, o hospital, aí eu fiquei assim, isso não vai ficar impune, não vai, porque eu vou dar tudo de mim, eu vou dar tudo o que eu puder, todas as forças que eu tenho, mas não vou deixar a morte do meu irmão impune, eu fiz um propósito assim sabe, um juramento que eu fiz pra ele, foi um juramento que eu fiz pra mim e pra ele, eu não vou deixar a morte do meu irmão impune, o que eu puder fazer enquanto eu viver eu faço, aí eu pensei eu tenho

que saber como, aí todo mundo, não, não vai dar nada porque todo mundo que morreu lá morreu, não deu nada, o dono do hospital é primo do Cid, o Cid na época era prefeito de Sobral, aí o Ciro era candidato a presidente da República, não vai dar em nada e tu só vai perder teu tempo, tu só vai se desgastar.

Na época da luta o Ciro era candidato a presidente da República, aí criava em mim um expectativa assim uma sede maior de justiça, o meu desejo aumentava, aí eu fui falei pro meu cunhado, o Pedro Paulo, tenho um cunhado que é deputado, “manda esse caso pra Comissão de Direitos Humanos”, aí na época o João Alfredo era presidente da Comissão de Direitos Humanos, aí pronto, eu fiquei louca pra falar logo com esse João Alfredo porque assim, não tinha acontecido nada, o delegado que devia ter tomado as providências não tomou né, aí eu peguei fiz uma carta, aí mandei pro João Alfredo, aí por coincidência, fazia poucos dias que ele tinha morrido, lá na Assembleia tomaram conhecimento, o João Alfredo também espalhou essa carta para várias pessoas, aí notificou a Lídia<sup>97</sup>.

Eu mandei aquela carta pra todo mundo, aquela carta eu não mandei só para o João Alfredo eu mandei para todos os órgãos de saúde, pra todos os órgãos ligados à justiça dos Direitos Humanos, eu mandei pra tudo, eu fiquei desesperada por justiça, sabe o que é desesperada por justiça? Eu mandei aquela carta pra mais de duzentos deputados, eu tenho até anotado pra quantos deputados eu mandei pedindo justiça.

De acordo com Pereira (2001), Irene encaminhou a carta aos seguintes órgãos: Delegacia de Polícia Civil de Sobral, Secretária de Saúde de Varjota, Secretaria de Saúde de Sobral, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia, Secretaria de Segurança Pública e Defesa da Cidadania, Procuradoria Geral da Justiça do Estado, Conselho Regional de Medicina do Ceará, Coordenação dos Trabalhadores do Ceará em Defesa da Reforma Psiquiátrica, Ouvidoria-Geral do Estado do Ceará, Conselho Regional de Enfermagem, Ministério Público, Procuradoria da República, Comissão dos Direitos Humanos da Câmara Federal, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Fórum pela Saúde Pública, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Psicologia, 389 Deputados Federais (apenas seis deram respostas), três Senadores, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Governo do Estado do Ceará, Presidente da República, Anistia Internacional, Comissão Interamericana de Direitos

---


<sup>97</sup> Dra. Lidia Dias Costa, médica psiquiatra que na época da morte do Damião coordenava o Movimento dos Trabalhadores dos CAPS do Ceará em defesa da Reforma Psiquiátrica.

Humanos-EUA, internet, sites de revolta e Indignação, diversas entidades ligadas à Saúde, Justiça e Direitos Humanos.

Figura 13 - A Carta

**CLAMO JUSTIÇA !**

**JUSTIÇA!!!**



Quero que toda a imprensa, que todos os órgãos e entidades que defendem os direitos humanos. Que todos aqueles que têm coração humano e são a favor da **justiça**, tomem conhecimento desta denúncia, e ajude-me a fazer justiça na morte de meu irmão.

Meu irmão Damião, foto anexa, foi morto segunda-feira dia 04/10/99, em Sobral-CE, na “Casa de Repouso”, digo melhor, Casa de Torturas, Guararapes.

Damião tinha 30 anos, e sua saúde mental não era perfeita. Fisicamente era saudável, quando não estava em crise, levava uma vida normal a base de remédios controlados, era extremamente pacato, gentil e dócil. Era amado pela família e benquisto em toda a vizinhança. Ele já havia sido internado duas vezes no Guararapes, e, em ambas as vezes voltou com cicatrizes que não possuía antes. Ele reclamou: *lá dentro existe muita violência, e maus tratos, se o paciente não quer tomar o remédio, os enfermeiros batem até o doente perder as forças e aceitar o medicamento.*

Nestas últimas semanas meu irmão resolvera deixar de tomar os remédios, como de costume. Disse ele, já estar farto de tantos remédios, disse com firmeza que nunca mais tomaria medicamento algum. Esta decisão afetou novamente sua saúde. Estava sem dormir há algumas noites e ficando inquieto. Nossa mãe, com receio que ele entrasse em crise, na tarde de sexta-feira passada, 01/10/99, levou-o ao hospital acima mencionado, e o deixou internado para receber cuidados médicos.

Segunda-feira pela manhã, quando ela voltou para fazer visita, encontrou o Damião quase morto. Ele havia sido impiedosamente espancado, estava com as mãos amarradas para trás e seu corpo coberto de sangue. Ele ainda conseguiu falar, numa expressão de pedido de socorro dizia: *polícia, polícia, polícia...*

Uma faxineira do hospital contou para mamãe que presenciou tudo, os autores da violência, foram os próprios enfermeiros.

Mamãe pediu que lhe limpassem o sangue. Eles deram um banho nele, sem sequer, desamarrar as mãos e o deixaram nu. Neste interstício, ela foi procurar o médico dele, que até o momento não havia lhe dado assistência médica. Aflita e chorando, (reação normal de uma mãe, neste caso) fez reclamações ao Dr. Ivo e pediu para ele atender meu irmão. Ele grosseiramente mandou ela calar a boca, e que parasse de chorar que ali não

era lugar de novela. Lá de onde ele estava receitou um medicamento injetável, sem ao menos ver o paciente. Vale ressaltar, que Dr. Ivo (Francisco Ivo de Vasconcelos CRM-3374) é também o Diretor do Guararapes.

Ela saiu, e foi até ao Damião novamente. Ele estava jogado no chão, ao lado de uma cama, completamente nu e ainda com mãos amarradas. Um enfermeiro veio e lhe aplicou uma injeção. Ela foi embora.

Logo que ela chegou em casa, o hospital telefonou comunicando o falecimento de Damião.

Fomos a polícia civil dar queixa, e pedir laudo pericial, mas nada adiantou, porque o médico-legista da polícia era também o Dr. Ivo.

Quero tornar público, que no Guararapes, reina a **humilhação** e a **crudeldade**. Seres humanos são tratados como bichos. As famílias das vítimas, são pessoas pobres, sem voz e sem vez. E a impunidade continua.

Conheço pessoas que já passaram por lar, hoje com saúde recuperada, relatam casos horrendos. Elas dizem ser um verdadeiro inferno. Os agressores são os próprios enfermeiros e o carcereiro. Eles esnobam valentia e domínio. Um deles, chamado Eliéser, é o mais temido, é o terror dos pacientes. Eles têm como entretenimento, botar os pacientes para lutar, e aplaudem quando um surra a ponto de deixar seu oponente imobilizado.


As mulheres são igualmente agredidas e estupradas.

Já houve denúncia de casos iguais e piores que do meu irmão, mas foram arquivados por falta de prova. Ninguém até hoje conseguiu provar nada. Dr. Ivo é um homem influente na sociedade sobralense.

Assim como eu, muitos clamam por justiça e estão prontos a dar seu depoimento.

Em nome da JUSTIÇA, e dos DIREITOS HUMANOS,

**AJUDEM-ME !**



Irene Ximenes Lopes Miranda  
CPF – 285.698.303-00  
ENDEREÇO – Rua Pe. Angelim, 168 Centro Ipueiras-Ceará.  
TELEFONE: (088) 825.12.81  
E -mail: airton@crateus.com.br

Fonte: CEARÁ. Assembleia Legislativa. CDH (2014)

Aí houve uma reunião na UVA, lá tinha muitas autoridades, tava o João Alfredo, tava promotores de justiça, a Socorro França que tinha um cargo de importância na época, havia também dois promotores de justiça, tava o delegado também lá né, tinha muita gente nessa, tinha muitas autoridades nessa reunião, aí foi eu e a mamãe né e nós contamos tudo o que aconteceu. Eu tinha sido avisada por lá da Comissão de Direitos Humanos. Nada tinha acontecido ainda, mas também tava tudo muito recente, foi em outubro ainda, aí depois dessa reunião o promotor de Justiça mandou o delegado abrir o inquérito policial, aí isso ainda demora, daqui que eu encontre pessoas pra ir, pra arranjar testemunha, pra provar que não foi um caso isolado como estavam dizendo,

pra mostrar que lá era costume tratar pessoas desse jeito a aí deixe o tempo passar, o tempo passar e todo mundo me desanimava.

Na reunião da Comissão de Direitos Humanos aludida por Irene foi elaborado um documento solicitando a intervenção da Casa de Repouso Guararapes. O referido documento foi enviado a várias entidades, órgãos públicos e autoridades. No dia 02 de dezembro de 1999, a CDH recebeu cópia do relatório da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará que, em sua conclusão, afirma que o referido manicômio não “apresenta condições de funcionamento e sugere a intervenção ou medida similar, caracterizando a mudança de gerência, ou seu descredenciamento pelo SUS”. Referindo-se ao caso Damião o mesmo relatório evidencia assistência médica precária, maus tratos e outras deficiências de toda ordem. No dia 19 de janeiro, a CDH envia ofícios ao Secretário de Saúde do Município de Sobral-CE solicitando esclarecimento sobre as providências adotadas por essas autoridades em relação ao caso Damião.

O inquérito era pra ter sido aberto no dia da morte que meu esposo foi lá, eles não abriram, aí já tinha passado trinta dias, aí depois dos trinta dias, depois dessa reunião foi que o promotor Alexandre Cavalcante pediu pro delegado abrir um inquérito policial, que foi quando começou os processos, o processo de Sobral começou aí.

No dia 13 de dezembro de 1999, através de Ofício nº 1928/99, o Delegado de Polícia Regional dá ciência ao Ministério Público, na pessoa do Dr. Alexandre de Oliveira Alcântara, da *Inquirição* de testemunhas.

Aí deixa o pessoal dizer, tu tá só se desgastando, cada viagem que eu ia lá em Fortaleza, quando tinha reunião, toda reunião da Comissão Direitos Humanos eu corria lá pra dentro, me avisavam quando sabiam da reunião, coletiva de imprensa essas coisas eu corria pra lá, aí começou a sair no jornal, tinha coletiva de imprensa a notícia saía no jornal, isso aí foi ajudando né, eu fui documentando, pegando aquelas reportagens, guardando, aí assim, se eu provar que nesse país não tem justiça mesmo, é uma porcaria, não tem justiça e eu vou só me danar e não vou conseguir nada, eu vou procurar os órgãos internacionais. Aí deixa virar a noite eu não tinha sono mesmo de tão abalada que eu tava, fui pra internet procurar, aí mandei, tudo que era órgão também de ligação de direitos humanos que era ligação com o Brasil eu

mandei denúncia, mandei até que foi uma pra OEA pra Comissão de Direitos Humanos.

Naqueles dias eu fiquei horas na internet pesquisando tudo o que fosse possível sobre direitos humanos, sabe aqueles sites de busca “onde” e “cadê”? Então, numa das pesquisas encontrei o site da OEA e CIDH e enviei a denúncia. O acesso da internet era discado e, por isso, usava o período da madrugada para pesquisar. (BORGES, 2009, p. 32).

Alguns dias depois na minha caixa de correio tinha uma resposta, eles pediam mais informação, aí mandei mais informação, aí depois pediram mais, depois me mandaram uma carta pedindo que mandasse coisas que provasse, documentos, aí quando eles fizeram isso eu já tinha bastante jornal, mandei, aí em seguida saiu o relatório da sindicância, aí empurrei o relatório da sindicância também, aí tudo que ia saindo, também teve o relatório da sindicância estadual, não foi só do município não, do Estado também fizeram.

Percebi na narrativa de Irene que havia certa confusão no que diz respeito às datas exatas dos acontecimentos, mas a sequência dos fatos é ordenada na sua fala de forma que proporciona o entendimento de todo o caso em uma organização que remete à afirmação de Bourdieu (2006, p. 84).

O relato seja ele biográfico ou auto-biográfico, como o do investigado que ‘se entrega’ a um investigador, propõe acontecimentos que, sem terem se desenrolado sempre em sua estrita sucessão cronológica (quem já coligiu histórias de vida sabe que os investigados perdem constantemente o fio da estrita sucessão do calendário), tendem ou pretendem organizar-se em sequências ordenadas segundo relações inteligíveis.

Ao ser instigada por mim para que coloque em sua narrativa uma sequência cronológica, Irene me responde:

Foram tantas atitudes, tantas providências. Na verdade foram tantas providências que eu tive que tomar, que se você pedir ordem cronológica eu não vou saber te dizer, mas eu posso assim, do que eu tô lembrando agora eu posso dizer, eu sei que a primeira providência, o meu esposo foi na delegacia, que o delegado deveria intimar o hospital, essas coisas que não fizeram, né, aí eu fiquei assim, por onde é que eu começo meu Deus, isso não vai ficar impune.

De acordo com Borges (2009), no início de dezembro de 1999, alguns dias após o envio da denúncia à OEA, a irmã de Damião recebeu uma ligação do

advogado que acompanha os casos relativos ao Estado brasileiro, no qual dava ciência da denúncia. Ainda segundo a autora, no dia 14 de dezembro de 1999, “a comissão iniciou o tramite da petição sob o numero 12.237” (p. 33).

Eu sou uma pessoa de fé, eu tinha esperança de fechar a Guararapes realmente, eu tava na oração também, todo dia eu dobro o joelho orando, todo dia, eu tinha também essa parte aqui nunca foi colocada, muitas pessoas não se interessam, não quiseram, mais todo dia eu tava de joelho dobrado orando na esperança em Deus, de tudo isso acontecer, eu tinha esperança da justiça e eu creio que tudo isso aconteceu não foi por esforços meu, foi porque outras pessoas depois vieram me pedir, qual percurso que eu fiz, por onde eu andei, e fizeram tudo e não tiveram sucesso, em outros estados, outros casos semelhantes, eu acredito que o meu, a força do meu sucesso foi Deus, eu atribuo só a Deus, não atribuo meu esforço, porque quantas pessoas depois que o caso já tava bastante divulgado, tomou repercussão grande que me procuraram, que ligaram, “Como é que foi que você fez?” Aí eu disse “Eu fiz isso, isso e isso, eu andei por esse caminho assim, assim, assim”, elas fizeram tudo, tudo o que eu disse e não teve sucesso nenhum, então eu acho que Deus tava comigo, eu atribuo tudo a Deus assim, eu até fiz a minha parte de me esforçar, lutar, mas se não tivesse Deus, mas eu tinha fé, eu tinha fé, eu tinha muita fé que esse processo ia dar certo, que de alguma forma ia ser justiça, mesmo que não fosse 100%, alguma coisa ia acontecer, e se ia haver mudança pra mim não existe coisa melhor do que haver uma mudança psiquiátrica, mudou tudo, perdemos processos lá, que até hoje não recebemos nada lá, já terminou lá em Brasília, já encerrou tudo né, mas até eles venderam hospital, venderem todas as propriedades que tinha pra não pagar o que a justiça nos deu de direito né.

Uma das propriedades citadas por Irene é o prédio do antigo hospital, onde hoje funcionam as Faculdades Inta e também um parque aquático que se transformou em um dos anexos da instituição de ensino, já mencionados nesse texto. Segundo Irene, a juíza de Sobral autorizou a venda desses bens, através de alvarás, nove ao todo. Em um dos relatos que compõem a obra de Borges (2009, p. 37), Irene afirma “que se passaram sete meses até conseguir o primeiro advogado para o caso Damião”.

Têm dois processos, nossos advogados pediram de reparação de danos morais né, do que a gente passou, pediram, a autora é até a minha mãe, ela pediu cento e cinquenta

do médico, cento e cinquenta mil do dono do hospital e do hospital, só que quando foi assim um ano depois que o processo tava rolando que ele viu, que até o estado brasileiro tava sendo cobrado e que existia a possibilidade dele perder, era mais provável ele perder a causa do que ganhar, ele começou a vender as propriedades dele, vendeu tudo, tudo, tudo, o INTA, por exemplo, foi um prédio que ele vendeu um parque aquático que ele tinha próximo, ele vendeu tudo.

Então eu tinha notícias, aí o nosso advogado cometeu uma falha, quando eu soube eu liguei ele disse “Não, não tem problema não, depois a gente resolve e tal”, aí foi deixando e não bloqueou, era pra ter bloqueado, aí acabou que a gente ganhou em todas as instâncias, ganhamos em Sobral, ganhamos no Estado do Ceará né, ganhamos lá em Brasília no Supremo Tribunal Federal e agora falta só a execução de bens, pra executar né, mas cadê né, então isso aí eu tô dizendo o seguinte, que a gente não teve justiça aí, porque isso seria a pena maior pra eles. Mas se houver uma mudança, vidas foram transformadas, aí a minha causa, a minha luta não foi em vão, aí eu tive sucesso, isso é o que eu quero dizer tá entendendo, eu fui vitoriosa né, então e essa vitória eu sempre tive certeza assim em Deus, meus propósitos, minhas orações eu quero uma vitória nesse caso, eu posso ter perdido, não ganhei nada né, então, mas houve uma mudança lá em Sobral, o sistema, a reforma psiquiátrica aconteceu muito por causa da morte do meu irmão, então o sangue do meu irmão foi derramado, não foi em vão, então isso me dá conforto tá entendendo.

Uma pessoa muito importante na minha luta foi a Dra. Lídia do Movimento Antimanicomial, ela foi comigo pra corte. A gente teve assim muito próximo, muito próximo assim, ligação, quando acontecia reunião era ela quem me chamava, “Irene vai ter uma reunião em canto tal é importante você participar”. Ela me ajudou a fazer os contatos, ela é uma pessoa inesquecível. Ela foi como médica perita. Ela esteve presente na exumação do meu irmão. Eu lembro ela estudando, nós estávamos até no Iguatemi e ela foi numa livraria comprar um livro pra estudar o caso, pra poder ir lá, ser perita, assim ela mergulhou no caso mesmo né. Assim parecido com o que você tá fazendo agora. Deus colocou muitas pessoas na minha vida, primeiro ele colocou o João Alfredo, depois colocou a Dra. Lídia, depois veio a Nadine, a Justiça Global que me ajudou, as meninas da Justiça Global. Pra essa homenagem ao meu irmão lá tá usando você, assim nossa fé não é em vão.

Ao citar o meu trabalho em torno da história de Damião, Irene se referia também à aprovação que obtive da direção das Faculdades Inta para criar o Espaço Cultural Damião Ximenes. O referido espaço seria no local onde realizei a exposição



*Damião Ximenes: o sequestro de uma vida.* O “Espaço Cultural” receberia uma placa de bronze em homenagem a Damião. Para esse momento foi pensada uma programação com a presença de Irene e D. Albertina, além de autoridades locais e da comunidade acadêmica. Algumas semanas depois, após um exaustivo trabalho de preparação, fui comunicada, verbalmente e sem nenhuma explicação, que a instituição havia voltado atrás em sua decisão de permitir o aproveitamento do referido espaço, caindo também por terra a perspectiva de registrar, simbolicamente, a violência que durante décadas permeou uma instituição que se propunha, no âmbito do registro legal, promover saúde mental.

Voltando à viagem para a Costa Rica,

Daqui do Ceará, foi eu como testemunha do caso, eles queriam levar a mamãe, mas não deu pra levar, as condições financeiras da Justiça Global não deu, aí como fui bancada, financiada pela Comissão, como a diária deles era boa, deu pra mim levar, dividir, rachar lá com a Doutora, a Justiça Global deu a passagem dela e a hospedagem lá deu pra gente dividir e deu certo, A Dra. Lidia foi.

A comissão financiou também a ida, como testemunha, de Francisco das Chagas, que esteve internado na Guararapes e sofreu maus-tratos<sup>98</sup>.

Nós ficamos uma semana. Antes da audiência a gente foi com antecedência, porque antes da audiência houve um preparo, a gente foi preparado pela justiça global, pelos advogados, como a gente ia falar, o que poderia, o que o Estado poderia fazer pra eles ganharem a causa né, aí depois nós passamos pela Comissão de Direitos Humanos também foi conversar com a gente, explicar comigo e com o Francisco, por exemplo, como lá era tudo em espanhol, tinha uma pessoa traduzindo a fala da gente, aí foram orientar, você não fale gíria porque ela não vai saber o que é, pra traduzir, não fale rápido, então essas orientações que era necessário, a gente teve essas orientações e por isso a gente ficou uma semana, e depois de ter passado pela Justiça Global, pelas orientações deles, depois da Comissão também aí foi pra audiência, a audiência foi no dia 30 de novembro o dia todo né e pela manhã, no dia 1º de dezembro. A tarde a gente veio embora, esperar a sentença.

---

<sup>98</sup> No período em eu permaneci em Sobral e no qual me dediquei à pesquisa, não obtive sucesso na localização da testemunha que acompanhou Irene à Costa Rica. A Irmã de Damião não mantém mais contato com o Sr. Francisco da Chagas.

Ao retornar ao Brasil, a irmã de Damião, juntamente com a sua família, inicia uma espera que se prolongou por um ano pelo pronunciamento da Corte. A sentença foi promulgada em 2006, sete anos após a morte de Damião. A referida condenação consistiu em publicação da sentença no Diário Oficial da União e indenização por dano material à Irene Ximenes e à d. Albertina Ximenes (irmã e mãe de Damião, respectivamente) e, também, indenização por dano imaterial às mesmas senhoras, ao pai e ao irmão de Damião (BORGES, 2009).

Nessa sentença a Corte determinava que o Estado brasileiro deveria publicar no maior veículo de comunicação, eles cumpriram, publicaram no Diário Oficial lá de Brasília. Aí então, foi sentenciado que eles deveriam pagar uma indenização para a família da vítima. Eles pagaram. Mas aí eu acho que teve duas partes que não foram cumpridas, que eu acho que não é certo que não foi cumprida é: celeridade nos processos lá em Sobral, porque ainda hoje não terminou, tem um em Fortaleza e o outro que já se encerrou em Brasília. O penal ainda tá lá e é porque houve interferência do Conselho nacional de Justiça porque se não houvesse havido, eu não nem sei onde estava o andamento desses processos.

Para Irene, o segundo ponto não cumprido da sentença da Corte Interamericana de Direitos humanos é relativo à formação e capacitação dos profissionais da área de saúde mental. Para a narradora, a Reforma Psiquiátrica ainda não se completou.

Nos hospitais ainda tem notícias de pessoas sendo maltratadas ainda, pessoas morrendo lá nos hospitais, então o estado brasileiro ainda não cumpriu essa parte da sentença. Veja o que acontece com os dependentes químicos nas Clínicas de Recuperação<sup>99</sup>.

Mesmo apontando a Reforma Psiquiátrica como um processo ainda não concluso como um todo, Irene reconhece os avanços no atendimento aos

---

<sup>99</sup> Em um levantamento feito em 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia e pela Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) sobre denúncias de violação de Direitos Humanos em instituições brasileiras, foram registrados cerca de 60 casos de violência em Comunidades Terapêuticas que tratam dependentes químicos. Segundo o site <drogasecidadania.cfp.or.br>, o relatório foi entregue à representante do Brasil no subcomitê para prevenção da tortura na Organização das Nações Unidas-ONU.

portadores de transtornos mentais e o seu olhar sobre esses avanços se constrói a partir das ações implementadas no Município de Sobral.

As referidas ações de mudança no atendimento ao indivíduo com TM em Sobral advindas da morte de Damião também receberam contribuições de um momento político em que amplas discussões sobre a tradição de violência presente nos manicômios estavam em andamento no Brasil e em alguns outros países.

A implementação dos CAPS, como parte da política nacional de atenção à saúde mental em detrimento ao manicômio, surgiu no bojo dessas discussões e nas lutas sociais que emergiram no final da década 1980. O movimento representativo dos “doentes mentais”, familiares e servidores dos serviços de atendimento, denominado Movimento Antimanicomial, foi ativo nas novas proposições e alcançou várias conquistas, inclusive no campo legislativo, como discutiremos no próximo capítulo.

## 6 A PSIQUIATRIA COMO UM SABER: HISTÓRIA, MOVIMENTOS E REFORMA.

Acima de tudo, preocupei-me com a questão da violência na psiquiatria e conclui que, talvez, a mais chocante forma de violência em psiquiatria é nada menos que a violência da psiquiatria, na medida em que esta disciplina escolheu refratar e condensar sobre os pacientes que ela identifica a violência sutil da sociedade e que, com demasiada frequência, representa para e contra esses pacientes.

David Cooper

### 6.1 A história

Este capítulo encontra-se em franco diálogo com os estudos sobre “instituições totais” (GOFFMAN, 2001), ou mesmo “instituições de sequestro” (FOUCAULT, 2003), que possuem larga tradição na sociologia, com a proposta de discutir as principais transformações impingidas a essas instituições ao longo dos dois últimos séculos no que diz respeito ao saber psiquiátrico.

A história da psiquiatria está intrinsecamente ligada ao estabelecimento dessas instituições onde operar-se-á a reclusão dos “inadaptados sociais”. Como diz Foucault (2003, p. 112),

[...] a reclusão do século XIX é uma combinação de controle moral e social, nascido na Inglaterra, com a instituição propriamente francesa e estatal da reclusão em um local, em um edifício, em uma instituição, em uma arquitetura.

Foucault (2003) cunhou o conceito de “instituição de sequestro” para nomear as instituições do século XIX em oposição à tradição das instituições asilares oriundas dos séculos XVII e XVIII. Enquanto as últimas tinham como função a exclusão do indivíduo que se tornara divergente em relação ao grupo social, “alguém que não estava dentro da regra, e que se tornara marginal por sua conduta, sua desordem, a irregularidade da sua vida” (p. 113), a primeira não pretende excluir, mas incluir e normalizar através de uma rede (fábrica, escola, hospital psiquiátrico, hospital, prisão). No caso dos hospitais psiquiátricos, a proposta é não excluir os indivíduos, mas ligá-los a aparelhos de normalização que teriam a propriedade de:

[...] implicarem o controle, a responsabilidade sobre a totalidade, ou a quase totalidade do tempo dos indivíduos; são, portanto instituições que, de certa forma, se encarregam de toda a dimensão temporal da vida do indivíduo (FOUCAULT, 2003, p. 116)

Portanto, foi no século XIX, no interior dessa rede de sequestro, que surgiu o “lugar social” da loucura. Da lógica de confinamento e exclusão oriunda da “grande internação” voltada para os “inadaptados sociais” (loucos, ladrões, vagabundos), que até o século XVIII concentrava-se nas santas casas de misericórdia e hospitais gerais, emerge o hospício, espaço da “ordem e da disciplina” como afirma Foucault (2006), citando Pinel<sup>100</sup>.

O hospício, assim como outras instituições de “vigilância e correção”, comporá, em torno dos aparatos jurídicos, uma rede de enquadramento dos indivíduos que sedimentará o que Foucault (2003, p. 86) intitula de idade da “ortopedia social”: “Trata-se de uma forma de poder, de um tipo de sociedade que classifico de sociedade disciplinar por oposição às sociedades propriamente penais que conhecíamos anteriormente” [...] “É a idade do controle social”.

Como vimos anteriormente, Pinel, após libertar os loucos das correntes<sup>101</sup>, introduz no espaço asilar a “operação terapêutica”, institucionalizando a psiquiatria que se legitima através de um conteúdo moral na perspectiva da reorganização, da reeducação da vida do internado. Para Pinel, de acordo com Pessoti (1996, p. 126),

A palavra moral designa um misto de fatores não-físicos, mas psíquicos, sociais e situacionais e fatores éticos. É nesse território do ‘moral’ que as influencias ambientais, as paixões da alma, os apetites e a fantasia se entrelaçam. É nele que nascem as ideias delirantes. E como a influencia ambiental moral é a educação, Pinel entende que erros pedagógicos dos adultos, aos quais são submetidas as crianças, são suficientes para produzir as alienações mentais.

Seguindo essa linha de discussão, abre-se espaço para um diálogo entre os conceitos de “ortopedia moral” foucaultiana e de “carreira moral” goffminiana,

<sup>100</sup> Philippe Pinel publicou em 1801 o ‘Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania’, no qual descreveu uma nova especialidade médica que em 1847 passou a se chamar Psiquiatria. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br/mania>. Acesso em: 05 nov. 2012. O médico francês é tido como um reformador, pois libertou os loucos que estavam acorrentados nos Hospitais.

<sup>101</sup> Sobre esse momento, Foucault (2006) faz uma análise muito interessante. Considerada como “reforma” pelo próprio Foucault, a ação de Pinel não deveria ser creditada ao humanismo porque a prática terapêutica pineliana era atravessada pelo “poder físico”, o que incide de qualquer forma sobre o corpo. “Todo poder é físico, e há entre o corpo e o poder político uma ligação direta” (p. 19).

que, segundo meu entendimento, focam-se, salvo pequenas diferenciações, na mesma perspectiva analítica.

A “ortopedia moral”, segundo Foucault (2006, p. 12), é uma proposta de “mudança da corrente viciosa das ideias”, o que tornaria a cura possível no interior do asilo, impingida por um homem detentor de um poder que se assenta em qualidades físicas e morais, muito mais do que em um saber: o psiquiatra. Para o autor, a “instância médica funciona como poder muito antes de funcionar como saber” (p. 5).

A presença do médico no interior do asilo cria uma relação de dependência do doente para com o poder encarnado no médico, e é a partir daí “que se torna possível a mudança da corrente viciosa das ideias, essa ortopedia moral, digamos assim, com a qual a cura é possível” (FOUCAULT, 2006, p. 12). Na continuidade do seu pensamento Foucault afirma que é nessa relação que se estabelece o “ato terapêutico fundamental”: a protoprática psiquiátrica (p.12).

Para Goffman (2001), a “carreira moral” do “doente mental”<sup>102</sup> é algo que pode ser um triunfo ou um fracasso e se estabelece como “uma sequência regular de mudanças que a carreira provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros” (p. 112). A carreira moral começa a ser construída logo após o ingresso do indivíduo na instituição total, quando será submetido a uma série de “rebaixamento, degradações, humilhações e profanações do eu” (p. 24).

Os processos de “mortificação do eu” dos quais trata o autor incluem inicialmente a exclusão do mundo externo, impondo ao internado barreiras que impedem sua ligação com o outro. O indivíduo se vê despojado dos papéis que desempenhava no mundo externo. O internado pode passar também por transformações em sua aparência pessoal ao ser privado do acesso a equipamentos que mantêm a sua identidade, o que Goffman (2001, p. 28) denomina de “estojo de identidade”, como: “cosméticos e roupas, instrumentos para usá-los ou consertá-los, bem como de um local seguro para guardar esses objetos e instrumentos”. O autor entende que a privação de alguns equipamentos que conferem ao indivíduo um conjunto de identidade contribuirá para a deformação pessoal.

---

<sup>102</sup> Goffman (2001, p. 112) entende como doente mental todos aqueles que “de alguma forma foram apanhados pela pesada máquina de serviços de hospitais para doentes mentais”.

Como vimos, a psiquiatria, como especialidade médica, volta-se para o entendimento da loucura como resultante do exacerbamento das paixões (PESSOTTI, 1996). Portanto, o pressuposto moral é subentendido como psíquico e por isso não está na esfera do distúrbio físico, mas há uma apropriação das questões da loucura pelo discurso científico tornando-a, então, objeto de conhecimento, daí receber o status de doença: “doença mental”. A loucura surge, de acordo com o autor, como:

Um desarranjo na gênese das ideias ou na forma de elaboração mental da experiência dos sentidos, em qualquer momento de tal elaboração (pensamento, memória, imaginação ou vontade). A loucura é o ‘erro’, é ‘defeito de julgamento’, incoerência entre a realidade dos sentidos e a ideia. A realidade externa, origem da experiência e, portanto, das ideias, adquire agora uma importância decisiva, pois é no nível da experiência real, no nível da impressão dos objetos que se constrói ou se reconstrói a vida mental (PESSOTTI, 1996, p. 123).

A institucionalização da loucura em um espaço próprio (hospício, manicômio) propiciou a formação de enunciados discursivos diferenciados sobre as práticas terapêuticas através da vigilância e também estabelece um “sistema de poder que é assegurado por uma multiplicidade, por uma dispersão, por um sistema de diferenças e de hierarquias [...]”. (FOUCAULT, 2006, p. 9).

As ideias de Pinel e de seus sucessores<sup>103</sup> se difundiram na Europa, com destaque para a França e a Itália, e, conseqüentemente, outras correntes de pensamentos sobre a “doença mental” foram ganhando destaque, como a introdução na discussão de pesquisas sobre atividades cerebrais que se formulavam por trás do “desarranjo intelectual ou afetivo” (PESSOTTI, 1996, p. 141), o que estimulou “estudos científicos” sobre o pensamento delirante e seus efeitos.

Conforme Pessotti (1996, p. 141), os aspectos progressistas da doutrina de Pinel foram gradualmente obscurecidos e, para o autor, a ideia de Pinel como libertador dos loucos acorrentados se impôs às suas ideias inovadoras e “ofuscou a importância estritamente doutrinária de sua obra”.

Com a proliferação dos manicômios na Europa, o tratamento moral de Pinel foi “desvirtuado” e usado de forma abusiva, ou seja, a repressão passa a ser

---

<sup>103</sup> Esquirol, um dos sucessores de Pinel, afirmava que a cura para o alienado estava no hospício por sua estrutura e funcionamento. É tido como reformador dos asilos e hospícios franceses. O médico “fundou o primeiro curso para tratamento das enfermidades mentais e lutou pela aprovação da primeira lei dos alienados na França”. Disponível em: <[www.ccs.saude.gov.br/memoria](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria)>. Acesso em: 05 nov. 2012.

prática corriqueira através da disciplina institucional. O manicômio afasta-se da proposta terapêutica pineliana e torna-se cada vez mais um instrumento de exclusão social.

Já na primeira metade do século XIX, o modelo institucional de Pinel se deteriora não só pelos abusos no emprego de um tratamento moral desvirtuado: quanto menos o manicômio se demonstrava um recurso terapêutico, mais aparecia como instrumento de segregação social, como uma instituição de custódia de louco (PESSOTTI, 1996, p. 142).

E o autor arremata seu pensamento ao afirmar que institucionalização do tratamento manicomial destruiu o “sonho iluminístico de Pinel” (p. 142).

Após o “declínio” do modelo de “tratamento moral” de Pinel, onde a ordem disciplinar está no cerne da ação terapêutica, “bordoadas, chicotadas e bofetadas” e instrumentos de contenção (algemas e correntes de ferro, máscaras de couro) tornam-se instrumentos para a prática de um “tratamento físico” (PESSOTTI, 1996). É relevante pontuar que a referida forma terapêutica foi utilizada ao longo dos séculos e acrescida de convulsoterapia<sup>104</sup>, eletroconvulsoterapia (eletrochoque)<sup>105</sup>, leucotomia (lobotomia)<sup>106</sup>, camisa-de-força e outros métodos violentos de dominação e aniquilação da força do louco.

No século XX, teremos uma psiquiatria perpassada por uma combinação da terapêutica moral (GOFFMAN, 2001) e da física, no interior das “instituições totais”, que a partir da década de 50 recebeu o suporte da farmacologia. Nessa década, é apresentada ao saber psiquiátrico duas drogas inovadoras: a clorpromazina<sup>107</sup> e, alguns anos depois, o haloperidol<sup>108</sup>. A prática da medicamentação ou farmacologização abundantemente empregada nos hospitais

<sup>104</sup> Convulsoterapia era um processo de indução de convulsões estimuladas através de inalação de cânfora, indicado nos tratamentos de psicose e epilepsia. A técnica foi utilizada do século XVI até o século XIX. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

<sup>105</sup> Na primeira metade do século XX, médicos italianos utilizaram a eletricidade para provocar as convulsões e a técnica é indicada até os dias atuais como terapia para “depressão profunda”.

<sup>106</sup> A lobotomia é uma técnica cirúrgica que destrói a substância branca dos lobos do cérebro. Começou a ser utilizada na Europa na primeira metade do século XX, sendo indicada no tratamento de transtornos compulsivos, esquizofrenia e depressão, o que tornava os pacientes apáticos, lentos. O inventor da terapia, um neurologista português, ganhou um Prêmio Nobel em 1949. Devido “aos fracassos” de muitas intervenções, a Lobotomia caiu em desuso na segunda metade do século XX. Entrávamos na era dos medicamentos psiquiátricos largamente difundidos. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

<sup>107</sup> A droga é utilizada para “reduzir a agitação psicomotora e diminuir a atividade alucinatória e delirante”. Disponível em: <[www.ccs.saude.gov.br/memoria](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria)>. Acesso em: 15 nov. 2014.

<sup>108</sup> Substância antipsicótica utilizada para delírios e alucinações nos casos de esquizofrenia “grave” e, inclusive, para o alcoolismo. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2014.



psiquiátricos do século passado substituiu, paulatinamente, a camisa-de-força, a lobotomia e a eletroconvulsoterapia compulsória, mas não libertou os loucos da violência sobre os seus corpos e sobre as suas subjetividades. A morte de Damião Ximenes sintetiza o abuso de praticas violentas apontando a utilização sistemática de alguns dos “tratamentos físicos”.

A utilização da farmacologia nas práticas psiquiátricas contemporâneas merece, sem dúvida, uma reflexão no que tange ao abuso de algumas substâncias psicotrópicas, independente do ambiente terapêutico. A medicalização do social transforma sensações e comportamentos humanos em patologias, como tristeza em depressão, criança “traquina” em “hiperativa”, o que, como consequência, gera uma medicamentação: para cada doença há um “remedinho” apropriado e diante dos indivíduos “panicados”, “depressivos”, “ansiosos” da sociedade moderna nos deparamos também com o reconhecido *lobbing* das indústrias farmacêuticas que, inclusive, oferece prêmios aos psiquiatras que mais receitam os seus produtos<sup>109</sup>. Uma ilustração da discussão sobre essa temática é apresentada na letra da música “Sufoco da vida”, interpretada pelo grupo “Harmonia Enlouquece”<sup>110</sup>. A obra reflete, também, a conjugação da “instituição total” ao uso da farmacologia, mesmo na era pós-Reforma Psiquiátrica.

Estou vivendo no mundo do hospital  
 Tomando remédio de psiquiatria mental  
 Haldol, Diazepam, Rohypinol, Prometazina  
 Meu médico não sabe como me tornar um cara normal  
 Me amarram, me aplicam, me sufocam num quarto trancado  
 Socorro! Sou um cara normal asfixiado  
 Minha mãe, meu irmão, minha tia, minha tia  
 Me encheram de drogas de levomepromazina

Ai, ai, ai, que sufoco da vida  
 Estou cansado de levomepromazina.

Como já vimos, alguns dos “modelos” de tratamento físico foram deixados de lado no bojo das transformações das propostas terapêuticas psiquiátricas que,

<sup>109</sup> De acordo com o psiquiatra Daniel Becker, da Universidade do Rio de Janeiro-UFRJ, “enxaqueca, obesidade, fibromialgia, ejaculação precoce, síndrome de fadiga crônica e até tristeza, que poderiam ser consideradas doenças comuns, se tornaram doenças psiquiátricas... fruto de uma relação promiscua entre psiquiatras e laboratórios [...]”. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

<sup>110</sup> O grupo Harmonia Enlouquece surgiu entre participantes de oficina de musica coordenada por um psicólogo no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), em 1998, e pelo qual já passaram inúmeros pacientes. O grupo gravou várias músicas, clips, apresentou-se em vários eventos, ganhou prêmios e continua em atividade. Disponível em: <<http://www.harmoniaenlouquece.com.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

sem dúvida, contaram com o suporte da farmacologia: a lobotomia deixou de ser utilizada de forma indiscriminada na segunda metade do século XX, mas ainda faz parte de algumas indicações terapêuticas, como para epilepsia. A eletroconvulsoterapia, como já mencionada, continua sendo prescrita por psiquiatras aliados a uma proposta conservadora como “tratamento eficiente” para os casos de “depressão profunda”. A utilização do conhecido eletrochoque é feita em hospitais particulares com suporte anestésico, em centro cirúrgico, inclusive no Brasil, mas o SUS, com a sua política atual, embasada nos ideais da Reforma Psiquiátrica e norteada pelos princípios da atenção psicossocial, erradicou a eletroconvulsoterapia dos seus hospitais conveniados

Após os dois séculos da “libertação” dos loucos por Pinel, o método da contenção ainda é utilizado, seja pelos adeptos de uma psiquiatria tradicional (manicomial e segregacionista), seja pelos seguidores da psiquiatria psicossocial pós-reforma (acolhimento e escuta). Amarrar um louco em seu leito ainda é uma ação sistemática presente mesmo nos hospitais gerais que procuram agregar às suas ações terapêuticas as propostas da Reforma Psiquiátrica.

Como se pode perceber, o campo da doença/saúde mental é um espaço onde diferentes enunciados discursivos estão em embate desde os primórdios da sua formação. De Philippe Pinel a Franco Basaglia até a psiquiatria psicossocial contemporânea, o saber psiquiátrico tem sido uma instância de múltiplos discursos e de recorrentes reformas<sup>111</sup>.

No Brasil, psiquiatras aliados a uma tradição mais manicomial têm discutido em palestras, congressos e através da mídia os efeitos “perversos” da Reforma Psiquiátrica que, segundo eles, têm deixado desassistidas as pessoas com TM devido à limitação de atendimento dos CAPS, e também o número ainda ínfimo de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Em Fortaleza, o médico psiquiatra Paulo Picanço<sup>112</sup>, ex-proprietário de um hospital psiquiátrico, hoje proprietário de uma clínica particular, onde atende ao preço de 400,00 a consulta, e de uma “clínica popular”, na qual, vários psiquiatras

---

<sup>111</sup> De acordo com Yasui (2010), as reformas que se sucedem no âmbito da psiquiatria ao longo dos séculos se articulam com os momentos políticos, econômicos, sociais e culturais. Thomas S. Szasz, em sua obra *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem* (1977), é pródigo em uma discussão afirmativa da prática psiquiátrica relacionada aos valores da sociedade que a patrocina.

<sup>112</sup> Paulo Picanço é diretor do Instituto de Psiquiatria do Ceará e membro da Academia Cearense de Medicina.

atendem através de convênios médicos e a “preços populares” (70,00 a consulta), ao falar no VI Congresso de Psiquiatria, em Fortaleza, no ano de 2008, aponta “um aumento de 350% no número de óbitos de pacientes com transtornos mentais no período entre 1992 e 2005”, no Ceará. Segundo informou o médico, enquanto “em 92 havia no estado 1.977 leitos, em 2005 o número era de 1.121, já agora em 2008, são apenas 833”. Em contrapartida, continua o psiquiatra, nesse período só foram criadas 40 vagas em hospitais gerais, sendo 28 no Hospital Batista e 12 no Hospital Doutor Estevam em Sobral<sup>113</sup>.

Nesse sentido, destacando o nosso país, há uma corrente antirreforma que discute a “desassistência aos loucos” como resultante de uma política que não tem nada a ver com princípios científicos, mas está “presa apenas a preconceitos ideológicos comprovadamente ultrapassados” (PICANÇO, 2011, p. 7), deixando em seu rastro um segmento da população sem cuidados e, por isso, levando muitos ao abandono e à morte. O grupo de profissionais médicos pró-manicômios defende que “para a implantação de uma satisfatória Reforma da Assistência Psiquiatria no Brasil, será necessário manter em funcionamento bons hospitais especializados em psiquiatria” (PICANÇO, 2011, p. 7), e o médico continua:

Se todos os setores da medicina, tais como a cancerologia, a traumatologia, a oftalmologia, a cirurgia plástica, a cardiologia, a gineco-obstetrícia, só para citar alguns exemplos, podem dispor de hospitais especializados para os seus doentes, porque apenas a psiquiatria não pode?<sup>114</sup>.

Como referência para essa discussão, não posso deixar de mencionar o artigo de Câmara (2008), que trata da falta de objetividade na política da reforma psiquiátrica brasileira e toma como base um artigo do jornal O Globo publicado em dezembro de 2007, o qual traz a denúncia do aumento do número de mortes em 41% nos cinco anos precedentes a 2007 e que “25% dos leitos dos hospitais psiquiátricos foram fechados sem a necessária implantação dos serviços substitutivos” (p. 279). Para Câmara, a política da reforma psiquiátrica não progrediu, portanto, não se afastou do seu patamar ideológico, não se imbuíu de uma postura mais pragmática que pudesse apresentar comprovada eficácia. O autor conclui,

---

<sup>113</sup> Jornal O Povo em 21/06/2008.

<sup>114</sup> A fala do médico aqui apresentada foi retirada de um artigo no qual comenta uma reunião do Departamento de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais, realizada no Rio de Janeiro em 23 de março de 2011, na qual foi discutida “a morte do Hospital Psiquiátrico”.

Aparentemente, o modelo proposto pela reforma psiquiátrica se baseia no princípio de que o essencial do tratamento do doente mental é a reintegração social, proposta que tem sido criticada e matéria de controvérsia nos países em que foi implantada (CÂMARA, 2008, p. 279).

Mais recentemente, em novembro 2014, o Jornal O Povo, em Fortaleza, divulgou uma matéria na qual aborda questões referentes à desassistência aos pacientes com transtornos mentais no CAPS do Município, tendo como referência central a falta de médicos e de medicamentos. A matéria relata um caso específico de espera de quase um ano por atendimento psiquiátrico. Os pacientes e seus familiares se ressentem da falta de atendimento, inclusive no CAPS infantil<sup>115</sup>.

Em todo o país, as denúncias em relação à falta de atendimento nos CAPS se multiplicam. São corriqueiras as manchetes jornalísticas que dão conta de uma possível distância entre o que preconiza a lei da reforma psiquiátrica brasileira e a sua real efetivação, o que exige, em algumas situações, o acionamento do Ministério Público<sup>116</sup>.

Essas questões podem apontar as contradições que envolvem as políticas públicas no Brasil. Entendo que as limitações, que sem dúvida são relevantes no atendimento aos usuários com transtorno mental, estão imbricadas na própria dinâmica da execução das políticas de saúde do país.

Em um artigo brilhante, Sposati (2002) discute a “regulação tardia” dos nossos direitos, já que só receberam reconhecimento na última metade do século XX, através da Constituição de 1988. O reconhecimento legal dos direitos do cidadão brasileiro, entre eles o direito universal à saúde, não significou a efetivação com qualidade das políticas de saúde. O que se percebe é que, mesmo sob a aparência da efetivação, a precarização dos serviços, de uma forma geral, é constantemente exposta à sociedade. São direitos no papel, mas na prática, de acordo com a autora, não são autoaplicáveis. Sposati (2002, p. 7) continua:

A forte desigualdade econômica-social nos países de inserção subalterna no mundo econômico traz como impacto na regulação social tardia uma redução do alcance da política social. Desloca-se a cobertura e a noção da universalidade dos cidadãos para reinscrevê-las como limitada àqueles com baixa ou inexistente capacidade de consumo no mercado. Esse procedimento focaliza as políticas sociais nos mais pobres, o que resulta em equivaler a provisão social em atenção à pobreza. Neste caso, ocorre também uma precarização dos serviços já que dirigidos aos mais pobres e, ao mesmo tempo, a má qualidade e precária cobertura das políticas passa a ser mais um agravante da miserabilidade dos ‘cidadãos potenciais’.

<sup>115</sup> Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano>>. Acesso em 05 nov. 2014.

<sup>116</sup> Disponível em: <<http://www.jornalcorreiodacidade.com.br/>>. Acesso em 05 nov. 2014.

## 6.2 As reformas

É possível apontar três momentos históricos como caracterização de mudanças que ao longo dos séculos revisaram as práticas médicas no âmbito da psiquiatria e que antecederam a Reforma Psiquiátrica desenvolvida de uma forma “transnacional” a partir da segunda metade do século XX: a libertação dos loucos de suas amarras praticada por Pinel nos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, na França, no final do século XVIII; o avanço da farmacologia em meados do século XX; e, no mesmo século, durante e posteriormente à Segunda Guerra Mundial, há o surgimento de diversos movimentos internacionais que propunham reformulações no atendimento às pessoas com transtornos mentais.

Os movimentos psiquiátricos da segunda metade do século XX foram propulsores de novas formas de pensar a loucura através de uma crítica ao modelo asilar manicomial. Como diz Sidrim (2010, p. 23), “a ineficácia da assistência e as péssimas condições a que os internos eram submetidos fomentaram as críticas à estrutura asilar”. O autor continua,

O período pós-guerra foi decisivo para a construção de alternativas assistenciais que marcariam a psiquiatria contemporânea. A ineficácia da assistência e as péssimas condições a que os internos eram submetidos fomentaram as críticas à estrutura asilar (SIDRIM, 2010, p. 23)

Os movimentos promoveram, em diferentes países, discussões sobre o modelo manicomial centralizador, até então hegemônico, e sugeriram mudanças, algumas mais radicais, como o desmonte do aparato manicomial italiano, na prática cotidiana dos cuidados aos indivíduos em sofrimento psíquico. Vários desses países implementaram suas ações reformistas seguindo suas tradições históricas, culturais e políticas: Comunidade Terapêutica na Inglaterra - CT<sup>117</sup>, Psicoterapia Institucional na França. Esses dois países pensavam a reformulação do atendimento asilar, contudo sem rompimento com o modelo centrado na internação. A Psiquiatria Comunitária nos Estados Unidos buscou aliar a ideia de utilização do espaço asilar aos serviços comunitários e regionalizados sem uma perspectiva de rompimento com a lógica manicomial; a Antipsiquiatria na Inglaterra e o Movimento de

---

<sup>117</sup> A primeira CT surgiu na Inglaterra nos anos quarenta e voltou-se para o tratamento de “internos com problemas psiquiátricos duradouros”. Quinze anos depois, o modelo foi adaptado nos Estados Unidos para permitir o atendimento a dependentes químicos (DE LEON, 2008).

desinstitucionalização na Itália<sup>118</sup> propuseram a “ruptura absoluta” com o modelo manicomial e institucional.

[...] Tais movimentos colocaram em cheque o conceito de doença mental, formas de intervenção e tratamentos existentes, e propunham completa extinção dos hospitais psiquiátricos (SIDRIM, 2010, p. 23).

Inicialmente, o idealizador da Comunidade Terapêutica-CT, o inglês Jones, propôs utilizá-la em hospitais psiquiátricos com uma abordagem de “psiquiatria social”, ou seja, uma mudança na forma de lidar com os pacientes: do atendimento e terapias individuais à introdução de uma abordagem com métodos grupais, terapia de ambiente e a psiquiatria administrativa. De acordo com De Leon (2008, p. 14), citando Rapaport (1960),

A designação comunidade terapêutica se desenvolveu nesses ambientes hospitalares para descrever um lugar ‘organizado como comunidade na qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedade de cura’.

A CT Jones apresentou-se como modelo viável para tratamento psiquiátrico, e o inglês inspirou outros países da Europa, como a Escandinávia. Na década de 60 do século XX, a ideia de uma comunidade funcionando para operar “curas” proliferou nos Estados Unidos para atender dependentes de drogas. Atualmente, com o amplo debate envolvendo o uso “abusivo” de substâncias psicoativas, há o surgimento em profusão de instituições que se autodenominam Comunidades Terapêuticas, principalmente aqui no Brasil, já que há financiamento público para essas instituições que em sua grande maioria são confessionais. Para Amarante (2007, p. 43),

A CT é uma proposta inovadora e “não tem nenhuma relação com as atuais fazendas e fazendinhas de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – ‘comunidades terapêuticas’ para ganharem legitimidade social e científica”.

Entre as várias características da CT de Jones, algumas são relevantes para entendermos as propostas reformadoras que emergiram naquele momento do pós-guerra tendo como alvo mudanças na forma da gestão das instituições, inclusive

---

<sup>118</sup> As ideias de Franco Basaglia que agregam em um conceito de “Psiquiatria Democrática” a negação do modelo manicomial, preconizando a sua extinção e a criação de novos modelos de atendimento, estão brilhantemente explicitadas na sua obra *A instituição negada*.

na questão do isolamento e da solidão a que muitos internos estavam sujeitos no interior dos manicômios:

- Considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico;
- A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os feitos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento;
- Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos.
- Atribui-se um alto valor à comunicação (DE LEON, 2008, p. 15).

Para Sidrim (2010, p. 25), mesmo com as mudanças que significaram avanços nas terapias e ganhos na sociabilidade interna dos pacientes na CT,

[...] os benefícios por ela produzidos cessavam quando o paciente deixava de ser interno. Não havia na Comunidade Terapêutica qualquer prática articulada com a realidade externa do hospital. A segregação não era confrontada.

Como enfatiza Amarante (1998, p. 31), “de fato, a reforma proposta pela comunidade terapêutica praticamente reduz-se ao espaço asilar”.

Quanto à Psicoterapia Institucional francesa, ela foi, segundo Desviat (1999, p, 25), “a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio”, pois diante da crise do pós-guerra, que trouxe inclusive fome para os pacientes psiquiátricos, a proposta do movimento centrava-se na reestruturação institucional do hospital Sant Alban na França, já que, de acordo com seu idealizador, François Tosquelles, todo o hospital estava “doente”, sendo necessária uma intervenção que atingisse todos os envolvidos, funcionários e clientes.

Já para outros estudiosos da Psicoterapia Institucional, um dos líderes do movimento e também o precursor da Reforma Psiquiátrica francesa foi o psiquiatra Louis de Guillant<sup>119</sup>, que consideram “insuficientemente conhecido, porque o médico, de acordo com Souza et al (2009, p. 613),

[...] colocou questões em seu tempo, na esfera do que chamamos hoje de Reforma Psiquiátrica, fazendo experiências e pesquisas, apontando para problemas e para encaminhamento ainda sem soluções. Assim, ao revisitar as fontes da Reforma Psiquiátrica na França vai-se ao encontro da obra desse personagem [...].

---

<sup>119</sup> Sobre isso recomendo a leitura do texto *O pioneirismo de Louis Le Guillant na reforma psiquiátrica e psicoterapia institucional na França: a importância do trabalho dos pacientes para a abertura dos hospícios* (SOUZA et al, 2009, p. 612-631).

As experiências de Louis Le Guillant, no hospital francês *Charité-sur-Loire* de 1932 a 1944, entre outras ações, acolheram membros da Resistência como o fizeram outros hospitais, tal qual o Sant Alban, e abriram espaço também para os que Souza et al. (2009, p. 615) denominam de “refratários do sistema”.

Devido à ameaça de um bombardeio pelos Nazistas em 1940 ou o aprisionamento e encaminhamento para ‘limpeza’ eugênica dos ditos ‘refratários’, o psiquiatra obteve autorização da direção do hospital para a liberação de 98 pacientes (homens e mulheres) considerados “calmos, lúcidos, cujas famílias se encontravam na região, providos de alguns víveres” (LE GUILLANT, 2006a, p. 78 apud SOUZA et al., 2009).

Souza et al. (2009) dizem em seu texto que os que não foram oficialmente liberados fugiram do hospital amedrontados com a possibilidade de um ataque nazista. O “esvaziamento” do hospital trouxe para o psiquiatra, após o final da guerra, a comprovação da readaptação social (convívio com a família, trabalho) da grande maioria dos ex-internos, levando o médico a entender “que eles não precisavam necessariamente ficar internados e que o melhor seria para a maior parte deles a vida real, fora dos hospícios” (SOUZA et al., p. 616). A comprovação por parte do psiquiatra da readequação dos pacientes à “vida real” levou-o a escrever um trabalho acadêmico *‘Uma experiência de readaptação social instituída pelos acontecimentos da guerra’*, em 1941, e apresentá-lo em uma conferência. Para Souza et al (2009, p. 616), “esta descoberta, realizada na crua empiria da barbárie da guerra, deu o norte da sua caminhada teórico-prática, a partir de então.

Dessa forma, diferentemente do que afirma Desviat (1999), a Psiquiatria Social na França, no final dos anos 40 do século XX, tornou-se reflexiva inclusive sobre o lugar da psiquiatria na sociedade e, portanto, não se limitou a um mero movimento de transformação dos hospitais psiquiátricos e de criação de equipamentos alternativos para atender aos pacientes: “Ela foi em direção à sociedade preocupada em criar um ambiente de maior aceitação daqueles que entendiam como doente mental e em prevenir futuros problemas dessa ordem” (SOUZA et al., 2009, p:626).

O resultado dessa “movimentação”, que sem dúvida, baseava-se em uma perspectiva de mudanças, levou o governo francês a baixar uma série de portarias que normatizava o atendimento a pessoas com transtorno mental, como a circular 148 de 1952 que, segundo Souza et al (2009, p. 626),



Normatizava a desapareição de tudo que lembrasse o universo carcerário. Pretendo assinalar a ruptura com o período asilar, os novos hospitais sob responsabilidade ministerial passaram a ser denominados 'centros psicoterápicos', concebidos como unidades de cuidados de pequena dimensão, como um centro de intercâmbio social.

Outra obra que trata da Psiquiatria Institucional Francesa (PASSOS, 2009) afirma que a "reforma francesa" deu-se no campo administrativo e reitera a ausência da ruptura com a lógica manicomial, o que, inclusive, estimulou a abertura de outros hospitais sem o devido enfoque político nas ações profissionais.

Em uma breve pesquisa sobre o legado da Psiquiatria Institucional francesa, percebi o continuísmo da hospitalização como princípio terapêutico e que o atendimento aos pacientes com transtornos mentais no país está imerso em contradições que também ainda estão presentes no Brasil, como as dificuldades das autoridades públicas de lidarem com orçamentos para subsidiar equipamentos de atendimentos com novas propostas terapêuticas, mas com velhas estruturas políticas.

Psiquiatras franceses publicaram no Le Monde, no dia 7 de junho de 2003, um editorial com o título 'Psiquiatria em perigo', no qual procuram traçar um panorama no atendimento aos doentes mentais no país. De acordo com o texto

Ora, os poderes públicos e além deles, a sociedade como um todo, parecem estar fazendo vistas grossas em relação a uma situação que é considerada intolerável não só pelos profissionais, mas também pelas famílias dos pacientes. Será mesmo normal ter que driblar as disposições dos regulamentos e ter que passar por cima da penúria para poder hospitalizar um doente em regime de urgência? Será mesmo aceitável obrigar pacientes a esperar durante meses até conseguirem agendar uma consulta num consultório privado ou uma internação numa instituição?<sup>120</sup>

A Psiquiatria Comunitária Americana também emerge em um momento de conflitos. De acordo com Sidrim (2010, p. 27), o surgimento da referida psiquiatria "aconteceu em um contexto mais particular" porque envolve o período de conflitos envolvendo os Estados Unidos que são de origem bélica (a Guerra do Vietnã), mas também social, como o aumento do uso de drogas pelos jovens americanos e aparecimentos de gangues de jovens desviantes. O autor afirma ainda que um censo ocorrido na década de 50 do século XX vai apontar as limitações do atendimento psiquiátrico americano, o que levou o Presidente Kennedy a assinar um decreto que propunha diminuir a "doença mental" nas comunidades.

---

<sup>120</sup> Disponível em: <<http://www.psiquiatriageral.com.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

A proposta americana baseava-se em prevenção e/ou na cura, sendo a segunda possibilidade a manutenção da prática hospitalar vigente. A proposta preventiva mobilizou uma estratégia multidisciplinar e trouxe para o poder público a responsabilidade do atendimento à demanda existente, mas isso não significava a retaguarda de um sistema de saúde que universalizasse o atendimento. Daí ser necessária uma intervenção massiva nas comunidades onde seriam construídos dois mil centros de saúde mental e que, segundo Desviat (1999), não alcançou 600 centros, deixando um público considerável de pessoas com transtornos mentais sem assistência.

De fato, como já mencionado anteriormente, a perspectiva de ruptura com o modelo hegemônico de exclusão do louco e a introdução de alternativas para a assistência a esse público foram propostas pela Antipsiquiatria inglesa e pelo movimento de desinstitucionalização italiano. Cada um desses movimentos, dentro de um contexto cultural, econômico e político próprio, desenvolveu abordagens que se difundiram por outros países. No caso do Brasil, especificamente, a influência italiana é reconhecida pelos estudiosos da Reforma psiquiátrica brasileira, como afirma Sidrim (2010), e também foi inspiradora para o Movimento Antimanicomial, cuja atuação impulsionou politicamente as articulações para as reformas no atendimento aos indivíduos com transtornos mentais.

A Antipsiquiatria inglesa, de acordo com Sidrim (2010, p. 29), foi “um movimento crítico ao espaço asilar que assumiu radicalidade e colocou em cheque a própria loucura, e a psiquiatria denominou-se Antipsiquiatria” e, como diz o autor, “provocou ruptura tanto no âmbito teórico como no modelo assistencial vigente” (p. 29). O movimento inglês ocorreu na década de 60 do século XX e teve como seus principais mentores Ronal Laing, Thomas Szasz e David Cooper.

Cooper (1989, p. 28) desenvolveu um estudo sobre esquizofrenia que serviu para colocar em xeque o paradigma da cientificidade da psiquiatria e é enfático ao afirmar a necessidade de “discutir e contestar se existe ou não a doença esquizofrenia”, e aponta para a violência psiquiátrica como o cerne do problema, já que ela representa os interesses dos ‘sadios’ contra os tidos como loucos. O autor continua:

Estou inteiramente seguro, e darei algumas das razões de minha convicção, de que o processo mediante o qual alguém se torna um esquizofrênico designado implica uma violência sutil, psicológica, mítica, mística, espiritual.

Esta violência é tão tortuosa, que mistificou sua inexorável sujeição ao menos durante o último século, porém, agora, somos finalmente capazes de começar a dizer o que é.

Uma vez que, como espero, nos libertemos do pseudocientificismo predominante, agitemos nossa varinha mágica, com um desculpável floreio retórico, nas entranhas da violência que as pessoas fazem umas às outras (COOPER, 1989, p. 29).

Na prática, o autor assumiu um pavilhão denominado Vila 21, em um hospital de “doentes mentais”, no ano de 1962. A proposta de Cooper era transformar as práticas terapêuticas tradicionais e, para tanto, foi necessário ultrapassar questões que iam desde a heterogeneidade das internações e a diferenciação do “nível” das patologias dividindo os mesmos espaços, até à preparação do pessoal para lidar com os internos.

Houve, sem dúvida, mudanças no Vila 21 através de reuniões não hierarquizadas, orientação aos médicos no sentido de vencer preconceitos e que estimulassem ultrapassar as ações rotineiras que favoreciam a cronificação dos pacientes. Outra proposta de Cooper foi o trabalho com as famílias, pois as considerava com as propulsoras da loucura<sup>121</sup>.

Os dados trazidos pelo autor ao final de seu livro (COOPER, 1989) são relevantes no sentido de demonstrar que as reformas implementadas no hospital psiquiátrico londrino traduziram-se em alta médica para todos os pacientes no período de um ano após a sua admissão e que, no total de 42 internos, apenas sete foram readmitidos. O autor enfatiza que a referida readmissão dos pacientes com alta não aconteceu em nenhum outro hospital de Londres.

O Modelo italiano conhecido como psiquiatria democrática teve como seu principal formulador Franco Basaglia, que se inspirou na experiência de Maxwell e o modelo da Comunidade Terapêutica. O médico psiquiatra italiano, com um processo crítico radical às práticas institucionais manicomiais, foi responsável pelo fechamento de um manicômio em Trieste e, ao assumir, como diretor, o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na década de 60 do século XX, desenvolveu uma rede de atendimento com base comunitária, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, e que, para alguns estudiosos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (SIDRIM, 2010), inspirou as propostas transformadoras aqui no Brasil. Franco Basaglia esteve no Brasil em

---

<sup>121</sup> Em sua obra *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, Cooper (1989) dedica três capítulos à discussão acerca das relações familiares dos esquizofrênicos e também a relação dessas famílias com a enfermaria onde seus pacientes estavam internados em um processo que ele denominou “terapia de orientação familiar com esquizofrênicos hospitalizados”.

1978 e em 1979 para proferir conferências. As conferências de 1979 resultaram em um livro intitulado *A psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil*.

Para Basaglia (1985), o discurso anti-institucional e antipsiquiátrico não poderia ficar restrito ao campo de ação, portanto, era imprescindível o questionamento às estruturas políticas e sociais que funcionavam como sustentação dos valores dominantes. Essa é a proposta do psiquiatra através da sua experiência em Gorizia, que também resultou, como já mencionei, na magnífica obra *A instituição negada*, “considerada uma obra prima da Psiquiatria contemporânea”<sup>122</sup>.

Franco Basaglia foi o precursor de um movimento que se disseminou em diversas partes do mundo, e sua obra aborda os princípios ideológicos da “psiquiatria democrática” italiana. O autor propõe uma ruptura com a tradição manicomial e relata sua experiência no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália:

Não há perigosos. Os que gritam, se agitam, tentam atacar médicos, enfermeiros e visitantes não existem, porque como nesta comunidade não há grades, portões, camisas-de-força - meios geradores da violência -, não se sente o clima de angústia e tumulto característico das instituições análogas (BASAGLIA, 1985, p. 23).

Como já foi dito, os movimentos de transformação no atendimento aos indivíduos com transtornos psíquicos que impulsionaram em seus países as respectivas reformas também proporcionaram uma transformação conceitual, deixando de lado a ideia de “doença mental” que norteava o modelo hospitalocêntrico, e o Brasil, mesmo com uma tradição de autoritarismo em suas instituições, não poderia ignorar a tendência reformadora da assistência ao “louco” que emergiu em alguns países do ocidente. Incorporou em sua pauta política, pós-ditadura militar, as discussões sobre reformas no atendimento ao indivíduo com transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica brasileira nasce junto com o processo de redemocratização do país, o que permitiu com certeza a movimentação de alguns segmentos da sociedade no sentido de denunciar as violências instituídas em nossos manicômios. É relevante entendermos o papel de protagonista de uma parte da Sociedade Civil brasileira com impulsionadora das nossas mudanças. Voltaremos a essa temática em outro momento desse texto.

---

<sup>122</sup> Disponível em: <[www.ccs.saude.gov.br/memoria](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria)>. Acesso em 05 nov. 2012.

### 6.3 O Brasil e a institucionalização da loucura: o surgimento da psiquiatria brasileira

De acordo com Passos (2009, p. 103), em todo Brasil Colônia e quase todo o Império, “a situação dos loucos em nosso país se assemelharia, na verdade, àquela dos loucos da Idade Média europeia” porque, segundo a autora, foi uma questão que não se configurou como um problema social que a mesma entende como uma ‘loucura silenciosa’, no sentido de que não proporcionava impactos sociais e, portanto, não atraía o interesse das autoridades.

As famílias com melhores condições financeiras mantinham seus loucos em casa, às vezes cuidados por alguns assistentes. Os loucos pobres ficavam a vagar pelas cidades, e sua sobrevivência era garantida pela caridade pública. Eram, sim, alvo de chacotas e violências da população, suas imagens associadas ao medo, usada pelos pais como instrumento de reprimenda ao mau comportamento das crianças, na ameaça de entregá-las a algum desses loucos de rua. Contudo, não eram alvo de uma ação repressiva por parte do poder constituído (PASSOS, 2009, p. 104).

Para a autora, alguns componentes da sociedade da época favoreciam a ausência de repressão aos loucos de rua, como: a baixa expectativa de vida, o contexto social ainda muito rural, o número desses loucos não era suficiente para “perturbar a ordem pública” e também devido ao longo período de escravidão não havia contingente populacional significativo de desocupados, mas sem dúvida o pensamento predominante entre nós era o da loucura como vício, uma maldição ou uma possessão (PASSOS, 2009, p. 104).

O autor (p. 105) entende que o século XIX vai apresentar o louco como um problema social e diz: “é no Brasil imperial oitocentista, mas precisamente a partir da segunda metade do século, que as práticas sociais relacionadas aos loucos começam a sofrer transformações importantes”. Isso se dá em consonância com a ideologia da época que, por sua vez, recebia influência europeia, aliada à necessidade da emancipação do país e do fortalecimento do império após sucessivas revoltas como: Cabanagem, Balaiada, Guerra dos Farrapos, entre outras.

O marco da institucionalização da loucura no Brasil foi o decreto da fundação, em 1841, do Hospício Pedro II, primeiro ato assinado pelo Imperador, aos quatorze anos de idade, mas somente inaugurado em 1852. O hospício tornou-se, então, o lugar de segregação de uma população que começa a ser percebida como

desviante<sup>123</sup> para os padrões da medicina social que surge no país (MONTEIRO, 2010a). O Hospício, após a sua fundação, permaneceu sobre a direção dos religiosos da Santa Casa de Misericórdia.

O edifício, construído com o dinheiro de subscrições públicas, planejado aos moldes de hospitais franceses, em estilo neoclássico, provido de espaços suntuosos e decoração de luxo, fica popularmente conhecido como p 'palácio dos Loucos'.

A amplidão dos espaços, a disciplina, o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classes sociais e diagnósticos, e a constante vigilância do alienado materializada arquitetonicamente como um panóptico<sup>124</sup> (torre em forma de anel com um vigia), representam o nascedouro da psiquiatria no Brasil.<sup>125</sup>

Os relatos da memória da loucura no Brasil, já amplamente divulgados nesse texto, apresentam dados significantes sobre a diferenciação de classes sociais no que diz respeito ao atendimento e aos serviços prestados no Hospital Pedro II. De acordo com prontuários encontrados nos arquivos da instituição, havia a seguinte subdivisão de classes sociais:

Pertenciam à primeira classe os indivíduos brancos, membros da Corte, fazendeiros e funcionários públicos; à segunda classe, os lavradores e serviços domésticos; e à terceira, pessoas de baixa renda e escravos pertencentes a senhores importantes e havia também os indigentes (classe mais numerosa).

[...] Enquanto os pacientes da primeira e segunda classe viviam em quartos individuais ou duplos e se entretinham com pequenos trabalhos manuais, jogos ou leituras, os da terceira classe e quarta trabalhavam na cozinha, manutenção, jardinagem e limpeza.<sup>126</sup>

O Hospital desvinculou-se da Santa Casa quando, em 1886, o médico psiquiatra Teixeira Brandão, considerado o primeiro alienista brasileiro, tornou-se

<sup>123</sup> É possível perceber que a população usuária dos serviços do Hospício era uma população indigente, alcoolistas em sua grande maioria, reconhecidos como os 'piores representantes das classes mais desprotegidas da sociedade', segundo afirmação do Dr. Juliano Moreira, que dirigiu a seção Pinel do Hospício Nacional (ENGEL, 2003). A contemporaneidade ainda nos aponta essa realidade. Mesmo com as reformas lentamente implementadas ao longo dos séculos, não há como perceber uma possível superação (consolidada) das práticas de exclusão contidas no modelo asilar no Brasil. Sobre essa afirmação, ver Monteiro (2010a).

<sup>124</sup> O Panóptico, segundo Foucault (2003, p. 86), é um esquema de vigilância que surgiu no século XIX para enquadrar-se à era da "ortopedia social", em forma de arquitetura, e que vale para escolas, hospitais, prisões, casas de correção, hospício, fábrica etc.

<sup>125</sup> Disponível em: <[www.ccs.saude.gov.br/memoria](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria)>. Acesso em 05 nov. 2012.

<sup>126</sup> Disponível em: <[www.ccs.saude.gov.br/memoria](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria)>. Acesso em 05 nov. 2012.

diretor do hospital. Na sua gestão, foi fundada a primeira escola de enfermeiros e enfermeiras do Brasil <sup>127</sup>.

Engel (2003, p. 59) discute o surgimento dos ideais médicos brasileiros pautados na exclusão e confinamento da população considerada de alta periculosidade, mas afirma que o advento da República em 1889 trouxe novas medidas administrativas que conferiram um caráter médico à instituição, contribuindo para a “consolidação da psiquiatria brasileira como um campo de saber especializado e reconhecido”<sup>128</sup>. Neste contexto, encontramos os alienistas como os gestores desse novo saber e os guardiões da ordem exigida para a transformação do espaço urbano em um novo projeto de civilidade<sup>129</sup>.

Outro aspecto que considero relevante para o debate sobre a consolidação do saber psiquiátrico brasileiro deve-se ao estabelecimento dos ideais eugênicos<sup>130</sup> da liga Brasileira de Higiene Mental-LBHM. A liga foi fundada no Rio de Janeiro, em 1923, com o objetivo inicial de “melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (COSTA, 2007, p. 45)<sup>131</sup>, mas a obra de Jurandir Freire Costa aponta para o surgimento de um “ideal” de higiene mental, a partir de 1926, quando a liga elabora projetos de “intervenção preventiva dos psiquiatras” em espaços sociais como escolas e até no domínio cultural. “Os psiquiatras definem-se cada vez mais como higienistas” (p. 47).

A eugenia foi o artefato conceitual que permitiu aos psiquiatras dilatar as fronteiras da psiquiatria e abranger, desta maneira, o terreno social. A nova noção justificou psiquiatricamente a expressão dos anseios culturais dos

<sup>127</sup> Após a proclamação da República, o Hospício Pedro II passa a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados, colocando-se, então, sob a administração do Estado. Disponível em: <[www.ccs.saude.gov.br/memoria](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria)>. Acesso em 05 nov. 2012.

<sup>128</sup> Segundo Costa (2007), no Brasil, a psiquiatria torna-se especialidade médica em 1912 e durante toda a década, até 1920, há um aumento do número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. É nesse período que se inaugura o Manicômio Judiciário.

<sup>129</sup> A literatura nos premiou com obras que retratam o momento inicial dessa psiquiatria brasileira. Yasui (2010, p. 32) considera Machado de Assis “como o primeiro crítico da psiquiatria brasileira e do sistema asilar”, através do texto *O Alienista*. Também há a experiência de Lima Barreto, que foi relatada de forma contundente em duas obras: *Diário do hospício* e *Cemitério dos Vivos*, no início do século XX. Lima Barreto, naquele momento, já apontava, com criticidade, as técnicas empregadas pelo saber médico em cumplicidade com a percepção social da loucura, nas quais se insere a administração da moralidade, da ociosidade e dos vícios.

<sup>130</sup> De acordo com Costa (2007, p. 49), eugenia é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar “o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras tanto física quanto mentalmente”.

<sup>131</sup> A LBHM, de acordo com Costa (2007), era uma entidade civil, reconhecida como de utilidade pública e recebia subvenção federal.

psiquiatras que, sem ela, teriam que tomar os caminhos políticos e ideológicos adequados à sua manifestação (COSTA, 2007, p. 47).

Costa (2007) afirma ainda que o tema da eugenia como base conceitual para a discussão sobre higiene mental produzida pelos psiquiatras foi herdado de um debate muito presente entre os intelectuais da época: a constituição étnica do povo brasileiro.

Para o autor, a eugenia chegou ao Brasil em um momento oportuno, já que esses intelectuais estavam diante de problemas ideológicos gerados pelas convulsões sociais presentes nas duas primeiras décadas do período republicano e acreditavam que

O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque o calor e a mistura com raças inferiores tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. Infelizmente, nada podia ser feito contra o clima. Em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido (COSTA, 1989, p. 50).

Com a ideia de que a República era “extremamente benevolente” (p. 50), em nome de um “contrato social democrático” (p. 50), os intelectuais brasileiros (historiadores, sociólogos, antropólogos, literatos etc.) entendiam que o Estado republicano não poderia aceitar mais a intrusão de negros e mestiços em uma sociedade de homens livres e brancos, já que esses “indivíduos eram biologicamente inferiores e, em consequência, incapazes de se adaptar à sociedade democrática” (p. 50), o que justificaria, inclusive, “um princípio de arienização” estimulando o embranquecimento da pele como um valor para inserção na sociedade. Para Costa (2007, p. 52), é essa herança cultural que os psiquiatras da Liga vão adequar aos seus “programas de higiene mental”.

Inicialmente, essa integração será feita de acordo com a corrente principal da cultura, ou seja, através das proposições de melhoria progressiva da raça, que era o equivalente psiquiátrico da ideologia de embranquecimento progressivo da população. Posteriormente, sob a influência dos acontecimentos dos anos 20 e 30 e da evolução da Psiquiatria alemã, os psiquiatras brasileiros abandonarão a ideia de arienização ou de embranquecimento progressivo e vão reter do racismo a ideologia a ideologia de pureza racial, peculiar aos países europeus e à América do Norte.

Um momento na trajetória da psiquiatria no Brasil voltado para os ideais hospitalocêntricos emerge com o estabelecimento dos hospitais-colônias. Há nesses arranjos institucionais a manutenção da tradição de exclusão e de controle social da



pobreza, mas aponta um elemento novo: o trabalho<sup>132</sup>. O hospital-colônia, como modelo asilar e também local de acolhimento dos incuráveis, se estabelece no Brasil com a Colônia Juliano Moreira-CJM<sup>133</sup>, no Rio de Janeiro, em 1924, e, de acordo com Lougon (2006), inicialmente tinha uma capacidade para trezentos internos. No entanto, 60 anos depois, se tornou “uma comunidade onde conviviam cerca de cinco mil pessoas, direta ou indiretamente ligadas ao tema fundador: a doença mental” (LOUGON, 2006, p. 30).

A ideia central que norteava a criação desses estabelecimentos era a de manter os doentes mentais em colônias agrícolas, dotadas de extensas áreas verdes e distantes do centro urbano, onde sua presença era incômoda e, ao mesmo tempo, conservá-los ocupados, cultivando a terra ou trabalhando em oficinas. O lema *praxis omnia vincit* (a prática sempre vence), aplicado na praxiterapia, mostra o trabalho como o grande instrumento terapêutico nas colônias (LOUGON, 2006, p: 61).

O referido autor, ao descrever o que ele intitula de “comunidade”, utiliza quatro categorias para definir o universo populacional do CJM em 1982: doentes (cerca de 2.600), funcionários (cerca de 1.200), moradores (aproximadamente 3.000)<sup>134</sup> e técnicos (cerca de 160).

As possibilidades de transformação dos ideais de exclusão, reclusão e inércia do louco no Brasil se vislumbram a partir da segunda metade do século XX. Como referência desse primeiro momento reformista surge a iniciativa da psiquiatra Nise da Silveira, no Hospital Psiquiátrico Nacional do Rio de Janeiro, que utiliza a arte com método terapêutico, produzindo oficinas de pintura, tecelagem e outras manifestações de arte manual. Os trabalhos elaborados pelos pacientes da Dra. Nise encontram-se em exposição permanente no Museu de Imagens do Inconsciente, que funciona no centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro.

<sup>132</sup> De acordo com Lougon (2006, p. 61), a ideia que se impunha à criação desses estabelecimentos é uma prática terapêutica na qual o trabalho era o elemento primordial. “a ideia era defendida como uma alternativa para o confinamento dos doentes em espaços fechados: a liberdade do trabalho nos campos das colônias, em lugar da vida ociosa entre quatro paredes nos hospícios tradicionais”.

<sup>133</sup> Segundo Delgado (2011), a primeira lei brasileira voltada para os loucos deu-se em 1902 e era de autoria do médico negro e baiano Juliano Moreira, o qual já mencionamos aqui, que entrou na Universidade antes de acabar a escravidão e não admitia camisa-de-força nos serviços que dirigia (tendo incinerado todas elas). Juliano Moreira foi diretor do Hospital Nacional dos Alienados por mais de 20 anos e, durante a sua administração, criou a maior biblioteca de Psiquiatria da América do Sul.

<sup>134</sup> Residiam na área da CJM, que é propriedade do Ministério da Saúde e não necessariamente estão vinculados a este. Na área, foram construídas residências para funcionários que continuaram morando lá mesmo após a aposentadoria. Outras residências foram construídas para abrigar os filhos dos funcionários que iam constituindo suas famílias (LOUGON, 2006). Atualmente, ainda há moradores na área da colônia, há os lares de acolhimento com pacientes com mais de 70 anos, dependentes da instituição e o complexo denomina-se Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira. Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor>>. Acesso em 07 dez. 2014.

[...] Nise da Silveira fundou a Casa das Palmeiras, também no Rio de Janeiro, clínica de reabilitação para doentes mentais, em regime aberto, que utilizava métodos expressivos como principal método terapêutico. No período, essa experiência configurou-se como evento profundamente singular e destoava do contexto geral. Talvez por isso, a Literatura que trata de maneira global sobre a trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil tende a omitir a experiência de Nise da Silveira (SIDRIM, 2010, p. 37).

As novas ideias que aportam no país com o surgimento das Comunidades Terapêuticas inglesas, nas quais a terapia adquire um caráter social com a utilização de métodos que envolvam o grupo, além de outras propostas reformistas já discutidas nesse texto, impulsionaram uma movimentação que se dá no âmbito da sociedade civil e, como vimos, em um momento político favorável. Na década 1980 é possível uma série de ações, envolvendo atores variados, que se avolumam e transformam-se em movimentos sociais, como o MTSM-Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, além dos aspectos que compõem a Reforma Sanitária brasileira<sup>135</sup> que, no interior do aparelho estatal, possibilitou as transformações na atenção à saúde mental no Brasil e contribuiu para alavancar o que se costuma denominar Reforma Psiquiátrica, a qual, de acordo com Yasui (2010, p. 99),

[...] se caracteriza por uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, ao recusar-se a aceitar o sofrimento humano apenas como o objeto simples de doença mental, mas por considerá-lo em sua complexidade. É do diálogo entre as diferentes e diversas disciplinas que cuidam desse sofrimento que se cria uma nova maneira de olhar, de escutar, de cuidar.

#### **6.4 A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

A década de 80 do século XX, no Brasil, é marcada pelo final da ditadura militar e início da redemocratização do país e, como afirma Yasui (2010), também é reconhecida por grande parte dos economistas como a 'década perdida' devido ao processo inflacionário, arrocho salarial, concentração de renda, queda do Produto Interno Bruto-PIB, mas, de acordo com o autor, paradoxalmente foi nessa conjuntura que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica se apresentam como projetos de transformação da assistência e de implementação de uma nova agenda para a saúde pública, mas também como um projeto de redemocratização.

---

<sup>135</sup> Essa mudança começou no final dos anos 60 e início dos 70 – o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil –, quando se constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em 07 dez. 2014.

Para o autor, é impossível se pensar a Reforma Psiquiátrica desarticuladamente do movimento da Reforma Sanitária porque nesse processo temos a criação do SUS com as suas diretrizes, como: universalidade (todos têm direito ao atendimento); equanimidade (princípio de justiça, todos têm que estar ao nosso alcance); descentralização (serviços descentralizados e cada vez mais perto dos usuários); e também o projeto de Ações Integradas da Saúde-AIS, o que significou o início da reorganização da assistência à saúde em alguns estados. A integralidade dos serviços, de acordo com Delgado (2011, p. 4704), “trata dos serviços e dos dispositivos para o paciente e suas necessidades”. O autor complementa:

Da vacina ao transplante, do velho calmante aos neurolépticos de última geração, todos têm que estar à disposição do paciente para que ele crescentemente possa sair do tratamento compulsório e caminhar para o voluntário (DELGADO, 2011, p.4704).

Durante a década de 1980 há uma série de articulações que traz à tona a questão do atendimento à saúde mental no Brasil, entre elas a I Conferência Nacional de Saúde Mental, quando o MTSM, norteado pelas ideias de Franco Basaglia e da Psiquiatria Democrática italiana, identificou a “necessidade de demarcar preposição da Reforma, alinhada à desconstrução do manicômio” (SIDRIM, 2010, p. 39).

Em 1987, durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, o movimento se redefiniu como Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, tendo como lema “uma sociedade sem manicômios”. O citado movimento reuniu, além de técnicos, lideranças municipais, familiares de pacientes, estudantes, pacientes e, neste Congresso, ficou definido que o dia 18 de maio seria o dia Nacional de Luta Antimanicomial.

Dentre os eixos de discussão do Congresso, um apontava para uma nova estratégia a ser desenvolvida pelo movimento: o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’. Adotado nacionalmente, a partir desse evento, o lema colocava em destaque a questão da loucura no âmbito sociocultural. Tratava-se de: produzir uma utopia norteadora das propostas assistenciais, resgatar a discussão sobre segregação e a violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se, também, de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma Razão instrumental, sobre a loucura (YASUI, 2010, p: 45).

Como menciona Sidrim (2010), essa movimentação favoreceu o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e também a intervenção da Casa de Saúde Anchieta em Santos, o que exigiu a criação de Núcleos de Assistência de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade para o atendimento dos egressos da Casa de Saúde.

Em 1992, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que proporcionou um embate entre representantes do Movimento Antimanicomial e representantes da FBH. De acordo com Sidrim (2010, p. 40), “estes são sem dúvida os principais protagonistas da Reforma Psiquiátrica”, definindo os extremos dessa luta.

Depois desse momento, há a abertura de serviços que propunham as mudanças no atendimento, mas sem a exclusão do debate sobre a extinção dos manicômios, causando, inclusive, divergências internas e uma posterior divisão no Movimento Antimanicomial.

Para Sidrim (2010, p. 41), a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, em 2001<sup>136</sup>, consolidou a Reforma Psiquiátrica e “marcou o redirecionamento da assistência à saúde mental como política oficial do governo”. O relatório final da Conferência trouxe o slogan “Cuidar Sim, Excluir, Não” e em seu conteúdo ficou explicitado, entre outras, as seguintes propostas: consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego<sup>137</sup>.

A morte de Damião, em 1999, como podemos entender, se deu em um momento histórico brasileiro no qual havia uma efervescente discussão a respeito da saúde mental, principalmente no que tange à não violação dos direitos dos portadores de transtornos mentais. O movimento antimanicomial estava ativo, foram promulgadas as Portarias 189 de 1991 e 224 de 1992, que tornavam os CAPS modelos de serviços para todo o país (BARROS; JORGE, 2011), a Constituição Brasileira de 1988 trazia no artigo 5º proibição à tortura e ao tratamento degradante, que pode ser entendido como um elemento norteador para o estabelecimento de um novo modelo de assistência psiquiátrica.

---

<sup>136</sup> Quando houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental a lei 10.216 já havia sido aprovada.

<sup>137</sup> Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)>. Acesso em 06 nov. 2014.

Também tramitava no Congresso brasileiro o projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT - Minas Gerais), que foi derrotado em 1995<sup>138</sup> no Senado Federal e substituído por uma proposta do Senador Lucídio Portella, que resultou na lei 10.216/2001, aprovada no dia 06 de abril de 2001, doze anos depois. A lei trouxe importantes mudanças para a assistência em saúde mental, mas, como afirma Pinheiro (2010, p.11), “não dispõe da extinção de hospital psiquiátrico como regra geral”. Para o autor, a referida Lei é o “principal marco jurídico da Reforma Psiquiátrica brasileira” (p.12) e está em vigor até o presente momento.

Para muitos, a lei 10.216 é a “lei fundadora da Reforma Psiquiátrica”, mas Paulo Gabriel Godinho Delgado (2011), que como vimos é o autor do projeto inicial da mencionada lei, analisa sob outra perspectiva. Segundo ele,

Fundadora da lei é o Movimento Nacional de luta Antimanicomial e seus fundamentos: humanismo, ciência, técnica, comunidade, afeto e história. Era preciso continuar o trabalho de todos aqueles profissionais e leigos, que alertas e sensíveis, buscavam reorientar a medicina moderna na direção que aponta para a unidade corpo-espírito e querer, assim encontrar a origem, a fabricação das doenças orgânicas, físicas e mentais (DELGADO, 2011, p. 4702).

Uma discussão que surge a partir da longa protelação da promulgação da Lei acima mencionada aponta a resistência dos serviços privados voltados para o atendimento à saúde mental, que procuraram preservar seus lucros temendo o fechamento dos hospitais psiquiátricos<sup>139</sup>.

No Ceará, alguns acontecimentos contribuíram para impulsionar a Reforma Psiquiátrica no Estado<sup>140</sup>. Em 1991, inaugurou-se o primeiro CAPS, na cidade de Iguatu; em 1992, realizou-se a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará, na qual foi votada uma moção de apoio a um projeto que tramitava na Assembleia Legislativa: o Projeto de Lei do Deputado Mário Mamede que resultou na atual Lei 12.251, de 29 de julho de 1993 (BARROS; JORGE, 2011).

<sup>138</sup> O projeto de lei 3657/89 do deputado Paulo Delgado propunha a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento em Hospitais-dia, Núcleos e Centros de atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) e torna obrigatória a comunicação oficial de interações contra a vontade do paciente”.

<sup>139</sup> Sobre essa afirmação, ver Barros e Jorge (2011, p.31).

<sup>140</sup> O primeiro hospital psiquiátrico inaugurado no Ceará, ainda no século XIX, foi o asilo para alienados São Vicente de Paula, vinculado à Santa Casa de Misericórdia. Quase quarenta anos depois, foi inaugurada a Casa de Saúde São Gerardo, com característica privada, e na década de 60 do século XX foi fundado o Hospital de Saúde Mental de Messejana, de caráter público. Também foram inaugurados o Nosso Lar e o Hospital psiquiátrico Myra y Lopez. Atualmente, estão em funcionamento o Nosso Lar, O São Vicente de Paula e o Hospital de Saúde Mental de Messejana.

O Projeto de Lei do Deputado Estadual Mario Mamede incorporou os mesmos pressupostos do Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado, a extinção da lógica manicomial e a substituição por outros serviços assistenciais, nesse caso, no Estado do Ceará. A lei foi aprovada com o seguinte teor: dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória<sup>141</sup>.

Para Sampaio e Carneiro (2005/2007, p. 8), a implantação da reforma psiquiátrica em Sobral ocorreu em 1997 e o marco desse momento, de acordo com as informações do autor, é um ato político, ou seja: “quando Cid Gomes assumiu a prefeitura Municipal de Sobral e deu posse a Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>142</sup> como titular da Secretaria de Saúde e Assistência Social”.

A questão que emerge a partir dessa informação é como, durante dois anos (1997-1999), a gestão da saúde em Sobral, já imbuída dos preceitos ideológicos da reforma psiquiátrica, não interveio no cotidiano reconhecidamente tenebroso do Manicômio? Nunca foi feita uma visita institucional? Os gestores da saúde permaneciam desinformados a respeito da terapêutica massificada, do descaso e até da violência física dispensados aos internos daquele nosocômio? Seria o hospital psiquiátrico uma instituição a ser deixada aquém da gerência das autoridades de saúde do Município, se constituindo um território protegido por uma cultura política interiorana de “coronéis” oligarcas?

A pesquisa exigiu a busca por respostas para essas interrogações que se tornaram incômodas durante boa parte da escrita do texto. Depois de vários telefonemas para agendar uma hora com o Dr. Odorico Monteiro, sem conseguir retorno, até porque o médico estava em campanha para deputado federal, que resultou na sua eleição, consegui, através do meu orientador, contatos mais efetivos, mas não suficientes para marcar um encontro de imediato. Durante um mês, esses encontros foram marcados e desmarcados várias vezes, até que se efetivou.

No dia e hora combinados, compareci ao local determinado e fui recebida com a seguinte frase: “tenho uma reunião venha comigo, vou levar você para o escritório do meu irmão e você me espera lá”. Assim foi feito. Fiquei na recepção do

---

<sup>141</sup> Disponível em: <[www.inverso.org.br](http://www.inverso.org.br)>. Acesso em 07 jul. 2012.

<sup>142</sup> O médico é professor da faculdade de medicina da UFC, pesquisador da FIOCRUZ, foi Secretário de Saúde de Sobral, de Icapuí e foi figura proeminente do Ministério da Saúde, período em que foi juntamente com o ex Ministro da Saúde Antônio Padiilha elaborou o Programa Mais Médicos.

escritório de advocacia por mais de duas horas até o retorno do médico, que me encaminhou para uma sala onde conversamos por cerca de 15 minutos, entre telefonemas constantes e uma impaciente relação com o andamento das horas já que constantemente dirigia o seu olhar para o relógio de pulso.

Ao final, foram poucas as respostas objetivas recebidas. No que se refere ao conhecimento do atendimento à Guararapes, o médico disse que sabia de algumas coisas e que já estava planejando uma sindicância, mas que a morte de Damião precipitou os acontecimentos. Quanto à pressão do Sr. Cid Ferreira Gomes a respeito da investigação sobre a morte do Damião, mencionada em outro momento desse texto e citada por alguns entrevistados, o médico nega e diz: “O governador me disse, faça o que for preciso fazer”.

No restante do tempo em que estivemos conversando, o Dr. Odorico enumerou os seus feitos à frente da Secretaria de Saúde de Sobral e logo me “despachou” devido aos inúmeros compromissos da sua agenda política. Portanto, a rápida conversa que tivemos não esclareceu as minhas interrogações, deixando a sensação de que nunca serão respondidas.

O campo de pesquisa em Sobral traz contradições quanto às informações passadas pelo Dr. Odorico, mas de fato é relevante entender os feitos da sua gestão para a consolidação da RAISM de Sobral, principalmente no campo da formação de profissionais capacitados para lidar com as novas propostas no atendimento aos pacientes com transtornos mentais, que se traduzem na Escola de Saúde da Família e nos cursos na área de saúde mental.

As inovações produzidas a partir da criação da RAISM o Dr. Odorico pôde apresentar na Corte Interamericana de Direitos Humanos, já que foi ao julgamento do caso Damião para “defender o Estado Brasileiro e mostrar as novas iniciativas de Sobral e também do Brasil no campo da saúde mental”.

## 7 HISTÓRIA SOCIAL DA MEDICINA/PSIQUIATRIA EM SOBRAL

Era uma casa trancada, trancada mesmo. Eu não quero chorar o leite derramado (Costa e Silva, egresso da Casa de Repouso Guararapes).

De acordo com Sampaio (1999, p. 9)<sup>143</sup>, o atendimento psiquiátrico em Sobral data do início da década de 1970, “quando o Dr. Remo Cardoso Machado abre um pequeno serviço particular”. A casa de Repouso Guararapes foi fundada em 1974 pelo Sr. Wladimir Ferreira Gomes e tinha como médico assistente o Dr. Remo Cardoso, já que o proprietário não tinha formação médica. Portanto, era uma instituição privada que atendia uma região de quase um milhão de habitantes.

Após a morte do proprietário, assumiu a direção do hospital o seu filho, Sergio Ferreira Gomes, também sem formação no campo médico. Como afirmam Barros e Jorge (2011, p. 72), o proprietário era um empresário para quem a “instituição significava mais um dos seus empreendimentos”, e os “usuários eram encarados como fonte geradora de lucro”, inserindo-se no contexto de assistência que Rosa (2008, p. 100) denomina de indústria da loucura.

[...] os hospitais psiquiátricos da rede privada contratada preponderam na assistência, em relação aos hospitais de rede pública, numa explícita dinamização da função produtiva da psiquiatria pelo fortalecimento do complexo médico-assistencial do setor privado e da indústria farmacêutica que alimentou a ‘indústria da loucura’, sofrendo então várias resistências e denúncias.

Segundo a autora, a partir de 1964 houve um acréscimo acelerado no número de leitos em Hospitais Psiquiátricos sob os auspícios do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e em 1966 a “assistência psiquiátrica é estendida a todo trabalhador e seus dependentes segurados do sistema” (p. 99).

Como vimos, a Guararapes foi fundada em 1974 e, de acordo com os relatos dos entrevistados e com os documentos consultados, durante os vinte e seis anos da sua existência foi protagonista de um cotidiano marcado pela violência institucional que se perpetrava em vários níveis. Para Sampaio (1999, p. 11), o sistema de saúde de Sobral privilegiou o manicômio em detrimento a outras formas

---

<sup>143</sup> José Jackson Coelho Sampaio é médico psiquiatra, mestre em medicina social, doutor em medicina preventiva, professor titular da Universidade Estadual do Ceará-UECE, atualmente é reitor da instituição. Dr. Jackson foi supervisor clínico-institucional dos CAPS de Fortaleza, Quixadá e Sobral.



de atendimento à população com TM, sendo assim, mostrou-se resistente à “indicação de internação em hospital geral, reforçada pelas modernas teorias psicológicas-psiquiátricas, de caráter desagregador e eminentemente médico”. O autor afirma ainda que a proposta dos hospitais-dia, também indicação da Reforma Psiquiátrica, apresentam-se, no Ceará, não como mudança ou humanização no atendimento a pessoas com TM, mas como “estratégia de sobrevivência dos hospitais psiquiátricos clássicos” (p. 11).

O autor continua:

O hospital psiquiátrico de Sobral, com mais de 20 anos de funcionamento, tem diminuído o número de leitos reduzindo a proporção no total do Estado, mas representa a alternativa conhecida pela população, naturalizada na cultura local e referência regional, embora apresente as mesmas características de pobreza terapêutica, de reducionismo e abordagem psico-farmacológica e de exclusão social (p 11).

Baseado no estudo de Costa (1997), Sampaio (1999, p. 12) afirma que, ainda que no Hospital Psiquiátrico de Sobral, além de internamentos inadequados (ausência de diagnóstico que recomendasse a internação), também apresentava “alto número de óbitos, alto número de evasões<sup>144</sup> e nenhuma alta com complementação ambulatorial sugerida”. Para o autor, o último indicador sugeria a ausência de “um sistema de cuidados o que colocava a ‘terapêutica-leito’, modalidade onerosa<sup>145</sup> e de desempenho insuficiente, como única opção” (p. 12).

Com efeito, a morte de Damião deu visibilidade a todo esse contexto institucional violento e degradador, território de abrigo de ex-humanos, como enfatiza Bihel (2008). Mas há nesse quadro de subjugação pelo “registro clínico e pela trama das instituições” (BIHEL, 2008, p. 419) uma composição de diversos outros indivíduos que também se viram alijados de suas subjetividades e tornaram-se, para mim, referências para a construção do entendimento da lógica interna da Casa de Repouso Guararapes, onde “não recebiam mais do que cuidados alimentares mínimos, sendo que a atenção médica restringia-se a sedativos”

<sup>144</sup> No dia 04 de outubro de 1999, no “livro de Ocorrência” da Guararapes, foi registrada, além do falecimento de Damião, a “fuga” de um paciente cujo nome era Kleber Cunha.

<sup>145</sup> Segundo Sampaio (1999), o Hospital Psiquiátrico de Sobral custava ao SUS mais caro que alguns hospitais de Fortaleza, como: o Instituto de Medicina Infantil, o Hospital Cura D’ars, o Instituto José Frota de Parangaba, o Hospital Gonzaga Mota de Messejana e o Hospital Gonzaga Mota do Bairro José Walter. Para o autor, o fato da prestação de serviços em Sobral ter um custo inferior a esses outros equipamentos indicava algo “bem equivocado na lógica do sistema” (p. 12). Na Guararapes, 100% dos seus pacientes eram atendidos pelo sistema SUS, o que propiciou o encerramento das suas atividades após o seu descredenciamento.

(BIHEL, 2008, p. 424), além de imposição de violência física, como relata o Sr. W, 54 anos, egresso da Guararapes, epilético, atualmente em tratamento no CAPS, que narra insistentemente o momento do eletrochoque.

Ficava com cheiro de queimado, sapecado, um frango assado, pronto. Aplicavam o eletrochoque na cama, botavam algodão na boca, ligava a máquina na tomada lá, às vezes puxava até extensão né, aí colocava um pacote de algodão, eu me estrebuchava né.

Sobre o informe do Sr. W, há indícios de que a utilização da eletroconvulsoterapia na Casa de Repouso Guararapes restringe-se a um período que antecede à morte do Damião. Devido às limitações de alguns dos narradores nas informações sobre precisão das datas, não consegui estabelecer o período exato do uso dessa ação “terapêutica”. Segundo informação de membros da Junta Interventora, a tão “temida” máquina não foi encontrada nas dependências do manicômio quando estes assumiram a direção e também não encontrei alusão ao seu uso em nenhum dos relatórios aos quais tive acesso.

Durante a entrevista que fiz com o Sr. W, em sua residência, com duração de duas horas, ele retornou aos episódios do eletrochoque inúmeras vezes, sempre acrescentando um elemento novo à sua narrativa: “agora eu perguntava rapaz, pra quê isso hein?”; os funcionários do manicômio respondiam: “isso é pra colar nervo, quem tem problema de epilepsia tem nervo descolado na cabeça”; “eu não entendo de medicina, sei que aí passou uma coisa pela outra”.

O narrador, ao desatar alguns nós da sua memória, vai articulando os acontecimentos, uma história puxa outra em uma sequência lógica, mas constantemente perpassada por uma série de degradações, humilhações e castigos, no que Goffman (2001, p. 32) denomina de “exposição contaminadora”, como nesse relato,

A jaula que é um banheiro desse aqui e pronto, e a grade, agora quem entrasse pra dentro tomava injeção, os enfermeiros tirava a roupa né, e ficava lá, ficava lá, e eu no meu caso, eu saia pro pé da grade né pra ficar escorado, ficava escorado mais ou menos assim<sup>146</sup>, “ei ma, me dá um aí cafezinho com pão ma” porque às vezes parece que a injeção com o remédio, misturado com os outros comprimidos que eu tomava né, dava um apetite danado, só que não tinha, aí passava pro lado e pro outro, aí passava o dia ou a noite [...] ou se tivesse alguém alterado, me tirava ou tirava os outros também e vice versa né, aí me colocava ou colocava os

---

<sup>146</sup> Nesse momento da sua narrativa, o sr. W. levanta-se, encosta-se na parede da sala da sua casa para ilustrar a posição na qual ficava no interior da “jaula”.

outros também, aí só que era muito cruel, eu achava né, eu digo meu Deus do céu, ave Maria, eu ficava me maldizendo.

Sr. W., em sua narrativa, também apresenta alguns atos de insurgência que ousou no interior do manicômio:

[...] às vezes a pessoa vinha com raiva lá da baixa da mãe acolá, aí vinha descontar em mim, aí só que eu abarcava, eu abarcava, quer dizer eu quebrava, como diz o ditado e a resposta vinha em choque elétrico, no envio para a “jaula” ou em uma injeção “sossega leão”.

Para Goffman (2001, p. 60), a “tática da intransigência”, que se configura no desafio intencional do internado à instituição, estimula a lógica de que o internado intransigente deve ser vencido e para tanto há a recomendação do choque elétrico e ou da solitária, que o autor denomina de “tática da adaptação”.

Após a morte de Damião em 1999, com características de violência e com a subsequente denúncia pública de sua família, a instituição tornou-se alvo de sindicâncias (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Secretaria de Saúde e Assistência Social-Sistema Municipal de Auditoria), cujos resultados desfavoráveis contribuíram para a sua intervenção, posterior fechamento em 2000 e para embasar os processos civil, penal e o da Corte Interamericana de Direitos Humanos, que penaliza o Brasil pela morte do interno.

O entendimento da Corte é que o Estado brasileiro foi negligente quanto ao tratamento dispensado ao cidadão Damião Ximenes Lopes, mas a literatura que trata do caso e o aparato documental que a subsidia nos mostram que Damião foi mais uma das vítimas nesse contexto de desumanização no qual se insere a lógica manicomial que historicamente tem se deslocado do tratamento físico ao tratamento moral pineliano, mas de acordo com Ugulotti (1949 apud PESSOTTI, 1996, p. 216-217).

[...] o tratamento que merece ser recordado como específico para as doenças mentais é o tratamento violento, sob as mais diversas formas; tratamento violento que era, na verdade, prescrito por mestres da medicina de então como meios curativos, mas que certamente eram empregados de modo punitivo e com fins de castigo.

Na casa de Repouso Guararapes, essa violência, na maioria das vezes, era perpetrada por funcionários pertencentes a uma categoria denominada ‘monitor de pátio’. A eles era delegada a função de manter a ordem. Sobre isso, Foucault (2006) discute que “ordem disciplinar” é inerente ao poder que se exerce no asilo,

poder disperso porque o médico não é a centralização desse poder. O poder está difundido em apoios recíprocos, mas perpassado por graus, por intermediações. “Vocês têm em torno do médico uma série de intermediações” (p. 7), daí surge o vigilante<sup>147</sup> como intermediário, com um olhar “não científico”, “uma espécie de canal ótico através do qual vai se exercer o olhar científico, isto é, o olhar objetivo do próprio psiquiatra” (p. 7).

De acordo com o relatório do Departamento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, enviado para a CDHALEC em 07 de janeiro de 2000, após uma auditoria realizada na Guararapes no dia 5 de novembro de 1999, a referida categoria funcional ainda não havia sido identificada em “outros hospitais do gênero”.

Um desses monitores foi entrevistado por membros da equipe responsável pela auditoria sobre sua real função no manicômio e o treinamento recebido e ele respondeu: “Ajudo os auxiliares nos casos de briga”. “Minha função é apartar, conter os pacientes e dar gravatas”.

Entre os pontos elencados no relatório citado acima, alguns são relevantes no sentido de entendermos com maior alcance as condições de atendimento dispensado aos seus internos pela Casa de Repouso Guararapes.

No que diz respeito às instalações físicas e ao mobiliário existente, foi detectada uma discrepância entre a quantidade de leitos e a quantidade de pacientes. O relatório informa a existência de 54 leitos oficiais (32 femininos e 22 masculinos) quando se encontravam internados 43 pacientes na unidade masculina e 25 na unidade feminina. Com esses dados, a conclusão dos profissionais que atuavam na sindicância foi de que alguns pacientes estariam utilizando uma unidade que havia sido dada como interditada por estar sem condições de uso e que alguns desses pacientes encontravam-se dormindo no chão. Além disso, foi detectado que “alguns colchões não apresentavam condições de uso”, que os banheiros, pias e lavatórios

[...] encontravam-se em péssimas condições de uso (torneiras e chuveiros quebrados, ralos abertos, vazamentos diversos, descargas enferrujadas e quebradas, paredes mofadas, odores fétidos, sem qualquer privacidade por falta de portas, ausências de cestas e papel higiênico).

---

<sup>147</sup> A figura do vigilante inserido na rede de poder no asilo é utilizada por Foucault a partir de uma análise da obra de Fodéré: *O tratado do delírio*.

A breve correspondência que troquei com D. M.G. iniciou-se com perguntas que lhe enviei através de sua filha, minha aluna. As respostas vieram acompanhadas de um relato de vida, de onde retirei fragmentos já citados nesse texto. Uma das perguntas enviadas visava a compreensão dos sentimentos da ex-interna em relação ao manicômio. Recebi uma resposta que subsidia muito das informações obtidas nos documentos:

O que mais me deixava triste era a saudade dos meus filhos, e o hospital, no caso o Guararapes, era um ambiente como se houvesse o tempo todo um funeral, ou seja, era um ambiente triste, de nostalgia, enfim com uma péssima estrutura, camas muito velhas e também os colchões, os quais quando havia morrido alguém em uma determinada cama o colchão era diretamente utilizado por outras pessoas, eu no caso, assim que um senhor morreu o colchão dele foi logo utilizado por mim.

As narrativas de D. M.G. sobre sua vida se aproximam das narrativas de Catarina para Biehel (2008) em uma perspectiva em que ambas as histórias são perpassadas pela pobreza, pelo trabalho, pela “morte social” e pela sedação em demasia por serem as duas consideradas agressivas e, assim, deixadas no interior de instituições que o autor denomina de “zonas de abandono”. Catarina foi deixada no Vita para morrer: D. M.G. entrou e saiu da Guararapes cinco vezes, até o seu fechamento, hoje seu cotidiano é intercalado por momentos de “crise” e momentos de “lucidez”. A minha narradora associa a primeira internação à sua menarca<sup>148</sup>, como se essa tivesse desencadeado algum distúrbio que pudesse contribuir para o seu sofrimento mental, além dos medicamentos que lhe foram ministrados:

Fui pegar umas roupas que havia mandado a costureira fazer em uma fazenda próxima de onde eu morava chamada Jardim, então quando me dei conta em pleno sol quente eu estava toda suja de sangue, e, no entanto, percebi que estava menstruada pela primeira vez. Dias depois me levaram para o Hospital Dr. Esteavam e o médico passou 12 injeções para mim, e depois que pude perceber que desde esse dia não tive mais saúde nos meus nervos, também passei a ter as primeiras crises nervosas, ou seja comecei a apresentar sintomas que era motivo para mim levarem para o hospital.

Voltemos ao relatório. Outras deficiências apontadas são relativas ao quadro de profissionais existente e à questão da medicação. O documento atesta a ausência de psicólogo, mesmo a existência desse profissional constando como parte do corpo de funcionários, assim como a ausência de uma nutricionista e de um farmacêutico. O relatório apontou, também, a existência de apenas “um psiquiatra

---

<sup>148</sup> Refere-se à primeira menstruação de uma mulher. Disponível em: <[www.tuasaude.com](http://www.tuasaude.com)>. Acesso em: 16 ago. 2014.

em 20 horas semanais”, o que significa 4 horas diárias da presença do profissional no manicômio. Também não foi constatada a existência de um médico clínico.

A sindicância apurou e o médico Ivo Vasconcelos, diretor clínico do hospital, confirmou a manipulação em relação à dispensa de medicamentos dando conta que enfermeiros substituíam os medicamentos, sem prescrição médica, de acordo com o estoque existente na farmácia.

Em seu texto, Pereira (2001), apresenta registros do Livro de Ocorrências da Enfermagem do Guararapes em um recorte cronológico que vai de 28 de dezembro de 1999 a 18 de janeiro de 2000, ou seja, após a morte de Damião e anterior à intervenção no manicômio, nos quais o corpo de enfermagem aponta as contínuas limitações no exercício diário de suas atividades e denuncia a falta de medicamentos básicos, como a popular pomada “Fibrase”<sup>149</sup> e “soro glicosado”.

Outras deficiências relatadas no Livro dizem respeito à ausência de material necessário para a assistência aos pacientes e também à falta de cuidado com a estrutura do hospital. O item é apresentado em tom de desalento diante de uma realidade institucional contra a qual se sentem impotentes:

Ocorrência noturna de 10 de janeiro de 2000 (“o inverno chegou, imaginem esses inocentes esquecidos sem lençol; isto é uma desumanidade, por favor, providencias...”); ocorrência diurna do dia 11 de janeiro de 2000 (“a higiene corporal dos residentes está sendo feita através de uma borracha condutora de água – mangueira – o motor que puxa água está com defeito”) (PEREIRA, 2011, p. 148).

Esses registros sem dúvida corroboram para que se entenda a continuidade da dinâmica de descaso e de inoperância do hospital após a morte de Damião. Naquele momento, o hospital já estava sob sindicância da Secretaria de Saúde e Assistência Social do Município, que perdurou de 20 de outubro de 1999 a 13 de fevereiro de 2000.

Mesmo diante das “denúncias” do corpo de enfermagem, não podemos perder de vista que os profissionais que as elaboraram no Livro de Ocorrências, naquele momento, também são citados no relatório da sindicância por conduta profissional imprópria durante o período que antecede a morte de Damião. A referida conduta gerou a recomendação do Relatório da sindicância para o encaminhamento de uma cópia ao COREN no intuito de apurar as responsabilidades da Diretora

---

<sup>149</sup> Pomada de efeito cicatrizante para lesões na pele. Acesso em: <[www.saudecerto.com/2013/09/](http://www.saudecerto.com/2013/09/)>. Acesso em: 13 set. 2014.

Técnica de Enfermagem da Casa de Repouso Guararapes e dos outros enfermeiros arrolados no caso.

Vários pacientes (7-9) relataram espontaneamente a ocorrência de maus tratos (espancamento) por parte da enfermagem. Além de maus tratos, relataram que as brigas entre pacientes são afastadas pelos mesmos pacientes e são incentivados pela enfermagem.

As declarações contidas no livro de ocorrência do setor de enfermagem da Guararapes trazem elementos que já tinham sido apontados por Esquirol (1838) ao abordar o internamento no século XIX no momento inicial da psiquiatria, como identifica Foucault (2007) e sobre o qual já nos referimos nesse texto.

O que se destaca nas anotações da enfermagem do manicômio são as similitudes das práticas “desumanas” que faziam parte da instituição psiquiátrica cento e cinquenta anos depois do relato de Esquirol sobre a sua experiência nas instituições francesas do século XIX.

Vi-os nus, de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância [...]. (FOUCAULT, 2007, p. 49)

De volta ao médico Ivo de Vasconcelos, uma questão que considero pertinente apontar é o fato de que o mesmo assume, em seus depoimentos, o conhecimento de muitas das questões levantadas pelas comissões investigadoras, inclusive no que diz respeito às agressões físicas e abusos sexuais. O médico nomeia os funcionários envolvidos nas questões de abusos sexuais e informa também que tomou conhecimento do espancamento de outro paciente até a “deformidade”: “Ficou todo disforme o rosto dele, era um paciente orientado, quebraram o braço dele em dois lugares”<sup>150</sup>.

O relatório da Secretaria de Saúde e Assistência de Sobral, ao qual já me referi, elaborado após sindicância, confirma as denúncias de irregularidades já manifestadas pela sindicância anterior, evidenciando os maus tratos e a tortura a que estariam submetidos os pacientes da Casa de Repouso Guararapes, além de

---

<sup>150</sup> O depoimento do médico consta do Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Social do município de Sobral – Sistema Municipal de Auditoria, em 21 de fevereiro de 2000 e também do Relatório da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – Departamento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde em 07 de janeiro de 2000.

acrescentar um relato sobre a forma do atendimento médico perpetrado na citada instituição:

Tivemos a oportunidade de observar a consulta de um dos médicos assistentes a seus pacientes, sendo tal experiência digna de nota: o médico estava no posto de enfermagem, em cuja entrada há um balcão. O médico postava-se em outro balcão, atrás deste primeiro, de costas para a porta. Os pacientes aguardavam em fila. Entrava um paciente de cada vez, custodiado por um auxiliar de enfermagem que evitava a passagem do paciente para o recinto onde se encontrava o médico. Assim médico e paciente realizavam o ritual do encontro como se fosse uma missa medieval em latim: médico de costas, raramente olhando para o paciente, barrado de um contato mais próximo com o médico pelas costas deste, do balcão e pelo auxiliar de enfermagem. Duas ou três perguntas eram lançadas rapidamente pelo médico, liberando o paciente para seguir-se o próximo.

O relatório da Secretaria de Saúde do Município indicou nas suas “recomendações”, entre outras coisas, o descredenciamento da Casa de Repouso da prestação de Serviços do Sistema Único de Saúde; no que diz respeito ao município, que sejam providenciadas [...] “alternativas terapêuticas factíveis e adequadas à assistência prestada aos pacientes ainda internos nesse nosocômio” [...] (p. 22).

O relatório acima mencionado contendo as “recomendações” foi enviado ao Dr. Odorico Monteiro e, segundo a Assistente Social, no dia 29 de fevereiro, após uma reunião no CAPS, o Secretário de Saúde resolveu nomear a junta para intervir na Casa de Repouso Guararapes. Na continuidade do relato da Assistente Social, que mais tarde tornar-se-ia a primeira coordenadora da Rede, há a indicação sobre a constante pressão da CDHALC e da mídia, que exigiam uma posição do Secretário. Para a profissional, o secretário “não pactuava, mas ele sabia qual era a força política que ele tinha que vencer”.

O artigo 3º da Portaria que nomeou a Junta Interventora tem o seguinte teor quanto às atribuições.

A Junta Interventora terá as atribuições de administrar e sanear a Casa de Repouso Guararapes, gerindo os recursos repassados pelo Sistema Único de Saúde – SUS; reciclando e coordenando os recursos humanos existentes; aferindo a conveniência dos métodos e equipamentos utilizados no âmbito terapêutico e psicossocial.

As narrativas dos dois profissionais membros da Junta, entrevistados por mim sobre as suas experiências desse momento, apontam posicionamentos diferenciados em relação aos acontecimentos. O interventor administrativo foca-se nas ações da Secretaria de Saúde do Município voltadas para um novo projeto de



assistência à saúde mental a partir do fechamento da Casa de Repouso Guararapes. O administrador fez um delineamento das instituições de atendimento à saúde mental que se ampliaram, “novos protocolos terapêuticos”, a reestruturação da rede de Atenção Psicossocial, a Residência Terapêutica, que recebeu os oito últimos remanescentes do manicômio, enfim, o surgimento de uma rede institucional que, segundo o narrador, tem contribuído para situar Sobral como referência em saúde mental. O entrevistado complementa

É inegável que o modelo que Sobral possuía até o ano 2000, ano da intervenção, é bastante diferente do que temos hoje. Nós temos hoje consolidados o CAPS AD, o CAPS geral, Residência Psiquiátrica, o Centro de Especialidades Médicas, a Emergência Psiquiátrica, mas o que foi decisivo, mais decisivo para Sobral tornar-se mais conhecida a nível nacional, sem dúvida é a morte do Damião.

Já o relato da assistente social foca-se nas condições “desumanas” que, segundo sua percepção, foram encontradas no hospital. A narradora também traz um relato sobre os interesses políticos envolvidos no ato de nomeação dos membros da Junta e as interferências para que fosse feito um relatório final não na perspectiva do fechamento, mas apontando a possibilidade de “humanização” das práticas clínicas: “A gente vinha para cá para humanizar, eu me lembro de coisas mirabolantes, ah! vamos fazer jardinagem, vamos pintar parede, vamos trocar as camas, o chão”. Segundo o relatório relativo às primeiras ações desenvolvidas pelos interventores durante o primeiro mês de trabalho (02/03/2000 a 02/04/2000), entre outras medidas, há a contratação de “uma paisagista da Secretaria de Meio Ambiente para projetar o jardim do hospital e preparar a horta que será utilizada para as atividades terapêuticas dos pacientes”. Devido ao fechamento do manicômio, não houve efetivação das atividades propostas.

[...] quando nós fomos contar os homens, tinha mais homens que leitos, então tinha mais gente, e aqui era fétido, fedia à urina e aquela umidade, era quase como se fosse um porão, escuro, fedico, sujo e tinha mais gente que colchão, ali pelo menos, tinha mais paciente que cama (Assistente Social).

A intervenção teve a duração de 120 dias e, com o relatório final elaborado pelos interventores apontando as irregularidades, as autoridades da saúde do município optaram por decretar o fechamento. A Secretaria de Saúde do Município de Sobral descredenciou o manicômio através da portaria nº113 em 10 de julho de 2000.

A decisão de descredenciar do Sistema Único de Saúde a Casa de Repouso e o ato do fechamento da instituição foram processos tencionados politicamente e também no interior do clã dos Ferreira Gomes. Nos bastidores, havia uma luta que passava pelo poder familiar, poder privado, mando local, aliança política e tensões democráticas. As entrevistas que realizei com os dois membros da Junta Interventora evidenciam, de forma sutil, esses bastidores. A morosidade do processo de maus tratos movido pela família do Damião é creditada aos “capitais políticos” e “capitais sociais” envolvidos nessa disputa. Borges (2009, p. 41) afirma:

Damião era vulnerável e, conseqüentemente, seu status de louco reforçava o efeito estigmatizante de um processo de criminalização com um fundo ideológico-político e econômico, pois até hoje, nenhuma das pessoas de Sobral (dono da Clínica, médicos, enfermeiros), que Irene chamou de ‘gente grande’, foi responsabilizada e isso demonstra uma seletividade bem definida em relação às classes dominantes.

A política da Secretaria de Saúde de Sobral voltada para o atendimento aos indivíduos com transtornos mentais era essencialmente hospitalocêntrica até janeiro de 1999, quando foi inaugurado o ambulatório de psiquiatria, como relata a assistente social sobre o atendimento aos portadores de “transtornos mentais”, anteriormente ao fechamento do espaço manicomial:

[...] a gente convivia de forma muito passiva com o manicômio, porque quando a gente pegava um psicótico, nós mesmos encaminhávamos para a Casa de Saúde Guararapes, nós não tínhamos nenhuma vivência, nós não tínhamos nenhuma crítica ao manicômio (Assistente Social da Junta de Intervenção).

O manicômio como centro da assistência aos loucos estabeleceu uma cultura hospitalocêntrica que era entendida pela maioria dos profissionais envolvidos como “suporte clínico” para tirar o paciente da “crise” e que os outros equipamentos, como CAPS e “Hospital-dia” seriam utilizados em um momento posterior à “estabilização” da crise.

Houve uma resistência muito grande por parte da equipe e eu comecei a tencionar o CAPS para poder acolher os pacientes em crise e o CAPS não queria atender, eles queriam atender os transtornos leves, as ansiedades, as depressões, o paciente estabilizado (Assistente Social).

Durante os diálogos com a assistente social, tomei conhecimento da existência do “hospital-dia”, contemporâneo ao manicômio. O referido equipamento, também pertencente ao Sr. Sergio Ferreira Gomes, localizava-se no terreno em

frente à Casa de Repouso Guararapes, onde hoje funciona um dos estacionamentos das Faculdades Inta, mas na continuidade do processo de pesquisa não tive acesso a nenhuma documentação oficial que forneça maiores subsídios sobre a relação entre as duas instituições e seus possíveis pontos de articulação, a não ser através dos relatos de entrevistados. De acordo com a Assistente Social, a proposta do equipamento voltava-se para uma atenção terapêutica após a alta do hospital psiquiátrico:

Tá de alta, mas só que ainda não ficou bom, então o paciente vinha para passar o dia, aí ele chegava às sete da manhã e saía por volta das cinco da tarde, aí ele tinha o café da manhã, as alimentações, as refeições e tinha o trabalho de terapia ocupacional, da psicologia, da enfermagem, ficava aqui fazendo atividades individuais, e aí sim a ideia era sair da internação psiquiátrica. [...] quando nós viemos para cá, o que nós encontramos era que o Hospital-Dia tinha que ser temporário, ele era apenas uma transição pra eles ficarem livres. O Hospital Dia tinha se cronicado, já tinha paciente a 3 anos, 2 anos.

Em Barros e Jorge (2011), há a informação de que o “hospital-dia” teve uma existência de quatro anos: contava com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar imbuída dos “preceitos de uma assistência humanizada” (p. 84), mas que se deparava com limitações em relação à estrutura física e falta de investimentos. “Muitas vezes tiramos dinheiro do nosso próprio bolso para o hospital não fechar” (p. 85), mas que, em relação à assistência prestada pelo manicômio, havia um diferencial. Mesmo com a ausência de investimento, o hospital dia contava com uma equipe que propunha um atendimento mais diferenciado. Em uma conversa com a Dra. Marcia Mont’Alverne, fui informada que o referido equipamento foi fechado no processo de criação da RAISM, como resultado da reorientação das ações de saúde voltada para pessoas com TM.

Outro personagem representativo do cotidiano violento em relação aos internos na Guararapes é o Sr. Costa e Silva. Entrevistei-o em janeiro de 2013 quando era residente em um abrigo religioso para idosos do município de Sobral. Costa e Silva é uma figura instigante com as suas narrativas entremeadas por “delírios” e “lucidez” que podem ser resultantes de uma experiência existencial de loucura e abandono.

Eu sabia desde o início da minha pesquisa que ele tinha sido contemporâneo de Damião devido à citação do seu nome no relatório do COREN, que aponta a violência sofrida por esse interno em um momento de briga entre

pacientes, instigada pelos funcionários da Casa de Repouso. O referido relatório faz parte do acervo documental que subsidia as apurações sobre o atendimento na Casa de Repouso Guararapes.

O meu encontro com o Costa e Silva foi mediado por uma aluna que tinha feito estágio no abrigo de idosos e marcou a minha visita com o intuito de entrevistá-lo. No dia e horário combinado, compareci à instituição sendo recebida por uma funcionária que logo me alertou sobre os “surtos de fúria” que o acometem constantemente, “apesar dos muitos remédios que ele toma”. Outras vezes se juntaram ao alerta a mim direcionado e durante o transcorrer da entrevista havia sempre um funcionário próximo a nós. A entrevista com o Costa e Silva foi um dos momentos mais tensos da minha pesquisa, não devido à sua presença, mas pelo clima de vigilância instalado no abrigo para o nosso encontro.

A discutida ideia do “louco furioso”, território fértil para a intervenção da psiquiatria e das suas tecnologias de dominação, penetra na existência daquele indivíduo como que para mantê-lo à margem e afastar o perigo que a loucura representa. Enquanto ouvia as recomendações sobre os “surtos violentos” do Sr. Costa e Silva me remetia a Foucault e capturava a afirmação do autor de que a psiquiatria sempre procurou detectar o perigo que a loucura traz consigo através de legitimações científicas.

Para se justificar como intervenção científica e autoritária na sociedade, para se justificar como poder e ciência da higiene pública e da proteção social, a medicina mental tem que mostrar que é capaz de perceber, mesmo onde nenhum outro pode ver, um certo perigo; e ela deve mostrar que, se pode percebê-lo, é por ser um conhecimento médico (2001, p. 151)

Quando encontrei aquele senhor de 72 anos, aparentemente fragilizado, com o corpo alquebrado e visivelmente entorpecido por medicação psicotrópica, não senti medo e me apresentei anunciando o motivo da minha visita. Ao ouvir o nome do Damião, o meu entrevistado imediatamente relata o momento da já mencionada queda no banheiro, como consta no Relatório da Secretaria de Saúde do Município, ocorrida um dia antes da morte de Damião.

Tá dez pessoas tomando banho no banheiro, era um lugar escuro, aquele sabão branquinho, eram seis homens, mais ou menos, era seis horas da noite, todo mundo conversando, um empurrava o outro aí, puxa vida. O que houve/ aí as assistente social chegaram

Eu perguntei: o Damião caiu, foi isso?

Ao que ele responde: “Caiu, tacou-se no chão. Aí veio a polícia, assistente social... aí, foi você que matou? Nã, num fui eu, não! Foi você!, não fui eu não”.

Surpreendi-me com o relato entrecortado, mas lógico na narrativa e que deixa transparecer a possibilidade de uma acusação de ter empurrado o Damião. Respondendo às minhas perguntas, Costa e Silva afirma que viu “Damião morrer”. Como ele morreu? “Caiu e tacou a cabeça no chão”. E por que o Sr. acha que matou Damião? “Porque me acusaram, porque os enfermeiros disseram que foi eu” e complementa: “estou com a minha consciência tranquila que não fui eu”. O entrevistado voltou algumas vezes ao assunto da queda de Damião e sempre na perspectiva de se defender.

Em alguns momentos, a sua narrativa perde a sequência lógica e acontecimentos marcantes de sua vida são lembrados de forma soltas, sem vínculos, o que às vezes comprometeu a compreensão da pesquisadora. Costa e Silva falou da mãe que foi visitá-lo e levou bombons, das suas várias internações em Fortaleza em diferentes manicômios, de como contraiu o vírus HIV (“eu era mala sem alça mesmo”) e dos diferentes cursos que fez na universidade (Psicologia, Teologia, Engenharia Mecânica) e também sobre a Guararapes: “lá era muito ruim, vivia de tóxico, intoxicado. Até me culpavam de estuprar uma pessoa lá, mas não me lembro, só cheio de comprimidos todo o tempo”.

Meu entrevistado queixou-se que foi abandonado pela família após se apropriar dos seus bens. “Tomaram tudo o que era meu”. “Tomaram a casa, o sítio”. No momento da entrevista, Costa e Silva vivia no abrigo há três anos, em um quarto individual e com os cuidados de um tutor que também era cuidador noturno. Suas despesas eram pagas através da aposentadoria que, segundo me informou, “fica para a casa”.

Antes de considerar a entrevista encerrada, fomos interrompidos por uma auxiliar de enfermagem do abrigo que ministrou a medicação do meu entrevistado, “está na hora dos remédios dele”, provocando rapidamente a paralização da sua fala e extinguindo qualquer possibilidade de um diálogo. Despedi-me do Costa e Silva e jamais esquecerei seu olhar fixo e o seu leve sorriso nos lábios.

Bihel (2008) entende que os psicotrópicos mediam o abandono porque neles estão contidas “verdades científicas” e porque também provocam alterações químicas nos indivíduos. O autor complementa o seu pensamento ao afirmar que

Essas drogas, que acabam funcionando como tecnologias morais, na realidade fazem com que as perdas de laços sociais sejam irreversíveis. A intratabilidade e a possibilidade de certas formas de vida humana acontecem em paralelo com a exploração do mercado, dominação de gênero, novos padrões de consumo e um Estado administrado no que podemos chamar de estilo gerencial, cada vez mais distante do povo que ele governa (BIHEL, 2008, p. 440).

Ao sair do abrigo para idosos, onde vive Costa e Silva, deixei para trás mais uma vida marcada pela impossibilidade e pela lógica imperativa da “morte social”<sup>151</sup>.

### **7.1 Da Intervenção ao status de Sobral como “referência em saúde mental”**

A criação da RAISM em substituição ao extinto modelo hospitalocêntrico, deve ser percebida como uma atitude da qual vários atores participaram, doando energia, ideias e trabalho. Portanto, merece ser qualificada, e para isso se faz indispensável detectar impressões, concepções a respeito dessa nova estrutura em relação à extinta modalidade de assistência.

(BARROS; JORGE, 2011, p. 20).

Como já vimos, a Casa de Repouso Guararapes foi descredenciada pela Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral no dia 10 de julho de 2000, cedendo espaço à implementação de uma Rede de Assistência à Saúde Mental composta por equipamentos de saúde que se articulariam de forma a romper com a lógica manicomial, o que, para Barros e Jorge (2011, p. 45), seria “condizente com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiatria.

Os avanços na área da saúde em Sobral são reconhecidos, segundo informações recebidas dos profissionais, a partir da criação, no ano de 1997, do Programa de Saúde da Família, que atende aos princípios do SUS<sup>152</sup> na elaboração de uma “Atenção Primária à Saúde” (Atenção Básica). Até então, os serviços de

<sup>151</sup> Quando estava encerrando a escrita desse trabalho, soube da “morte física” do Costa e Silva, ocorrida por complicações relacionadas à AIDS.

<sup>152</sup> O SUS criou o Programa entre os anos de 1994-1995.

Saúde no Município estavam centralizados na atenção secundária e na atenção terciária<sup>153</sup>. Sobre a Atenção Básica

[...] destacamos o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde) pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que (a atenção básica) se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co) gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral (<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica>).

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia de atendimento à população através de equipes que são responsáveis pelo atendimento a “número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada” (<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica>).

Em 1998, Sobral já contava com trinta equipes de saúde da Família<sup>154</sup> e inaugurou naquele ano uma Pós-graduação Lato-Senso: a Residência/Especialização em Saúde da Família em parceria com a Universidade Vale do Acaraú-UVA, que funciona até o momento atual na Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia. A primeira turma formou-se em 1999 com médicos e enfermeiros e, a partir de 2001, passou a comportar, também, outros profissionais (Assistentes Sociais, Terapeutas ocupacionais).

No bojo dessa movimentação transformista, também foi pensada uma revista publicada pela Escola em parceria com a Prefeitura com o propósito de divulgar os projetos de políticas públicas do Município. A Revista *Sanare*, cujo primeiro número foi publicado no último trimestre de 1999, tem ao longo dos anos contribuído com a divulgação de experiências “exitosas” na área de saúde em Sobral.

A proposta de periodicidade da revista era semestral, mas a informação que recebi na Escola de Saúde da Família, através de uma funcionária da biblioteca,

---

<sup>153</sup> A Atenção Secundária é prestada através de uma rede especializada – ambulatórios e hospitais. Atenção Terciária está voltada para o atendimento em unidade hospitalar de alta complexidade. Disponível em: <[smsdc-cfisabeldossantos.blogspot.com.br](mailto:smsdc-cfisabeldossantos.blogspot.com.br)>. Acesso em: 20 set. 2014.

<sup>154</sup> Atualmente, o Município conta com 48 equipes de Saúde da Família distribuídas em 28 Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF, sendo quinze núcleos na sede do município e treze nos distritos sobralenses. No que diz respeito à saúde mental, os núcleos que operam nos distritos trabalham na perspectiva de Saúde Mental Comunitária, oferecendo Terapia Comunitária (TC) e Massoterapia.

foi que “nem sempre sai, o último número lançado equivale ao primeiro semestre de 2013”.

Além da formação em saúde da família (multiprofissional), a escola regulamenta e serve de suporte para mais três residências: Médico de Família, Residência em Saúde Mental (multiprofissional) e a Residência em Psiquiatria, que foi implantada em 2007, depois de aprovação do Ministério da Educação. Segundo a atual coordenadora da RAISM, “a residência em psiquiatria tem vínculo com a escola, mas não é o principal, psiquiatria é mais para o lado da UFC, o órgão regulador é a UFC”. “Escola e UFC são Parceiras”, mas em outras Residências a parceria é com a UVA.

O ambiente de formação dos residentes é a RAISM, que também propicia, dentro da disponibilidade da Prefeitura, a contratação dos profissionais que desejarem permanecer na Rede. Dos seis psiquiatras que compõem a equipe de profissionais da Rede de Saúde Mental de Sobral, dois foram formados na Residência Psiquiátrica do município.

A residência de Sobral é a primeira nessa modalidade a atuar fora dos hospitais psiquiátricos<sup>155</sup>, tem a duração de três anos, oferece dez vagas anualmente e recebe profissionais de vários Estados do Brasil, já tendo formado cinco psiquiatras. Atualmente, conta com sete residentes em formação.

Portanto, em Sobral, além da articulação dos equipamentos ligados à saúde mental para o atendimento a pessoas com TM, há uma rede de formação especializada que propõe suprir a demanda de profissionais qualificados da própria Rede. Para a coordenadora, esse aglomerado formativo “é importante porque nos coloca numa boa condição de serviços”.

A permanência dos psiquiatras na Rede, muitas vezes, está intrinsecamente relacionada com as exigências da RAISM e as muitas vagas para médicos/psiquiatras existentes no interior do Estado, que, de acordo com a coordenadora seria “uma situação que acontece no Brasil inteiro”. Vejamos o que diz a profissional:

A prefeitura contrata o médico 40h, 20h e a Rede de Saúde Mental coloca algumas condições, como não ser um médico que está aqui só para fazer ambulatório, tem que ser um médico que esteja disposto a fazer esse

---

<sup>155</sup> No Ceará, além de Sobral, há residência em Psiquiatria no Hospital de Saúde Mental de Messejana e no Hospital Geral de Fortaleza-HGF. Disponível em: <abp.org.br>, Jornal Correio da manhã, em 15 ago. 2014.



atendimento multiprofissional. [...] Como é que você tem um profissional que não vai participar dos momentos de construção do coletivo? Outros Municípios pagam sete mil reais por 10 horas e o Município de Sobral não paga isso, paga isso por 20 horas, 40 horas. É uma escolha deles a partir de uma avaliação de mercado. [...] É uma disputa por médicos. A carência é grande e os municípios ficam fazendo leilão e leva quem dá mais.

Além das dificuldades de contratação de médicos/psiquiatras devido ao valor do salário pago ao profissional da RAISM estar em desacordo com a média salarial oferecida em outros municípios, fui informada pelo assistente Social da Rede que atende no CAPS Geral e na Unidade psiquiatria que, em 2014, apenas um aluno (R1) integrou-se à residência em Psiquiatria e para a residência em Saúde Mental, cuja duração do curso é de dois anos e já formou uma turma, não houve seleção. Quando perguntado o porquê da não ocorrência da seleção para a admissão de novos Residentes em Saúde Mental, o profissional informou que a coordenação, preceptores<sup>156</sup> e estudantes entenderam que não estavam preparados para receber uma nova turma.

Em junho de 2014 foi implementado outro curso de formação na Escola de Saúde da Família, a Escola de Redutores de Danos<sup>157</sup>. O referido curso proposto pela RAISM é financiado pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde e tem a proposta de capacitar “redutores de danos” para trabalhar em territórios previamente mapeados como locais de maior número de concentração de usuários de drogas. O curso tem a duração de dois anos e oferece uma bolsa de R\$ 1.000,00. Segundo informação do Assistente Social, o público matriculado no curso é composto por lideranças comunitárias.

De acordo com a sequência da discussão sobre a formação da Rede de Saúde Mental de Sobral, podemos entender que, anterior à morte de Damião, já havia entre os profissionais e gestores da saúde do município uma disposição para pensar novas maneiras de cuidar do indivíduo com transtorno mental. Uma das primeiras iniciativas no sentido de implementar mudanças no atendimento exigiu a criação de um Programa de Saúde Mental voltado para o atendimento ambulatorial. O referido programa inicialmente funcionou no centro de Especialidades Médicas-

---

<sup>156</sup> Preceptor na área de saúde é o profissional que acompanha o estagiário ou residente no campo da prática, ou seja, na formação em serviço.

<sup>157</sup> A Redução de Danos é uma estratégia de Saúde Pública, iniciada no Brasil em Santos-SP, em 2003, com o propósito de diminuir o índice de transmissão do HIV entre os usuários de drogas injetáveis, com Programa de Trocas de Seringas. “A Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas” (PASSOS; SOUZA, 2011, p.154).

CEM<sup>158</sup>, tendo a equipe de profissionais sido deslocada para outro espaço em novembro de 1999, originando o primeiro CAPS de Sobral, inaugurado em janeiro de 2000.

Barros e Jorge (2011) ressaltam que, antes da instalação da Junta Interventora na Casa de Saúde Guararapes, a Secretaria de Ação Social de Sobral idealizou uma proposta de implementação de um complexo assistencial de saúde mental no espaço ocupado pelo manicômio que seria composto por um CAPS, um hospital-dia, um SRT e oficinas terapêuticas e de habilitação social, mas a proposta foi deixada de lado devido à repercussão pública da morte de Damião e aos desdobramentos posteriores.

Com as consequências políticas trazidas por essa repercussão, a Secretaria de Saúde optou pelo rompimento com o modelo hospitalocêntrico e investiu na implementação de ações voltadas para a “inclusão familiar, comunitária e social da pessoa com TM” (BARROS; JORGE, 2011, p. 45). Segundo o assistente social da RAISM, após o fechamento do manicômio iniciou-se um processo que culminou com a implantação da Rede.

Houve um período de transição. O fechamento do hospital não se deu de forma imediata, houve uma intervenção por uma equipe da Secretaria de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde e, nesse período de transição, foi se criando situações alternativas. Primeiro o ambulatório, esse ambulatório do CEM foi o primeiro embrião do CAPS, mas se entendia que um ambulatório não ia dar vazão a todas as demandas de saúde mental do município e nem tão pouco da Região Norte. E aí podemos dizer que o ambulatório do CEM foi o primeiro embrião do CAPS. (Assistente Social).

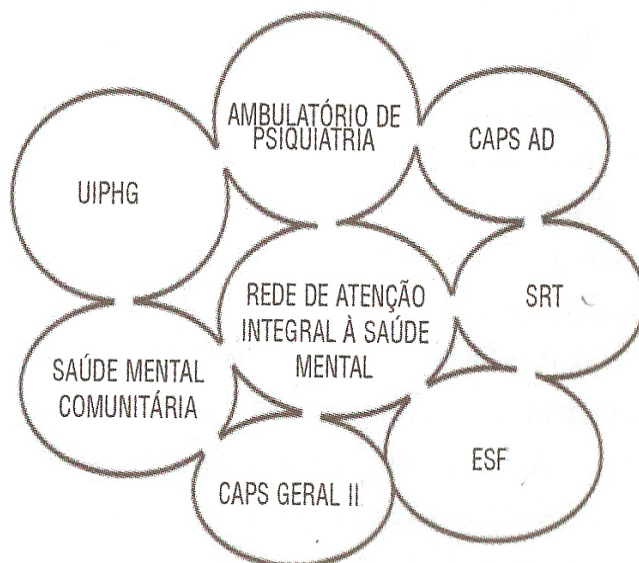
A RAISM de Sobral se constituiu com os seguintes equipamentos: residência terapêutica-SRT, CAPS Geral<sup>159</sup>, CAPS AD, integrado à rede em 2002, Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral-UIPHG, CEM (Ambulatório de Psiquiatria), Estratégia de Saúde da Família-ESF e Saúde Mental Comunitária, como demonstra a figura abaixo.

---

<sup>158</sup> O Ambulatório de Psiquiatria, que funciona no Centro de Especialidades Médicas, atualmente presta atendimento para usuários que moram na macrorregião de Sobral.

<sup>159</sup> O CAPS Geral recebeu o nome de Damião Ximenes Lopes e, segundo o relato de Irene Ximenes, no momento do Julgamento do “Caso” na Corte Interamericana, um político local e ex-Prefeito do Município distribuiu para os presentes, na audiência, uns folhetos apresentando o CAPS como um equipamento de transformação no tratamento de doentes mentais em Sobral. Para a irmã de Damião, “eles” queriam mostrar para a Corte que haviam empreendido uma homenagem à família, “mostrar vantagem”.

Figura 14 - Rede de Atenção Integrada à Saúde Mental de Sobral



Fonte: Adaptada de Barros e Jorge (2011)

Uma nova estratégia de atendimento deverá ser incorporada à Rede. Dessa vez, o público-alvo são pessoas em situação de rua e usuários de drogas, “uma unidade de abrigamento”, cujo projeto foi aprovado, mas ainda está em fase de construção das instalações. De acordo com informações obtidas com o Assistente Social, não há previsão de data para a inauguração.

Nos primeiros contatos com profissionais da RAISM, percebi que havia complexidade na articulação dos equipamentos que objetivam a Rede, daí reconhecer a importância de um aprofundamento na dinâmica operacional de cada um dos equipamentos disponíveis, o que muitas vezes se tornou impossível devido à ausência de projetos individualizados ou, se existem, nunca me foram apresentados, mesmo com reiterados pedidos. As interlocuções desenvolvidas durante a pesquisa procuram estabelecer os meandros dessa articulação, mas o detalhamento das ações em alguns momentos parece desconexo e sem a sistematização em um macroprojeto que propicie uma visão ampliada das ações da RAISM. Uma das questões emblemáticas da rede no que diz respeito à sistematização dos dados e das informações é a ausência de informatização.

Os vários equipamentos envolvidos no atendimento aos indivíduos com TM no município de Sobral, com suas próprias ações, mas também com suas conexões e pontos de convergência (KASTRUP, 2003), exigem uma “cartografia” que nos aprofunde nas estratégias de funcionamento. Virginia Kastrup coloca que

uma rede deve ser entendida como uma lógica das conexões e não como uma lógica das superfícies e, sem dúvida, para o alcance desse entendimento houve a exigência de um diálogo com o campo de pesquisa, com retornos sucessivos aos equipamentos, o que impôs percorrer os múltiplos caminhos institucionais em repetidas incursões, sem a pretensão de alcançar os variados aspectos do atendimento a pessoas com TM em Sobral, em sua totalidade.

A fala dos profissionais sobre a Rede como um espaço democrático aparece constantemente ao longo das entrevistas e, de acordo com a coordenadora, todas as decisões são tomadas em deliberação pela equipe (coordenadores, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, TOs), inclusive a indicação para o cargo de coordenação, não havendo, segundo ela, nenhuma interferência política da Prefeitura ou da Secretaria Municipal de Saúde. Reforçando a afirmação, a profissional pontua: “eu não sou daqui, de Sobral, não tenho padrinhos políticos”.

Num processo de eleição onde a equipe aponta um membro da própria equipe, aquele que todo mundo acha que tem a competência para representar a saúde mental, é muito mais uma função de representatividade do que de deliberação mesmo. Então esse processo acontece dentro da própria equipe, entre os profissionais da própria equipe. É sempre feito um processo onde todo mundo acaba sendo ouvido e votando nesse coordenador. (Coordenadora da RAISM).

[...] pensar na gestão é uma coisa muito maior, muito mais complexa. A gente começa a ter muitos contatos, muitas coisas a serem definidas e ainda continua sendo uma função de representatividade, que a gente tenta dialogar com o gestor e com a equipe, encontrar o equilíbrio de não ser uma pessoa que vá somente deliberar, mas dialogar. O processo democrático é difícil. (Coordenadora da RAISM).

Nesse contexto, as informações recebidas dão conta que em abril de 2013 foi formado um colegiado representativo composto por algumas categorias (assistente social, enfermagem, médicos...) com a função de pensar um novo coordenador que seria eleito entre os que se propusessem e que contassem com o aval do colegiado. Durante um mês, o colegiado se reuniu algumas vezes até que fosse decidido um nome consensual para assumir o cargo.

O tempo de cada mandato de coordenador (a) não está delimitado, “não tem nada escrito”, mas na última eleição, em 2012, foi estabelecido um acordo de que anualmente haverá uma avaliação da gestão, quando a equipe e a coordenadora deliberarão sobre a continuidade ou não do mandato por mais um ano. Caso o resultado for na perspectiva de mudança de coordenação, haverá um novo processo de eleição através do colegiado.

Um dado interessante sobre a eleição de coordenação da RAISM é que, após o consenso da equipe, o nome escolhido é remetido ao Secretário de Saúde para a sua aprovação e, segundo a coordenadora, “normalmente ele tem concordado”.

A metodologia aplicada na escolha de um coordenador para a Rede é o pressuposto ideológico da transformação no qual se insere o atual atendimento ao indivíduo com transtorno mental. Da “equipe dirigente” hierarquizada, centrada no médico psiquiatra prevalecente nas instituições totais, à proposta de uma gestão democrática da RAISM, onde está presente uma divisão do poder. O que se pressupõe, como diria Baságua (1985, p. 278), é “a responsabilidade relativamente a um objetivo comum”, o que, segundo o autor, pode evitar qualquer resvalo individualista.

Como enfatiza a profissional, a escolha do coordenador é “uma decisão acatada, uma decisão que sai da equipe”, daí as ações da gestão também se implementam em comunhão com a equipe. “A RAISM é complexa, os profissionais precisam estar dialogando pra seguir o trabalho e isso fortalece a equipe”, complementa a coordenadora.

Mesmo com a afirmação da coordenadora sobre “fortalecimento da equipe” e sobre diálogo constante entre essa equipe como garantia dos bons serviços prestados pela RAISM, as afirmações divergentes são costumeiras, principalmente entre os membros mais “antigos” da Rede. São afirmações que apontam certo “desalento com um projeto construído com paixão”, como afirmou um profissional entrevistado e, ainda segundo outro membro da Rede: “Vendo o tempo passar e nada de bom ou inovador acontecendo, queriam uma revolução com a saída da Marcia, mas até agora sobrevivem com o que ela deixou”; e o profissional continua em tom de desabafo e de confiança: “o pior é que as pessoas que estão fazendo a saúde mental de Sobral não se sentem culpadas por nada que acontece, ‘a tua culpa é a minha salvação’, sabe como é, a culpa é sempre da gestão maior”.

Quanto ao vínculo empregatício dos profissionais da rede, a “maioria não é servidora”, mais especificamente há apenas dois servidores (médicos psiquiatras que prestaram concurso em 2005). Os outros profissionais de nível superior são contratados por tempo determinado com o contrato renovado anualmente, já os servidores de nível médio e fundamental contratados até 2010 são celetistas, mas quem foi contratado depois de 2010 ainda não tinha obtido o registro trabalhista.

A informação acima foi concedida à pesquisadora em 2013. Em agosto de 2014, a informação persistia sendo um dado relevante no sentido de compreender a inserção do material humano que dá suporte às ações de um aglomerado de equipamentos voltados para a atenção à saúde mental e que se estabelece em um contexto de precarização com oito horas de trabalho diários, quarenta horas semanais, sem as garantias trabalhistas de acordo com a legislação brasileira.

O assistente social avalia todos os envolvidos no atendimento dos pacientes da Rede, incluindo aí o pessoal de recepção e de Serviços Gerais, como “trabalhadores da saúde mental”, o que sob o meu olhar provoca questionamentos sobre a própria saúde dos trabalhadores diante das condições trabalhistas. Alguns desses profissionais são submetidos à pressão emocional constante sem ter tido nenhuma qualificação em relação às especificidades do público com o qual desenvolverá o seu trabalho<sup>160</sup>. Ramminger (2002, p. 121) afirma que o trabalhador em saúde mental é “muitas vezes sem qualificação técnica (provavelmente com menores recursos, subjetivos e emocionais) para adentrar em terreno tão movediço quanto a loucura e a exclusão”. A autora complementa:

Este perfil, aliado às intervenções pontuais e emergenciais, que não conseguem modificar a organização do trabalho, permite que o trabalhador em saúde mental fique sem sustentação frente à forte carga emocional a que está exposto, muitas vezes com objetivos não muito claros, que oscilam entre a caridade, a salvação, o tratamento em saúde, a recuperação [...] (p:121).

Em 2013, houve pressão do Ministério Público sobre a Prefeitura de Sobral para a realização de concurso com o objeto de contratação de servidores, mas a resposta do município foi lançar um edital para uma “seleção pública”, com o objetivo de contratar profissionais por um período de quatro meses enquanto a gestão articulava o concurso. Até agosto de 2014 ainda não havia se efetivado o concurso e nem havia publicação de edital.

Uma questão que emerge a partir das ações rotineiras implementadas pela RAISM diz respeito ao atendimento dos usuários da Rede que residem nos distritos mais afastados da sede do município. Como levar a saúde mental até esses indivíduos diante de dificuldades reconhecidas, como o deslocamento da equipe. Nos casos mais graves, os usuários se deslocam para o atendimento na sede do

---

<sup>160</sup> Segundo o assistente social, a Rede é criteriosa na seleção de novos profissionais, o que levanta o questionamento: como pretender estipular critérios tão específicos para trabalhadores com escolaridade no nível de ensino médio?

município, e aqueles “casos” de mais “fácil” manejo são atendidos no próprio município pelo matriciador. O matriciamento colocado em prática nos distritos difere daquele que é praticado na sede municipal.

Ao procurar entender os meandros dessa prática no âmbito do atendimento à saúde mental em Sobral, percebi a introdução no discurso da gestora da percepção da ambivalência nas ações, dado os limites postos para a execução dessa estratégia como parte da política. As dificuldades encontradas pelas equipes são apresentadas gradativamente à pesquisadora e se fazem presentes em alguns contextos das narrativas. A falta de transporte para a locomoção da equipe para os distritos, como já mencionado, é a principal dificuldade na efetivação de um atendimento uniforme à população do município.

O conceito de “matriciamento”, por diversas vezes utilizado no que se refere à operacionalidade da Rede, exigiu de mim uma pesquisa teórica mais específica (TÓFOLI; FORTES, 2005/2007) sobre o efetivo papel desse instrumento no atendimento aos portadores de transtornos mentais na Atenção Primária. O apoio matricial, segundo os autores,

[...] compreende visitas mensais ou quinzenais (a depender do número de equipes) à unidade de saúde da família. Durante a ação o visitante assume a posição de um consultor, realizando sensibilização sobre saúde mental (principalmente nas primeiras vezes), discutindo casos, efetuando visitas domiciliares e realizando consultas conjuntas. É importante frisar que o psiquiatra preceptor, a não ser em situações excepcionais, jamais realiza consultas sem a presença de profissionais da ESF, sempre os incentivando a conduzir as entrevistas. A prática foi indicando aos preceptores a importância de se manter uma postura pedagógica nas atividades conjuntas, nunca indicando o manejo do caso sem perguntar a opinião dos profissionais presentes, procurando induzir a busca de soluções pelos atores da APS. A consulta conjunta é realizada em grande parte das vezes com a participação de um número considerável de pessoas, incluindo médicos e enfermeiras da ESF, agentes comunitários de saúde e estudantes da medicina e enfermagem que estejam estagiando na unidade ou na saúde mental. Nesse sentido, é fundamental a solicitação de autorização do(s) cliente (s) (p. 37).

De acordo com informações da Coordenadora da Rede, até o ano de 2012, o momento terapêutico hoje conhecido como “matriciamento” denominava-se preceptoria, sendo feito pelo psiquiatra ou pelo clínico com especialização em saúde mental.

A prática do matriciamento é uma orientação do Ministério da Saúde, da pasta de saúde mental, que em 2011 formulou um manual para ser utilizado em todas as cidades brasileiras que tivessem um CAPS. O matriciamento é uma

estratégia de cuidado que pode ser adaptada à realidade local, “mas o manual é o guia para que as equipes estabeleçam com suas redes de atenção básica um diálogo onde se trabalhe saúde mental” (Assistente social da RAISM).

Após um período de discussão a respeito do formato da preceptorial que, segundo a coordenadora, era um “limitado ambulatório de psiquiatria”, o conjunto dos profissionais da Rede entendeu que o modelo não atendia mais às necessidades das Unidades de Saúde e nem dos CAPS, pois se resumia a um atendimento psiquiátrico ambulatorial de psiquiatria que acontecia na própria unidade, com o atendimento das consultas agendadas durante o mês, e o médico muitas vezes estava sozinho, não havendo o envolvimento da equipe da unidade de saúde e sem a implementação de atividades variadas para os usuários. A partir da ideia do matriciamento, houve a mudança no atendimento.

Em 2012, foi organizado um seminário de matriciamento e, após o evento, ficou pactuado com as unidades de saúde a mudança na forma de atendimento. Daí em diante, o atendimento não seria feito somente pelo médico. Outros profissionais (terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos) da equipe de saúde mental passariam a participar desse “apoio matricial”, retirando do médico a centralidade do atendimento e inserindo outros profissionais, transformando o momento de atendimento em uma ação interdisciplinar.

No tocante à interdisciplinaridade no atendimento a pessoas com transtornos mentais, Barros e Jorge (2011, p. 83) atestam que a existência de equipe multiprofissional e interdisciplinar é o reconhecimento da “complexidade das ações e dos serviços assistenciais, os quais se configuram aspectos primordiais no processo da Reforma Psiquiátrica” e continuam:

Nessa perspectiva, os conceitos de desospitalização e desinstitucionalização norteiam o processo de mudança do objeto dominante das ações em saúde mental da atenção da área intra-hospitalar especializada para a área extra-hospitalar, onde os serviços e os centros de atenção diária, todos referenciados na comunidade, passam gradativamente a assumir e dividir o papel da atenção em saúde mental (p. 83).

A estratégia matricial de atendimento nas unidades de saúde da RAISM está em prática há dois anos, mas a sua operacionalização não se faz sem múltiplas limitações, tanto nos distritos como na sede do município. Como nos informa a coordenadora;



O momento do matriciamento é um momento que depende muito de cada unidade. Tem lugar que ainda continua sendo laboratório, principalmente nos distritos onde se precisa que a própria unidade de saúde venha buscar o profissional. Na maioria das vezes não tem vaga no carro, somente o médico vai.

A minha primeira visita aos equipamentos da RAISM com o intuito de objetivar a pesquisa foi à Unidade Psiquiátrica Dr. Odorico Monteiro de Andrade, instalada na Casa de Saúde Dr. Estevam Ponte, instituição de saúde com atendimento a múltiplas especialidades médicas. O hospital se localiza no centro da cidade, em um prédio antigo, que externamente se encontra em “bom” estado de conservação, o que não é condizente com o interior das instalações, onde percebi os corredores com cheiro de mofo e paredes sujas.

A Unidade Psiquiátrica está localizada no segundo andar, o que me levou a atravessar corredores quase desérticos de onde emana um sufocante calor, além dos corredores que colocam a enfermaria psiquiátrica em posição de isolamento do restante do hospital. Há na entrada uma porta de ferro que retira dos transeuntes qualquer visibilidade do interior da enfermaria, assim como retira dos internos qualquer contato visual com o mundo externo, o que nos remete à caracterização das “instituições totais” compreendida por Goffman (2001, p. 16).

Seu ‘fechamento’ ou seu caráter total pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplos, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos.

O ambiente interior da enfermaria reproduz algumas cenas que retratam o cotidiano de um manicômio, já amplamente divulgado por pesquisadores, como a contenção física ou mecânica, o “excesso” de medicamentos, que retira de muitos dos indivíduos ali internados a autonomia de locomoção e de pensamento. Observei entre os internos que alguns se deslocam pelo pequeno espaço de convivência, sem janelas, num constante ir e vir e pronunciando palavras desconexas, aproximando-se de visitantes que adentram o espaço numa visível necessidade de contato com o mundo externo. Não me deparei com homens ou mulheres nus, fétidos, subnutridos, espancados, abandonados (ARBEX, 2013; BIHEL, 2008), mas a configuração simbólica de um manicômio está presente na Unidade Psiquiátrica Dr. Odorico Monteiro.

Nos hospitais gerais, mas ainda “sequestrados”, os indivíduos com transtornos psíquicos se inserem em uma proposta que remete à lógica terapêutica

como outra versão para o enclausuramento, a qual, como diz Rosa (2008, p. 311), é utilizada nos “momentos de crise psiquiátrica, para a remissão dos sintomas”. A autora continua,

Fora da crise, a família é orientada, sobretudo, para o tratamento ambulatorial, e o enfermo com vínculos familiares, é reintegrado ao convívio familiar e social, em nome de princípios humanitários, da manutenção de laços com espaços e pessoas afetivamente significativas, ou mesmo burocráticos-racionalizadores, para efeito de reciclar o leito hospitalar (p. 311).

A UP possui dezessete leitos<sup>161</sup>, com duas enfermarias masculinas e uma enfermaria feminina. Durante as minhas visitas, sempre me deparava com a dinâmica manicomial do trancamento, da medicamentação e também da ociosidade<sup>162</sup>. A demanda é espontânea, muitos pacientes chegam à Unidade levados pela polícia, pela família, mas, segundo informações obtidas, o período de internação desses pacientes não ultrapassa 45 dias, até porque esse é o limite de tempo permitido pelo SUS, embora não se descarte a possibilidade de renovação da internação por mais 45 dias ou quantas vezes forem necessárias, segundo avaliação médica. Após a internação e dependendo da orientação médica, o paciente é encaminhado para acompanhamento em um dos CAPS, de acordo com um plano terapêutico que é individual. O ponto de destaque seria a ausência da “cronificação” dos pacientes internados e o controle da equipe na unidade de internação. “É um hospital geral particular, mas a psiquiatria é gerida pela Rede, pela coordenação da Rede, pelos profissionais da Rede”.

A autonomia da RAISM na gerência dos leitos na UP do Hospital Geral Dr. Estevam não se repetirá nos leitos psiquiátricos propostos pela direção do “moderno” Hospital Regional Norte, inaugurado em janeiro de 2013. Inicialmente, o hospital recém-inaugurado transferiu os leitos que deveriam ser disponibilizados para atendimento psiquiátrico para a especialidade de neurologia com a promessa de adaptação de uma ala, com 21 leitos, dessa vez visando pacientes psiquiátricos. Há uma apreensão por parte dos profissionais da RAISM porque esses novos leitos

---

<sup>161</sup> A Rede também utiliza mais 10 leitos no primeiro andar do hospital que estão disponíveis para pacientes “estabilizados”. De acordo com o Assistente Social, esses leitos são, na maioria das vezes, utilizados por dependentes químicos que saíram da “crise”, mas ainda estão em observação e acompanhados por familiares.

<sup>162</sup> Segundo o assistente social, na Unidade há atividades de Terapia Ocupacional e com educador físico em grupo, mas durante as minhas visitas não tive oportunidade de presenciar nenhuma dessas atividades

poderiam acarretar o fechamento da UP do Dr. Estevam, o que reduziria o número de leitos disponíveis no município, além de retirar da RAISM o gerenciamento das vagas, que passaria para a administração do Estado, e também poderia “privar o paciente dos serviços especializados e interdisciplinares oferecidos pela Rede”.

A maioria dos profissionais que atuam na unidade psiquiátrica é da RAISM, a equipe médica e a equipe de enfermeiros são pagas pela Prefeitura. O hospital também recebe repasse federal tomando como base a “Internação hospitalar” – IH. O profissional relata que:

O hospital, o gestor do hospital, paga a equipe de nível médio, o pessoal auxiliar de enfermagem, o pessoal da limpeza, o pessoal do suporte e paga o assistente social e o terapeuta ocupacional, isso é uma contrapartida do gestor do hospital. A equipe maior, o volume maior de recursos, é pago pela Secretaria de Saúde. Isso facilita muito as internações dos pacientes atendidos pela Rede. (Assistente Social).

Para o profissional, essa forma de gerir a internação de pessoas com TM é um diferencial de Sobral com relação à Fortaleza, por exemplo, já que na capital cearense há dificuldade de internação devido à ausência de leitos disponíveis. Nos últimos 10 anos, houve fechamento de hospitais psiquiátricos na capital cearense, como a Casa de Saúde São Gerardo, o hospital Mira Lopez, mas não houve a implementação proporcional de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, como preconiza a lei 10.216.

Em Sobral tem esse diferencial porque estamos dentro do gerenciamento das vagas, dos casos que são encaminhados para lá. Não só gerencia Sobral como toda a região Norte. O Hospital Dr. Estevão é referência para os cinquenta e seis municípios que compõem a Região Norte. (Assistente social).

O atendimento no hospital, em casos emergenciais, muitas vezes é a porta de entrada do usuário para a Rede, já que depois da alta esse usuário passa a ser acompanhado no CAPS Geral ou no CAPS AD ou pela atenção primária quando diagnosticado como um caso moderado. Para a coordenadora da rede, o atendimento na atenção primária poderia ocasionar maior esvaziamento dos CAPS. Com menos pacientes para atender, “os psiquiatras vão conseguir aliviar as agendas para atender como devem atender os pacientes dos CAPS num serviço especializado”.

Segundo Barros e Jorge (2011), citando a OPAS (2001), aproximadamente 20% dos usuários que são atendidos na atenção básica

“apresentam um ou mais TMs e comportamentais” (p. 133), o que é um indicativo de que muitas famílias possuem pelo menos um membro com transtorno mental. “Essas famílias além de proporcionarem apoio físico e emocional, arcam também com o impacto negativo do estigma e da discriminação” (p. 133), daí ser necessária uma avaliação desses transtornos na perspectiva do oferecimento de uma atenção voltada para a saúde mental. Ainda citando a OPAS (2001), as autoras afirmam que:

[...] o manejo e tratamento dos TMs no contexto da ação primária constituem um passo fundamental que propicia a um maior número de pessoas com acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. Isso além de proporcionar uma atenção com mais qualidade, reduz o desperdício de exames supérfluos e de tratamentos inadequados ou não específicos (p. 134).

O passo seguinte na minha caminhada no campo institucional foi visitar a Residência Terapêutica, equipamento que abriga pessoas com transtornos mentais e que tiveram laços familiares rompidos, entre eles, egressos da Casa de Repouso Guararapes. O prédio que abriga a RT é uma casa ampla, bem arejada, com claridade solar e se encontra instalada em uma rua do centro da cidade. O imóvel tem quatro quartos, sendo dois masculinos e dois femininos, tem três banheiros, dispensa, tem área de serviço e uma área de estar.

A RT de Sobral é denominada “Iar Renascer” e, de acordo com Barros e Jorge (2011), o nome foi escolhido pelos próprios moradores. Ainda segundo as autoras, o serviço foi criado em 6 de julho de 2000 e “é o primeiro do Ceará e de toda a região Nordeste e também o primeiro de caráter público instituído no Brasil após a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº 106, de 11/2/2000”. (p. 52).

Como já mencionei, o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental é uma Política do Governo Federal, criada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, com a responsabilidade de gestão dos Estados e dos municípios e, que no seu parágrafo único do artigo 1º, estabelece:

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social<sup>163</sup>.

---

<sup>163</sup> Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br>>. Acesso em 05 set. 2014.

Como as RTs “constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica”, a portaria também propõe, no artigo 2º, que, de acordo com o número de transferências de internos de um HP para uma RT, deve haver a redução em igual quantidade do número de leitos no Hospital Psiquiátrico (descredenciamento do SUS). Assim, os recursos antes destinados aos hospitais psiquiátricos são agora transferidos para os fundos financeiros do Estado ou do município para a manutenção das RTs. As residências são mistas, não funcionam como um serviço de saúde, mas sim como espaço de moradia e devem estar articuladas com a rede de atenção social de cada município. Cada RT deve abrigar um número máximo de oito moradores.

Aliado à política de residência para as pessoas com transtorno mental e com histórico de longo período de internamento em hospitais psiquiátricos, foi criado o Programa de Volta para Casa. A iniciativa do Governo Federal foi regulamentada pela portaria nº 2.077/GM, de 31.10.2003, que por sua vez regulamenta a lei nº 10.708 de 31.07.2003, e instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de um período de internação superior a dois anos ininterruptos cujos proponentes do Programa consideram “grave dependência institucional”<sup>164</sup>. O valor do benefício pago pelo Governo Federal é de 320,00 mensais pelo período de um ano, renovável caso o beneficiário não esteja em condições de “reintegração completa à sociedade”, ou seja, ainda permaneça institucionalizado.

Há também o Benefício de Prestação Continuada-BPC<sup>165</sup>, que proporciona aos residentes a possibilidade de recebimento de um salário mínimo. Segundo a coordenadora da RAISM, na residência de Sobral “só um é aposentado, mas o restante todo tem o BPC” e “talvez, uns cinco tenham o De Volta Para Casa”, que seriam, de acordo com a informação, os egressos da Guararapes. Segundo informações, alguns residentes recebem os dois benefícios concomitantemente.

O coordenador da Residência Terapêutica de Sobral é enfermeiro com especialização em saúde mental. O profissional me recebeu na sede da RT em uma manhã, quando tive oportunidade de observar por alguns instantes a dinâmica de

---

<sup>164</sup> Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 05 set. 2014.

<sup>165</sup> O BPC é um programa da Assistência Social e foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, lei nº 8.742 de 7/12/1993. Para ter direito ao benefício “não é necessário ter contribuído com a Previdência Social”. O benefício corresponde ao valor de um salário mínimo e atende a idosos com mais de 65 anos e pessoas com “deficiência”, de qualquer idade. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em 05 out. 2014.

funcionamento da casa em uma rotina implícita à grande maioria dos domicílios domésticos. Como afirma o coordenador, “essa é a proposta”: café da manhã, limpeza, preparação do almoço, higiene dos moradores, e continua:

Aqui na residência a função é diversificada. A gente não se perde na questão da formação em si, aqui a terminologia é mudada. Por exemplo, aqui eu não sou enfermeiro, sou chamado de gerente ou coordenador. [...] Aqui a minha função se diversifica porque eu não fico bitolado na questão hospitalar, hospitalocêntrica e nem institucional. É muito singular. Aqui, realmente, eu vesti a capa de gerente, de cuidador também, porque até mesmo a cozinheira acaba sendo uma cuidadora.

O profissional informou ainda, que o imóvel onde funciona a RT é alugado pela prefeitura, que também paga a luz a água e os recursos humanos de uma equipe composta por “seis ou sete pessoas”, como cuidadores, cozinheira e serviços gerais, auxiliar de enfermagem e coordenação. Quanto à alimentação, é patrocinada pelos residentes através dos seus benefícios. As refeições consistem em café da manhã, lanche às nove horas, geralmente uma fruta, almoço por volta de meio dia, lanche às três horas e o jantar, que pode ser uma sopa ou mingau. Com os benefícios recebidos, os residentes também têm acesso a produtos de higiene pessoal, roupas.

Os repasses do Governo Federal voltados para as Residências Terapêuticas iniciam-se com a verba de R\$10.000,00 para a implantação pelo menos até 2004 (pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários). Em dezembro de 2011, através da portaria 3.090 do Governo Federal, o repasse de R\$ 10.000,00 passou a ser mensal, portanto, em Sobral, segundo a coordenadora da RAISM, há mês em que o Município não necessita arcar com nenhuma das despesas relacionadas acima, já que a verba do Ministério da Saúde é suficiente para a adequação dos gastos na RT.

A proposta do Projeto das Residências Terapêuticas é de mantê-las através dos recursos financeiros resultantes dos leitos desativados nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004), ou seja, através do controle das AIHs que financiavam esses leitos, agora substituídos por ocupação nas RTs, o que, segundo o Ministério da Saúde, daria um valor mensal de R\$7.000,00 a R\$8.000,00.

Durante a entrevista com o coordenador, fui informada que dos oito moradores, cinco são egressos da Casa de Repouso Guararapes, com suas

histórias resultantes de décadas de abandono, exclusão e confinamento. Alguns dos moradores são comprometidos cognitivamente, o que dificulta a comunicação e a retomada das lembranças de suas histórias. Mas, ao ser pronunciado o nome da Guararapes, é perceptível reações que se evidenciavam através de um som da voz, de um olhar que se fixou em mim ou mesmo na repetição da palavra Guararapes. Como afirmou o coordenador, “nossos moradores são pacientes psicóticos graves”.

No dia a dia da residência, os moradores elaboram o que os profissionais cuidadores denominam de AVD – atividades da vida diária e são estimulados, por exemplo, a passar um pano na casa, a fazer o autocuidado (higiene pessoal), dependendo do grau de autonomia. De acordo com o coordenador, há resistência por parte dos moradores para a efetivação das AVDs, já que “no manicômio eles ficavam lá dormindo, debaixo das árvores, no pátio debaixo das mesas, só comendo, enfim, alguns deles têm muito esse hábito aflorado”.

Entre as há atividades programadas, algumas são externas: “grupos de lazer, grupos feitos mesmo dentro do CAPS, uma consulta quando eles precisam, não vem médico aqui, ele vai para o PSF ou para onde for necessário”. Há um agendamento de exames rotineiros, como a prevenção do câncer de mama e de útero para as mulheres, exames para os moradores do sexo masculino e também exames laboratoriais, “todos eles já fizeram HIV, hepatite, tomam as vacinas de influenza, fazem exames de sangue”.

Para o coordenador, é imprescindível que essas atividades dos moradores sejam realizadas fora da casa, o que caracterizaria o espaço apenas como residência, “como as nossas”. “Até os cortes de cabelo são feitos fora da residência, nós não vamos para o salão?” “Pois é, eles também”.

A realidade de exclusão social no município gera, segundo o coordenador, acontecimentos inesperados que os obrigam a se distanciar do projeto original das RTs, o que indicaria um “gap” entre o projeto da residência e a sua execução, tendo como consequência o retorno a velhas práticas manicomialis. Vejamos:

Pelo projeto da Residência Terapêutica, lá ele fala que a cada alta dada não existiria mais aquela vaga, mas existe o ideal e o real. Por exemplo, surgiu uma moça que ninguém sabe a origem dela, a gente viu que dos males e dos benefícios era melhor ela ficar na residência do que internada. De certa forma, a gente tá repetindo as práticas manicomialis. Às vezes tem esses impasses, mas pelo projeto seria assim. A gente não divulga muito a Residência Terapêutica porque senão enche, querem encher e o critério é

bem rigoroso, até porque temos moradores muito sensíveis, muito graves, que qualquer coisinha eles elaboram, tem alucinações, delírios.

Enquanto caminhávamos pela casa, tive a oportunidade de conhecer um morador, que denominarei Sr. Antônio, que como a moça mencionada acima não é egresso da Guararapes. Sua história é perpassada pelo alcoolismo e pelo abandono familiar, mas está há dois anos em abstinência após acompanhamento terapêutico no CAPS AD, segundo me informou o coordenador. O Sr. Antônio, depois da morte da mãe, foi deixado de lado pela família, que o culpa por este acontecimento e não o quer receber, “se esquivava totalmente”. Durante algum tempo, morou na rodoviária até ser abrigado na Residência e, como sequela do longo período de uso do álcool, ficaram lesões cerebrais que comprometem a sua convivência social.

As famílias mais vulneráveis economicamente se sentem impotentes diante do impacto ocasionado por um transtorno mental entre seus membros e não raramente a fragilidade do atendimento público induz ao abandono e à exclusão social<sup>166</sup> persistente. Muitas vezes, o grupo familiar inserido em questões sociais contumazes como trabalho precário, baixo índice de escolaridade, drogadição, violência doméstica, necessita delegar ao Estado o provimento dos cuidados exigidos pelo seu familiar com TM e, de uma forma geral, a omissão contínua desse Estado tem contribuído substancialmente para o aumento da população em situação de rua nas nossas cidades. Os dependentes químicos que se agregam nas “cracolândias” e que são notícias constantes da “grande mídia” representam, sobremaneira, a fragilidade das Políticas Públicas voltadas para esse grupo específico.

Fui informada pelo médico do CAPS AD que na UP havia uma senhora, alcoolista, com mais de cem dias de internação por ordem judicial (internação compulsória), a cada possibilidade de alta nova ordem judicial a mantinha internada. “Essa família possivelmente não a quer de volta e temos que mantê-la lá enquanto o juiz determinar”.

Voltemos à RT. De acordo com o relato do coordenador, fica evidente que há desvirtuamento na proposta de acolhimento da Residência Terapêutica em Sobral, até porque os moradores não egressos do manicômio estão em situação de abrigo, o que se enquadra em uma perspectiva de caridade e não de direitos, evidenciando, como já mencionado, a ausência de políticas públicas voltadas para a

---

<sup>166</sup> Sobre o conceito de “exclusão social” ler Melazzo e Guimarães (2010).



“população de rua”<sup>167</sup>. O inverso também faz parte do atendimento, já que encontrei o Costa e Silva, egresso da Guararapes já mencionado aqui, em um abrigo religioso tradicional de Sobral, o Lar Bom Samaritano.

Entre 2005 e 2007, havia uma proposição do Dr. Jackson Sampaio, que atuava como “Supervisor da RAISM”, de uma reunião com a Diocese de Sobral para, entre outras coisas, “identificar moradores do Lar para a transferência à Residência Terapêutica” (SAMPAIO; CARNEIRO, 2005/2007, p. 15). Se a reunião se efetivou e a proposta foi feita ao Lar não tive como identificar, mas o fato é que há nas duas instituições distanciamento dos seus papéis sob a ótica da lei 10.216.

O CAPS AD de Sobral foi inaugurado em setembro de 2002 e em 2013 contava com cerca de 3.800 prontuários “abertos”, atendendo em média a 800 pacientes ao mês. As instalações estão montadas em uma estrutura ampla com recepção, quarto de repouso, quatro consultórios. A equipe que dá suporte nos atendimentos aos usuários é composta de dois médicos, assistente social, psicólogo, enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, terapeuta ocupacional, educadora física, recepcionista, dois vigias, cozinheira, motorista e também um “oficineiro” do grupo de reciclagem.

Antes de me prolongar sobre as especificidades dos CAPS AD e CAPS Geral de Sobral, que apresentam semelhanças na organização, no atendimento e no quadro de funcionários devido à regulamentação da Política de Atenção Psicossocial, reconheço ser necessário me deter sobre a legislação federal em vigor que regula a operacionalização desses equipamentos pensados para atender a demanda das pessoas com transtornos mentais após o fechamento dos hospitais psiquiátricos, portanto, são equipamentos substitutivos do manicômio.

De acordo com a portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002<sup>168</sup>, os Centros de Atenção Psicossocial são serviços ambulatoriais que atendem nos territórios e constituem-se “nos seguintes serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem de porte/complexidade e populacional” (Art. 1º). Individualmente, são entendidos pela capacidade operacional, como: CAPS I (para uma população entre 20.000 a 70.000 habitantes), CAPS II (população entre 70.000

---

<sup>167</sup> O Ministério do Desenvolvimento Social-MDS criou o Programa Centro de Referência Especializado para População em situação de Rua-Centro POP, que está em fase de implementação em alguns municípios. Em Sobral não há Centro-POP. Sobre o programa consultar <[www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br)>.

<sup>168</sup> Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br>>. Disponível em: 10 set. 2014.

e 200.000 habitantes) e CAPS III (população acima de 200.000 habitantes). Devem oferecer uma refeição aos pacientes assistidos por quatro horas e duas refeições aos pacientes assistidos por oito horas. No que diz respeito ao CAPS III, que segundo a legislação oferece serviço de atendimento no período de vinte quatro horas, a previsão é de quatro refeições diárias.

Os CAPS AD enquadram-se no tipo II e estão previstos para atendimento a uma população superior a 70.000 habitantes, significando que municípios com população inferior a esse contingente não possuem CAPS AD, tornando inexistente o atendimento especializado aos usuários de drogas em pequenas cidades.

A Legislação também prevê o Serviço de Atenção Psicossocial voltado para crianças e adolescentes-CAPS I e II. Nesse caso, a portaria especifica as seguintes condições: “referencia para uma população de cerca de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos”. Em Sobral não há ainda CAPS direcionado ao público infantil e, segundo informações dos gestores da RAISM, também não há uma discussão sobre a instalação desse equipamento, mesmo com o reconhecimento dos profissionais do aumento crescente do uso de drogas, como o crack, entre a população cada vez mais jovem.

De acordo com um médico membro da equipe do CAPS AD, ainda há discussão sobre o espaço adequado para o atendimento aos adolescentes usuários de drogas, não há um consenso entre os profissionais.

Isso é uma discussão que vemos muito em lugares que tem um CAPS infantil, por exemplo: um adolescente e o uso de substâncias, qual seria o equipamento ideal para atendê-los? É o CAPS I ou o CAPS AD? Isso seria uma dúvida que muita gente não sabe como responder. Dependência Química ainda é um espaço muito nebuloso em relação ao tratamento.

Para o meu entrevistado, a “nebulosidade” está presente inclusive nas discussões sobre qual o “saber” mais adequado para lidar com a dependência química. Alguns psiquiatras, segundo ele, entendem que esse cuidado não deve ser no campo da psiquiatria, mas também não sabem definir qual o campo médico seria apropriado para intervir no contexto do uso compulsivo de drogas e diz: “Ainda é um universo nebuloso e os tratamentos dentro da área de saúde são muito controversos”.

O médico é enfático ao afirmar que não há nenhum tratamento que “ofereça auxílio” para todos os dependentes químicos, “a única vantagem dos CAPS

AD é porque é o único atendimento público que atende”. Para o profissional, o fato de que o CAPS AD ainda é recente na sua implementação não propicia uma avaliação do “sucesso” ou “fracasso” da ferramenta e entende tratar-se, ainda, de um processo de aprendizagem: “Estamos aprendendo a fazer, existe uma série de nuances e de áreas de sombra em relação a como enfrentar a questão da dependência que não sabemos como abordar”.

A “redução de danos” poderia ser um dos caminhos, mas em Sobral não há perspectiva dessa proposta encontrar legitimidade na sociedade. De acordo com o médico, a questão da distribuição de cachimbos para substituir o uso da lata entre os usuários de crack é uma forma de minimizar possíveis danos aos usuários, já que através da lata a quantidade de cocaína inalada é muito maior, mas há a percepção social de que “redução de danos” é incentivo ao uso de drogas. Segundo o profissional

A gente até poderia, só que numa cidade que acha que CAPS é coisa de doido, a notícia de que o CAPS distribui cachimbo não seria encarado aqui numa cidade do interior do Ceará como uma iniciativa de proteção ao indivíduo, soaria como estão incentivando. Mas poderíamos, a portaria do ministério permite isso [...].

Meu principal interlocutor no CAPS AD de Sobral foi um médico clínico geral com especialidade em saúde mental, já várias vezes mencionado aqui e que se encontra atuando com usuários de drogas desde a inauguração do equipamento. O profissional também atende na Unidade Psiquiátrica.

No dia da minha visita, enquanto aguardava ser recebida pelo profissional, percebi que o público na sala de espera era composto, primordialmente, por senhores, homens na faixa etária entre 30 e 50 anos, usuários de álcool, de acordo com o que me informou o recepcionista, mas logo saberia através do médico que a maioria dos atendimentos é feita a usuários de crack. O médico esclareceu:

O público mudou muito. Antes atendíamos mais os dependentes de álcool e a partir de 2004 mudou muito com a chegada dos primeiros usuários de crack no serviço [...] foi uma progressão geométrica, foi muito rápido, quando começamos a perceber foi de uma maneira bem intensa, e foram vários usuários que foram aparecendo dia a dia, a ponto de hoje mais da metade dos pacientes que aqui buscam tratamento são usuários de crack, a outra metade seria de usuários de álcool. Outras substâncias são raríssimas de aparecer tratamento aqui.

Outra dimensão do atendimento aos usuários de crack no CAPS AD de Sobral diz respeito à faixa etária e a gênero. De acordo com o médico, os pacientes

são cada vez mais jovens, por volta dos quinze ou dezesseis anos, e também foi detectado um aumento considerável do uso da substância por mulheres com idade entre quinze e vinte e dois anos.

Os dados apontados pelo médico no que diz respeito a Sobral enquadram-se nas estatísticas apresentadas pela FioCruz através da pesquisa realizada entre os anos de 2011 e 2013 sobre o uso do crack em todo o país. Fato relevante é que, de acordo com a pesquisa, em termos de números absolutos, o nordeste é a região com maior número de usuários da droga, em torno de 150 mil pessoas<sup>169</sup>.

Inicialmente, a nossa conversa foi muito pontuada pelas questões ligadas às drogas, como a discussão sobre a legalização e também em relação à dificuldade de aderência ao tratamento, “característica” de dependentes químicos, principalmente os usuários de crack e, por isso, a “parte mais complicada do tratamento”. De acordo com o médico, o percurso do tratamento é feito com entradas e saídas do CAPS AD ao longo da vida, o que é compreensível, já que dependência química é uma doença crônica e recidivante, como entende a Organização Mundial de Saúde-OMS.

No caso do crack é pior a adesão porque a compulsão em relação ao crack é imensamente superior a qualquer outro tipo de compulsão aliada ao qualquer outra substância. Como normalmente o público consumidor de crack é, vamos dizer assim, um público jovem, adolescente, isso é um outro problema pela própria história de vida de cada um. É diferente de você pegar um alcoolista que já tem uma história de vida e pode avaliar com maturidade qual o prejuízo que causou pra sua vida do que um adolescente que está iniciando a vida e não tem noção ainda dos riscos futuros que isto poderá causar (médico do CAPS AD).

De acordo com o entrevistado, a equipe do CAPS AD busca envolver outros atores, inclusive participando de “atividades educativas para criar pontes e objetos comuns dentro da questão da dependência química, tentando criar fóruns de discussão”. Porém, segundo a sua informação, é uma iniciativa da equipe e não uma política oficial da Secretaria de Saúde. A ação de mobilização teria resultado no que denomina de “Fórum Ampliado de Políticas Públicas Sobre Drogas” e como resultado receberam a adesão de pessoas ligadas às igrejas, polícias, UFC com inserção da área de psicologia – ocasionando discussões para propor ações públicas. A efetividade da movimentação política do grupo traduziu-se na criação do

---

<sup>169</sup> Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br>>. Acesso em: 10 set.2014.

Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas (COMAD) em agosto de 2013, cuja presidência coube ao próprio médico, meu principal interlocutor no CAPS AD.

Quanto ao atendimento aos usuários de drogas, o médico entende que a Atenção Primária não funciona como porta de entrada para a Rede. No que se refere a dependentes químicos, é atribuída ao CAPS essa tarefa, o que torna o serviço precarizado diante da demanda de uma cidade com “praticamente 200 mil habitantes”. O profissional credita o não funcionamento do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde à ausência de capacitação profissional, além de que ainda há preconceito em relação aos CAPS como “lugar de doido”, o que gera entraves no atendimento e nos serviços prestados. O meu entrevistado completa:

Associou-se o CAPS a isso... É algo que tentamos desmistificar, mas do mesmo jeito que o Guararapes criou uma marca na cidade, a gente não pode dizer que apesar do tempo que fechou o Guararapes que esse espírito de manicomial tenha se extinguido, as pessoas ainda têm uma demanda por isso, infelizmente o CAPS é associado a isso, a um local como diz todo mundo, pra doido mesmo. Boa parte das pessoas acha que o tratamento que propomos aqui seria te encher de remédios para você abolir qualquer desejo que você possa ter em relação á substancia e não é isso. É algo que sempre falamos, o tratamento medicamentoso é talvez a menor parte desse tratamento.

A fala do médico demonstra a mesma perspectiva da Coordenadora da RAISM que, como vimos, entende que a Atenção Primária poderia esvaziar os CAPS permitindo melhor atendimento aos usuários. Segundo ela, a ideia é que somente “casos graves ou gravíssimos” fossem atendidos por esses equipamentos e que houvesse disponibilidade para ações efetivas no que diz respeito à “ressocialização do usuário” nos mais diversos aspectos, desde fazer um “monitoramento das atividades da vida diária” até o encaminhamento para uma escola do município o que, segundo afirma, estaria de acordo com a portaria que rege o atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial.

O entendimento da coordenadora sobre o “monitoramento das atividades diárias” como parte de um processo de ressocialização do indivíduo com transtorno mental em tratamento nos CAPS de Sobral é emblemático e se refere ao enquadramento desse indivíduo em um círculo de vigilância que se deslocou do confinamento arquitetônico para o confinamento engendrado por uma política de Estado como estratégia de biopolítica. Foucault (1979) fala da socialização do corpo como parte dessa estratégia utilizada pela medicina social alemã do século XVIII

que logo alcançou outros países, não mais como uma medicina de exclusão, mas em um esquema “político-medico” que segundo o autor,

[...] consiste em distribuir os indivíduos um ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um [...] e fixar assim a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto que possível completo de todos os fenômenos (FOUCAULT, 1979, p. 89).

Como o médico, a coordenadora afirma que as ações se tornam limitadas devido ao volume de atendimentos: “A partir do momento que a atenção primária conseguir superar os estigmas, os medos e manejar um caso de saúde mental, os CAPS terão menos pacientes”.

Durante a minha conversa com o médico coordenador do CAPS AD, solicitei informações sobre a proposta terapêutica do equipamento. O meu entrevistado declarou que mesmo os dependentes sendo usuários das mesmas substâncias, para cada um, individualmente, é preparado projeto terapêutico baseado na história de vida, no suporte que ele tem, seja familiar, profissional, espiritual. O projeto é feito levando em conta o desejo da pessoa e a avaliação dos profissionais que o atendem.

O primeiro passo é o acolhimento, que pode ser feito por qualquer profissional, que não é o médico (assistente social, TO, enfermeiro, psicólogo) e que vai “recolher a história de vida da pessoa até a chegada aqui no CAPS”. O técnico que faz o atendimento será o profissional de referência do paciente devido ao contato inicial e à possível criação de vínculo e também é “normalmente ele que faz o projeto terapêutico” e acompanha o desenvolvimento da adesão do paciente às atividades propostas. O profissional pode ser mudado ao longo do tempo dependendo da discussão da equipe em relação ao caso específico e aí um novo profissional de referência será recomendado pela equipe.

Segundo a coordenadora da RAISM no CAPS AD, a adesão é “mais complicada”. Ela entende que a ausência de uma melhor estrutura compromete o processo do paciente em relação ao tratamento e se refere à questão do transporte para fazer o que intitulam de “busca ativa”, ou seja, “fazer visitas todos os dias, uma equipe maior, a gente precisa fazer com que essa adesão seja maior”.

Outra prática no atendimento se refere aos “leitos de observação”, onde são acolhidos pacientes que chegam ao CAPS sobre efeito de “alguma substância”. Enquanto estão no leito, onde podem permanecer durante todo o dia, os pacientes

submetem-se à avaliação para detectar possível intercorrência clínica e/ou a demanda pela internação. Em caso de avaliação negativa, o paciente retorna ao seu domicílio após passar o efeito da substância utilizada.

O Centro de Atenção Psicossocial Damião Ximenes Lopes (CAPS Geral II) está estalado em um casarão no Boulevard do Arco e atende pacientes portadores de “transtornos mentais clássicos”<sup>170</sup> em “casos graves ou gravíssimos”. A equipe que presta serviço de atendimento é composta, basicamente, pelo mesmo número de profissionais que compõem a equipe do CAPS AD.

A Assistente social, coordenadora da RAISM, me explica que o momento de acolhimento, o projeto terapêutico e a figura do técnico de referência no CAPS Geral funcionam em um processo diferente ao CAPS AD, mas “segue a mesma diretriz”. De acordo com a profissional, a demanda no CAPS geral é muito maior (8000 prontuários com 1200 atendimentos ao mês), o que exige uma dinâmica diferenciada porque o “manejo é feito em momento de crise, os casos são mais urgentes e a maioria dos atendimentos precisa de consulta médica”.

Vale ressaltar que a prática do projeto terapêutico é uma recomendação do Ministério da Saúde (BRASL, 2004), cuja proposta indica que para cada paciente atendido pelo CAPS um projeto terapêutico individualizado deve ser elaborado. Daí, como dizem Barros e Jorge (2011, p. 63), “no contexto da atenção, um personagem fundamental é o terapeuta de referencia (TR)<sup>171</sup>. Este deve monitorar o projeto terapêutico do usuário junto com ele”. O projeto terapêutico determinará a frequência de comparecimento aos CAPS, que pode ser: intensiva (atividades diárias), semi-intensiva (atendimento até 12 dias por mês), não intensivo (atendimento até 3 vezes no mês). O projeto terapêutico em relação à frequência no CAPS AD segue as mesmas diretrizes propostas no CAPS Geral.

Em Sobral, a indicação para que o TR supervisione atividades, frequências, contato com a família e a constante avaliação dos objetivos propostos no projeto terapêutico, estabelecendo um diálogo frequente com a equipe e o usuário (BARROS; JORGE, 2011), surge inserida em contexto de limitações muitas vezes reconhecidas pelos membros da RAISM.

---

<sup>170</sup> De acordo com o assistente social do CAPS Geral, transtornos mentais clássicos são aqueles classificados como esquizofrenia, retardo mental, transtorno bipolar, depressões.

<sup>171</sup> Nas informações recebidas no campo de pesquisa, esse profissional é mencionado como técnico de referência, mas em Barros e Jorge (2011) é utilizado o conceito de terapeuta de referência que também é o conceito utilizado no projeto dos CAPS do Governo Federal. Disponível em: <www.ebah.com.br>. Acesso em: 22 set. 2014.

Sobre a questão das consultas médicas, um profissional que atua no CAPS Geral revelou-me de forma confidencial, mas como salientou, sentindo-se “com raiva”, sobre como médicos e psicólogos da RAISM têm exercido suas atividades e afirma: “os CAPS são laboratórios onde eles aprendem para depois aplicarem com os que podem pagar”. E continua

A coisa está tão distorcida na saúde mental de Sobral que o serviço está se adequando aos profissionais e não o contrário. Os médicos reduzem suas cargas horárias para consultar particular e agora essa prática está acontecendo com os psicólogos e isso é um absurdo. Psicólogos temos aos montes no mercado, fico ..... da vida quando estou no acolhimento do CAPS e chega, por exemplo, um caso de tentativa de suicídio e entendo que a terapêutica mais eficaz seria a psicologia e quando procuro agendar o psicólogo diz que não tem vaga na sua agenda e tenho que medicalizar o problema enquanto o paciente aguarda em uma fila de espera da psicologia do CAPS.

A informação do profissional é relevante no sentido de entendermos as dificuldades que limitam as ações da equipe e que muitas vezes são expostas por alguns dos entrevistados em suas falas, mas, logo em seguida, o discurso é redirecionado e a complexidade, a atuação, a abrangência, o pioneirismo e as diferenciações da Rede são colocados em evidência em detrimento das dificuldades e limitações. Essa fala do meu interlocutor faz eco ao depoimento da Coordenadora no que se refere às condições de trabalho dos médicos da Rede.

Na primeira visita que fiz ao equipamento, observei pacientes (homens e mulheres) dormindo nos bancos de madeira que estão localizados em uma área anterior à recepção e logo inquiri o Assistente Social que me recebeu sobre as condições daqueles pacientes, ao que ele respondeu: “podem ser pacientes intensivos vindos dos distritos”. Essa imagem sempre fez parte das minhas visitas ao CAPS Damião Ximenes Lopes, logo entendi que muitos daqueles pacientes não se inserem nas atividades programadas pelas condições excessivas de medicamentação e também por não se sentirem instigados em relação às atividades oferecidas.

O Centro de Especialidades médicas ocupa um espaço relevante no conjunto de equipamentos que compõem a RAISM. A Casa de Repouso Guararapes foi durante 20 anos o único equipamento na área de saúde mental que atendia a Região Norte; era para o manicômio que se encaminhava os pacientes das cidades da região em momentos de “crise”. Com o fechamento do hospital e a criação da Rede, cujo atendimento está essencialmente voltado para os moradores de Sobral,



ficou uma lacuna no que se refere ao atendimento a pacientes de outros municípios, principalmente daqueles que ainda não possuem CAPS por não estarem dentro dos índices populacionais exigidos pelo Governo Federal.

As internações de pacientes psiquiátricos de outras cidades são feitas nos leitos do Hospital Geral Dr. Estevam, mas o acompanhamento ambulatorial ficará comprometido caso a cidade não possua um Centro de Atenção Psicossocial, daí a relevância do CEM, cuja atuação é na atenção secundária e faz parte do SUS.

O equipamento está instalado no centro da cidade e tem uma estrutura adequada ao atendimento de pessoas que se deslocam de outros municípios. A recepção, com dois funcionários, tem cerca de 50 cadeiras onde os pacientes aguardam a chamada pelo nome. Em volta estão os 15 consultórios de diversas especialidades, inclusive psiquiatria. Os pacientes, em sua grande maioria, são transportados em carros cedidos pelas prefeituras dos municípios. O CEM tinha, até o final do ano de 2013, cerca de 29 mil prontuários.

De acordo com a enfermeira que me recebeu e me mostrou as dependências do Centro, a consulta é agendada pela “central de marcação” dos municípios, o que gera uma agenda diária com horários estipulados. As consultas são quinzenais e os medicamentos, quando necessários, são cedidos pelos municípios de origem.

Como procurei explicitar através desse capítulo, em menos de um ano, impulsionado pela morte violenta de Damião, pela divulgação midiática dessa morte e pelas questões políticas imbricadas no caso, Sobral, através dos seus gestores, estabeleceu uma série de equipamentos aliados à proposta da Reforma Psiquiátrica para cuidar de indivíduos com transtornos mentais, que sem dúvida inseriu novos atores e nova ideologia em um contexto social marcadamente manicomial.

## 8 CONCLUSÕES

Esta pesquisa, com vistas à obtenção do título de doutora em sociologia, foi pensada e realizada a partir do meu encontro com a história de Damião Ximenes Lopes, morto por maus tratos aos 33 anos em um hospital psiquiátrico na cidade de Sobral-CE. Esse encontro, além de instigar a presente pesquisa, me proporcionou a oportunidade de dar continuidade aos estudos sobre “instituições totais”, loucura, Reforma Psiquiátrica, temáticas privilegiadas na minha produção acadêmica.

O caso Damião Ximenes chamou a minha atenção por diferenciar-se dos inúmeros casos de violência presentes nos hospitais psiquiátricos brasileiros desde os seus primórdios e que se mantêm de forma individual, salvo raras exceções, no obscurantismo da história. A morte de Damião resultou em um grito de revolta que ecoou para além das fronteiras brasileiras.

Uma vasta literatura discute a violência manicomial no Brasil, mas quem foram esses homens, mulheres e crianças que durante séculos foram vítimas de morte social causada pelo abandono e de morte física causada pela violência institucionalizada? Quem contará as suas histórias e as tirará do anonimato? Ao denunciar a morte do seu irmão, Irene Ximenes deu voz a Damião e, através da sua voz, outras vozes se ergueram, como podemos ver na pesquisa, e contribuíram para impingir transformações no âmbito de uma política de saúde essencialmente excludente e violenta.

Como anunciei no início do trabalho, o texto teve dois momentos distintos. A primeira parte tratou da biografia de Damião e das apurações a respeito da sua morte desde a denúncia pública formulada pela família às investigações que respaldaram o inquérito e que também foram uma resposta política à repercussão nacional e internacional do caso. As informações obtidas nas investigações subsidiaram o processo que levou o Brasil ao banco dos réus em uma Corte Internacional por violações de direitos humanos, na qual recebeu o veredito “culpado”.

Na primeira parte também procurei historicizar de forma crítica a Reforma Psiquiátrica no Brasil e penso que, através do diálogo com brilhantes estudiosos da área, desenvolvi um capítulo pertinente à proposta no âmbito teórico, e que se completou no sentido do entendimento através do campo empírico apresentado por

dados coletados em campo, entrevistas e documentos trabalhados ao longo do texto da tese.

Ao conhecer o caso Damião Ximenes, mergulhei em um universo amplo de informações, mas de imediato a minha motivação foi a sua história, sua vida imersa na loucura e a sua morte. Queria “conhecer” Damião, mesmo havendo várias obras sobre ele; era preciso mais que isso, era preciso “ouvi-lo” e fui encontrar a sua família, conhecer a sua casa e consultar documentos que falassem por ele. Muitas eram as expectativas, sabia quem podia dar voz a Damião, mas reconheço que não consegui estabelecer por completo o círculo de narrativas sobre o meu personagem, deixando de fora algumas figuras familiares emblemáticas na sua história, como o seu pai e o seu irmão gêmeo, Cosme.

A ausência das narrativas dessas duas figuras familiares no meu texto deve-se, primordialmente, às dificuldades na comunicação. O pai de Damião não está mais morando com a família e o seu irmão Cosme mora no interior de Varjota, o que dificultou o meu encontro com ele com a finalidade de colher um depoimento, apesar de tê-lo encontrado uma vez na casa de D. Albertina. Percebi de imediato que o irmão de Damião é tímido, calado, além do que, segundo me informou a sua mãe, “ele não gosta de falar sobre o irmão”. Como foi dito, Cosme também tem transtornos psíquicos e está em tratamento contínuo.

No entanto, mesmo com as ausências mencionadas acima, entendo que fiz Damião se pronunciar através da sua irmã e da sua mãe, que não medem esforços para manter viva a sua memória, pois acreditam que assim não permitirão que o “caso” caia no esquecimento, o que facilitaria outras violências e outras mortes. Nessa empreitada, encontrei respaldo na extensa documentação coletada na Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará, através da qual pude fazer a interlocução com as narrativas de Irene e de D. Albertina.

O arcabouço documental, aliado às entrevistas realizadas com profissionais que participaram da Junta Interventora instituída para “sanear” o hospital psiquiátrico numa tentativa de salvaguardá-lo do fechamento contribuiu, sobremaneira, para que eu pudesse apresentar a movimentação política e jurídica na consolidação do caso que, em seguida, seria objeto de julgamento na Corte Internacional. Também foram relevantes as entrevistas com ex-internos da Guararapes, que, juntamente com a documentação e relatórios das sindicâncias de órgãos públicos, como Secretária de Saúde do Estado do Ceará, Conselho Regional

de Enfermagem, acontecidas na instituição após à denúncia do caso, contribuíram para que eu pudesse apresentar aos leitores o panorama do cotidiano do manicômio.

Ao tratar do contexto das informações sobre os acontecimentos que alicerçaram o caso Damião Ximenes rumo ao julgamento na Corte, uma pessoa relevante no processo não aparece na minha tese como um narrador de extrema relevância que é: trata-se do ex-deputado João Alfredo, hoje vereador do município de Fortaleza e, na época da morte de Damião, Presidente da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará e a primeira figura política a acolher a denúncia de Irene. Reconheço o vazio deixado pela ausência do seu depoimento, mas foram inúmeras as tentativas sem retorno de marcar um encontro, já que o meu trabalho decorreu entres duas campanhas políticas: para prefeito de Fortaleza em 2012 e para Presidente, Senador, deputado federal e estadual e também para Governador do Estado em 2014.

Como mencionei no transcorrer do texto, o protagonismo de Irene e D. Albertina Ximenes é um elemento a mais no meu trabalho por dar voz a Damião e pela luta por justiça em uma sociedade eminentemente machista, coronelista e elitizada. As duas mulheres merecem, com certeza, um trabalho futuro sobre a força e a luta feminina no “árido” terreno das desigualdades. Digo futuro trabalho porque não tive tempo hábil para me deter em uma discussão pautada essencialmente em questões de gênero, mesmo sendo instigada a todo o momento quando lidava com o relato de Irene e também quando ouvia D. Albertina imersa em sua aparente fragilidade.

A segunda parte do trabalho, de acordo com a proposta inicial, tratou de apresentar as transformações ocorridas no atendimento às pessoas com transtornos mentais na cidade de Sobral-CE. Como explicitado por profissionais dos diferentes níveis na estrutura da saúde mental da cidade, as transformações foram resultantes da morte de Damião e da conseqüente publicização de sua morte. Sobral tornou-se foco de observação nacional e internacional. A cidade, que procurava ser reconhecida pela sua modernização, e o seu prefeito, colocando-se como o agente propulsor dessa modernidade, não poderia conviver com o espectro de uma morte por tortura (entre muitas) nos “porões” do seu manicômio em equivalência a um hospital típico do período do “grande internamento” (século XVII/século XIX).

Mesmo com os “jogos políticos”, o que compreendi foi que em nove meses houve o desmonte de uma estrutura hospitalocêntrica que perdurou por mais vinte anos na cidade e em seu lugar organizou-se uma rede de atendimento pautada nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. A RAISM surge como uma resposta não criativa, já que os equipamentos de atendimento que a compõem são resultantes das políticas inovadoras no campo da saúde mental no Brasil, consequência da movimentação pró-reforma, mas é inegável o alinhamento da gestão da saúde no Município, na época, com essas inovações.

A mudança abrupta implicou em um período de estranhamento tanto por parte da sociedade sobralense, que a princípio não entendia como loucos poderiam viver fora do manicômio, como também por parte dos profissionais da área de saúde mental, já que, como me foi dito por uma entrevistada: “convivíamos bem com o manicômio”.

Como forma de construir a segunda parte da tese, propus uma “cartografia” da RAISM na qual pudesse explicitar o contexto, funcionamento e especificidade de cada equipamento que a compõe, assim como ações que são tangenciais aos equipamentos, como o “matriciamento”, além das limitações e avanços no todo das ações da Rede.

Entendo que consegui apresentar os equipamentos, as suas propostas, demonstrar o seu funcionamento e discutir as diretrizes de cada um: CEM, CAPS (Geral e AD), Unidade Psiquiátrica Dr. Estevam, Residência Terapêutica, Escola de Saúde da Família, mas depois de repetidas releituras do meu texto emergiram dúvidas, interrogações que indicam que mesmo com as reiteradas idas ao campo de pesquisa não tive um olhar suficientemente “treinado” para detectá-las em loco, ocasionando primordialmente duas lacunas: o acompanhamento das equipes de profissionais às unidades de Atenção Básica para registrar um Matriciamento e observar como funciona o deslocamento da equipe para os distritos devido às limitações que foram, inclusive, apontadas por alguns dos profissionais entrevistados, como a ausência de um veículo que possa se deslocar com toda a equipe. Será que o matriciamento feito com os pacientes nos distritos diverge na sua elaboração devido ao número de profissionais presentes em relação ao matriciamento feito na sede do Município?

Como ressaltai ao iniciar as Considerações Finais dessa tese, instituições totais, loucura e Reforma Psiquiátrica são temáticas presentes na minha produção

acadêmica. Portanto, pretendo continuar a elaborar pesquisas nessa área, inclusive uma das propostas é o aprofundamento no que eu entendo como lacunas produzidas na minha pesquisa de doutorado, entre elas anuncio uma observação socioantropológica mais elaborada sobre o momento do matriciamento.

Sobral tornou-se um “laboratório” de pesquisa rico e diverso na área da Saúde Mental para o Brasil, de onde já saíram inúmeros trabalhos acadêmicos de diferentes instituições, sobre a RAISM e a sua operacionalidade, e até o presente momento detectei um cunho ideológico pró-reforma em todas as pesquisas às quais tive acesso. Desse apanhado teórico que exige, com certeza, maior aprofundamento, destaquei a proposta para o meu pós-doutoramento, que ainda será burilada, para a identificação da sua pertinência e condições exequíveis tendo como *locus* de observação o CAPS Geral e o CAPS AD de Sobral: Como preservar os ideais da Reforma Psiquiatria diante das limitações no atendimento ambulatorial aos indivíduos com transtornos psíquicos?

Como resultado do diálogo com três autores que também discutem Sobral e a Reforma Psiquiátrica no contexto da morte de Damião Ximenes (PEREIRA, 2011; BORGES, 2009; SILVA, 2011), elaborado nesta tese, percebi diferenciações com a minha linha analítica, já que o meu trabalho propôs entender a relação entre o caso Damião Ximenes e a política de Saúde Mental de Sobral sob o prisma sociológico. Isso significa relacionar o ocorrido à questão fundante da sociologia, ou seja, a relação indivíduo e sociedade e, para tanto, se fez necessário utilizar métodos próprios da disciplina de História, como biografia e a história oral, onde a memória complementa o que está escrito através da dimensão viva, a capacidade humana de rememorar o passado.

Também significou fugir da perspectiva normativa própria à abordagem jurídica de Nadine Borges, como também fugir ao exagerado compromisso militante como o fez Pereira.

No meu trabalho, também foi necessário contrapor olhares que contribuem para perceber o caso Damião numa estética do “exótico”, como o fez Silva, em que o exagero dos particularismos impede o fecundo relacionamento entre o caso Damião Ximenes e os processos mais gerais que o envolvem. São eles: a reforma psiquiátrica, o movimento antimanicomial, a política local.

Como conclusão, entendo que ainda há muito que se discutir sobre as mudanças proporcionadas pela Reforma Psiquiátrica, até porque o retrocesso está à

espreita em Sobral ou qualquer outra grande cidade do país, já que há incentivo do Governo Federal para criação de “instituições totais” com o propósito de isolar os usuários de drogas como o mesmo propósito higienista utilizado no início do século XX em relação aos loucos.

A contradição dessa proposta está principalmente no grupo político que a patrocina e que é herdeiro ideológico do mesmo grupo que idealizou a lei 10.216, cujo principal destaque era a “extinção progressiva dos manicômios”.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAUJO, Pe. Francisco Sadoc de. **Origem da cultura sobralense**. Sobral, CE: Edições UVA, 2005.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado. **O Alienista**. Porto Alegre: Editora L&PM, 1998.

BARREIRA, César. **Trilhas e atalhos do poder: conflitos sociais no sertão**. Rio de Janeiro. Rio Fundo Ed., 1962.

BARRETO, Lima. **Diário do hospício; Cemitério dos Vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BARROS, Marcia Maria Mont'Alverne; JORGE, Maria Salete. **Concepções e práticas de atenção à saúde mental: o discurso do sujeito Coletivo**. Fortaleza: EdUECE, 2011.

BASÁGLIA, Franco. **A Instituição negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BIEHL, João. Antropologia do devir: psicofármacos-abandono-desejo. **Revista de Antropologia**, São Paulo: USP, v.51, n. 2, 2008.

BOLTANSKI, Luc. **El amor y la justicia como competencias: Tres ensaios de sociologia de la accion**. Buenos Aires, Amorrortu, 2009.

BORGES, Nadine. **Damião Ximenes: a primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BOSI, Alfredo. Prefácio. In: BARRETO, Lima. **Diário do hospício: cemitério dos vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BOSI, Ecleia. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

\_\_\_\_\_. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **A ilusão biográfica**. In: FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO Janaína. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.



BRASIL. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUENO, Austregésilo Carrano. **Canto dos malditos.** Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CAMARA. Fernando Portela. Mortalidade por transtornos mentais e comportamentais e a reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 11, n. 2, p. 278-285, junho 2008.

CHAUÍ, Marilena. Os trabalhos da memória. In: BOSI, Ecléia. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1989.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA, Lídia et al. **Análise de internamentos psiquiátricos da rede hospitalar pública, contratada e conveniada pelo Sistema Único de Saúde do Ceará.** Aracati: Centro de Atenção Psicossocial de Aracati, 1997. Mimeografado.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.** São Paulo: Edições Loyola, 2008.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 12, Dec.2011.

DESVIAT, Manoel. **A reforma psiquiátrica.** Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico.** São Paulo: Editora Martin Claret, 2003.

ELIAS, Norbert. **Mozart: sociologia de um gênio.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1995.

\_\_\_\_\_; SCOTSON, L John. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade.** Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2000.

ENGEL, Magali Gouveia. A loucura, o hospício e a psiquiatria em Lima Barreto. In: CHALHOUB, Sidney et. al. (orgs.). **Artes e ofícios de curar no Brasil.** Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **O dicionário da língua portuguesa.** 6. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2005.

FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaina. **Usos e abusos da história oral.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

FREITAS, Nilson Almino. **Sobral: opulência e tradição**. Sobral: UVA, 2000.

FROTA, José Tupinambá da. **A história de Sobral**. Fortaleza: Imprensa Oficial do Ceará-IOCE: 1995.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **As verdades e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 38. ed. Petrópolis, RJ: 2010.

GIRÃO, Glória Girão S. Mont'alverne; SOARES, Maria Norma Maia. **Sobral, história e vida**. Sobral: Edições UVA, 1997.

GOFFMAN, Irving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

HAGUETTE, Maria Tereza Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis-RJ, Editora Vozes, 1987.

KASTRUP, Virginia. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: FONSECA, Tania Maria Galli; KIRST, Patricia Gomes (orgs). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

KOFES, Suely. **Uma trajetória em narrativas**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2001.

LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2006.

MELAZZO, Everaldo Santos; GUIMARÃES, Raul Borges. **Exclusão social em cidades brasileiras: um desafio para as políticas públicas**. São Paulo: Ed. UNESP, 2010.

MOSENHOR LINHARES. À guisa de prólogo: a História de Sobral. In: FROTA, José Tupinambá da. **História de Sobral**. Fortaleza: Imprensa Oficial do Ceará, 1995.

MONTEIRO, Rita Maria Paiva. **Dependência química e juventude: a carreira moral de jovens adictos em instituições de recuperação**. 2010. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010a.

\_\_\_\_\_. Dependência química e Políticas Públicas: o desafio da recuperação em um CAPS AD no município de Fortaleza. In Souza, José Pires (org). **Poder e políticas públicas na América Latina**. Fortaleza: Edições UFC, 2010b.

OLIVEIRA, Valeska Fortes et al. O oral e a fotografia na pesquisa qualitativa. In: ABRAHÃO, Maria Helena Menna Barreto (org). **A aventura (auto) biográfica: teoria e empiria**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança**. Suíça: OMS, 2001. 173p.

PAIVA, Antônio Cristian Saraiva. **Reservados e invisíveis**. Campinas-SP: Pontes Editores, 2007.

PASSOS, Isabel Christina Friche. **Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte, MG: Argvmentvm, 2009.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PEREIRA, João Frayze. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

PEREIRA, Milton Freire. Damião: um grito de socorro e solidão. In: SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira (org.). **A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

PESSOTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PICANÇO, Paulo. A morte do hospital psiquiátrico in hospital por excelência. **Revista da Federação Brasileira de Hospitais-FBH**, Brasília-DF, n. 2, Jan./mar 2011.

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. **Comentários à lei da reforma psiquiátrica: uma leitura constitucional da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Fortaleza: Editora Tear da Memória, 2010.

POLLAK, Michael. Memória, esquecimento e silêncio. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro: v. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.

PORTELA, Francisco Cleuton da Ponte. **Adeus casa querida onde vii eu e [meu] pai nascer: Memórias dos moradores da extinta vila São Vicente no Perímetro Irrigado do Açude Aires de Souza (Sobral/CE)**. 2007. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) - Universidade Estadual do Vale do Acaraú, 2007.

RAMMINGER, Tatiana. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico**. **Bol. da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 111-124, 2002.

RAPAPORT, Robert. N. **Community as doctor**. London, Tavistock Publications, 1960.

RINALDI, Doris. O acolhimento, a escuta e o cuidado: Algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 7-18, 2000.

ROSA, Lúcia. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SAADA, Jeanne Favret. Ser afetado. **Cadernos de Campo**, n. 13, p. 155-161, 2005.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Política de saúde mental de Sobral/CE: proposta**. Sobral, maio de 1999. Mimeografado.

\_\_\_\_\_; CARNEIRO, Cleide. Rede de atendimento à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões. **Revista SANARE**, Sobral, v. 6, n. 2, p. 7-25, jul/dez. 2005/2007.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. **As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira (org.). **A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

SILVA, Martinho Braga Batista. **Entre o 'desmame' e os 'galinhas d'água': a vida fora dos hospícios no contexto da primeira condenação do Brasil por violação de direitos humanos**. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SOARES, José Teodoro (org). **Os caminhos de Dom José**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2004.

SOUZA, Paulo Cesar Zambroni de et al. O pioneirismo de Louis Le Guillant na reforma psiquiátrica e psicoterapia institucional na França: a importância do trabalho dos pacientes para a abertura dos hospícios. **Estudos e Pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, v. 9, n.3, p.612-631, 2. semestre de 2009.

SPOSATI, Aldaiza. Regulação social tardia: característica das políticas sociais latino-americana na passagem entre o segundo e o terceiro milênio. In: VII CONGRESSO DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, VII, 2002. **Anais...** Lisboa, Portugal, 8-11, oct. 2002.

SZASZ, Thomas S. **Ideologia e doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

TÓFOLI, Luís Fernando; FORTES, Sandra. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral-CE: O relato de uma experiência. **Revista SANARE**, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

## APÊNDICE A - TABELA DE ENTREVISTAS REALIZADAS

DATA	Local	Entrevistado	Observações
11.2011	Sobral – CE	Coordenador Administrativo da Junta Interventora	Entrevista nas Faculdades Inta
03.2012	Ipueiras – CE	Irene Ximenes	Recebeu-me na sede do Instituto Damião Ximenes
04.2012	Varjota – CE	Albertina Ximenes (2º encontro)	Recebeu-me em sua casa
05.2012	Sobral	2º depoimento de d. M. G.	Transcrito por sua filha e me entregue em sala de aula.
06.2012	Sobral – CE	Sr. W. Egresso da Casa de repouso Guararapes	Recebeu-me em sua casa
08.2012	Sobral – CE	Assistente Social da Junta Interventora	Entrevista nas faculdades Inta
08.12	Sobral – CE	2 entrevistas Assistente Social CAPS e da UP.	Entrevista no CAPS e na UP
08.2012	Ipueiras - CE	Irene Ximenes	Recebeu-me em sua casa.
01.2013	Sobral - CE	Coordenador da Residência terapêutica	Recebeu-me na sede RT
01.2013	Sobral - CE	Costa e Silva – egresso da Casa de Repouso Guararapes	Recebeu-me na sede do lar Bom Samaritano
05.2013	Sobral - CE	Coordenador CAPS AD	Recebeu-me na sede do CAPS AD
05.2013	Sobral - CE	Coordenadora da RAISM	Recebeu-me na sede do CAPS AD
08.2013	Sobral - CE	Enfermeira do CEM	Recebeu-me na sede CEM.
11.2014	Fortaleza - CE	Ex Secretário de Saúde de	Concedeu-me

		Sobral: Dr. Odorico Monteiro.	entrevista em um escritório.
--	--	-------------------------------	------------------------------

- Em 2014 retornei três vezes a Sobral e reencontrei algumas pessoas já entrevistadas para dirimir dúvidas, mas não gravei mais entrevistas. Os registros foram feitos no Diário de Campo.

- Os outros dois depoimentos recebidos de d. M.G não têm os registros das datas, mas os recebi todos durante o ano de 2012.

## APÊNDICE B - TABELA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS

DATA	Documento	Observações
-----	Ficha cadastral de Estabelecimento de Saúde da Casa de Repouso Guararapes	Sistema Único de Saúde - SUS
10.1999	Folhas de Evolução de Enfermagem – Casa de Repouso Guararapes  01 a 04/10	Relatório da Enfermagem com ocorrências - óbito
-----	Carta Denuncia de Irene Ximenes	Para órgãos e entidades de defesa dos Direitos Humanos
12.1999	Ofício do delegado de Sobral para o Promotor de Justiça encaminhado depoimentos de 4 testemunhas.	Entre as testemunhas o motorista da Prefeitura de Ipueiras que transportou o corpo de Damião
12.1999	Ofício do Ministério Público à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará - CDHALCE	Comunicação das medidas adotadas para o esclarecimento da morte de Damião.
12.1999	Ofício do Coren do Ceará encaminhando para a CDHALCE relatório do resultado da averiguação na Casa de Repouso Guararapes.	Relatório anexo ao ofício.
01.2000	Ofício da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará encaminhando o relatório do resultado da auditoria na Casa de Saúde Guararapes à CDHALCE.	Relatório Anexo ao ofício.
01.2000	Ofício do Deputado João Alfredo Presidente da CDHALCE ao Prefeito de Sobral.	Solicita informações acerca das providências tomadas pela prefeitura em relação ao caso Damião Ximenes
01.2000	Ofício do Deputado João Alfredo ao Secretário de Saúde de Sobral	Solicita informações acerca das providências em



		relação ao caso Damião Ximenes.
01.2000	Ofício do Deputado João Alfredo à presidenta do Conselho de Defesa dos Direitos Humanos do Ceará.	Encaminha o “Relatório Final” recebido da Secretaria de saúde do Estado para o conhecimento dos membros do Conselho.
01.2000	Carta de Irene Ximenes ao Deputado João Alfredo.	Denúncia de “omissão de provas” pelo Delegado de Polícia de Sobral.
02.2000	Ofício do Deputado João Alfredo ao Secretário de Segurança Pública do Estado do Ceará - GAL. Candido Vargas	Comunicação da Denúncia de Irene em relação à “omissão de provas” e em anexo cópias dos documentos resgatados por Irene. Denúncia também que a Promotoria Pública de Sobral estaria declinada a arquivar o caso “por falta de provas”. O Deputado também notifica a falta de providências por parte do Prefeito e do Secretário de Saúde de Sobral.
02.2000	Despacho da Secretaria e Assistência Social-Sistema Municipal de Auditoria ao Secretário de saúde do Município – Dr. Odorico Monteiro.	Relatório da Sindicância na Casa de Repouso Guararapes entre 20/10 de 1999 e 18/02/2000.
03.2000	Portaria nº 026 de 02/03 assinada pelo Secretário de Saúde de Sobral com o propósito de Intervir na Casa de	Finalidade da Junta – gerenciamento técnico e

	Repouso Guararapes.	Administrativo da Casa de Repouso Guararapes.
04.2000	Relatório Parcial da Junta Interventora	Período contemplado pelo relatório - 30 dias.
04.2000	Ofício do Promotor de Justiça de Sobral para o Deputado João Alfredo.	Informa que foram denunciados pelo Ministério Público o proprietário do Hospital, 2 enfermeiros e um “fiscal de pátio”
05.2000	Ofício do Centro de Apoio Operacional aos Grupos Socialmente discriminados do Ministério Público ao Deputado João Alfredo	Relatório de atividades de acompanhamento do caso.
07.2000	Portaria 113 de 10/07/2000 da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde do Município de Sobral	Ato de fechamento do Hospital após 120 dias de intervenção.

## APÊNDICE C – RELATOS DE DONA M. G.

- 1- Das suas estórias na casa de Depuoso quem era a que qual acontecimento <sup>que</sup> mais lhe chamou a atenção?
- 2- O que a fez mais gostar lá na casa de Depuoso?
- 3- O que mais lhe deixou triste?

### - Respostas -

1. A morte de uma senhora que gostava muito de mim e morreu, ela já era idosa e a sua cama era no mesmo quarto que o meu, era a minha melhor amiga.

2. As amizades, havia internos muito amigos de mim, eles eram muito legais, simpáticos, correntes.

3. O que mais me deixava triste era a saudade dos filhos, e o hospital, no caso, o quarentenas era um ambiente como se houvesse o tempo todo em funeral, ou seja, era um ambiente triste, de nostalgia enfim com uma péssima estrutura, camas muito velhas e também os colchões, os quais quando havia morrido alguém em uma determinada cama o colchão era diretamente utilizado por outras pessoas, eu, no caso, assim que um senhor morreu o colchão dele foi logo utilizado por mim.

o segundo relato de vida a dica foi feita porque o colchão de mim  
naquela época em condições de uso.

17.05.2012

D S T O X S S

## Relato de uma interna do Guararapes

Na instituição, havia o lado, ou seja, o local onde ficavam os homens e por outro lado havia as mulheres, mais como possuía vários portões, grades dava-se para ver uns aos outros, havia um bebedouro que ficava na divisa dos quartos, e presenciávamos vários insultos, cenas sexuais, pois quando via alguma mulher beber água os homens à via e pelas grades tentavam o máximo que pudessem satisfazer suas necessidades sexuais.

Em relação, a alimentação, modo de convivência na instituição; logo ao acordar pela manhã tomava-se um banho e em seguida o lanche que era café com pão, almoçávamos arroz, feijão, carne; comida que era a melhor ao comparar-se com a janta que era uma sopa de feijão horrível. Costumávamos andar pelo pátio que havia, outros preferiam sentar em banco que possuía em baixo de árvores, alguns iam pular na piscina que era vazia. Eu, porém não tinha muito ânimo, porque tomava remédios ficava toda com desânimo, falta de coragem e optava sempre era ficar deitada por onde disse certo, houve um dia em que estava chovendo e eu estava deitada na grama, inúmeras formigas me atormentavam e por incrível que pareça fiquei na chuva, pois

D S T Q U S S

não havia menor coragem de levantar-se, era completamente a base de remédios, considerei-me no Guararapes uma das internas mais calma, e passava lá de no máximo 35 dias.

Do passar por algumas internações na instituição, pois não foi somente uma vez que estive lá, mas cerca de 3 a 4 vezes, os meus médicos foram o Doutor Humberto e o Doutor Heleisio, havia um outro médico de nome Dr. Ivo, mas este eu só via com mais frequência. Pela parte da tarde, quase noitinha ele chegava com suas malas executivas, observava todos e logo ia embora. Nunca vi nenhuma morte, mais ouvia vários comentários de pessoas que haviam na instituição falecido.

As visitas eram de 4 a 8 dias, o intervalo de tempo, os médicos nos visitavam quase todos os dias. O que não tinha, no Guararapes era uma dedicação, responsabilidade, amizade dos enfermeiros conosco, eles não se importava muito com nossas ações que considero que traziam consequências maléficas; costumava-se vestir as roupas de outras internas inclusive em um certo dia vesti um vestido de uma porque o achei bonito, mais ela havia cocainas e eu também fiquei com cocainas, foi preciso minha irmã pedir para mim retirar da instituição o mais breve possível para levar-me para me consultar em ferquilha com o joobe, só assim ele passou os medicamentos e fiquei

D S T Q R S S

melhor, mais esta prática de vesti roupas e uma das outras era bem comum. Outra situação a qual passei foi estar grávida e continuei a tomar fortes remédios o que veio a prejudicar no desenvolvimento de meu bebê e ao nascer logo morreu. Sou casada, e no caso seria o segundo filho.

30

### Relatório-

Nasci no dia 03 de julho de 1951, em um distrito de Sobral chamado CANTO DAS PEDRAS (próximo à cidade de Aracatiaçu). Minha mãe na época me teve mesmo em casa. Minha infância é marcada por TRABALHO, não gostei muito de brincar como era o costume de muitas meninas, uma das raras brincadeiras que eu lembro-me que gostava era brincar de boneca com minhas colegas debaixo das árvores e fazíamos também comida. O desejo de trabalhar era mais forte como se estivesse enraizado dentro de mim e isto pra mim era um prazer, pelo menos na casa de minha mãe, pois jovem quando comecei a trabalhar na casa dos outros o trabalho passou a ter outro gosto a mim maltratar físico e psíquico os(a) patroas gostavam muito de maltratar as pessoas xingando chamava-me de preguiçosa, porque eu era babá, mais na verdade quando ia trabalhar eles queriam na verdade que descemos conta do menino e de uma imensa casa.

Aos 8 anos de idade comecei a trabalhar em casa ajudando meus pais, pois éramos 11 irmãos e tinha que trabalhar pesado na roçado pra criar todos, pelo menos da o que era necessário para a sobrevivência. Eu ficava em casa fazendo o almoço, todas as atividades domésticas tais como: varrer a casa, lavar louças, lavando roupa, para quando meus pais e irmãos chegassem do roçado está tudo pronto. Tudo se tornou mais complicado quando eu pedir meu pai, quando ele morreu eu tinha apenas 12 anos e era a filha mais velha, no entanto, o trabalho pra mim agora duplicou agente sem nem uma renda fixa totalmente dependente da agricultura, aos doze anos de idade passei a ir para o roçado com minha mãe. Minha mãe ficou viúva aos 37 anos e desde este período não quis mais nenhum outro homem. Quando meu pai morreu chorei muito, pois gostava muito dele. Todos os dias minha mãe passou a mim acordar para ir pro roçado as 4:00 horas da manhã pois o roçado era muito longe, e íamos a pé, eu achava péssimo acordar este horário mais era o jeito. Plantava milho, feijão, jerimum, melancia, algodão e no tempo da colheita eu também colhia junto com minha mãe e irmãos. Minhas outras irmãs que eram 3 menores não trabalhavam como eu, ficava em casa.

Aos 16 anos de idade comecei a trabalhar nas casas dos outros em sobral. Eu fui babá e cuidava da casa também, sempre procurava fazer tudo bem certinho, para evitar a patroa me chamasse atenção, mais eu mesmo desse jeito ainda eles gostam de procurar defeitos no trabalho que agente faz para chamar atenção, aguentava tantas indiretas, como me chamavam de preguiçosa, mas na verdade eu vivia era cansada de tanto trabalho, logo tinha 16 anos, longe da família só ia ver minha mãe e irmãos com 15 dias. Quando me reunia com algumas colegas gostávamos de falar sobre arranjar namorado, mais eu nunca fui muito namorada não. As vezes em que eu ia para as festas paquerava com alguns rapazes mais tinha o dia, porém tinha outros dias que eu costumava ficar só observando o povo dançar então nestes dias eu ficava pelos cantos. Em um certo dia eu e minha irmã Conceição começamos a discutir de quem era o namorado mais bonito e minha irmã com raiva de mim pegou um relógio que eu

gostava muito pois era meu irmão Otávio que havia me dado e quebrou com uma forma de chapéu, eu sempre me perguntava apesar de eu gostar de trabalhar, por que só quem trabalhava mais era eu?! Minha mãe quando se falava em trabalho pensava logo em mim, esta minha irmã Conceição, por exemplo, só queria vida boa quando eu ia para o roçado eu ficava no duro trabalhando no cabo da enxada e ela ficava deitada no roçado debaixo das moitas paquerando com um moço que ela gostava. Dos Homens o que trabalhava mais era meu irmão Otávio e das mulheres eu. Lembro-me que um dia eu arrancando mato no roçado e minha mãe me mandando largar o cabo da enxada, pois eu estava desmaiando. Não passávamos fome, mas a nossa alimentação não era balanceada, talvez fosse fraqueza em mim já que eu era nova e não tinha uma alimentação ideal. Eu quando era jovem era muito tímida em minha própria residência, quando era a hora do almoço eu não colocava carne em meu prato e meu pai em vida dizia, minha filha deixe de ser besta coloque carne em seu prato e coma.

Para comprar roupa eu, mamãe fazia chapéu e vendia numa pacata fazenda, chamada Canafistula para o senhor Joaquim Gabriel. Casei com 24 anos, já estava grávida, meu casamento foi no dia 7 de janeiro de 1978 e no dia 9 de janeiro de 1978 tive o meu primeiro filho de nome Carlúcio, o qual veio a se suicidar no dia 03 de janeiro de 2012.

Fui pegar umas roupas, que havia mandado a costureira fazer em uma fazenda próxima de onde eu morava chamada JARDIM, então quando me dei conta em pleno sol quente eu estava toda suja de sangue, e, no entanto, percebi que estava menstruada pela primeira vez. Dias depois me levaram para o hospital Dr. Estevam o médico passou 12 injeções para mim, e depois que pude perceber que desde esse dia não tive mais saúde nos meus nervos, também passei a ter as primeiras crises nervosas, ou seja, comecei a apresentar sintomas que era motivo para mim levarem para o hospital.



## ANEXOS – MATÉRIAS DE JORNAIS IMPRESSOS SOBRE O CASO DAMIÃO XIMENES

### CONTRABANDO

Os apreenderam ontem no posto fiscal da Fazenda, em Penaforte, o caminhão Mercedes Benz de placas JKR-8910. O veículo transportava 58 caixas de cigarros contrabandeados. A mercadoria procedia do Paraguai. O motorista do veículo, foi preso.

OPOVO/Fortaleza-CE, quinta-feira, 3 de fevereiro de 2006

5A

*idades*

### Assaltos deixam duas pessoas baleadas

**Em Castelão, um assaltante tentava roubar um comércio quando foi morto em três tiros por um homem que estava dentro de um veículo não identificado**

Dois pessoas foram baleadas por ocasião de dois assaltos, ontem à tarde, em Fortaleza. O primeiro caso ocorreu no bairro Carlião Pampiana, quando três homens armados com revólveres invadiram uma locadora na rua Pedro Clemente Fernandes. O dono do estabelecimento, Daniel Augusto Pereira Soares, 22 anos, tentou fugir e foi baleado no pescoço. Os assaltantes fugiram em um veículo branco de placas não anotadas levando dois vídeo-games. A vítima está internada no Instituto Doutor José Frota (IJF).

No Conjunto Esplanada, no bairro Castelão, um homem armado assaltava o comércio de Luiz Prado Filho, 36 anos, quando na ocasião um carro passou pelo local. Do interior do veículo (placas ainda não identificadas) foram disparados três tiros que atingiram o assaltante no tronco. Valdeirino Gomes de Araújo, 18, está internado em estado grave no Instituto José Frota. O caso foi registrado na Delegacia do 8º Distrito Policial (Conjunto José Walter).

Dois homens armados de revólveres tomaram de assalto, ontem, em Quixadá (a 168 quilômetros de Fortaleza), um malote da Caixa Econômica Federal que estava sendo transportado para a agência do Banco do Brasil daquela cidade. Os ladrões renderam o motoboy José Aulo Barbosa e fugiram em uma moto vermelha de placa não anotada. A Polícia informou que no malote havia apenas documentos. O caso foi comunicado ao Comando de Policiamento do Interior (CPI) através da Segunda Companhia do primeiro Batalhão da PM, sediada na cidade.

### DENÚNCIA

## Clínica de Sobral é suspeita de ter provocado a morte de paciente



Irene Ximenes Lopes, mãe do paciente morto, faz a denúncia na Assembleia Legislativa

### Secretaria de Saúde confirma irregularidades

Uma comissão da Secretaria de Saúde do Estado (Sesa) visitou a clínica Guararapes em novembro do ano passado, e constatou várias irregularidades. O relatório aponta que a "clínica não apresenta condições de funcionamento" e sugere "intervenção ou medida similar, caracterizando a mudança de gestão, ou seu descredenciamento pelo SUS". Quanto ao caso Damiano, o relatório aponta que

há evidências de "assistência médica precária, maus-tratos e deficiências diversas".

A secretaria de Saúde de Sobral também determinou, em novembro, a instauração de inquérito administrativo para averiguar as condições da clínica. Foi determinada ainda uma auditoria. O resultado aponta os mesmos problemas detectados pela Sesa.

Mesmo com as constatações, o

diretor da secretaria de Saúde de Sobral, Alcides Miranda, afirma que estão sendo estudadas alternativas antes de uma medida drástica. Ele diz que o simples fechamento ou descredenciamento do SUS geraria mais problemas, "já que não temos onde colocar os pacientes". Sobre a intervenção, enquanto não se chega a outras alternativas, foi cogitado "não termos recursos humanos para isso".

**Mãe disse que observou sinais de espasmo quando visitou o filho no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes**

Irene Ximenes Lopes, mãe do doente mental Damiano Ximenes Lopes, que morreu no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, denunciou ontem, na Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa, que estaria havendo negligência na apuração de possíveis maus-tratos cometidos contra o paciente.

Damiano morreu no dia 4 de outubro do ano passado, dois dias depois de ser internado no estabelecimento. A mãe de Damiano, Albertina Viana Lopes, afirma que esteve com o filho no hospital antes de sua morte e constatou que ele havia sido espancado. Albertina teria comunicado a direção do estabelecimento, mas nenhuma providência foi tomada.

Na época, foi aberto inquérito policial para investigação do caso. No dia 24 de janeiro, Irene compareceu ao Ministério Público Federal para acompanhar o depoimento da mãe. Ela declarou que na ocasião teve acesso ao processo e notou a ausência de depoimentos prestados durante a fase de investigação, que acusavam o hospital.

No dia 28 deste mês, Irene entrou em contato com o delegado que presidiu o inquérito, Francisco de Assis Ribeiro Macedo, questionando se ele havia enviado toda a documentação relacionada ao caso. Segundo ela, o delegado respondeu afirmativamente. Irene então relatou que alguns documentos haviam sumido. Segundo ela, depois de uma verificação, o

delegado reconheceu que não havia enviado a documentação completa.

Irene afirma que existem outras irregularidades na clínica Guararapes. "Fato atestado pela Secretarias de Saúde do Estado e de Sobral, através de vistoria no local". O proprietário da clínica, Sérgio Ferreira Gomes, contesta a avaliação das Secretarias de Saúde do Estado. Segundo diz, o local é o maior hospital particular do Estado em área de lazer. Sérgio aproveita para criticar o procedimento da Secretaria de Saúde do Estado, dizendo que a visita foi "muito rápida e tendenciosa".

O Guararapes, um hospital particular, tem 80 leitos, a maioria ocupados por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Sérgio, isso não impede que, mesmo com poucos recursos, o hospital tenha alas que para ele são de "primeiro mundo". Com relação à morte de Damiano, Sérgio afirma que tudo ficou esclarecido com o laudo pericial que, segundo ele, indicou morte natural.



Damiano Ximenes Lopes

## DOAÇÃO

O Hospital Albert Sabin e a Associação Peter Pan recebem hoje, às 8h30m Supermercadinhos São Luiz os recursos levantados com a campanha "Coração Criança", desenvolvida pela rede de supermercados durante o mês de outubro.

## Comissão avalia denúncia de espancamento em Sobral

**O resultado do laudo foi morte indeterminada sem elemento para responder** ■

A morte de Damião Lopes Miranda, 30, em Sobral, motivou ontem audiência da Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa. Participaram representantes de 24 entidades — além de deputados, psiquiatras, médicos e familiares de pacientes — ligadas ao atendimento à saúde mental no Estado do Ceará. Damião foi internado na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, no dia 1º de outubro último, e três dias após foi morto "vítima de espancamento" nas dependências da unidade, conforme relatou a família.

Segundo a irmã de Damião, Irene Ximenes Lopes, a mãe, Albertina Lopes, foi visitá-lo horas antes da morte e encontrou o filho "com as roupas rasgadas, sangrando, mãos atadas nas costas, sujo de urina e fezes e com fortes sinais de espancamento". Ela diz que procurou o diretor clínico da casa de repouso, o médico Francisco Ivo Vasconcelos, também legista na

cidade, e foi tratada "com despreito e sarcasmo". Ela acrescenta que, na ocasião, viu o diretor pedir a um enfermeiro para aplicar uma injeção em seu filho "sem o ter examinado anteriormente".

Albertina voltou para casa, a 72 quilômetros do hospital, e logo quando chegou, recebeu um telefonema com a informação de que o filho havia morrido. O exame cadavérico feito por Ivo identificou a morte como parada cardio-respiratória. A família deu queixa à polícia e dirigiu-se, segundo ela, para o Instituto Médico Legal (IML) em Fortaleza. O resultado do laudo foi morte indeterminada sem elemento para responder. A família acusa cumplicidade entre os legistas.

Ivo Vasconcelos negou ontem ao *O POVO* que tenha destrutado a família. Disse que estava acompanhando o paciente e que o medicamento prescrito era o mesmo que Damião tomava. Acrescenta que foi ele próprio quem encaminhou o corpo para o IML de Fortaleza. "Lá tinha melhores condições para se fazer um laudo mais preciso. Fizemos tudo que tinha de ser feito, com ética e dentro da lei", afirmou.

## Atendimento questionado

REF

D  
ca

## A morte de Damião Ximenes motivou a realização das auditorias

A reunião do Conselho Municipal de Saúde, quando foi decidida a intervenção, ocorreu no último dia 29 de fevereiro. Depois dos 90 dias estipulado para o trabalho da Junta Interventora, o Conselho propôs a solução definitiva para o caso.

Único hospital psiquiátrico da Zona Norte, a Casa de Repouso Guararapes tem 26 anos de funcionamento com uma média de 300 a 400 pessoas/mês entre pacientes e familiares.

Atualmente, o hospital encontra-se com 58 pacientes internados e mais 27 no sistema Hospital Dia, que permite ao paciente receber o tratamento durante o dia e poder ir dormir em sua própria residência.

Os atendimentos são feitos através do Sistema Único de Saúde - SUS. Várias auditorias foram reali-

zadas na Casa de Repouso Guararapes, sendo constatadas deficiências na parte de atendimento médico.

As auditorias foram motivadas pela morte de Damião Ximenes Lopes, no dia 4 de outubro de 99. O paciente, que residia na cidade de Varjota, chegou ao hospital numa sexta-feira, 1º de outubro, e foi visto pelo médico plantonista Marcelo Messias Barros. Na segunda-feira seguinte, dia 4 de outubro, o diretor clínico Ivo Vasconcelos atendeu Damião, orientando sobre a medicação que deveria ser utilizada. Por volta das 11 horas, o paciente veio a falecer.

O corpo de Damião Ximenes foi levado para o Instituto Médico Legal (IML) de Fortaleza e a conclusão da causa de sua morte ficou como indeterminada.

A família não aceitou a

conclusão do laudo e, através da irmã de Damião, Irene Ximenes, passou a contestar os dados oficiais sobre a morte dele, acusando o hospital de maus-tratos e precariedade no atendimento médico.

A Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembléia Legislativa chegou a promover uma entrevista coletiva para tratar da apuração da morte de Damião Ximenes Lopes.

Também foi realizada uma audiência pública e uma vistoria na casa de saúde, constatando a falta de condições para funcionamento.

Com a intervenção na Casa de Repouso Guararapes, o caso Damião está novamente em debate, devendo ser apurada a responsabilidade civil e penal.



Edilson Silva

O secretário de Saúde de Sobral, Luis Odorico, assessores e a junta interventora do Hospital Guararapes

# Entidades visitam Hospital Guararapes

F. Edilson Silva

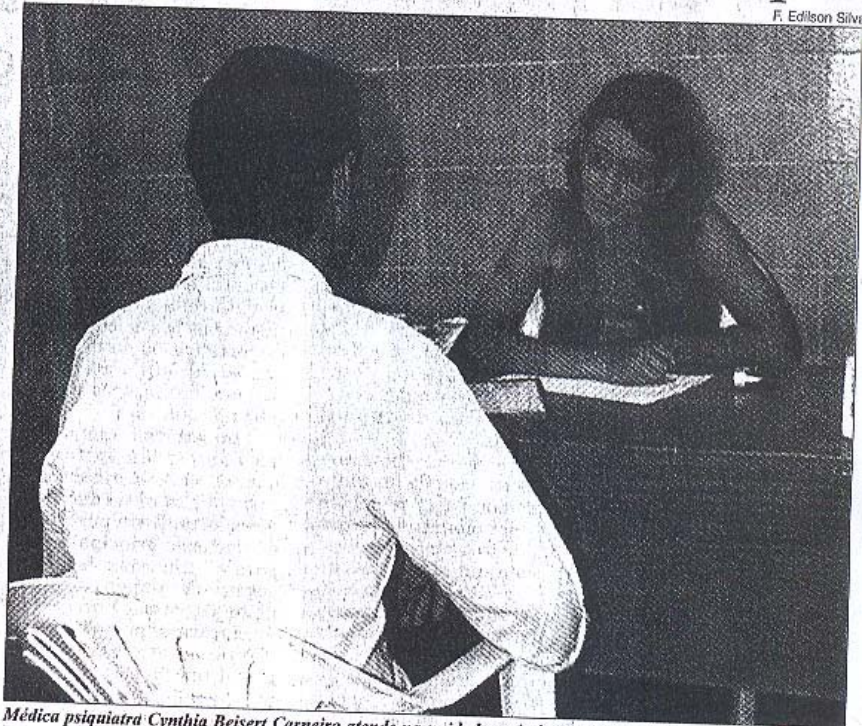
Sobral (Sucursal) — "Não Esqueçam. Foram 26 anos que seres humanos foram tratados como vermes nojentos. Não deixem voltar a antiga administração". Com esta faixa nas mãos, Irene e Iria Ximenes solicitaram na manhã de ontem, 17, que a atual direção seja mantida no Hospital Guararapes que tem intervenção determinada até o dia 1º de junho.

A denúncia de espancamento e morte do irmão Damiano Ximenes Lopes, no dia 4 de outubro de 1999, foi o principal motivo da intervenção por parte da Secretaria de Saúde de Sobral.

A manifestação ocorreu durante a visita do Fórum Cearense de Direitos Humanos (FCDH), com uma comitiva formada pelo deputado João Alfredo, presidente da Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa; Nilson Moura Fé, presidente do Conselho Regional de Medicina; e representantes da OAB-CE, Anistia Internacional da Luta Antimanicomial, do Ministério Público, da Coordenação de Saúde Mental do Estado.

A comitiva foi recebida, no Hospital Guararapes, pelo diretor administrativo Walter Roberto P. da Silva, o sub-secretário de Saúde Carlos Hilton Soares e o assessor Tomaz Martins, que fizeram um relato das atividades desenvolvidas a partir da intervenção que ocorreu no dia 2 de março deste ano.

O deputado João Alfredo mostrou-se preocupado ao ser informado de que a intervenção ficará encerrada dia 1º de junho, quando o Hospital será entregue ao proprietário Sérgio Ferreira Gomes que ficará obrigado a cumprir parâmetros estabelecidos pelo Conselho Municipal de Saúde, que, por sua vez, fará o acompanhamento da administração.



Médica psiquiatra Cynthia Beisert Carneiro atende na unidade, cuja intervenção termina em junho

## Intervenção termina em junho

"No caso de não serem cumpridas as determinações do Conselho, haverá o descredenciamento do SUS", disse o sub-secretário Carlos Hilton. O deputado João Alfredo, presidente da Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa, disse que "a direção, tendo à frente o proprietário Sérgio Ferreira Gomes, já comprovou que não tem condições de administrar o Hospital, estando até mesmo com processos na Justiça".

Para dar continuidade ao trabalho que vem sendo realizado, ele defende junto ao Conselho Municipal de Saúde a análise de propostas como prorrogar a intervenção

por mais 90 dias, a interdição ou mesmo a desapropriação do Guararapes.

Outra possibilidade é a criação de um sistema psiquiátrico por parte das prefeituras da região, para que os doentes sejam tratados nos próprios municípios, tendo em vista a estatística que mostra que dos 22 pacientes atualmente internados somente três são de Sobral.

**TRATAMENTO** — A médica psiquiatra Cynthia Beisert Carneiro, do Hospital Guararapes, disse que a partir do internamento, o paciente passa por uma avaliação física para conhecimento de outras doenças.

No que se refere ao tratamento dos transtornos mentais, este é feito à base de medicamentos com suporte de psicoterapia, educação física, terapia ocupacional e ressocialização.

Os representantes das entidades de direitos humanos visitaram instalações e alguns pacientes, com uma avaliação positiva do trabalho que vem sendo executado. "Muitos pacientes são internados por questões sociais; não recebem visitas; alguns têm condições de retornar para casa, mas foram abandonados. Outros poderiam receber o tratamento até mesmo em casa, fora do surto", concluiu Cynthia Beisert.

# R

## DIÁRIO DO NORDESTE

# REGIONAL

Fortaleza, Ceará - Sexta-feira, 25 de agosto de 2000

FÓRUM



## SEMI-ÁRIDO

O Fórum Cearense Pela Vida do Semi-Árido realizou, ontem, o seu primeiro encontro para tratar do relançamento da campanha "Nenhuma Família Sem Água de Qualidade". O encontro aconteceu na casa de retiro Porciúcula, em Messejana, Página 4

## Sobral ganha rede de atenção à saúde mental

Edison Silva

Sobral (Socursal) — Desde 10 de julho a Casa de Repouso de Repouso Guararapes foi descredenciada como prestadora de serviços no SUS - Sistema Único de Saúde, depois de uma intervenção de 120 dias motivada por denúncias de tortura e maus tratos, envolvendo a morte do paciente Damião Ximenes Lopes.

A partir deste quadro, foram tomadas várias providências, com o envolvimento direto das 34 equipes do Programa Saúde da Família (PSF); a estruturação do CAPS - Centro de Apoio Psicossocial; a Residência Terapêutica, primeira do Nordeste, como alternativa assistencial aos pacientes desvinculados com perda do vínculo familiar; emergência e internamento em hospital geral; e ambulatório de psiquiatria. Deve-se destacar, ainda, uma série de iniciativas voltadas para a construção da cidadania plena dos pacientes e seus familiares.

"A dignidade social no sistema de saúde do Brasil com cidadãos portadores de transtornos mentais é muito grande. Hoje, a Organização Mundial de Saúde não considera mais correta a palavra doente mental. A palavra foi tro-

cada por transtorno, uma pessoa que pode ter a necessidade de uma atenção especial". É o que destaca o secretário de Saúde, médico Luiz Odorico Monteiro de Andrade, chamando a atenção para o fato de que o ambiente hospitalar não é o ideal para o atendimento; e que, com esta concepção, em Sobral está sendo estruturada toda uma rede do sistema de atendimento à saúde mental, tendo como fulcro a humanização e a reintegração social e familiar dos pacientes.

O secretário Luiz Odorico faz questão de destacar que toda a base do atendimento está ancorada no Programa Saúde da Família (PSF), responsável pelo vínculo terapêutico mais importante. As equipes fazem o acompanhamento aos pacientes egressos de hospitalização e que estão estabilizados da crise, vendo até mesmo se a medicação, que é fornecida pela Secretaria de Saúde do Município, está sendo administrada corretamente.

A enfermeira Raimunda Nonata do Nascimento Silva, a Minda, explica que os pacientes que não conseguem interagir com a medicação, são enviados para o CAPS - Centro de



Está em funcionamento a Residência Terapêutica, que é a primeira do Nordeste. No detalhe, o secretário de Saúde, médico Luiz Odorico

Apoio Psicossocial, que acolhe todos os pacientes com transtornos mentais que precisam de um atendimento diário, com psicoterapia grupal e individual, consultas médicas e oficinas terapêuticas e de habilitação social.

Um toque de pioneirismo

na rede de atenção integral à saúde mental de Sobral, substituindo o hospital psiquiátrico, foi desencadeado com o funcionamento da residência terapêutica, com apoio da equipe do CAPS. "É um serviço novo.

É uma moradia inserida na comunidade, destinada

a cuidar das pessoas com transtornos mentais, vindos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social ou laços familiares", coloca a enfermeira Minda, explicando que atualmente a casa conta com seis moradores - um veio de Recife

(PE) a pé, sendo recolhido pela Polícia Rodoviária Federal; outras, são pessoas não aceitas pelos parentes, com um caso de rejeição pela própria mãe; havendo também dois ex-detentos que já cumpriram pena, com uma tentativa de reintegração na família e na sociedade.



16 anos, participa da equipe esportiva da rádio Educadora de Limoeiro

## Hospital Guararapes deve falir por falta de demanda

Fechado desde o último dia 10, a Casa de Repouso Guararapes, localizada na cidade de Sobral, embora esteja mantendo o quadro funcional não poderá mais funcionar com convênio do Sistema Único de Saúde (SUS), que representava 100% de seus pacientes.

Segundo o secretário de Saúde e Assistência Social de Sobral, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, a Casa de Repouso Guararapes se quiser continuar funcionando será como hospital privado, mas para isso deverá solicitar o alvará da Vigilância Sanitária.

Porém o destino da Casa Guararapes parece mesmo ser a falência já que não existe demanda, pois todos os pacientes que lá davam entrada não tinham condições financeiras de pagar serviços particulares.

Quanto às denúncias de que o hospital continua funcionando após o descredenciamento do SUS, aconteceu na última segunda-feira, o secretário expli-

ca que os funcionários podem até estarem indo trabalhar, pois a desativação é um processo, mas ele ressalta que não há nenhum paciente internado na Casa de Repouso Guararapes.

Após as denúncias de tortura e maus tratos envolvendo a morte do paciente Damião Ximenes Lopes, em 4 de outubro de 99, o hospital Guararapes foi alvo de auditoria e teve sua interdição no dia 3 de março deste ano, culminando com seu descredenciamento do SUS acontecido no último dia 10.

Luiz Odorico conta que a prefeitura irá alugar uma parte da área física da Casa de Repouso para instalação de um Centro de Convivência, mas que essa questão não tem nada a ver com o hospital.

Com o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, ficou estabelecido que a assistência hospitalar às urgências psiquiátricas ficarão concentradas no hospital Dr. Estevão Ponte,

sob supervisão da Equipe de Saúde Mental do Município.

O CAPS de Sobral (Centro de Assistência Psico-Social) dará seguimento ambulatorial aos pacientes psiquiátricos e o Programa de Saúde da Família dará atenção básica aos pacientes procedentes de Sobral, e os pacientes procedentes de outros municípios ficarão a cargo do Ambulatório Especializado de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas.

**ABORDAGEM** - Segundo o secretário de Saúde e Assistência Social de Sobral, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, está vigorando em Sobral um novo modelo de Saúde Mental que é proveniente de discussões internacionais. O novo modelo trata-se de uma abordagem humanizada do tratamento médico na área psiquiátrica, onde se evita o ambiente azilar e reeduca a família para conviver com os problemas do portador de transtorno mental.

## Médico responde à acusação

O médico Francisco Ivo de Vasconcelos, ex-médico da Casa de Repouso Guararapes responde às denúncias de Dona Albertina Viana Lopes, mãe de Damião Ximenes Lopes que faleceu sob os cuidados desse hospital.

Ele diz que Damião, no dia 4 de outubro, foi trazido à sua presença apresentando sangramento nasal em consequência do envolvimento em uma briga com outros pacientes (informação que teria sido dada pelos funcionários do hospital).

Segundo Dr. Ivo, a mãe de Damião, ao vê-lo naquele estado ficou muito nervosa e sua instabilidade emocio-

nal não lhe permitiu sondar sobre os motivos da internação do rapaz. O médico declarou que Damião apresentava-se em "franco delírio psicótico".

O médico afirma que fez um "exame mental" e prescreveu o anti-psicótico Haloperidol I.M, medicamento que já havia sido prescrito para Damião anteriormente. Em seguida Dr. Ivo pediu à sua equipe que desse banho no paciente e o colocou na "intercorrência clínica, onde pudesse ser melhor acompanhado pela sua mãe e assistido pela equipe hospitalar de plantão".

O médico conta que termi-

nou o plantão e se retirou do hospital, mas duas horas depois recebeu um telefonema informando que o paciente havia morrido. O médico informa que o corpo foi levado ao IML de Fortaleza e o laudo cadavérico concluiu como "causa mortis indeterminada".

Dr. Ivo diz que Dona Albertina está "falsando e manipulando a verdade quando afirma que omiti atendimento médico ao seu filho" e exige que ela prove as acusações que fez. Ele conclui dizendo que lutará por uma retratação pública "dessa Senhora e de seus familiares".

# Secretário de saúde descredencia hospital

Após quatro meses de intervenção no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes - motivado pela denúncia da morte do internado Damiano Ximenes no dia 4 de outubro último - o secretário de saúde do município, Dr. Luis Odorico Monteiro de Andrade (foto), aceita decisão do Conselho Municipal de Saúde e delibera pelo descredenciamento do mesmo pelo SUS, numa atitude que praticamente fecha aquela unidade de saúde mental, colocando no olho da rua cerca de oitenta funcionários. A portaria de número 113 foi baixada no dia 10 de julho, e se apresenta em caráter irrevogável, sendo atestado pela junta interventora uma série de irregularidades administrativas, onde de acordo com o interventor Václav Roberto nem as obrigações sociais daquele hospital estavam sendo repassadas ao INSS e a Caixa Econômica com o FGTS dos funcionários sem ser depositados. Já para o Dr. Sérgio auditor municipal a prática de tratamento que vinha sendo aplicado está em desacordo com os novos métodos estimulados pelo ministério da saúde. Foram apresentados ao secretário Odorico três relatórios, sendo um da Comissão de Direitos Humanos, um da Comissão de Reforma Psiquiátrica e outro do próprio Dr. Sérgio, que não viu nenhuma alternativa senão pedir pelo descredenciamento daquele nosocômio. Em pronunciamento o secretário de saúde do município Luis Odorico informou que a medida em desabalar, praticamente, o hospital Dr. Remo, como era mais conhecido, se dava em razão até mesmo do modo como hoje o SUS observa esses pacientes, diferenciando do preconceito popular taxando-os de pessoas com transtornos mentais, aos invés de locos como são a bitualmente tratados pela sociedade, mesmo que passem poucos horas por lá. Com isso, os portadores de transtornos mentais agora passam a contar com várias unidades de atendimento, ficando o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) para atendimento ambulatorial, o Centro de Especialidades



Entrada do Hospital Guararapes

Medicas (CEM) para atender pacientes de outros municípios, também em caráter ambulatorial, e emergência do hospital Dr. Estevam para os casos de surto, e a residência terapêutica para os casos em que os pacientes recebem alta e as famílias não vem buscá-los. Para o diretor presidente do hospital Guararapes, Sérgio Antunes Ferreira Gomes a decisão do secretário Odorico foi meio que precipitada, ele alega que anteriormente era desejo do próprio secretário em fazer uma reforma no hospital dotando de condições básicas de funcionamento e que achou estranho essa decisão de uma hora para outra, sem ao menos ter dado o aviso prévio aos funcionários, já que a junta interventora passou quatro meses tomando conta do hospital e nos últimos



Dr. Odorico Monteiro

dois meses os funcionários ficaram em sua grande maioria sem ter o que fazer. Sérgio Ferreira Gomes não quis fazer nenhum pronunciamento, deixando somente para a próxima semana, quando retornar de Fortaleza onde terá uma conversa com o Presidente da Associação dos Hospitais e também com o seu advogado. Indagado pela reportagem de o noroeste, Sérgio se dizia não entender essa medida na mudança do modo de tratamento psiquiátrico pelo SUS, uma vez que em todo o Brasil é do mesmo jeito, só em Fortaleza tem dez hospitais do tipo do dele que funcionam do mesmo jeito e que tem em mãos todos os documentos que comprovam o parcelamento que o hospital fez com a Caixa Econômica e o INSS com relação a situação dos funcionários. Terminou solicitando a compreensão dos funcionários, pedindo paciência que tanto eles como Sérgio foram pegos de surpresa, mas que não somente passe o prazo do prazo breve irá resolver com todos a questão pendente. (Hamilton



Sérgio A. F. Gomes

## COMUNICADO