

ABERTURA, MANUTENÇÃO E FECHAMENTO DA CASA DE SAÚDE SANTA TERESA: TRAJETÓRIA MANICOMIAL DO CARIRI CEARENSE

Opening, maintenance and closing of The Santa Teresa Health House: manicomial trajectory of Cariri cearense

Leda Mendes Gimbo (UFRN) Magda Dimenstein (UFRN) Jader Leite (UFRN)

Informações do artigo

Recebido em 26/11/2017 Aceito em 09/06/2018

doi>: https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p28-53



Esta obra está licenciada com uma Licença <u>Creative</u>
<u>Commons Atribuição 4.0 Internacional</u>.

Como ser citado (modelo ABNT)

GIMBO, Leda Mendes; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jader. Abertura, manutenção e fechamento da Casa de Saúde Santa Teresa: trajetória manicomial do Cariri cearense. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 246, jan./abr., p. 28-53, 2019. DOI: https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p28-53

Resumo

A história da loucura no Brasil é indissociável da história dos hospitais psiguiátricos, uma vez que a organização das cidades e sua higiene. pautadas nos moldes franceses do século XIX, dependiam dessas instituições para a manutenção da ordem social. A região do Cariri cearense contou com a existência de um hospital psiquiátrico (Casa de Saúde Santa Teresa) que funcionou a partir da década de 1970. Sua inauguração não foi uma aleatoriedade, mas fruto de formações discursivas específicas e relações de saber e poder que constituíram o alicerce para que o hospital abrisse suas portas na região, bem como para se manter em funcionamento até os dias atuais. A Casa de Saúde Santa Teresa foi uma instituição privada, credenciada, inicialmente, ao Instituto Nacional de Previdência Social e, posteriormente, ao SUS, recebendo financiamento público. Sua localização geográfica favoreceu o atendimento às pessoas da região do sul do Ceará, mas também do interior dos estados de Pernambuco, Paraíba e Piauí. Até fechar, contou com 200 leitos cadastrados ao SUS, atendeu em regime ambulatorial e de internamento para uma média de 400 pessoas/mês. Apesar do intenso fluxo de atendimentos, e por se tratar da única referência para atendimentos de urgência, emergência e para situações de crise, o hospital encerrou seus anos de funcionamento em fevereiro de 2016. Segundo dados da Casa de Saúde, não havia aumento no valor das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) desde o ano de 2009, o que tornava inviável a manutenção e o funcionamento do Hospital.

Palavras-chave: Hospital psiquiátrico. Reforma psiquiátrica. Saúde Mental.

Abstract

The history of madness in Brazil is inseparable from the history of psychiatric hospitals, since the organization of cities and their hygiene, based on the French mold of the nineteenth century, depended on these institutions for the maintenance of social order. The Cariri region of Ceará counted on the existence of a psychiatric hospital (Casa de Saúde Santa Teresa) that operated from the 1970s. Its inauguration was not a randomness, but the result of specific discursive formations and relations of knowledge and power that constituted the foundation for the hospital to open its doors in the region, as well as to stay in operation until the present day. The Casa de Saúde Santa Teresa was a private institution, initially accredited to the National Institute of Social Security and later to the SUS, receiving public funding. Its geographical location favored people in the southern region of Ceará, but also in the interior of the states of Pernambuco, Paraíba and Piauí. Until close it counted on 200 beds registered to SUS, attended in an outpatient and inpatient system for an average of 400 people / month. Despite the intense flow of care and the only reference for urgent, emergency and crisis situations, the hospital ended its operating years in February 2016. According to data from the Health House, there was no increase in the value of the Authorizations (AIHs) since the year 2009, which made it impossible to maintain and operate the hospital.

Keywords: Psychiatric hospital. Psychiatric reform. Mental health.

O Hospital psiquiátrico como norma

Até a década de 1980, o Brasil adota hegemonicamente a hospitalização como método de tratamento massivo à loucura. Tal movimento não se dá a esmo. No Brasil, a história da loucura é também a história do escárnio e da exclusão da figura do louco, mesmo antes da instalação dos hospitais psiquiátricos. Antes de adotar hegemonicamente a hospitalização enquanto medida médica e higiênica sobre os corpos dessas pessoas, os loucos eram direcionados às cadeias públicas ou Santas Casas, no intento de que não causassem problemas ou incômodo às pessoas e ao funcionamento ótimo das cidades em desenvolvimento. Dessa forma, não demorou para que espaços específicos fossem destinados a esses sujeitos. A organização das cidades e sua higiene, pautadas nos moldes franceses, não podia prescindir do hospital psiquiátrico e do internamento como forma de tratar e/ou não permitir que a controversa figura do louco causasse entraves ao progresso e à ordem social.

A assistência psiquiátrica sistematizada tem início no Brasil no ano de 1852, com a inauguração do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Em 1841, o provedor da Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, havia iniciado uma campanha para a instalação de um asilo. Os loucos deambulavam a esmo pelas ruas da cidade e, quando causavam incômodo, eram conduzidos às cadeias públicas, mantidos em cárcere privado ou assistenciados pelas Casas de Misericórdia (COSTA-ROSA, 2000). Contudo, ao contrário do que aconteceu em outros lugares do mundo, o Brasil não possui uma vasta e registrada história acerca de como seus loucos foram tratados até se tornarem internos nas instituições asilares. O que se sabe é que, enquanto colônia de Portugal, durante o período imperial e até idos do século XIX, com suas províncias em povoamento e expansão, os loucos brasileiros eram, em grande maioria, responsabilidade de suas famílias, ora vagando pelas ruas das cidades, ora encarcerados (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

O cuidado institucional destinado a essas pessoas, vigente desde o século XVI (e que perdurou até o meio do século XIX), era de ordem caritativa, gerido, em grande maioria, por congregações religiosas, mas não exclusivo para os alienados. As Santas Casas e os hospitais de província, antes que a psiquiatria adquirisse status de poder médico, tinham sob sua responsabilidade o atendimento às parcelas pobres e desvalidas das populações provincianas (órfãos, doentes, crianças abandonadas, mendigos e, entre esses, os loucos) e não eram instituições de caráter médico-curativo. Outra possibilidade, mais especificamente medida

de contenção e imposição da ordem, era o encaminhamento dessas pessoas às cadeias públicas, onde também não dispunham de atendimento médico ou acompanhamento especializado.

Os primeiros espaços destinados aos alienados brasileiros foram instituídos ainda durante o segundo reinado. O primeiro deles, como é de vasto conhecimento, foi o Hospício de Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro, inaugurado no ano de 1852, período em que outras províncias adotaram similares procedimentos de institucionalização para a loucura. Nas províncias de São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará, na segunda metade do século XIX, entre os anos de 1852 e 1886, a responsabilidade pelo acolhimento dos alienados migra das Santas Casas e cadeias para os Hospícios e Asilos de Alienados, esse movimento institucionalizante deixa claro que "o lugar dos loucos não é entre os demais doentes, mas tampouco nas cadeias" (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p.983).

Entre os anos de 1941 e 1981, o número de hospitais psiquiátricos disparou no país, indo de 62 para 430. É importante sublinhar o aumento no número de hospitais psiquiátricos privados nesse mesmo período, chegando a uma proporção de 4,9 hospitais privados para cada hospital público (BRASIL, 2011). Esse aumento atendeu aos imperativos de ordenamento social e também foi convergente com o modelo sucateado de saúde no país, que antecedeu a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse contexto, o investimento a fundo perdido de recursos públicos em dispositivos de saúde privados foi facilitador e potencializador da implantação de hospitais psiquiátricos privados no país. Esse é o contexto de implantação da Casa de Saúde Santa Teresa, localizada no município de Crato, ao extremo Sul do Estado do Ceará, onde a situação não foi diferente do que aconteceu no resto do país.

A manicomialização no Ceará teve início no final do século XIX, com a inauguração do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo. Até esse marco, os doentes eram amontoados nos porões da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. A interiorização da medicina no Brasil data da década de 1920, os serviços de atenção a alienados demoraram um tanto mais para ser instalados e, enquanto isso, os loucos conviviam com a rotina urbana e rural ou sofriam escárnio por sua condição (CUNHA, 2013). No interior, o município do Crato gozava de privilégios geográficos, por se localizar na fronteira com os Estados do Pernambuco, da Paraíba e Piauí. Além das condições geográficas, pode-se apontar para a existência de um grande fluxo de pessoas na região por causa do turismo religioso e a efervescência de intelectuais e estudiosos no início do século XX, o que proporcionou ao munícipio o

desenvolvimento de escolas, de faculdades e do comércio. A chamada *Princesa do Cariri* possuía filhos ilustres e médicos que voltavam, após estudar nas capitais, para exercer seu ofício na região.

De acordo com Cunha (2013), esses aspectos históricos possibilitaram, na década de 1970, quando se multiplicavam no país as instituições médicas privadas, financiadas com recursos do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, a instalação de um hospital infantil, um hospital geral e um hospital psiquiátrico no município do Crato, inaugurados e direcionados pelos abastados filhos da cidade que possuíam diplomas médicos e condições financeiras suficientes para dar início a esses empreendimentos.

Antes da instalação de um hospital psiquiátrico no Cariri cearense, ou seja, até a década de 1970, no município do Crato havia, segundo Oliveira (2003), convivência entre os loucos e os ditos cidadãos "normais" da cidade. Os loucos vagavam pelas ruas e, não raro, eram tidos como personagens excêntricos no cotidiano, causando um misto de espanto e admiração, de encanto e distanciamento. Reconhecidos em suas alucinações e delírios, hábitos e roupas extravagantes, essas figuras ocupavam o espaço da cidade e, embora fossem, por vezes, hostilizados ou conduzidos à cadeia pública, ainda não lhes cabia um destino asilar.

A Princesa do Cariri precisa de um Hospital psiquiátrico

No início do século XX, a cidade do Crato mantinha ares coloniais, no entanto, em seu pequeno perímetro urbano, as construções símbolo de instituições dominantes, detentoras de poder já estavam erguidas, a saber, a Igreja da Sé (finalizada em 1911) e o Seminário São José, modelar escola eclesiástica que começou a funcionar ainda em 1875, localizado no alto, pode ser visto de qualquer lugar da cidade. Além do clima favorável, da água abundante, da localização geográfica privilegiada, como um oásis no meio do sertão, o município torna-se um reduto de fé, misticismo, religiosidade, com o poder político na mão de coronéis.

O Crato, que se orgulhava da cultura e educação por parte do seu povo, foi também palco de episódios importantes e pouco conhecidos, que não fazem parte, oficialmente, da história do país. Naquela cidade, a independência do Brasil foi proclamada cinco anos antes, a força aérea realizou seu primeiro e único ataque e matou centenas de civis. Além disso, no Crato, um campo de concentração, durante os anos de seca, chegou a ter 18 mil pessoas.

As indústrias e o comércio se multiplicam no Cariri, a cidade cresce e se moderniza; no ano de 1936, foi inaugurada a agência do Banco do Brasil (94ª no país), na Praça Siqueira Campos, como forma de fomento agrícola, sob as bênçãos de Dom Francisco de Assis e orgulho do então prefeito Coronel Filemon Teles. Os anos de governo Vargas foram importantes para a cidade (FIGUEIREDO, 2012). Estima-se, de acordo com dados da Revista Itaytera (1963), que, em idos de 1960, o Crato tivesse cerca de 50 mil habitantes vivendo na zona urbana e outros 38 mil nas vilas e zona rural.

De acordo com dados da mesma revista, nos anos de 1960, a cidade contava com seis distritos, uma câmara com 13 vereadores, 2 varas de direito, 2 promotorias, 5 cartórios, uma delegacia especial de polícia no perímetro urbano e outras 5 nos distritos, uma agência do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e uma delegacia de saúde. Nessa época, a cidade mantinha já duas faculdades, um seminário, 5 cursos ginasiais, 12 cursos normais, 20 grupos escolares, 5 escolas de música, grêmios literários, institutos de cultura, além de serviços bancários, grande movimentação de mercadorias e comércio pelas estradas e ferrovia, e uma crescente tradição agropecuária que resultou numa exposição anual. A tradicional feira agropecuária representa bem os dois lados desse município populoso, que mantém, de um lado, um povo de raízes indígenas e tradições folclóricas como o reisado, mas que, do outro, manteve-se apoiado e governado por coronéis, erguido sobre o nome de tradicionais famílias que compunham a elite cratense.

Os cuidados com a saúde da população passam a ser necessidade crescente e o Crato ganha, em 1950, um Hospital Geral, de bases religiosas, gerido por franciscanos. Por alguns anos, o Hospital e Maternidade São Francisco de Assis foi o maior suporte aos atendimentos médicos na região, não apenas para problemas gerais da saúde física, mas também foi lá que se aplicaram as primeiras sessões de eletroconvulsoterapia no Cariri. Até o final de 1960, o município dispunha de outras quatro unidades hospitalares, além do Hospital São Francisco de Assis, a saber: um Hospital Infantil, a Maternidade Dr. Joaquim F. Teles, a Casa de Saúde Joaquim Bezerra e a Casa de Saúde e Maternidade São Miguel.

As instituições de caráter inicialmente religioso e com base em ideais caritativos mudam seu status a partir dos crescentes credenciamentos ao INPS; o final da década de 1960 foi marcado pela inauguração de policlínicas, sobretudo odontológicas, e pela ampliação da rede de saúde. Esse processo de desenvolvimento e urbanização, aliado à ideia de avanço e progresso, facilitou a iniciativa de médicos locais de inaugurar dispositivos

Até o fim deste

hospitalares e credenciá-los junto ao INPS. Assim, uma ideia unia o útil ao agradável e contava com a peculiaridade do momento histórico: período em que o país, sem possuir rede própria de serviços de saúde, vivendo amplo crescimento econômico e arrecadando fundos com seu modelo previdenciário, financiava a fundo perdido os atendimentos na rede médica privada (JORNAL "A ação", 1969).

Desta forma, no meio da década de 1960, a ideia de inauguração de um Hospital Psiquiátrico na região aparece como um imperativo, alicerçada na ideia de progresso e ordem, como ampliação da rede hospitalar da princesa do Cariri, mas também como um denunciante do incômodo que figuras infames (como mendigos e loucos) causavam à cidade.

Presidente da CELCA Vai Abrir Seminários na FFC

No proteto da 29 a Depater nova CELCA Vai a CELCA Vai a CELCA Vai a CELCA Vai a va celca va cel

Foto 1 – Matéria confirma a abertura do hospital

Fonte: Jornal A ação, 1969.

O discurso de zelo pela ordem e tranquilidade da sociedade em geral, assim como uma contribuição para com as famílias dessas pessoas, aparece como justificativa para a inauguração do hospital no município do Crato. No entanto, esse discurso não consiste numa novidade ou numa peculiaridade daquele contexto. Essa ideia já estava presente, conforme afirmam Dalgalarrondo e Oda (2005), em idos de 1870 quando, mesmo em péssimas condições, se discutia a função dos hospícios no sudeste do país. No ano de 1969, as páginas de um dos principais jornais da região do Cariri dividiam espaço entre os anúncios de benfeitorias e progresso, notícias sobre a ida do homem à lua e elogios ao novo equipamento de saúde que seria em breve inaugurado.

Tal benfeitoria para com os infelizes certamente foi facilitada pelas oportunidades promovidas pelo governo do Brasil ao injetar uma grande quantidade de recursos públicos na

assistência privada desse país. Foi sob essas condições, nesse contexto específico, no ano de 1970, exatamente no dia 21 de junho, aniversário da cidade do Crato, que a Casa de Saúde Santa Teresa abriu suas portas.

O funcionamento nos anos de ouro

A primeira instalação do hospital psiquiátrico foi no prédio da Casa do Noviciado da Congregação das Filhas de Santa Teresa, construído no ano de 1925, com apartamentos anexos à Casa de Caridade do Crato. O nosocômio recebeu o nome de Casa de Saúde Santa Teresa, em homenagem à fundação religiosa e caritativa para a qual o edifício fora originalmente construído. A unidade contava com cinquenta leitos, divididos em três pavilhões: Pavilhão Madre Ana Couto (fundadora da Congregação das filhas de Santa Teresa), Pavilhão Dr. Zaqueu Esmeraldo (psiquiatra cratense) e Pavilhão Dr. Xavier de Oliveira (psiquiatra juazeirense).

As publicações daquele ano, na revista Itaytera e Jornal A Ação, anunciavam as modernas instalações disponibilizadas para tratamento de doenças nervosas e mentais, contando com os recursos mais modernos da ciência para tratar seus pacientes; informavam acerca do credenciamento ao Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; assinalavam, por fim, o cuidado direto da administração da Casa de Saúde pelos médicos fundadores e suas respectivas esposas.

Inaugurada Casa de Saúde Crato Teresa em

Foto 2 – Matéria anuncia a inauguração da Casa de Saúde Santa Teresa

Fonte: Jornal A Ação, 1970.

A inauguração da Casa de Saúde Santa Teresa põe fim ao problema dos loucos e pobres na região do Cariri e, por ser credenciada ao INPS¹, facilitava o acesso e atendimento às camadas mais pobres da população. Dessa forma, a instalação da unidade de saúde foi também considerada pela população geral e seus governantes como uma benfeitoria, colaborando com o crescimento do município.

No contexto de investimento de recursos públicos a instituições privadas, a Casa de Saúde Santa Teresa encontrou recursos para ampliar seus serviços e continuar existindo. Funcionou no edifício da antiga casa do noviciado, alugada à Diocese, por dezesseis anos, até 25 de abril do ano de 1986, quando migrou para suas instalações próprias. A construção de uma nova sede não aconteceria facilmente sem investimentos públicos, os sócios adquiriram um terreno amplo, localizado em um bairro distante do centro da cidade, propício para instalação de um dispositivo psiquiátrico. Financiada com recursos da união, a Casa de Saúde ampliou seu funcionamento.

A Casa de Saúde Santa Teresa já nasce financiada pelos recursos do INPS, como forma de atender, na rede privada, às necessidades da população, uma vez que não havia leitos suficientes em hospitais públicos, apesar da intensa ampliação de leitos nessas instituições. Durante os anos de ditadura militar no país, foi crescente a regulação e intervenção do Estado para execução dos mecanismos privados na saúde, direcionamento político-econômico que garantiu a manutenção do financiamento pelo INPS à iniciativa privada, ao invés do aumento de hospitais públicos ou construção de uma rede própria.

Podemos afirmar que o modelo médico privatista facilitou a institucionalização da loucura no país. No Cariri cearense foi possível atender à solicitação de solução para os loucos que circulavam pelas ruas da cidade do Crato e municípios vizinhos, uma vez que a ampliação de leitos na Casa de Saúde Santa Teresa se tornou viável e encontrou no Estado o facilitador/financiador que era necessário para isso.

Em 1971, o Brasil dispunha de 341 hospitais psiquiátricos, entre esses apenas 72 eram públicos. No ano de 1981, havia 430 hospitais, sendo 73 de caráter público (BRASIL, 2012). Como podemos perceber, havia um enorme crescimento dos hospitais e compra de leitos

Cadernos do CEAS, Salvador/Recife, n. 246, p. 28-53, jan./abr., 2019

-

¹ O modelo previdenciário no país foi gerido pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões até o ano de 1966, quando foi fundado o Instituto Nacional de Previdência Social, assim as categorias foram unificadas, a cobertura previdenciária ampliada a outras categorias profissionais e sua gestão promovida pelo Estado.

privados, mas havia, também, um grande descontentamento com o panorama político e a repercussão desse modelo em todas as esferas sociais, inclusive na saúde.

A década de 1970 foi marcada por intensas contradições e embates no campo da Saúde Mental. Na mesma medida em que a política brasileira facilitava a abertura de novos hospitais e financiava leitos privados, também havia tensões para a reformulação nas práticas e serviços. A psiquiatria de setor e comunitária, sobretudo os modelos europeu e norte americano, serviram de inspiração ao Brasil. Nessa década, a ideia de cidadania do louco, os debates sobre as internações em massa e seus longos períodos, assim como as duras críticas às estruturas físicas deficientes e a violência da institucionalização, tornaram-se contradiscursos correntes. Os modelos de assistência baseados nas comunidades terapêuticas da Inglaterra e a psiquiatria institucional francesa, além do modelo alemão incentivado por Juliano Moreira, passam a ser referências para a psiquiatria brasileira (AMARANTE, 1995).

Essas influências significam o nascimento de uma vertente crítica ao isolamento social da loucura que baseava a estrutura asilar no Brasil, significam, também, o movimento de tensão para romper com a lógica de uma psiquiatria baseada em classificações nosológicas e institucionalização. Assim, a crítica de Basaglia (1985) aos corpos vividos na instituição e pela instituição ganha força e o movimento de desinstitucionalização viria, num futuro próximo, a inspirar os trabalhadores em saúde mental do país. Lembremos, nesse sentido, como Basaglia (1985, p.120) afirma que:

O doente mental é um excluído que, nos termos da sociedade atual, jamais poderá opor-se àqueles que o excluem, pois cada um dos seus atos passa a ser limitado e definido pela doença. Por isso só a psiquiatria, com sua dupla função médica e social, tem condições de mostrar ao doente o que é doença e como o tratou a sociedade, que o excluiu. Somente através da tomada de consciência do fato de ter sido excluído e rejeitado, o doente mental terá condições de se reabilitar do estado de institucionalização a que foi forçado.(...) Pois é aqui, atrás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social, excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade.

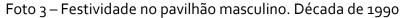
Não se trata aqui, é certo, de citar ou descrever minuciosamente os eventos e medidas políticas que facilitaram a emergência da Reforma Psiquiátrica brasileira nas décadas de 1970 e 1980. Entretanto, é importante apontar que o Cariri cearense permanece refratário aos

avanços da Reforma Psiquiátrica no país e que a Casa de Saúde Santa Teresa teve, nesses anos, o maior índice de internamentos e recursos financeiros.

O fato é que a demanda para o hospital era crescente e o financiamento também. Precisamente por esses motivos, o edifício da casa do noviciado ficou pequeno e, em alguns anos, já não comportava adequadamente os serviços prestados pela Casa de Saúde aos seus internos. Durante a década de 1970 e início da década de 1980, o hospital comportava cerca de 80 internos. Foi nesse período que os sócios perceberam a possibilidade de ampliação do hospital e conseguiram recursos para a compra de um terreno e construção de uma nova e maior sede.

Em abril do ano de 1985, a Casa de Saúde Santa Teresa migrou para suas instalações próprias, deixando de funcionar no edifício da casa do noviciado. Localizada no bairro Vilalta que, à época, era quase desabitado, com vista para a Chapada do Araripe e com uma estrutura física ampla, o novo prédio foi construído para atender às necessidades de uma instituição manicomial na época, incluindo postos de enfermagem, salas de atendimento para a equipe multidisciplinar e médicos, arquivo, setor administrativo e, principalmente, dispor de espaço para mais leitos. O pequeno prédio da casa do noviciado, que podia comportar no máximo 80 leitos, fora substituído por um prédio que podia comportar 400 internos.

Os médicos e suas esposas, administradores do empreendimento, assistiram ao crescimento de seu negócio e aumento do número de internos, de funcionários e de recursos. Nos anos de ouro das décadas de 1980 e 1990, a Casa de Saúde Santa Teresa funcionou em toda a sua potência. O número de pessoas provenientes de Pernambuco, Paraíba e Piauí aumentou consideravelmente, cresceu o número de atendimentos ambulatoriais, (não eram incomuns passeios e festividades), o número de funcionários foi ampliado, chegando a um corpo técnico de mais de duzentos profissionais. Como é sabido, o tempo de investimento do dinheiro público no modelo médico-privatista facilitou o crescimento e lucro dessas empresas (VASCONCELOS, 2008).





Fonte: Acervo pessoal.

Na década de 1980, o movimento reformista já havia conseguido a redução de leitos psiquiátricos no país, sobretudo em hospitais públicos (AMARANTE, 1997). O imobilismo e a dificuldade no âmbito privado se deviam, entre outros fatores, à situação política e econômica do país, que, no período posterior à ditadura, não dispunha de instituições públicas que pudessem atender suficientemente à população. Triste ironia, o hospital psiquiátrico, tido como signo de progresso, apenas atestava o provincianismo e o descompasso da região em relação ao resto do país.

Dessa forma, a década de 1990 gestava as mudanças na política, na economia e também no sistema de saúde. Essas mudanças começavam a ser postas em prática: o investimento na saúde pública passava a ser prioridade, paulatinamente o país caminhava para o desmembramento da rede privada, para o fechamento dos hospitais privados, inclusive e com grande importância, também o fechamento dos hospitais psiquiátricos (por serem obsoletos e violentos, por serem privados em sua maioria e gerar lucro a empresários). Novos dispositivos passaram a ser instalados em todo o território nacional, com o objetivo de substituir o modelo manicomial por um formato psicossocial de atenção e cuidado à Saúde Mental (AMARANTE, 2007).

Durante as décadas de 1970 a 1990, a Casa de Saúde funcionou com o máximo de recursos, internos e funcionários. Se, na década de 1970, o empreendimento psiquiátrico do

Cariri era ainda embrionário, começando a funcionar, nos vinte anos seguintes atingiu seu apogeu. Como sabemos, na década de 1980, as medidas relacionadas à Reforma Psiquiátrica no país foram ampliadas e seus efeitos já eram sentidos com maior ênfase nos grandes centros urbanos do país, onde funcionavam os maiores hospitais. Nos anos de 1996 e 1997, a Casa de Saúde Santa Teresa sentiu os primeiros efeitos da Reforma Psiquiátrica. No entanto, ainda não havia possibilidades concretas de que a rede substitutiva destituísse a Casa de Saúde Santa Teresa do lugar de referência que ocupava na assistência psiquiátrica no interior do Nordeste.

Por que é preciso fechar o Hospital?

Os acontecimentos motivadores do fechamento – por exemplo: a reforma política do país, o nascimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, o avanço da política de Reforma Psiquiátrica no Brasil e a ampla crítica ao formato de intervenção psiquiátrica - começaram a ganhar força ainda na década de 1970 e, em 1980, já apresentavam resultados significativos (AMARANTE, 2007). Durante a década de 1990, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e progressiva ampliação do modelo substitutivo foram crescentes. No entanto, só no ano de 1996, vinte e seis anos após abrir suas portas, o hospital psiquiátrico localizado no interior do Ceará passou a sentir os efeitos dessas mudanças, uma vez que sofreu a primeira redução de leitos. No ano de 1997 não houve aumento no valor das Autorizações de Internamento Hospitalar – AIHs pagas pelo governo (BRASIL, 2005). O congelamento no valor pago e a redução de leitos configurou o primeiro sinal de que, efetivamente, os tempos haviam mudado. Ainda assim, foram necessários outros vinte anos de história até que, no ano de 2016, a Casa de Saúde efetivamente encerrasse seu funcionamento.

No ano de 1992, a Casa de Saúde Santa Teresa possuía, oficialmente, 280 leitos cadastrados no SUS, contudo, o número de pessoas atendidas pela instituição era superior à sua capacidade (BRASIL, 2012). As AIHs referentes às internações excedentes iam sendo adicionadas e cobradas mês a mês, dessa forma, o hospital não sentiu, de , diferença no financiamento que recebia. Mesmo em um momento de transição do modelo de saúde no Brasil, em que a proposta de construção de uma rede pública, universal, equitativa e legislada como dever do Estado para com seus cidadãos já se efetivava, no tocante à saúde mental, no

interior do Ceará, a Casa de Saúde era publicamente enaltecida pelos serviços que prestava ao município do Crato, a todo o interior do Estado e também aos Estados vizinhos.

As notícias sobre fechamentos de hospitais psiquiátricos pelo país e a redução progressiva de leitos, à medida que se fossem instalando os serviços substitutivos, pareciam uma realidade distante para o município do Crato.

No ano de 1993, o então governador do Ceará, Ciro Gomes, assinou a Lei Estadual de número 12.151, inspirada no projeto de Lei Federal² apresentado em 1989, pelo deputado Paulo Delgado, (que foi sancionada apenas no ano de 2001 como a Lei 10.216, marco da Reforma Psiquiátrica brasileira). A Lei Estadual, assim como outras oito do mesmo período, regulava o atendimento psiquiátrico, impedia a abertura de novos hospitais psiquiátricos públicos ou privados e instituía a progressiva substituição dos leitos por serviços alternativos e não asilares (BRASIL, 2004).

O Ceará foi o segundo Estado do país a sancionar uma Lei de regulação aos hospitais psiquiátricos³, estando atrás apenas do Rio Grande do Sul. Também foi um Estado pioneiro na instalação de serviços substitutivos, uma vez que o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município de Iguatu foi inaugurado no ano de 1991, apenas quatro anos depois da inauguração do primeiro CAPS do país, localizado, e ainda em funcionamento na Rua Itapeva, região da Paulista, São Paulo. Dessa forma, o Estado do Ceará aparece como pioneiro na operacionalização de ações que estavam de acordo com a política de Reforma Psiquiátrica (BEZERRA, 2004).

A ideia de que os CAPS substituiriam os hospitais psiquiátricos começava a se expandir, assim como a construção de redes de atenção à saúde, públicas e descentralizadas. A implantação desses dispositivos no interior do Ceará, junto com as medidas de redução de leitos e o redirecionamento de recursos, fez com que houvesse diminuição no número de internamentos na Casa de Saúde Santa Teresa. Os CAPS passaram a atender às pessoas em seus municípios, mas o hospital ainda parecia necessário (também por força do hábito)

Cadernos do CEAS, Salvador/Recife, n. 246, p. 28-53, jan./abr., 2019

-

² Importante afirmar que as Leis Federais 8080/1990 e 8142/1990 já preconizavam a organização dos serviços de saúde mental em rede e segundo os níveis de complexidade preconizados pelo SUS, no entanto, apenas com a Lei 10.216/2001 houve significativa mudança na ordenação dos internamentos e garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

³ Trata-se da Lei nº 12151 de 29 de julho de 1993, assinada pelo então governador do Estado, Ciro Gomes, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências.

quando se tratava de uma pessoa já com histórico de internamento ou quando se julgava que a crise não poderia ser solucionada no CAPS, sem que o paciente pudesse ser assistido também durante a noite.

As Leis e Portarias impediam a abertura de novos hospitais, restringiam seu financiamento, direcionando os recursos para a rede substitutiva, e priorizavam a diminuição de leitos. Entretanto, havia, ainda, a possibilidade de financiamento público para instituições de caráter privado no Brasil e a necessidade de ampliação da rede de atendimento em saúde mental, que, somada à redução de leitos em hospitais psiquiátricos, possibilitou que, em alguns lugares do país, CAPS privados fossem abertos (BRASIL, 1997). No Ceará, a Lei Estadual proibia a abertura de novos hospitais psiquiátricos e incentivava a abertura de CAPS como proposta substitutiva ao hospital, dessa forma, no ano de 1995, na cidade de Juazeiro do Norte, um CAPS privado foi inaugurado e seus sócios, sem nenhuma exceção, eram todos funcionários da Casa de Saúde Santa Teresa: um psiquiatra, como sócio majoritário, uma nutricionista e duas assistentes sociais.

A iniciativa constituiu uma instituição híbrida, que funcionava conforme o novo modelo de promoção de saúde, mas que ainda se inscrevia no modelo médico privatista que a efetivação do SUS pretendia superar. A abertura de um CAPS privado significa a dificuldade de superação do modelo médico-privatista e também que o país ainda não dispunha de organização suficiente para fazer funcionar uma rede inteiramente pública. Esse tipo de concessão, a possibilidade de abertura de um CAPS privado, durou pouco, mas foi irreversível, uma vez que, nos dias atuais, o CAPS III de Juazeiro do Norte continua funcionando e seus donos continuam recebendo dinheiro público para gerir sua empresa.

Apenas em 1996, a Casa de Saúde Santa Teresa começa a sentir, efetivamente, as consequências do movimento de Reforma Psiquiátrica. Nesse ano as AIHs foram reduzidas de 280 para 198. A partir de então, a regulação no financiamento ao hospital começou a comprometer seu funcionamento, bem como os apelos para que o hospital recebesse ajuda política passaram a ser realizados sob o discurso da necessidade social e do desamparo da população que não dispunha de acesso aos CAPS e aos ambulatórios psiquiátricos. Em 1991, o Brasil tinha 313 hospitais psiquiátricos em seu território, em 1997 o número caiu para 256, desses 211 eram de caráter privado. No Ceará havia 1.620 leitos psiquiátricos no ano de 1993, o número passou para 1.300 após o fechamento do Hospital Santo Antônio de Pádua, em Fortaleza. No final da década de 1990, o Ceará contava com nove hospitais psiquiátricos, dois

hospitais psiquiátricos públicos localizados em Fortaleza (o Hospital de Messejana e o Estênio Gomes, de caráter judiciário) e outros sete hospitais privados, cinco destes estavam em Fortaleza, outros dois no interior do Estado (Sobral e Crato). Entre os anos de 1991 e 1998, o Ceará já dispunha de cinco CAPS, todos no interior do Estado (Iguatu, Canindé, Quixadá, Cascavel e Aracati), a capital do Ceará só adotou o modelo substitutivo após a efetivação da Lei 10.216, em 2001 (BRASIL, 2012).

Não é coincidência que os municípios que dispunham de serviços hospitalares tenham demorado mais a dispor de serviços substitutivos. A existência de um hospital psiquiátrico no município parecia acomodar gestores, trabalhadores e usuários. A macroestrutura era obsoleta, mas vendia a ideia de que promovia a melhor assistência possível e realizava um trabalho que não poderia ser inteiramente substituído por outras instituições.

Em fevereiro de 1998, o Jornal do Cariri anuncia outra redução nas AlHs, dessa vez, o número passou de 198 para 128. A essa altura, o hospital ainda contava com 280 leitos existentes para internamento, no entanto, com a redução das AlHs, também um bloco de leitos foi reduzido e o hospital passou a operar com a disponibilidade de 200 leitos. Na mesma matéria, a instalação de um CAPS no município do Crato aparece como possível solução para a crise. A secretária de saúde do município afirmou, segundo o jornal, que a crise era geral, pois Crato, que, antes dispunha de 2.000 AlHs, dipunha, agora, de metade desse número. Isso significa que, não só a Casa de Saúde Santa Teresa perdeu leitos e recursos, os hospitais que haviam sido inaugurados à mesma época, privados e financiados com recursos públicos (Hospital Pediátrico e Manuel de Abreu, por exemplo) também haviam perdido incentivos e AlHs.

No ano 2000, no mês de março, o Diário do Nordeste apresentava, numericamente, o panorama psiquiátrico no Ceará. Segundo o jornal, havia, nesse ano, 1.087 leitos psiquiátricos no Estado, espalhados em dez hospitais (entre públicos e privados), a saber: 198 leitos na Casa de Saúde Santa Teresa, 50 leitos na Casa de Repouso Guararapes, 164 leitos no Hospital de Messejana, 117 na Casa de Saúde São Geraldo, 70 leitos no Instituto de Psiquiatria do Ceará, 120 leitos no Hospital São Vicente de Paulo (primeiro do Estado), 120 na Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano, 119 leitos no hospital Nosso Lar e 160 leitos no hospital Mira y Lopez. Dos 1.087 leitos, 248 estavam disponíveis no interior do Estado, uma vez que a Casa de Saúde Santa Teresa estava instalada no Crato e a Casa de Repouso Guararapes em Sobral. As demais instituições estavam todas situadas na capital do Estado.

A mesma reportagem informa que, no ano 2000, havia 13 CAPS no Ceará, a saber: Fortaleza, Sobral, Iguatu, Icó, Juazeiro do Norte, Quixadá, Morada Nova, Cascavel, Barbalha, Canindé, Itapipoca e Crateús. Então, o Cariri cearense contava com dois CAPS, um em Juazeiro e outro em Barbalha. Até o ano de 2001, ano da Lei 10.216, os cidadãos cratenses dispunham, apenas, do hospital psiquiátrico e o internamento era a única alternativa quando alguém entrava em crise. O município, que se orgulhava dos seus serviços de saúde, vivenciava o retrocesso em seu modelo de assistência psiquiátrica.

No mês de agosto desse mesmo ano, a Casa de Repouso Guararapes foi fechada após 120 dias de intervenção. Esse feito, em virtude do emblemático caso da morte de Damião Ximenes⁴, no ano anterior, reduziu ainda mais o número de leitos disponíveis no interior do Estado.

Após o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes, o município de Sobral adotou medidas alternativas ao hospital para suprir a demanda de atendimentos em saúde mental. Na época, conforme matéria do jornal "O Povo", além do CAPS, as 34 equipes do então chamado Programa de Saúde da Família – PSF foram responsáveis pelos atendimentos ambulatoriais e acompanhamento dos egressos ou doentes crônicos que, por muito tempo, permaneceram no hospital que acabara de fechar. O exemplo de Sobral aponta para a realidade de adaptação e organização da rede após o fechamento do hospital, uma vez que, enquanto o hospital se mantinha ativo, atendendo toda a demanda, a rede nesses municípios parecia desnecessária.

Em 2002, passados seis anos da primeira redução de AIHs, diante da constatação de que o panorama da Casa de Saúde talvez fosse irreversível, o discurso sobre a manutenção do hospital permaneceu centralizado em sua função social e na importância dos serviços prestados à comunidade, no entanto, a partir daí as solicitações foram direcionadas mais diretamente aos políticos.

⁴ Damião Ximenes foi internado na Casa de Repouso Guararapes numa sexta feira do ano de 1999. Na segundafeira seguinte, dia 4 de outubro, sua morte, causada por uma parada cardiorrespiratória, foi anunciada. Submetido o corpo à autópsia, foi constatado que Damião sofreu múltiplas agressões após ter sido medicado. Na ocasião não havia médico plantonista no hospital. O caso foi denunciado e julgado na Corte Interamericana de Direitos Humanos; o país foi considerado culpado pela violação dos direitos de Damião. A Casa de Repouso passou por um processo de intervenção e foi fechada no ano seguinte.

A situação da Casa de Saúde era precária e desorganizada. Não é de causar estranhamento, uma vez que o hospital havia funcionado com recursos mais do que suficientes durante seus primeiros vinte e seis anos de existência, e a redução de verba foi um duro golpe para os sócios. Diante da redução de leitos e do corte de recursos, a realidade de funcionamento passa a sofrer mudanças; diante da impossibilidade de atrasar salários de funcionários e médicos, impostos, alimentação e medicação, elementos considerados como prioritários para o funcionamento da Casa de Saúde, o redirecionamento de recursos começou a ser sentido na estrutura física e na manutenção do hospital.

No ano de 2004, o hospital havia reduzido o quadro de funcionários de 142 para 108. Segundo o que foi publicado no Diário do Nordeste, em maio daquele ano, a Casa de Saúde recebia mensalmente o repasse de 159 mil reais, o que era insuficiente para custear todas as despesas da instituição e manter o funcionamento adequado da unidade. Na ocasião, a diretora afirmou que o hospital não seria fechado porque não havia dinheiro para custear as rescisões dos funcionários. Na mesma matéria (p. 109) em que se a crise do hospital era afirmada, era dada ênfase ao trabalho dos CAPS, e a então coordenadora do CAPS do município do Crato, afirma que "ainda existe a cultura de que o paciente tem que ser tratado unicamente no hospital psiquiátrico, quando na verdade, se sabe que o usuário tem condições de se recuperar muito mais no meio familiar".

A Casa de Saúde Santa Teresa chegou aos trinta e cinco anos de funcionamento em crise, tentando o que era possível para se manter, sem a perspectiva de aumento em seus recursos e com deficiências na estrutura física, além de dificuldades para manter os custos mensais básicos. Nessas circunstâncias, os psiquiatras passaram a fazer atendimentos ambulatoriais privados e os internamentos passaram a durar mais do que os quarenta e cinco dias anteriormente estabelecidos. A dificuldade financeira causou, não apenas o sucateamento físico, mas também justificou a precarização do acompanhamento médico aos internos e a redução da equipe técnica.

No ano de 2005 houve, por parte da direção, empenho em administrar bem os recursos, reordenar o quadro de funcionários e realizar ajustes para que o hospital funcionasse conforme a Lei 10.216/2001 e a Portaria 2391 de 26 de dezembro de 2002. Dessa forma, em 18 de novembro de 2005, uma circular interna destinada aos funcionários, resultado de reunião administrativa, determinava, sobretudo aos psiguiatras, mudanças no atendimento e correção/ajustes em relação aos internamentos.

Se o apelo midiático e o discurso de importância social do hospital não haviam funcionado como forma de captar mais recursos, possivelmente a reordenação do funcionamento e tentativa de ajuste à Reforma Psiquiátrica era a nova estratégia para evitar o fechamento iminente. No entanto, era preciso muito mais para que a Casa de Saúde Santa Teresa funcionasse ou fosse transformada numa instituição cujo caráter não fosse asilar e manicomial, as medidas internas poderiam servir como paliativo, tardiamente, mas jamais fariam com que o hospital se tornasse o ideal de inclusão e produção de cuidado em Saúde Mental. Ora, o caráter histórico dessas instituições justifica por que elas não poderiam ser transformadas, a lógica manicomial precisava ser desmontada, desconstruída, destruída, desse lugar, buscando novas formas, não segregantes ou violentas de produção de cuidado. No entanto, do lugar onde estavam, os donos do hospital não conseguiam ver isso.

Além das intervenções junto aos médicos e tentativas constantes de manter os internamentos de acordo com as normas da Lei 10.216, havia também o empenho para mobilizar os funcionários de todos os setores do hospital. A redução de verbas também significou redução no número de funcionários, mesmo com o hospital mantendo ocupados 200 leitos. Consequentemente, surgia um movimento contraditório: de um lado, o empenho para ordenar o trabalho e a assistência aos internos; do outro, a redução progressiva do quadro de funcionários e a precarização das condições de funcionamento. Isso significava exigir dos funcionários que trabalhassem além de suas funções, significava que funcionários e internos seriam prejudicados, sob a justificativa de que era preciso manter o hospital funcionando e que esforços estavam sendo feitos por parte da gestão que já não lucrava com a empresa.

Em 2007, após os cálculos e a avaliação financeira, a direção constatou que, ao retirar da verba mensalmente recebida as despesas relacionadas à folha de pagamento, o valor restante do repasse não era suficiente para manter 200 leitos ocupados, mas apenas 173. Nesse mesmo ano, o número de consultas custeadas pelo município caiu de 573 para 473 consultas. Ainda assim, os leitos permaneciam ocupados em sua totalidade, o valor da AIH foi congelado no ano de 2009, num valor de quarenta e dois reais por dia de internamento. Esse valor foi mantido até o último dia de funcionamento do hospital (BRASIL, 2012). É possível considerar que esse valor passa longe do valor mínimo para custear a diária de um ser humano, suas necessidades de alimentação, higiene, medicação, vestuário e tudo o mais

que fosse basicamente preciso em condição de hospitalização. Esse panorama não deixou às diretoras do hospital muitas escolhas.

Os resultados das ações em prol da Reforma Psiquiátrica fizeram-se sentir. Embora a direção tentasse se ajustar à Lei para manter o funcionamento e quiçá conseguir investimentos, foram realizando cortes nas despesas. A qualidade do serviço (que já estava longe do ideal) caiu, da alimentação à higiene, e o sucateamento foi fortemente sentido na estrutura física do hospital, que, no ano de 2009, passou por sua última reforma. Na ocasião, o pavilhão feminino foi desativado e o pavilhão masculino foi dividido, para que as internas pudessem ocupar metade do espaço que, antes, em sua totalidade, era destinado aos internos do sexo masculino. A redução do tamanho do hospital planejada por seus donos aconteceu sem a redução de leitos, essa medida possibilitou que a Casa de Saúde operasse com menos funcionários, no entanto, a medida que beneficiava aos sócios passou longe de melhorar a situação de internos e funcionários.

Com o passar dos meses, os copos, pratos e talheres precisavam ser renovados na cozinha, as toalhas, lençóis e roupas foram se tornando escassos, os leitos e seus colchões demoraram mais tempo para ser substituídos ou reformados à medida que deterioravam, os chuveiros e torneiras, constantemente quebrados, custavam mais a ser reparados (ou nem o eram), o material para realização de grupos e oficinas era comprado com menor frequência, material de limpeza, higiene pessoal e mantimentos para a cozinha precisaram ser controlados, sabonetes e xampu deixaram de ser distribuídos, não havia papel higiênico nos banheiros, a carne sumiu das refeições, a soja era misturada ao frango, a grama crescia e se misturava com o mato, o reboco das paredes ruía.

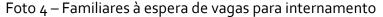
Em suma, a prioridade do investimento financeiro, a cada mês, era a folha de pagamento dos funcionários, os impostos (cada vez mais altos), a compra de medicação e a compra de alimentos, todo o restante passou a ser economicamente regrado. Dessa forma, não havia como o tempo, sem aumento do teto financeiro, continuar a ser generoso com a existência da Casa de Saúde Santa Teresa, seu fechamento deveria acontecer, muito embora ela ainda atendesse a uma quantidade significativa de pessoas do sul do Ceará e dos Estados vizinhos, as péssimas condições de funcionamento haviam chegado ao limite e o hospital começava a acumular dívidas.

Em 2010, a Casa de Saúde contabilizou um total de 1.598 internamentos dos quais 372 eram primeiros internamentos. Isso significa que, mesmo com o crescimento dos CAPS,

ainda era grande o número de pessoas conduzidas ao internamento quando de sua primeira crise. No mesmo ano, dez pessoas foram internadas compulsoriamente. Muito embora a instituição não tivesse caráter judiciário, não era raro que os juízes encaminhassem para lá as pessoas que, em surto, cometessem delitos ou crimes, ou, ainda, pessoas que, após cometer crimes, alegavam ou apresentavam indícios de qualquer psicopatologia. O segundo grupo era mais problemático e, não sem razão, foi o último a deixar os pavilhões quando do fechamento do hospital, uma vez que estavam à mercê da decisão do aparato jurídico. Essas pessoas permaneciam no internamento como numa espécie de limbo, em observação até que uma perícia fosse realizada, ou até que um juiz decidisse seus destinos.

No ano de 2011, o quadro de funcionários contava com 98 pessoas, o teto financeiro era de 233 mil reais, incluindo o Hospital Dia e consultas ambulatoriais, quase metade desse valor era destinado à folha de pagamento e ao pagamento de impostos. Nos cinco anos seguintes, a situação se tornou insustentável, tornou-se impossível não contrair dívidas, tornou-se inviável manter o hospital em funcionamento. Em 2014, segundo dados do SUS (2012), o município do Crato dispunha de 64 unidades de saúde ligadas ao SUS, sendo 45 públicas e 19 privadas. Havia 5 hospitais, entre eles a Casa de Saúde Santa Teresa e o Hospital Manuel de Abreu (ambos de caráter privado). O município dispunha, também, de 27 Estratégias de Saúde da Família. A rede de saúde mental do município, até então, era composta pela Casa de Saúde Santa Teresa, pelo Hospital-Dia e pelo CAPS II.

Até o ano de 2015, a direção realizou toda a sorte de tentativas e manobras para que o hospital se mantivesse funcionando, desde a procura por apoio político, a tentativa de mudar o formato da instituição privada para uma fundação, reuniões com o ministério da saúde e representantes das gestões municipais. Nada adiantou. No entanto, a mídia ainda noticiava, com pesar, o iminente fechamento da instituição.





Fonte: Diário do Nordeste, 2015.

A matéria do Diário do Nordeste, no mês de maio de 2015, traz a imagem da recepção da Casa de Saúde e de familiares à procura de vagas para internamento, ao mesmo tempo em que noticia a impossibilidade de continuar funcionando com o teto financeiro sem aumento. Em dezembro do ano de 2015, segundo foi noticiado no mesmo jornal, a Casa de Saúde mantinha 70 funcionários, todos em condição de aviso prévio, os médicos não realizavam novos internamentos e havia 63 internos, que deveriam deixar, em sua totalidade, o hospital até o primeiro mês do ano de 2016.

Na reportagem, a insuficiência de recursos financeiros é reafirmada, bem como as tentativas de conseguir ajuda política para manter o funcionamento. A matéria também questiona de que maneira as famílias poderiam lidar com os doentes crônicos e com longo histórico de internamentos, uma vez que o HD deixara de operar em 2015. O discurso da função social da Casa de Saúde Santa Teresa é reafirmado até o fim de seus dias, até a saída do último interno, até o fechamento de suas portas. Os psiquiatras, funcionários e familiares de internos se manifestaram em favor do hospital, no entanto, o caráter de impossibilidade de sua manutenção se impõe.

A despeito dos apelos, o hospital fecha suas portas. Para seus donos, deixa de ser objeto de investimento e lucro. Para o andamento das políticas de Saúde Mental do país, constitui mais um avanço. É impossível negar a relevância do movimento de Reforma Psiquiátrica e o bom intento dos atores sociais nesse processo. Havia um desbalanço severo entre a realidade cotidiana do hospital e a imagem que era construída pela mídia, pela direção e sustentada no preconceito com relação à loucura. A violência da segregação e a privação de liberdade constituem a verdadeira barbárie, não a loucura, nem mesmo a delinquência. Não há, na realidade, qualquer justificativa sobre os loucos, seus corpos e sua claudicância social que justifique a secular violência dos internamentos. A lógica manicomial urge por ser desmontada e superada.





Fonte: Diário do Nordeste, 2015.

Considerações finais

Faz-se necessário considerar pelo menos duas questões críticas acerca do fechamento dos hospitais psiquiátricos e avanços reformistas, que não diminuem o mérito do que foi conseguido até aqui, mas apontam para que não haja estagnação do movimento ou retrocessos. A primeira é que o fechamento da Casa de Saúde Santa Teresa e de outras unidades hospitalares não se deu com total apoio da população, de uma rede substitutiva e de seus gestores. A loucura se mantém enquanto alvo e objeto de segregação, embora haja

uma variação no formato da exclusão e um deslocamento dos mecanismos de poder sobre o corpo e a figura do louco (Foucault, 2006). Um modo de subjetivação louco está fora do circuito de produção capitalista, não produz desejo, não gera relações de consumo, a não ser que seja marginalizado, tratado como doença ou objeto de políticas públicas; por isso não há lugar, senão a margem, para o louco no modo de vida neoliberal. A marginalização da loucura persiste junto com o capitalismo e, ainda assim, não podemos afirmar que seu lugar seria diferente num socialismo, por exemplo. Por tanto, não é permitido retroceder, não é possível acomodar e correr o risco de que uma nova forma de captura da subjetividade do louco seja construída.

A segunda consideração diz respeito ao fato de que desospitalizar não significa desinstitucionalizar, incluir, dar lugar (ROTELLI et al., 2001). É óbvio e inegável que a desospitalização, o desmonte da lógica majoritária de contenção da loucura constitui um passo importante e imprescindível para a inclusão e garantia da cidadania das pessoas, para a manutenção de seus direitos, sobretudo do maior deles, o direito à vida. Mas, também, fazse necessário considerar que a psiquiatria, poder mutante, cria outras estratégias de ação. A ampliação dos códigos internacionais de doenças, por exemplo, amplia o campo de alcance das psicopatologias a todas as esferas sociais e, assim, também amplia o campo de poder da psiquiatria, que não tem apenas o louco como único objeto. É possível vender mais remédios, criar novos rótulos psiquiátricos e lucrar mais quando, atendendo aos imperativos de um grande outro capitalista, o poder é pulverizado, invisibilizado, descentrado, mas não aniquilado.

A figura clássica do louco se mantém como um resquício, um estereótipo que permanece e vai se esvaindo, mais como figura abstrata do que como um corpo que antes era facilmente identificável, não apenas por alucinar e delirar, mas por ser geograficamente localizado nos pavilhões dos hospitais. O objeto de poder da psiquiatria se amplia, como o interesse de consumo do modo de produção capitalista, excluindo o hospital psiquiátrico assim como exclui tudo o que não gera lucro ou desejo. Mas o poder médico e psiquiátrico não deixa de existir, talvez exista ainda com mais força, operando a céu aberto, disfarçado de liberdade, vendendo cada vez mais remédios com a promessa de cura para os males da vida moderna, investindo desmedidamente nos corpos, sejam crianças, mulheres, homens ou idosos. É necessário manter a crítica ao poder psiquiátrico e todas as suas formas de dominação.

O propósito da governamentalidade contemporânea é garantir o crescimento econômico e manter a salvo as pessoas que contribuem para isso. É o mesmo que afirmar que, às demais parcelas da população, sobretudo pessoas pobres, cabem apenas três lugares: sustentáculo da ordem social, inclusão perversa ou morte não questionada. É a esses grupos – em última análise – a quem se destinam os mecanismos de exclusão e as estratégias governamentais que visam garantir a sobrevivência no mesmo movimento em que tornam a morte justificável.

No mais, a ideia de que promover a sobrevivência biológica dos seres humanos dá por cumprida a implicação dos governantes com o povo pobre, constitui uma falácia em todos os sentidos. Como afirma Deleuze (2002), retomando Espinosa, em uma vida pensada como potência não se trata apenas de evitar a morte, não se trata apenas de conservar-se vivo, mas trata-se de trabalhar a liberdade para além da fome e da miséria, dando condições para que a vida possa se desenvolver amplamente e multidimensionalmente. Reduzir os indivíduos a corpos viventes, no entanto privados de suas possibilidades, dos afetos e potencialidades possíveis é uma condenação a uma subvida, é a afirmação do poder sobre o direito à vida.

A vida em si, a vida mesmo é o que escapa. O que escapou às cercas de arame farpado do campo de concentração em migração contínua, o que escapou quando os habitantes do Caldeirão preferiram a morte e o combate à privação de seu direito de cultivar e viver da terra. Vida que está também (e por que não?) nos delírios que escapam aos muros do hospital e constituem a única forma possível de invenção diante da despossessão de si e da marginalização social. A vida, não restrita ao poder de consumo ou valor monetário, é o que desperta a ira dos governantes, é o que assusta na loucura, o que perdura além da terra seca do sertão.

Pelbart (2008) afirma que devemos opor a biopotência ao biopoder, isto é, a capacidade que as formas de vida têm de resistência, seu direito a um desenvolvimento mais amplo. Dessa forma, não se trata, jamais, de fazer o tolo elogio à pobreza ou à força da loucura ou à resistência daqueles que migram indefinidamente e quantas vezes necessário for para conseguir viver. Trata-se, pelo contrário, da tarefa ética e responsável de pensar junto dessas pessoas as medidas de governo aplicadas a elas, sem esperanças de que a possibilidade de reversão desses mecanismos seja facilmente aceita.

Dito isso, é preciso celebrar o fechamento de mais um hospital, é preciso comemorar a biopotência, a vida e seus mecanismos de superação sobre os estratagemas do biopoder. O cenário atual ainda é de superação das instituições manicomiais e de fortalecimento da rede substitutiva, de criação de novas formas de inclusão. Os jogos de força e as tensões são contínuos, são perenes, mas, talvez seja exatamente assim que se consiga superar o processo de segregação e exclusão do louco e dar lugar social a ele e à loucura.

Referências

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pnash psiquiatria e programa de reestruturação da assistência**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental em Dados - 10**. Ano VII, nº 10. Informativo Eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaios, subjetividade e saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p.141-168.

CUNHA, C. de M. S. A fundação da Casa de Saúde Santa Teresa em Crato-CE (1970): história local, médicos e políticas públicas para a área psiquiátrica. Rio de Janeiro: [s.n], 2013.

DELEUZE, G. Espinosa: filosofia prática. São Paulo: Moderna, 2002.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, 2005, v. 12, n. 3, p. 983-1010.

PELBART, P. P. Vida e morte em contexto de exclusão biopolítica. [S.l.], 2002. Acesso em: 22 de março, 2017. Disponível em: http://www.iea.usp.br/iea/textos/pelbartdominacaobiopolitica.pdf

ROTELLI, F.; LEONARDI, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli, F., Leonardis, O.; MAURI, D. (Org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 17-59.

OLIVEIRA, C. C. de. et al. Loucura em liberdade: vivências e convivências em Crato-CE (1930-1970). **Rev. bras. enferm**. vol.56, no.2, p.138-142, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais.** São Paulo: Hucitec, 2008. V. 2: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares.

Dados dos autores

Leda Mendes Gimbo

Mestre em Psicologia e doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Email: ledamendesqimbo@qmail.com.

Magda Dimenstein

Professora Titular no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Email: mgdimenstein@gmail.com.

Jader Leite

Professor Adjunto no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Email: <u>jaderfleite@gmail.com</u>.