

Taís Bleicher

# A política de Saúde Mental de Quixadá, *no contexto da reforma psiquiátrica cearense*



## **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

### **REITOR**

José Jackson Coelho Sampaio

### **VICE-REITOR**

Hidelbrando dos Santos Soares

### **EDITORA DA UECE**

Erasmio Miessa Ruiz

### **CONSELHO EDITORIAL**

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatary Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

### **CONSELHO CONSULTIVO**

Antônio Torres Montenegro   UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão   UFC
Eliane P. Zamith Brito   FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça   UNIFOR
Homero Santiago   USP	Pierre Salama   Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves   USP	Romeu Gomes   FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto   UFF	Túlio Batista Franco   UFF

Taís Bleicher

# A política de Saúde Mental de Quixadá, *no contexto da reforma psiquiátrica cearense*



1ª Edição  
Fortaleza - CE  
2019



## **A política de Saúde Mental de Quixadá, no contexto da reforma psiquiátrica cearense**

© 2019 *Copyright by* Taís Bleicher

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva do autor. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos ao autor. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará  
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893  
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



### **Coordenação Editorial**

Erasmio Miessa Ruiz

### **Capa e contracapa**

Alexandre Heverton

### **Foto – capa**

Taís Bleicher

### **Foto – sobre a autora**

Samara de Almeida Cabra

### **Diagramação**

Narcelio Lopes

### **Revisão de Texto**

Taís Bleicher

### **Revisão técnica**

Daniel Ítalo Alencar Barros  
José Jackson Coelho Sampaio

### **Ficha Catalográfica**

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

---

B646p

Bleicher, Taís

A política de Saúde Mental de Quixadá, no contexto da reforma psiquiátrica cearense [recurso eletrônico] / Taís Bleicher. - Fortaleza: EdUECE, 2019.

Livro eletrônico.

ISBN: 978-85-7826-765-0 (E-book)

1. Saúde mental - Ceará. 2. Política de saúde mental - Ceará.

3. Serviços de saúde mental - Ceará. 4. Psiquiatria - Ceará.

I. Título.

CDD: 362.20981

---

À Tatiana Gomes da Rocha – Tati Girassol

“Pesquisa em História Oral é uma experiência que exige tanto tempo e é tão difícil e por vezes dolorosa que, creio eu, você tem que ter razões muito fortes para pesquisar – e paixão é provavelmente uma boa colocação para isso”.

(Alistair Thomson)

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Periodização da Assistência Psiquiátrica no Ceará (1603 a 2011)

## LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo
APAPEQ	Associação de Pais e Amigos de Pessoas Especiais de Quixadá
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CEMK	Centro de Estudos Melanie Klein
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRISCA	Centro de Referência e Inclusão da Criança e do Adolescente
CRNL	Casa de Repouso Nosso Lar
CRUTAC	Programa Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária
DCE	Diretório Central dos Estudantes
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
FAISEM	<i>Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental</i>
FCRS	Faculdade Católica Rainha do Sertão
FEBEM	Fundação Estadual do Bem Estar do Menor
FECLESC	Faculdade de Ciências e Letras do Sertão Central
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FUNESC	Fundação Educacional do Sertão Central
GPVT	Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
HML	Hospital Mira Y Lopez
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
ICEP	Instituto de Convivência, Estudo e Pesquisa Nise da Silveira
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFCE	Instituto Federal do Ceará
IPC	Instituto de Psiquiatria do Ceará

IPGSG	Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LHUAS	Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde
LS	Laboratório Social
MBRP	Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica
MBSM	Movimento Brasileiro de Saúde Mental
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NAMI	Núcleo de Atenção Médica Integrada
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NUCEPEC	Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisas sobre a Criança
NUCOM	Núcleo de Psicologia Comunitária
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PDC	Partido Democrático Cristão
PDS	Partido Democrático Social
PIB	Produto Interno Bruto
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNE	Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SESA	Secretaria de Saúde do estado do Ceará
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SOCEP	Sociedade Cearense de Psiquiatria
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TJ	Tribunal de Justiça

UECE	Universidade Estadual do Ceará
UECG	Universidade Estadual de Campina Grande
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UHPAB	Unidade Hospitalar Psiquiátrica Adauto Botelho
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UP	Universidade Popular
UVA	Universidade Vale do Acaraú

# Sumário

<b>PREFÁCIO .....</b>	<b>12</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1 É toda avaliação de política em saúde uma historiografia? .....</b>	<b>21</b>
1.1 História: mito, racionalidade científica, heteroglossia.....	23
1.2 Da Saúde Pública à Saúde Coletiva – passando pelas narrativas .....	33
<b>2 O processo saúde-doença mental no Ceará e as políticas de Assistência.....</b>	<b>40</b>
2.1 O Período 1603 – 1886 .....	41
2.2 O Período 1887-1962 .....	49
2.3 O Período 1963-1991 .....	67
2.4 O Período 1992 – 2011 .....	91
<b>3 O município de Quixadá, seu sistema de Saúde e subsistema de Saúde Mental .....</b>	<b>105</b>
3.1 Ensino superior no Sertão Central.....	109
3.2 O sistema de Saúde e subsistema de Saúde Mental de Quixadá .....	113
3.2.1 O Período 1993-1996. Uma confluência de astros .....	117
3.2.1.1 Processos democráticos e participação popular .....	117
3.2.1.2 Programa de Saúde da Família e criação da rede .....	125
3.2.1.3 A criação da política de Saúde Mental de Quixadá .....	137
3.2.1.4 Cotidiano do serviço e inovações.....	155
3.2.1.5 Gestão Alcides Silva de Miranda e expulsão dos forasteiros.....	180
3.2.2 O Período 1997-2000. O metabolismo basal .....	187
3.2.3 O Período 2001-2008. A tentativa de reconstrução .....	203
3.2.4 O Período 2009-2012. Ruptura no PT de Quixadá, investimentos em infraestrutura e afastamento do povo.....	257
3.3 A política de Saúde Mental de Quixadá, adotando como parâmetros as categorias de autonomia e cidadania.....	297
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>309</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>319</b>
<b>SOBRE A AUTORA.....</b>	<b>341</b>

## PREFÁCIO

Fui o orientador da tese de doutorado defendida por Taís Bleicher perante o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPSAC da Universidade Estadual do Ceará-UECE, que deu origem ao presente livro.

O resultado, esplêndido. O trabalho, paradoxal. Por um lado, fácil, devido à inteligência, à disciplina, à curiosidade focada da autora. Por outro lado, difícil, devido aos desafios que rondam a pesquisa qualitativa, como o de enfrentar os entrelaçamentos entre subjetividade e objetividade, fato e interpretação, opinião e conhecimento. Eu era, simultaneamente, o orientador da tese, um informante-chave e o responsável, por 10 dos 20 anos estudados, pela supervisão clínico-institucional do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS de Quixadá.

Taís Bleicher encontrou soluções importantes para superar os contraditórios, retirando-nos de várias armadilhas, com o uso rigoroso do método desenhado. Por exemplo, as entrevistas dadas por mim foram tratadas, rigorosamente como as demais, produzindo-se um interessante estranhamento. A mim coube respeitar os resultados, após considerar que eram coerentes com as informações transcritas, e que as mesmas eram coerentes com a fala gravada. Coube-me, portanto, o cuidado de não censurar, isto é, de não pretender condicionar os resultados a uma possível fantasia pré-concebida, uma verdade *a priori* identificada com as emoções de minha militância naquela particular história resgatada e criticada, como deixara fluir nas entrevistas.

Este prefácio é, portanto, uma apresentação geral da obra à qual vocês, leitores, foram atraídos e que os manterá atraídos, tenho certeza, além de um depoimento sobre a máquina de pensar crítico em que, muitas vezes, para a satisfação de todos nós, Taís Bleicher se transforma.

A experiência da política municipal de saúde mental de Quixadá, Ceará, foi vivenciada e, hoje, é reconhecida, como pioneira – os primeiros CAPS do Brasil são de 1989, a Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica do Ceará é de 1992 e o CAPS de Quixadá é de 1993 -, tanto quanto radicalmente original – pois nasce em cidade sem hospício prévio, sob direção de um primeiro governo municipal democrático-social, integrando-se ao esforço também pioneiro de implantação do Programa de Saúde da Família-PSF na Atenção Primária-AP e associado a um projeto de pesquisa e extensão da UECE.

O sujeito de referência da pesquisa histórica que baseou a pesquisa e fundamenta este livro é a política de saúde mental do município de Quixadá, em seus primeiros 20 anos (1993-2012). Há objetividade, quando se identifica, no quadriênio de instalação do serviço, a queda de algo em torno de 100 encaminhamentos de internação hospitalar psiquiátrica, por ano, para Fortaleza, a capital do Ceará, ao nível de nove, daí se mantendo assim. Há objetividade quando se mede a transferência das internações em Fortaleza para as internações no Hospital Geral de Quixadá, seguida de drástica redução também neste espaço, quando são instaladas as táticas de atendimento de crise nas residências, pela articulação CAPS/PSF. Mas, as fontes, tanto documentos como entrevistas, são frutos de múltiplas variáveis, pois, autores dos protocolos, criadores de programas eletrônicos, registradores das informações, sujeitos das entrevistas, transcritores de gravações e interpretadores são pessoas dotadas de intencionalidade, consciente ou não.

Se, conforme Hegel, cada fato pode incluir um ser e um não ser ao mesmo tempo, o caminho da dialética precisa ser percorrido de modo crítico, como produziram, nele e por ele, de Aristóteles a Gramsci, fazendo com que as ideias enfrentem os fatos e vice-versa, que o abstrato se conforme em concreto e vice-versa, que o particular se encontre no geral e vice-versa, que a essência se incorpore na aparência e vice-versa. Os dados e as informações são relacionados a outros dados e informações, ao contexto histórico do período, às singularidades dos atores e às visões de mundo que fundamentam a teoria escolhida. Como pensa Marx, é

preciso revelar o que há de comum: entre as mercadorias e o dinheiro, o trabalho humano; entre o sujeito e o objeto, a existência objetiva, real e dinâmica. Documentos, literatura científica, atores ouvidos, a pesquisadora e seu orientador foram postos em vórtice, conferidos e reconferidos, pela habilidade intelectual da autora.

O andar histórico começa pela recuperação das políticas de atenção psiquiátrica no Ceará, antes e depois do SUS. Telescópios foram utilizados, rastreando o movimento dos astros, até chegarmos ao campo e caso: a política de saúde mental de Quixadá, inaugurando visão própria da atenção psicossocial territorial, na transição do século XX para o XXI.

Vamos, agora, ao microscópio.

Várias vanguardas se encontram em Quixadá naquele início da década de 1990: a política eleitoral, pela 1ª vitória do Partido dos Trabalhadores - PT, após a redemocratização brasileira, em município sob a égide de forças tradicionalmente conservadoras; a sanitária, pelo laboratório de soluções do SUS em processo de implantação no qual o município se transformou; a acadêmica, pela chegada dos primeiros professores doutores na unidade regional da UECE, assumindo projetos de pesquisa e de extensão sociais; e a psicológico-psiquiátrica, implantando novas formas de conceituar, prevenir, tratar e cuidar do transtorno mental.

A instalação do CAPS de Quixadá ocorreu após seleção e treinamento de equipe, em processo que durou dois meses, quando também foi instalada a série anual de Jornadas Quixadaenses de Saúde Mental e Cidadania, evento resiliente que já se encontra em sua 25ª edição, proporcionando debate de produção científica sobre o realizado no serviço. A periodização escolhida por Taís Bleicher foi a dos mandatos dos prefeitos, o que não poderia ser de outro modo, dado o peso da intensa inter-relação entre as políticas nacional, estadual e municipal expressa no mandato municipal. O período inaugural, 1993/6, é caracterizado pela participação popular nas decisões, pela criação de uma rede de cuidados integrando PSF, CAPS e unidade psiquiátrica do hospital regional e pelo cotidiano de inovações: coordenação do serviço em rodízio anual por qualquer trabalhador, mesmo de nível médio; coordenação escolhida por

consenso intra-equipe, sem assumir feições de cargo comissionado e de cargo de confiança da autoridade superior; desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais e coletivos, a serem realizados na rede e na cidade, não intramuros; supervisão clínico-institucional continuada; e constituição do terapeuta emergente, aquele que desenvolvesse o melhor vínculo assumiria, também, a coordenação do projeto terapêutico. Até que sobre a experiência se abate a derrota do projeto político municipal, que resultou na expulsão das equipes de saúde da família, trauma que repercutiu negativamente até hoje, que também feriu o CAPS, mas, por meio da engenharia do apoio da UECE e da vinculação da equipe com a vida social local, de modo não grave.

Taís Bleicher usa as expressões “metabolismo basal”, “tentativa de reconstrução” e “afastamento do povo” para caracterizar, sucessivamente, os períodos 1997/2000, 2001/2008 e 2009/2012, quando a pesquisa de campo é encerrada. Depois, revisita os períodos, heurísticamente, pelas categorias “autonomia” e “cidadania”. Para ela, o diferencial da experiência do CAPS de Quixadá, em relação a outras experiências, deu-se em cinco dimensões:

pela integração com as políticas sociais; pela reflexão crítica dos trabalhadores sobre suas teorias e práticas; pelo intercâmbio prática/pesquisa científica; pela atuação política na comunidade; pela diminuição das hierarquias dentro da equipe de saúde; e pela diminuição das hierarquias entre a equipe e o usuário, com consequências sobre a qualificação da cidadania e da autonomia destes.

Também, a autora identifica os limites da ação, condicionados pelo contexto:

não se criou nenhum mecanismo de participação dos usuários nas deliberações do serviço; não se fomentou a criação de associações de usuários ou familiares ou de cooperativas de trabalhadores; não houve incentivo para os usuários participarem dos conselhos ou conferências locais, inclusive das próprias Jornadas; não há dados sobre quantos conseguiram começar ou recomeçar estudo, começar ou recomeçar trabalho, restando depoimento de casos pontuais.

Recuperando venturas e desventuras de 20 anos de experiência, paradigmática dos mesmos 20 anos nas políticas cearense e brasileira de saúde coletiva e baseando-se na generosa fala dos entrevistados e na leitura crítica de aproximadamente 200 referências, Taís Bleicher nos oferece o monumento necessário ao destaque da atividade criativa do CAPS de Quixadá, em momento brasileiro particularmente permeável à incorporação do tema da Saúde Mental na agenda das políticas públicas, como exemplificam Chile, Brasil e Espanha. Também o CAPS de Quixadá atende aos critérios sistematizados por Benedetto Saraceno, quais sejam o da presença de liderança carismática oriunda do setor psiquiátrico; vontade política de mudança, de natureza democrática, externa ao setor psiquiátrico; e um grande movimento social focado nos Direitos Humanos.

No momento de superação da Ditadura Militar, com o movimento municipalista que ganhou força no âmbito da redemocratização, gerando dispositivos de autonomia como o da adoção da gestão semiplena de financiamento; as vitórias práticas do movimento sanitarista brasileiro que levou à criação do Sistema Único de Saúde-SUS; o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica que ganhou corpo no bojo do SUS; a ligação entre serviço e Universidade incorporando as lógicas da formação continuada e da reflexão crítica sobre a própria prática; a ligação com a importante fonte de difusão radiofônica para a conquista da adesão popular ao projeto, assim garantindo continuidade, a despeito das crises e dos ímpetos dos governos; eis o longa metragem que Taís Bleicher produziu sobre o CAPS de Quixadá.

Leiam, estudem, curtam, divulguem. É uma bela história brasileira, que ocorre naqueles momentos luminares nos quais podemos ser bons, ser muito bons.

**Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio**

Medico psiquiatra, Mestre e Doutor em Medicina Social, Professor

Titular em Saúde Pública e Reitor da UECE

## APRESENTAÇÃO

O que a História tem a contribuir para a Saúde? É possível se propor uma avaliação em Saúde a partir das contribuições da História? As diversas experiências em saúde mental ao redor do mundo tem influência no que acontece em uma pequena cidade no sertão do Ceará? A Quixadá de 1993 a 2012 tem algo a ensinar para os outros lugares e épocas?

Este livro tem origem na tese de doutorado intitulada **A política de saúde mental de Quixadá Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde**. Esta experiência local é contextualizada a partir de outras experiências anteriores ou concomitantes de elaborações de políticas públicas. Para além das políticas públicas, está ainda outra questão: as formas de cuidado que as pessoas têm dedicado umas às outras ao longo das épocas e nos distintos lugares com o que hoje se convencionou chamar processo saúde-doença mental.

Quixadá foi escolhida como objeto de estudo porque o seu CAPS, terceiro do estado do Ceará, nasceu de uma forte vontade política, ainda antes da massificação destes equipamentos no território brasileiro. Ao contrário dos outros CAPS, já teve sua origem na articulação entre assistência, produção, sistematização e publicização do conhecimento. Além disso, teve um forte impacto na modificação da lógica asilar vigente, diminuindo drasticamente a média das internações psiquiátricas nos hospitais de Fortaleza (BRASIL, 2006; PÁSCOA, 2008).

Diante de sua projeção, muitas perguntas foram feitas. Como foi idealizado? Que solo político o produziu? O quê, de fato, foi feito? O que é novo? Qual a episteme que amparou o processo? Há teorias envolvidas, especialmente as de psiquismo, valores humanitários ou lógicas de gestão? O que foi concretizado a partir do modelo inicial e quais os resultados, positivos ou negativos? Como ocorreu a relação entre CAPS

e o Programa de Saúde da Família–PSF? Como se organizou o sistema de saúde de Quixadá, e como se deram os processos de trabalho?

Responder essas perguntas em uma dimensão avaliativa é importante porque, embora as políticas públicas de Atenção Psicossocial, na perspectiva das reformas sanitária e psiquiátrica, tenham se iniciado há mais de trinta anos, sua avaliação não ocorre de forma sistemática no território nacional, nem mesmo através do Ministério da Saúde.

Conforme Ayres (2008), “as práticas de avaliação de serviços da saúde vêm experimentando notável desenvolvimento em tempos recentes, orientadas por uma racionalidade sistêmica e instrumental” (p. 27). O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (BRASIL, 2004) centra-se em hospitais, ambulatorios especializados e estabelecimentos de alta complexidade em Nefrologia e Oncologia. Boa parte das regulamentações em avaliação de saúde se relaciona a critérios de internação. Para o campo da saúde mental, tais critérios são especialmente ruins, já que restringem a complexidade do fenômeno psicossocial a critérios biomédicos. O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde não apresentaram uma proposta de avaliação das políticas, sistemas, redes, programas e serviços específicos para o campo. Ao mesmo tempo, como fazê-lo, se as experiências têm sido diversas e descontínuas por todo o território nacional?

No campo da saúde mental, a avaliação do serviço não pode se reduzir a sua eficácia clínica, no que diz respeito à diminuição de sintomas psiquiátricos. Como bem colocou Minayo (2008), “(...) nos rumos da luta antimanicomial, os CAPS fazem parte da democratização do país, principalmente, pela inclusão da voz e da vontade dos enfermos mentais como diferentes e iguais perante a lei” (p. 16).

Se não é isso o que está acontecendo, deve ser, ao menos, um dos objetivos dos CAPS: o posicionamento ativo, autônomo, crítico, da pessoa com transtorno mental, em sua vida cotidiana, na casa, na comunidade, no trabalho, nas relações familiares e de vizinhança. A dimensão ética está relacionada com essas capacidades e deve ser objeto da investigação científica.

Um modelo de avaliação das políticas de saúde mental, no Brasil, parece estar apenas em esboço. É o caso da experiência financiada pelo CNPq/Decit, que envolveu parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP e trabalhadores de CAPS, relatada em **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade** (CAMPOS *et al*, 2008). O trabalho integrou pesquisadores de diversas áreas, da Universidade Federal Fluminense–UFF e da Universidade de Campinas-UNICAMP, coordenados por Juarez Pereira Furtado.

São exatamente as narratividades que parecem apontar para um interessante modo de avaliação de serviços em Saúde. É, portanto, um campo específico da Saúde, qual seja, a Saúde Coletiva, e ainda mais, a Nova História, que permitem essa aproximação que, em verdade, abranje diversas áreas do conhecimento. Para compreendermos essas aproximações possíveis, faremos uma breve incursão sobre a constituição destes dois campos.

A proposta deste livro é contribuir com a historiografia de uma experiência importante na reforma psiquiátrica brasileira, mas que escapa do eixo sul-sudeste e, portanto, da historiografia que até hoje tem se construído sobre a reforma psiquiátrica brasileira. Para a tese, a experiência de Quixadá foi analisada situando suas peculiaridades em relação aos cenários estadual, nacional e internacional. O processo saúde-doença mental e as políticas públicas nacionais e internacionais deste campo serão material para um próximo livro. Neste trabalho, optou-se por um recorte que se inicia com uma importante defesa epistemológica das contribuições do estudo histórico ao campo da Saúde Coletiva, discussão ainda pouco presente nos meios acadêmicos. O livro é, portanto, do campo da Saúde Coletiva, mas defendendo que a História faz parte deste campo. É, majoritariamente, dedicado à experiência quixadaense. Precisou, pois, situar esta experiência no cenário do Ceará, brindando o estado com uma primeira narrativa histórica sobre os processos saúde-doença mental e as políticas públicas relativas a eles, desde o período colonial, até o recorte definido pela pesquisa de tese.

Entende-se a necessidade deste estudo na formação em Saúde, especialmente, no caso dos estudantes do Nordeste que, não encontrando fontes próprias para realizar suas contextualizações históricas, utilizam-se de bibliografia, frequentemente apartada da realidade que encontram, porque não lhe dizem respeito. Busca-se contribuir para que pesquisadores possam compreender as diferenças do que se chama “reforma sanitária” e “reforma psiquiátrica” ao longo do território nacional. Contribuir para uma Saúde Coletiva que ouve as vozes frequentemente negligenciadas: no caso, dos atores nordestinos.

# 1 É TODA AVALIAÇÃO DE POLÍTICA EM SAÚDE UMA HISTORIOGRAFIA?

O que a História tem a contribuir para a Saúde? É possível se propor uma avaliação em Saúde a partir das contribuições da História? As diversas experiências em saúde mental ao redor do mundo tem influência no que acontece em uma pequena cidade no sertão do Ceará? A Quixadá de 1993 a 2012 tem algo a ensinar para os outros lugares e épocas?

Este livro busca apresentar uma compreensão a respeito da política de saúde mental do município de Quixadá, de 1993 a 2012, mas podendo contextualizá-la a partir de outras experiências anteriores ou concomitantes de elaborações de políticas públicas. Para além das políticas públicas, está ainda outra questão: as formas de cuidado que as pessoas têm dedicado umas às outras ao longo das épocas e nos distintos lugares com o que hoje se convencionou chamar processo saúde-doença mental.

Quixadá foi escolhida como objeto de estudo porque o seu CAPS, terceiro do estado do Ceará, nasceu de uma forte vontade política, ainda antes da massificação destes equipamentos no território brasileiro. Ao contrário dos outros CAPS, já teve sua origem na articulação entre assistência, produção, sistematização e publicização do conhecimento<sup>1</sup>. Além disso, teve um forte impacto na modificação da lógica asilar vigente, diminuindo drasticamente a média das internações psiquiátricas nos hospitais de Fortaleza (BRASIL, 2006; PÁSCOA, 2008).

Diante de sua projeção, muitas perguntas foram feitas. Como foi idealizado? Que solo político o produziu? O quê, de fato, foi feito? O

---

1 Para conhecer de forma extensiva a produção das equipes de saúde mental de Quixadá neste período, ler: BLEICHER, T. **A política de Saúde Mental de Quixadá, Ceará (1993-2012):** uma perspectiva histórica do sistema local de Saúde. 2015. 395 p. Tese (doutorado em Saúde Coletiva). Doutorado em Saúde Coletiva, Associação Ampla - Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2015.

que é novo? Qual a episteme que amparou o processo? Há teorias envolvidas, especialmente as de psiquismo, valores humanitários ou lógicas de gestão? O que foi concretizado a partir do modelo inicial e quais os resultados, positivos ou negativos? Como ocorreu a relação entre CAPS e o Programa de Saúde da Família–PSF? Como se organizou o sistema de saúde de Quixadá, e como se deram os processos de trabalho?

Responder essas perguntas em uma dimensão avaliativa é importante porque, embora as políticas públicas de Atenção Psicossocial, na perspectiva das reformas sanitária e psiquiátrica, tenham se iniciado há mais de trinta anos, sua avaliação não ocorre de forma sistemática no território nacional, nem mesmo através do Ministério da Saúde.

Conforme Ayres (2008), “as práticas de avaliação de serviços da saúde vêm experimentando notável desenvolvimento em tempos recentes, orientadas por uma racionalidade sistêmica e instrumental” (p. 27). O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (BRASIL, 2004) centra-se em hospitais, ambulatorios especializados e estabelecimentos de alta complexidade em Nefrologia e Oncologia. Boa parte das regulamentações em avaliação de saúde se relaciona a critérios de internação. Para o campo da saúde mental, tais critérios são especialmente ruins, já que restringem a complexidade do fenômeno psicossocial a critérios biomédicos. O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde não apresentaram uma proposta de avaliação das políticas, sistemas, redes, programas e serviços específicos para o campo. Ao mesmo tempo, como fazê-lo, se as experiências têm sido diversas e descontínuas por todo o território nacional?

No campo da saúde mental, a avaliação do serviço não pode se reduzir a sua eficácia clínica, no que diz respeito à diminuição de sintomas psiquiátricos. Como bem colocou Minayo (2008), “(...) nos rumos da luta antimanicomial, os CAPS fazem parte da democratização do país, principalmente, pela inclusão da voz e da vontade dos enfermos mentais como diferentes e iguais perante a lei” (p. 16).

Se não é isso o que está acontecendo, deve ser, ao menos, um dos objetivos dos CAPS: o posicionamento ativo, autônomo, crítico, da pes-

soa com transtorno mental, em sua vida cotidiana, na casa, na comunidade, no trabalho, nas relações familiares e de vizinhança. A dimensão ética está relacionada com essas capacidades e deve ser objeto da investigação científica.

Um modelo de avaliação das políticas de saúde mental, no Brasil, parece estar apenas em esboço. É o caso da experiência financiada pelo CNPq/Decit, que envolveu parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP e trabalhadores de CAPS, relatada em **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade** (CAMPOS *et al*, 2008). O trabalho integrou pesquisadores de diversas áreas, da Universidade Federal Fluminense–UFF e da Universidade de Campinas–UNICAMP, coordenados por Juarez Pereira Furtado.

São exatamente as narratividades que parecem apontar para um interessante modo de avaliação de serviços em Saúde. É, portanto, um campo específico da Saúde, qual seja, a Saúde Coletiva, e ainda mais, a Nova História, que permitem essa aproximação que, em verdade, abrange diversas áreas do conhecimento. Para compreendermos essas aproximações possíveis, faremos uma breve incursão sobre a constituição destes dois campos.

## 1.1 HISTÓRIA: MITO, RACIONALIDADE CIENTÍFICA, HETEROGLÓSIA

A História apresenta um importante movimento, modificação e reaproximação de seu propósito, que tem a ver com o próprio desenvolvimento científico, e, em especial, das Humanidades: entre a tentativa de uma afirmação positivista, de uma ciência com objeto e método próprios, à superação desse modelo, rumo à noção de campo e bebendo das contribuições de outras áreas do conhecimento.

Se, originalmente, os termos gregos *mythos* e *istoria* tinham em comum o sentido de discurso e de narração (PASSERINI, 1993), a narrativa mítica se diferenciaria da narrativa histórica. Na época de Heródoto de Halicarnassos, história se referia à histôr, aquele que viu, testemunhou. Por sua vez, o radical (v)id estava ligado à visão, mas, ao mesmo

tempo, ao saber. A história que se produzia então dizia respeito ao que o historiador pôde ver e testemunhar, ou, pelo menos, ouviu falar de outros. “O período cronológico alcançado se limita, portanto, a duas ou três gerações antes de sua visita, pois o resto do tempo se perde no não - mais - visto, isto é, no não relatável” (GAGNEBIN, 1997, p. 17). Era, ainda, uma narrativa informativa e agradável que englobava aspectos dignos de memória. As narrativas míticas, por sua vez, remetiam a um tempo longínquo, das origens, dos deuses e dos heróis. Essa primeira diferenciação é a raiz da distinção entre o discurso científico e o poético mítico, que a historiografia iluminista tentou estabelecer.

A criação da História, como disciplina, encarna o espírito de seu tempo. Uma concepção de mundo, de homem e de pesquisa próprios da modernidade, que esteve na origem de todas as ciências humanas. Basicamente, o homem-indivíduo, racional, através de métodos de conhecimento como o empirismo e o racionalismo, poderia alcançar a verdade sobre os fatos e a essência dos objetos. Existiria uma dicotomia entre o homem e o objeto a ser conhecido. Esta lógica foi seguida da mesma maneira nesta nova disciplina que se propunha científica e que, no século XIX, era muito influenciada pelo crescente sucesso da Física e da Biologia. Leopold von Ranke, um dos grandes historiadores deste período e frequentemente considerado o pai da História Científica, define a tarefa da História como “*es will bloss zeigen wie es eigentlich gewesen ist*”<sup>2</sup>, supondo, tanto a objetividade radical da História, como, por consequência, que qualquer interpretação para além dos documentos seria anti-científica. Tratava-se, nas palavras de Wehling (2017), de uma supercientificação da História.

Ainda no século XIX, algumas tentativas foram feitas no sentido de superar a dicotomia sujeito-objeto, e, em decorrência, surgiram novas perspectivas teórico-metodológicas sobre o fazer científico. Exemplos dessas proposituras se encontram em Hegel, propondo um novo método, em que contrários poderiam ser unificados sem se negarem. Segundo Gonçalves (2001, p. 120):

---

2 “Apenas mostrar como realmente aconteceu”.

Para ele, o empirismo estava certo ao proclamar a necessidade de se considerar a observação do real, mas apresentava um sério limite ao considerar a razão sem conteúdo, atendo-se à imediação do dado trazido pelas sensações. Nesse sentido, reconhece o valor de Kant e de seu racionalismo, por recuperar a razão com conteúdo e possibilitar uma abordagem mediada do real. Mas Hegel considera inaceitável o limite posto por Kant ao conhecimento ao estabelecer a ‘coisa em si’ como inacessível. Sem confundir essência e aparência, mas também sem separá-las, Hegel indica a possibilidade de conhecer o objeto e suas mediações, portanto em conhecer para além do dado imediato. E, nesse processo de conhecimento, o sujeito tem papel primordial porque é da razão o movimento de revelação das mediações que constituem o objeto.

Assim, Hegel nega o princípio da identidade, segundo o qual o ser é, e institui o princípio da contradição, segundo o qual o ser é e não é ao mesmo tempo. Esta é a noção de dialética. “Ou seja, para a dialética, o ser está em transformação constante e ser implica necessariamente deixar de ser” (*Ibidem*).

Marx trabalhou com a noção de dialética em uma perspectiva materialista. Nela, sujeito e objeto têm existência objetiva e real, formando uma unidade de contrários em que um transforma o outro. A ação do sujeito sobre o objeto é necessariamente social e histórica e somente a ação política pode extinguir a alienação que se associa às condições materiais de vida (QUINTEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2009). Além disso, Marx partia do pressuposto de que “Quantidade e qualidade são características imanentes a todos os objetos e fenômenos, e estão inter-relacionadas” (GIL, 1991, p. 32).

Entretanto, mesmo tomando o referencial teórico marxista, a defesa de um método dialético marxista é frágil. O próprio Marx não se dedicou à elaboração de tal método, a não ser em seu texto “Introdução”, de 1857. As preocupações do autor eram, sobretudo, de natureza ontológica, ao invés de epistemológica. Genericamente, afirmou:

É necessário voltar a estudar toda a história, devem examinar-se em todos os detalhes as condições de existência das diversas formações sociais antes de procurar deduzir delas as ideias políticas, jurídicas, estéticas, filosóficas, religiosas etc. que lhe correspondem (MARX; ENGELS, 2010, p. 107 apud NETTO, 2011)

Observe-se que, ao avaliar toda a história em suas condições de existência, não se pode tomar a Economia como único determinante. Marx buscava se aproximar ao máximo de uma leitura total da sociedade. Neste sentido, sua postura dialética herdada de Hegel, baseava-se no entendimento de que não se poderia encontrar um mundo de coisas acabadas. O pesquisador, portanto, deve buscar apreender a essência, ou seja, a estrutura e a dinâmica dos objetos.

Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz, no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou” (NETTO, 2011, p. 22).

O momento essencial constitutivo do objeto, ou, ainda, seu traço pertinente aos elementos constitutivos da realidade seria sua determinação. Somente quando o fenômeno complexo é conhecido, pode-se entender o menos complexo.

Para Marx, permaneceria o entendimento de que existe verdade objetiva. Entretanto, ela seria social e histórica. O objeto de pesquisa não seria regido por leis imutáveis, mas por tendências históricas que podem vir a ser arrastadas por outras tendências; que apresentam contradições, que formam um alto grau de complexidade e que estão em constante mudança.

Ele se utilizou de técnicas que, hoje em dia, poderiam ser chamadas de análise bibliográfica e documental, análise de conteúdo, observação sistemática e participante, entrevistas, instrumentos quantitativos, entre outros. O que é importante ressaltar é que, no seu modo de pesquisar,

não é possível repetir um procedimento de coleta de dados ou de análise em série, já que é a natureza do objeto investigado que sugere a melhor forma de dele se aproximar.

Neste livro, distinguimos pesquisa bibliográfica de pesquisa documental. Reconhecemos as semelhanças entre ambas, mas adotamos a perspectiva de Raupp e Beuren, segundo a qual,

A pesquisa bibliográfica utiliza-se principalmente das contribuições de vários autores sobre determinada temática de estudo, já a pesquisa documental baseia-se em materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (RAUPP; BEUREN, 2003, p. 89).

As diversas escolas de historiografia se posicionam de maneira distinta quanto ao que seria uma pesquisa documental e, ainda, o que seria um documento. A obra *Introduction aux Études Historiques* (SEIGNOBOS; LANGLOIS, 1992), um marco na consolidação da história como ciência positiva, no século XIX, praticamente restringe o uso da palavra documento ao que é escrito e ao que é oficial. Neste sentido, “*Les documents historiques anciens sont donc réunis et conservés aujourd’hui, en principe, dans ces établissements publics que l’on appelle archives, bibliothèques et musées*”<sup>3</sup> (p. 17). Segundo esta visão tradicional, a História seria aquela praticada pelos políticos, pelos grandes líderes, deixando de lado aquela que se constrói no cotidiano. O levantamento dos documentos oficiais seria uma tentativa de criar uma descrição dos fatos históricos, na concepção moderna sobre o fazer científico.

Essa perspectiva era extremamente desprezada pelos sociólogos do século XIX, como Auguste Comte, Herbert Spencer e o próprio Marx. Estes eram profundamente interessados pela História, mas não por isso que os historiadores profissionais faziam (BURKE, 1992). Como dito a respeito de Marx, a eles interessavam as estruturas e processos por detrás dos fatos. É possível, portanto, creditar alguma ascendência nos estudos

<sup>3</sup> “Os documentos históricos antigos são reunidos e preservados hoje, em princípio, nessas instituições públicas que chamamos de arquivos, bibliotecas e museus”.

realizados por estes pensadores no que veio a se chamar, no século seguinte, de Nova História Social, bem representado pela escola francesa dos *Annales*. A ideia principal da primeira geração da Escola dos *Annales* foi a tentativa de interdisciplinaridade, afastando a História da tentativa de uma ciência pura. Em sua segunda geração, Braudel defende que a história dos acontecimentos nada mais é do que a espuma das ondas do mar da História, sendo as mudanças sociais, econômicas e geo-históricas de longo prazo o verdadeiro centro das análises históricas. Assim, ao invés de os historiadores serem os porta-vozes da verdade histórica, eles devem ser aqueles que permitem a emergência de múltiplos discursos, por vezes contraditórios, sobre os fatos. É nesta perspectiva que a escola francesa dos *Annales* ampliou o conceito de historiografia. Não deixando de lado a História Política, dedicou-se a grupos sociais negligenciados pelos historiadores tradicionais, buscando relacionar a vida cotidiana das pessoas com os grandes acontecimentos.

A pesquisa histórica adota um sujeito de referência, que pode ser uma sociedade, um conceito, uma pessoa. As perguntas a este sujeito de referência são remetidas às fontes. Além da crítica das fontes, uma pesquisa só pode ser chamada histórica se interpreta os dados que surgem, se estabelece as relações de causalidade dentro de um momento histórico que se diferencia dos demais (RÜSSEN, 2007). No entanto, a compreensão de que é preciso se aproximar de grupos tradicionalmente negligenciados, necessariamente, causa uma mudança de método.

Essas extensões do território histórico estão vinculadas à descoberta de novas fontes e ao desenvolvimento de novos métodos para explorá-las. Estão também associadas à colaboração com outras ciências, ligadas ao estudo da humanidade, da geografia à lingüística, da economia à psicologia (BURKE, 1991, p. 89).

Sendo assim, o conceito de documento também se ampliou. Tudo que pode servir de testemunho sobre o passado passa a ser considerado documento. Não são necessariamente escritos: podem ser vídeos, grava-

ções, fotografias. Mesmo quando escritos, comportam grande diversidade de formatos. A nova perspectiva histórica permitia ainda reler alguns tipos de registros oficiais de maneiras distintas. Pode ainda se ocupar de líderes que já foram muito estudados. No entanto, seus métodos, suas formas de abordagem permitem aproximar-de de motivos que, tradicionalmente, não seriam estudados, como as motivações conscientes e inconscientes por trás dos grandes feitos. Nos Estados Unidos, essa vertente foi denominada psico-história (BURKE, 1992).

Ademais das fontes impressas e seguindo a perspectiva da História Social, seja ela oriunda da revolução historiográfica dos *Annales*, seja dos historiadores ingleses da revista *New Left Review*, pós década de 50, defendemos que uma das melhores formas de conhecer a vida cotidiana, os campos de força, as trajetórias e motivações subjacentes aos personagens da trama histórica é o recurso à História Oral. Ela pode, ainda, contribuir para a construção de perguntas mais reais para outras fontes.

Desde sua origem, a História Oral recebeu inúmeras críticas. Primeiramente, porque, na História positivista, a neutralidade do historiador seria garantida através da distância temporal dos acontecimentos e, de nenhuma maneira, poderia ser garantida se ele mesmo era o agente da História. Além disso, a História Oral remonta a *istoria* grega, em que a temporalidade fica restrita. Cria-se, na Nova História, a micro-história, que analisa fatos e processos históricos de uma época determinada.

De outra parte, ainda do ponto de vista das teorias da História, podem ser vinculadas ao tema denominado História Imediata, por se tratar de um processo cujos atores ainda estão em cena, ou seja, não se está trabalhando com fatos vivenciados por outras gerações, mas pela presente. Para melhor compreensão do que seja a História Imediata é oportuno registrar o que diz o historiador francês Jean Lacouture: 'A imediação de certa História que se elabora hoje (...) baseia-se tanto em sua instantaneidade (...) quanto na relação afetiva entre autor e o objeto de sua pesquisa' (ALVES, 2007, p. 25).

Além disso, as críticas se dirigiam à possibilidade de um relato ser utilizado como documento fiel à verdade histórica, já que a memória pode ser afetada e os relatos podem sofrer influências conscientes e inconscientes daquele que os realiza. Assim, seus primeiros manuais buscavam em outros saberes, como na Psicologia e na Antropologia, o conhecimento sobre formas de detecção de tendências e fantasias da memória (THOMSON, 1997).

No entanto, com a evolução tanto da História Oral como da História em si, a ênfase de suas análises se modificou consideravelmente. Ao invés de buscar testemunhos de verdade objetiva, a História Oral passou a se dedicar à composição, ao processo de construção das reminiscências, que é mutável e infundável. Assim como se dá em nível individual, articula-se com a memória popular, um nível influenciando o outro. Os fatos são tomados pelo sujeito e se articulam com o “que pensávamos que éramos no passado, quem pensamos que somos no presente e o que gostaríamos de ser” (THOMSON, 1997, p. 57).

Além disso, a narrativa oral, como um gênero específico de discurso, impregnado de interrupções, digressões, repetições, correções, constituindo-se mais como um processo do que como um texto acabado, põe em evidência o movimento da palavra, da memória e da consciência (KHOURY, 2001, p. 85).

Mas, que memória? Não é possível falar sobre História Oral, sem remontar ao conceito de Memória Coletiva, como entendido por Maurice Halbwachs (2006). Halbwachs se opôs à ideia positivista comum de uma memória que existisse ligada a um corpo ou a um cérebro individual, como objeto de estudo de alguns médicos e psicólogos. Embora a memória individual exista, também existe a Memória Coletiva, que se distribui no interior de uma sociedade. Os indivíduos, desse modo, poderiam participar destes dois tipos de memória, e no caso da Memória Coletiva seriam capazes de se comportar como membros de um grupo de modo a evocar lembranças interpessoais.

Maurice Halbswachs evoca o depoimento, que não tem sentido senão em relação a um grupo do qual faz parte, pois supõe um acontecimento real outrora vivido em comum e, por isso, depende do quadro de referência no qual evoluem presentemente o grupo e o indivíduo que o atestam. Isso quer dizer que o “eu” e sua duração situam-se no ponto de encontro de duas séries diferentes e por vezes divergentes: aquela que se atém aos aspectos vivos e materiais da lembrança, aquela que reconstrói aquilo que não é mais se não do passado. Que seria desse “eu” se não fizesse parte de uma ‘comunidade afetiva’ de um ‘meio efervescente’, do qual tenta se afastar no momento em que ele se ‘recorda’? (...) A rememoração pessoal situa-se na encruzilhada das malhas de solidariedade múltiplas dentro das quais estamos engajados” (DUVIGNAUD, 2006, p. 13-4).

A memória existe em relação a um quadro de referência, que muda, mas, também, as narrativas orais servem à História Social na medida em que permitem o acesso a significações construídas e tradicionalmente não reconhecidas na ordem constituída (KHOURY, 2001). Não se restringem ao relato de uma sequência de acontecimentos e intenções, mas permitem articular estruturas, como instituições e modos de pensar, e acontecimentos.

No processo de construção das narrativas, o sujeito realiza uma tentativa de dar sentido a sua existência, mas também pode se deparar com conteúdos ameaçadores. Assim, os mecanismos psicológicos de defesa do eu podem, de maneira consciente ou inconsciente, articular-se com a narrativa que o sujeito realiza sobre o acontecimento. A História Oral esbarra em outros campos do conhecimento, uma vez que esse trabalho com narrativas pode ter efeitos diversos com os entrevistados. Alguns entrevistados podem se deparar com sentimentos penosos; outros podem ter um repertório de casos referente ao fenômeno estudado, inclusive, engraçados; outros podem sentir aquele momento como tendo um efeito terapêutico, uma possibilidade de elaborar fatos que até então nunca tinham sido trabalhadas. O papel do historiador não se confunde

com a do terapeuta, mas, frequentemente, ele sentirá a necessidade de manejar esses efeitos tão diversos.

A partir de outra perspectiva, o trabalho de reminiscências, sob o ponto de vista social e sob o aspecto saúde, tem dado prioridade ao valor das reminiscências para o narrador, deixando em segundo plano seu valor dentro do contexto da pesquisa histórica e tem defendido o potencial de reparação das reminiscências bem-orientadas. Contudo, na prática da entrevista de pesquisa da História Oral – em que as pautas do pesquisador e do narrador são às vezes muito diferentes –, há, geralmente, uma tênue linha entre a tentativa de inculcar confiança e a exploração (THOMSON, 1997, p. 69).

As narrativas orais acabam por aproximar a História do mito. “O mito é, por definição, coletivo, compartilhado por muitas pessoas, supra-individual e intergeracional, vencedor dos limites do tempo e do espaço” (PASSERINI, 1993, p. 30). Nesse caso, não se trata mais de opor uma e outro, como foi no início, mas de historicizá-lo, estudar suas origens, trajetórias e fins. Compreender o mito a partir do campo imaginário permite relacioná-lo aos seus contextos sócio-culturais e institucionais. O mito vai além do factual, mas, ao mesmo tempo, tem importância para criar noções de realidade e possibilitar compreender o passado e as culturas. Nas narrativas orais, ele frequentemente aparece como mitobiografia, em que os entrevistados enfatizam suas contribuições originais para mudar o mundo e reformar as estruturas existentes (PASSERINI, 1993). Nesta pesquisa, a construção do mito do “líder da reforma psiquiátrica” foi muito frequente. Para além do mito, interessam as peculiaridades de cada sujeito nesta construção.

É a subjetividade do entrevistado que está em jogo, mas não somente. Também o pesquisador, quando vai às fontes, aproxima-se a partir de suas próprias atribuições de sentidos, e, ainda mais: “(...) é determinante a identidade respectiva dos destinatários (potenciais), a quem são dirigidas as histórias cujos conteúdos são garantidos pela pesquisa”

(RÜSSEN, 2007, p. 110). Despida da pretensa objetividade científica, a sua forma também muda, voltando a se aproximar do formato das narrativas históricas, em seu sentido original, pré-disciplinar. A emersão de múltiplos personagens e suas construções frequentemente contraditórias permitem a heteroglosia que é também marca da Saúde Coletiva, campo em que a categoria sujeito possui centralidade.

## **1.2 DA SAÚDE PÚBLICA À SAÚDE COLETIVA – PASSANDO PELAS NARRATIVAS**

A Saúde não foge à regra deste percurso que, na verdade, é próprio da constituição científica. Também foi herdeira do processo cartesiano e racional, que implicava uma série de operações de decomposição do objeto de investigação, buscando reduzi-lo a suas partes mais simples. Foi exatamente o avanço nessa simplificação, nessa redução, que permitiu a criação de especialidades – tanto científicas quanto profissionais (ALMEIDA FILHO, 1997). Se é verdade que a especialização foi necessária para que o conhecimento científico avançasse, também é verdade que isto se deu às custas da perda do olhar sobre a totalidade do fenômeno.

No caso da Saúde, isso foi particularmente problemático, uma vez que o avanço das descobertas anatômico-fisiológicas gerou uma clínica, sobretudo, voltada para o somático, em detrimento da escuta clínica do sujeito, e de sua relação com o profissional. No campo das coletividades, este modelo de Saúde gerou a Saúde Pública, em que também as variáveis subjetivas que afetavam as formas de adoecer deveriam ser descartadas. O controle e a prevenção de doenças seriam possíveis, primeiramente, graças ao seu controle físico e biológico.

Mas que lugares, que ambientes, que contextos propiciam o aparecimento de determinada doença? A partir da compreensão de que, além dos fatores de natureza física e biológica, também a condição sócio-política-cultural está relacionada à patogênese, o modelo de História Natural da Doença pôde ser criado (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2006). Foi possível, assim, o surgimento de uma Medicina Social pre-

ventivista, que está nas origens da Saúde Coletiva e permite uma primeira aproximação das teorias sociais para a Saúde. A pesquisa em Saúde Coletiva, inicialmente, dedicou-se aos temas da prevenção de doenças, da promoção da Saúde e, posteriormente, da organização de sistemas de Saúde (BARRETO, 2003). Epistemologicamente, centrava-se na perspectiva estruturalista, mas, aos poucos, os estudos sobre o cotidiano, em especial sob o viés teórico-metodológico das representações sociais, possibilitaram a aproximação das temáticas relativas à subjetividade. Somam-se aos estudos das representações sociais as contribuições psicanalíticas, que atentavam para a impossibilidade de estudar Saúde deixando de lado exatamente o que é próprio do humano, de sua irracionalidade, do seu Inconsciente. Essa mudança é acompanhada nas modalidades de pesquisa em Saúde, em especial, quanto às coletividades: primeiramente, restritas aos estudos quantitativos. Recentemente, utilizando-se de abordagens qualitativas.

Turato (2005) demarca a importância de três teóricos na utilização da abordagem qualitativa na história da Ciência: Malinowski, com a sistematização do método de pesquisa antropológica, Marx e Freud, que construíram escolas autônomas de decisiva importância para a constituição das Ciências Humanas. A aplicação da metodologia qualitativa de pesquisa ao campo da Saúde nasce quando, nas Ciências Humanas como um todo, assim como na História, ela já não é utilizada com a intenção de descobrir a verdade sobre os fatos. Desta maneira, estes estudos não buscam criar uma situação artificial, laboratorial, para se aproximarem do psiquismo humano: pelo contrário. Buscam interpretar os fenômenos da forma que ocorrem na situação de vida dos sujeitos, influenciados por questões pessoais, familiares, sociais e em constante mudança. Uma pesquisa sobre um determinado tema com um sujeito pode chegar a conclusões muito distintas se realizada novamente, depois, uma vez que os sentidos e significados são construções processuais, nunca acabadas.

Do mesmo modo, na pesquisa qualitativa, não se busca a neutralidade do pesquisador. Entretanto, é preciso saber de onde o pesquisador parte para se aproximar do seu objeto de pesquisa.

Através de diferentes caminhos, a Saúde Coletiva tem se utilizado de abordagens qualitativas, mas, em especial, do estudo das narrativas. Onocko Campos e Furtado (2008) analisaram como os estudos clássicos das narrativas oriundos da Literatura, da História, da Teoria da Comunicação e da Psicanálise se mostram aplicáveis às pesquisas em Saúde. Retomam as narrativas desde a Filosofia, suas origens na Poética de Aristóteles e, ainda, em Santo Agostinho, como discutido em Ricoeur.

De alguma maneira, todos esses campos do conhecimento permitem aproximações. Em Santo Agostinho, a narrativa permite superar a distância entre compreender e explicar, sempre a partir do caráter temporal da existência humana. “A especulação sobre o tempo é ruminação inconclusiva, a qual só replica a atividade narrativa” (CAMPOS; FURTADO, 2008, p. 1091), tanto para Santo Agostinho como para a História Oral. “Narramos e é sempre a linguagem, a experiência e a ação que esta articula que resistem. Memória (passado), *attentio* (presente), espera (futuro) existem em nós como um tríplice presente” (CAMPOS; FURTADO, 2008, p. 1091). Acaso não é a linguagem, em sua articulação com a experiência e a ação, seu voltar-se para o passado com olhos para o futuro a própria base da compreensão sobre a importância dos estudos em representações sociais? As representações acessíveis pela linguagem e que nos permitem compreender determinadas formas de agir no mundo? Para Ricoeur, a composição da intriga, como defendida na Poética de Aristóteles é o contrário da universalização.

Ricoeur examina as condições de validade e de verdade na narrativa. Para o autor, pensar um elo de causalidade já é universalizar. A conexão interna é condição para a universalização: buscar no enredo sua coerência. Compor a intriga já é fazer surgir o inteligível do acidental, o necessário ou verossímil do episódico (CAMPOS; FURTADO, 2008, p. 1092).

Nessas intrigas, aqueles que agem são dotados de qualidades éticas, tendo a bondade e a maldade como uma de suas polaridades. Por sua vez, quem as ouve é tomado pela empatia por alguns personagens. A compreensão da intriga por Aristóteles permite fazer paralelismos com

a construção das mitobiografias na História Oral, em que muitas vezes o pesquisador se vê seduzido por seus entrevistados. Nesse sentido, os estudos da narrativa histórica se aproximam da Saúde Coletiva. Não visam a construção de uma ciência neutra, que descarte o sujeito, mas a construção de narrativas nas quais os pesquisadores se tornam visíveis, declarando quem são e seus pontos de vista sobre os fenômenos.

No campo da comunicação, a narrativa media indivíduo e sociedade, como dispositivo de interlocução, através de um viés relacional em que os sujeitos afetam e são afetados por ela. As narrativas se inter-relacionam como resultado de forças sociais, em seu contexto sócio-histórico. São produzidos, circulam, são recebidos, mas também são continuamente reinterpretados. Articulam relações de poder, políticas e identitárias. Também para a Teoria da Comunicação as narrativas definem critérios de competência e dão legitimidade – ou não – às instituições e, ainda, permitem a pluralidade de jogos de linguagem e vários tipos de enunciado (CAMPOS; FURTADO, 2008).

Na Literatura, na História, na Teoria da Comunicação e na Psicanálise a narrativa é sempre mediação. Se, para a História Social, mediação entre estrutura e acontecimento, na Comunicação, entre indivíduo e sociedade, na Literatura, entre discurso e ação, para a Psicanálise de Julia Kristeva, entre memória e ação política. Esta autora solda as relações entre vida, narrativa e política, uma vez que a vida na *polis* é sempre mediada pela palavra. A narrativa revelaria o sujeito da ação. Assim, as pesquisas no campo das narrativas se constituem como ação política, uma vez que atende a um imperativo ético-político de propiciar o fortalecimento dos agentes no processo de construção das narrativas (CAMPOS; FURTADO, 2008).

Destaca-se a potencialidade de se utilizar narrativas para o estudo de situações nas quais interessem as mediações entre experiência e linguagem, estrutura e eventos, sujeitos e coletivos, memória e ação política – questões que tradicionalmente interessam à área de “Políticas, Planejamento e Gestão” da saúde coletiva brasileira (p. 1090).

Para o campo da Saúde Mental, em particular, os mesmos autores (CAMPOS; FURTADO, 2006) defendem que, com os aspectos institucionais decorrentes da reforma psiquiátrica brasileira e a emergência dos CAPS, os processos avaliativos nesse campo necessitam se aproximar de três domínios, em relação: o da subjetividade, o de gestão dos processos de trabalho e o da clínica.

Por essa razão, o esforço de compreensão e análise dos processos de gestão, assistência e avaliação desses serviços irá requerer um instrumental metodológico específico que contemple a pluralidade e interdisciplinaridade que os constituem. (CAMPOS; FURTADO, 2006, p.1056).

Nesse sentido, não é que a pesquisa qualitativa seja “mais adequada” para o campo da Saúde Coletiva, e, especificamente, da Saúde Mental, mas que o reconhecimento da natureza complexa dos objetos de pesquisa nesse campo aponta para a pertinência da integração entre pesquisas quantitativas e pesquisas qualitativas. Entrevistas e grupos focais, de maneira mais evidente, permitem a emergência de distintas narrativas que articulam a micro e a macro política. Pesquisas participativas permitem envolver os próprios atores das políticas, legitimando suas narrativas.

Na Saúde Coletiva se trabalha com o que Minayo, Assis e Souza (2005) denominaram de triangulação de métodos. Trata-se do entrelaçamento entre múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto. Foram as estratégias utilizadas para localizar, criar e analisar as distintas fontes citadas neste estudo.

O nível quantitativo foi fundamentalmente relacionado à pesquisa descritiva sobre o município de Quixadá. Isso porque alguns dados são dotados de objetividade histórica, quando articulados a um determinado período e se pode investigar o motivo da modificação dos dados quanto aos períodos anteriores e posteriores. É o caso do número de internações em hospitais psiquiátricos, mortalidade infantil, entre outros. Portanto, se houve mudança nestes indicadores, é possível que estes estejam articulados a uma mudança na política municipal de Saúde. Estas informações

foram resgatadas através de revisão bibliográfica a respeito dos indicadores de Saúde do município de Quixadá no período (artigos científicos, monografias, dissertações, teses, livros). No nível qualitativo, foram feitas pesquisa bibliográfica; documental; legislativa e normativa; observação direta; entrevistas; análise de livros de atas, folders, manual produzido pela equipe de Saúde de Quixadá, cartilhas, anais dos eventos acadêmicos realizados, publicações diversas, currículos. Com tais informações, foi feito um quadro propedêutico, que possibilitou uma construção mais real das perguntas que deveriam ser feitas às fontes. Além das fontes impressas e, seguindo a perspectiva da História Social, em uma tentativa de aproximação da vida cotidiana, dos campos de força, das trajetórias e das motivações subjacentes aos personagens diretamente ligados à política de Saúde Mental de Quixadá foi feito o recurso à História Oral. Foram entrevistados gestores (prefeitos e secretários de Saúde), profissionais e supervisores da rede de Saúde de Quixadá no período de 1993 a 2012, especialmente os da área de Saúde Mental; além de usuários do serviço, com destaque para aqueles que já enfrentavam transtornos no período de implementação da política e que, portanto, podem avaliar mudanças em relação ao período anterior. Também foram entrevistados familiares/responsáveis de usuários dos serviços.

A partir desta multiplicidade de fontes e do olhar sobre elas, uma pergunta pareceu relevante: seria toda avaliação de política em saúde uma historiografia?

É óbvio que, como já explicitado neste texto, é exatamente a multiplicidade teórico-conceitual que marca o campo da Saúde Coletiva. Desta maneira, diversas epistemes tem a contribuir em sua construção.

Ao mesmo tempo, a avaliação tem como sua principal característica o fato de ser sempre uma ação que se volta para o passado, com fins de ser útil para o futuro. Avaliar significa emitir juízos de valor com base em procedimentos e técnicas específicas. Da mesma maneira, o estudo histórico se constrói sobre um tempo passado ou, mesmo, recente. Com base na análise das fontes e narrativas e do resgate de memórias, o historiador necessita realizar uma interpretação dos dados que, na perspectiva

da História Social, não se pretende neutra. A avaliação das políticas de Saúde passa por resgatar o sujeito e os sentidos, dentro de uma conjuntura sócio-histórica e política, através de documentos oficiais e da escuta de seus atores (operacionalizadores e beneficiários). Portanto, pretendemos defender a historiografia como a própria metáfora da avaliação de política em Saúde, sendo o referencial da História uma das epistemes possíveis da Saúde Coletiva, mas não a única.

## 2 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL NO CEARÁ E AS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA

Tomando-se os temas loucura, doença mental, processo saúde/doença mental, assistência psiquiátrica, Psiquiatria ou Atenção Psicossocial, constata-se uma grande carência historiográfica cearense, o que explica as lacunas bibliográficas e a diminuta produção, geralmente destacando eventos pontuais. Após análise de fontes históricas gerais e publicações médicas, Sampaio *et al.* (2011) propõem uma periodização para a história da assistência psiquiátrica no estado, adotada neste livro e exposta abaixo.

**Quadro 1** – Periodização da Assistência Psiquiátrica no Ceará (1603 a 2011)

Período	Marcos iniciais e finais
I	1603. Início do Processo Colonial. 1886. Inauguração do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo.
II	1887. 1962. Inauguração do Hospital de Saúde Mental de Messejana.
III	1963. 1991. Inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Ceará.
IV	1992. 2011. Fechamento do campo do estudo *

\* Apenas um ano antes do fechamento do campo da pesquisa que gerou este livro.

Fonte: Sampaio et al (2011).

## 2.1 O PERÍODO 1603 – 1886

O Ceará apresentou características que se diferenciaram do padrão brasileiro para o período. Sobretudo, devido a grandes dificuldades técnicas de navegação, devido ao regime de ventos e ondas, e pela região não apresentar matérias primas de interesse para a Metrópole.

Três tentativas de ocupação se deram, no início do séc. XVII: a primeira, de Pero Coelho, de 1603 a 1607, culminou com uma retirada trágica; a segunda, de 1607 a 1608, por dois padres da companhia de Jesus, Francisco Pinto e Luis Filgueira, também fracassada; e, finalmente, em 1611, Martim Soares Moreno conseguiu realizar uma fixação de longo prazo no território (SILVA; FARIAS, 2012). Estavam postas, também, as marcas do cuidado em Saúde no Ceará Colonial, pelos índios ou pelos jesuítas. Como apontam Montesuma *et al.* (2006, p.06), “Da Colônia ao Segundo Império (1500 a 1888), a atuação do poder público é quase inexistente, deixando o processo à espontaneidade popular, à compaixão religiosa e ao isolamento institucional”.

Apenas em meados do séc. XVIII, uma atividade econômica foi estabelecida no Ceará, a pecuária, exigente de muita terra e pouca mão de obra, o que explica esta província haver tido bem menos escravos que as demais. A historiografia trata a escravidão no Ceará como inexpressiva e é possível que, por isso, não tenham sido realizados estudos sobre a saúde dos escravos, pois, como demonstra Assunção (2002), a escravidão é assunto pouco discutido pela historiografia cearense.

Montesuma *et al.* (2006), revisando a história da Saúde Pública no Ceará, destacam, neste período, os surtos de doenças infectocontagiosas, além da presença continuada de sífilis, hanseníase, tuberculose, escorbuto e raquitismo. “As primeiras grandes vítimas dos surtos, em massa, foram os índios, por não disporem das memórias imunológicas dos brancos. O próprio socorro prestado pelos padres jesuítas era mortal” (p. 8).

A organização de um serviço público de Saúde foi tardia. Antes disso,

somente em situações especiais é que o poder público se dispunha a pagar um profissional de saúde por um determinado período para exercer uma atividade específica. Em 1691, o cirurgião Francisco de Lemos, vindo de Pernambuco, começa a prestar serviços médicos, durante cinco anos, para soldados, seus familiares, índios e colonos (MONTESUMA *et al.*, 2006, p. 9).

A terapêutica de então era a mesma que a ensinada na Metrópole, baseada na harmonia dos humores. Somente em 1695, por iniciativa dos jesuítas Manuel Pedrosa Júnior e Arcanjo Gago, foi iniciada a aplicação de tratamentos médicos em enfermarias, na aldeia que então se chamava Nossa Senhora da Assunção, atual Viçosa. Dois anos depois, Dom Pedro II ordenou a construção de um hospital em Viçosa, inaugurado por volta de 1723, que foi o primeiro estabelecimento de Saúde do Ceará. Após a expulsão dos jesuítas, em 1760, a Coroa passou a criar hospitais reais militares, que tinham os soldados como público-alvo (MONTESUMA *et al.*, 2006).

Assim como no restante do Brasil, os rituais de cura dos indígenas tiveram grande importância no Ceará. A colonização e o avanço das fazendas de gado não conseguiram extinguir a cultura indígena. No Ceará do séc. XVIII, ela convivía e disputava poder com a ciência médica e a religião católica. Exemplo disto foi a carta escrita por José dos Santos, na vila de Sobral, em 1779, denunciando, para o Tribunal do Santo Ofício de Lisboa, moradores da região que se dedicavam a tratar doenças por meio de “superstições”. José arrolava quase trinta pessoas, entre denunciados, doentes, seus familiares e donos de fazendas e casas onde aconteciam as “curas”.

Desfilavam proprietários de terra detentores de patentes militares (Capitão e Sargento-Mor), vaqueiros, índios, escravos, caboclos, mamelucos, avó e neta, marido e mulher, mãe e filha, irmãs... uma miríade de grupos e relações sociais envolvida – mesmo que indiretamente – nas “*superstições*” dos acusados” (VIEIRA JÚNIOR, 2011, p. 789).

As queixas eram contra José Pereira, Manoel Lira e D. Francisco. Eles utilizariam ossos de cavalos mortos, imagens de Santo Antônio, defumadores, bebidas da Jurema, danças e cantos para produzir a cura. A maior parte da carta narra a festa do menino voador, conduzida pelo caboclo D. Francisco.

(...) o ritual envolvia mulheres seminuas dançando com os pés na água e entoando canções. Havia também a distribuição e ingestão da “*beberagem*” alucinógena feita da casca do arbusto espinhoso conhecido como Jurema. O festim tinha como momento de destaque a chegada do menino voador, com seus cabelos dourados e olhos de fogo; que atendendo ao chamado de D. Francisco servia de guia nas curas dos malefícios (VIEIRA JÚNIOR, 2011, p. 789).

É importante atentar para os antecedentes históricos desta carta. A invasão do Sertão, para a ocupação por meio de fazendas de gado, deu-se de maneira muito conflituosa. Tais conflitos aumentaram no séc. XVIII, especialmente porque “os couros” chegaram a ter importância econômica apenas inferior ao açúcar. Para que vilas fossem criadas, seria necessário exterminar os índios, física e culturalmente, e constituir políticas de ordenação do espaço, população e fisco. Nesta tentativa de controle social das populações sertanejas, foram criadas as vilas de Icó, em 1738, Aracati, em 1748, Messejana, Soure e Parangaba em 1758, Viçosa, em 1759, Baturité e Crato, em 1764, Sobral, em 1772 e Quixeramobim em 1789.

Além disso, a reforma pombalina, ocorrida poucos anos antes, havia criado as bases de uma Medicina experimental, com reformulação do ensino universitário em Portugal. A Medicina não poderia mais ser exercida por não diplomados. É muito interessante identificar o eco das reformas ilustradas em pleno Sertão do Ceará (VIEIRA JÚNIOR, 2011).

Para Vieira Júnior (2011), esta carta ilustrava múltiplos interesses. O denunciante usava tratamentos médicos, enquanto curas e “superstições” possuíam aceitação popular em distintos grupos sociais, verdadei-

ras concorrentes da Medicina. A Medicina não era a primeira opção da população, que, sem acesso ao conhecimento científico, apelava para os rituais e substâncias indígenas. Mas José dos Santos narra episódio em que se tentou tratar um escravo com “superstições” e, só depois de curado, o mesmo foi levado ao médico e seus remédios.

A concorrência se dava nos planos pessoal e coletivo, pela prática dos rituais e pela construção de lógicas interpretativas. Era necessário civilizar os povos indígenas, em prol da ordem pública. O curioso é que José dos Santos se utilizava do iluminismo pombalino, em nome da ciência, recorrendo à Santa Inquisição, mas traduzindo feitiçaria como loucura e destinando-lhe o hospital, não mais a fogueira.

A construção paulatina da imagem, na estratégia discursiva da acusação, de um grupo chefiado por D. Francisco com predefinidas ações contra os ideais católicos, reforçava a periculosidade do caboclo e instigava uma percepção inquisitorial de combate pela fé e pela expulsão do demônio ou da loucura do Sertão (VIEIRA JÚNIOR, 2011, p. 797).

É também interessante observar-se que práticas e substâncias usadas como formas de tratamento, segundo as tradições portuguesa e indígena, são usadas independentemente do público. Mas a denúncia não teve consequência, pois o território era muito grande, despovoado, pouco produtivo e o Ceará estava atrelado a Pernambuco até 1799, raramente encontrando-se representantes inquisitoriais no sertão cearense.

[o pouco] número evidencia não apenas a precariedade da estrutura eclesiástica e inquisitorial no Sertão cearense, mas também marcava a pouca importância da capitania dentro da estrutura administrativa do Império Português (VIEIRA JÚNIOR, 2011, p. 788).

O universo da loucura era complexo e os curadores eram acusados de feitiçeiros ou de loucos, embora circulando livremente, com grande prestígio social. A não institucionalização da loucura se relaciona com a situação periférica do Ceará. Se a primeira Santa Casa brasileira data de

1543, foi preciso um grande número de casos de malária e de febre amarela para que, enfim, fosse construída a Santa Casa cearense, em 1861 (SANTA, s/d). No entanto, foi pequeno o período entre a construção da Santa Casa e a do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo, seu anexo. “Não existia antes do projeto do asilo de alienados uma visibilidade para os loucos, eles estavam misturados com os doentes ou com os criminosos” (FREITAS, 2012, p. 15). Havia outro lugar social para os loucos: os movimentos messiânicos, que, assim como em outros estados brasileiros, tiveram grande importância no Ceará (SAMPAIO *et al*, 2011).

As características principais do séc. XIX no Ceará foram, no plano econômico, a crescente importância do algodão, que serviria à indústria têxtil europeia. Fortaleza se transformou em um centro coletor e exportador de produtos agrícolas, construíram-se novos edifícios e se implantaram modernos serviços urbanos. O período 1845/77 é considerado o de maior crescimento no séc. XIX, pois a estabilidade econômica favoreceu a economia e a salubridade da cidade, cuja administração, pressionada pelos médicos, adotou medidas higienistas. O engenheiro André Rebouças, membro da comissão científica organizada em 1859, pela Academia de Ciência do Império, para estudar o norte do país, afirmou que Fortaleza era a mais limpa do Brasil, e que, na Europa, apenas Tours, igualar-se-ia nesse quesito (COSTA, 2004).

Por meio de códigos de posturas disciplinava-se o crescimento da cidade e o comportamento dos habitantes e definiam-se normas de construção. Com base nos tratados de higiene pública aterravam-se alagados e pântanos, calçavam-se ruas, construíam-se cemitérios, jardins, lazaretos, escolas e quartéis. As edificações insalubres, hospital, cadeia, cemitério eram localizadas a sotavento do centro da cidade. Essas normas, calcadas no discurso médico, interferiram decisivamente na forma da expansão urbana de Fortaleza (COSTA, 2004, p. 63).

Em 1863, a cidade contava com 16 mil habitantes e, mesmo com a Santa Casa, a assistência médica continuava pouco difundida. A popu-

lação recorria aos manuais de Medicina, sendo que o **Guia de Medicina Popular**, do Dr. Chernovitz, constava como o livro mais comprado em Fortaleza, já em sua oitava edição em 1868 (FREITAS, 2012).

Em 1874, os loucos lotavam a Santa Casa de Misericórdia, o que levou à deflagração de uma campanha que durou doze anos, visando a arrecadação de dinheiro para a construção de um asilo de alienados destinado a atender toda a província do Ceará (FREITAS, 2012).

O intrigante é que não existia nenhum médico alienista neste projeto, nem mesmo na província. Por esse motivo, alguns artigos nos jornais em circulação na capital discutiam se havia de fato a necessidade de um asilo de alienados, alguns até acusavam de não existir nem alienistas e nem loucos e que o único alienado era o próprio governador da província que mandou abrir as portas do local. Para alguns, o Asilo de Mendicidade para atender os pobres teria maior serventia (FREITAS, 2012, p. 16).

De fato, os documentos oficiais mais antigos que tratam da construção de um asilo para alienados datam de 1871 e não se associam a um discurso médico. Para o vice-provedor interino da Santa Casa, Victoriano Augusto Borges, esta construção seria urgente pela necessidade de recolher os loucos, já que ofendiam a moral e os bons costumes e importunavam os transeuntes. Os valores associados a esta necessidade seriam a civilização e a caridade:

Ainda há uma obra que reputo urgente, reclamada pela civilização, e pela sublime virtude – a caridade – he um lugar onde possam ser recolhidos os loucos, que muitas vezes, com offensa dos bons costumes, da moral e atestando a nossa falta de christianismo, vagueiam pelas ruas d’esta cidade (BORGES apud OLIVEIRA, 2011, p. 65).

A construção de um discurso alienista, culminando com a criação do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo, foi projeto de médicos não especializados, de políticos e de líderes da Igreja Católica (FREITAS, 2012).

Enquanto isso,

Em 1875, o engenheiro Adolfo Herbster concluiu a planta topográfica da capital e de seus subúrbios, em formato de xadrez, alinhando ruas e avenidas, tornando a cidade mais aberta à circulação crescente dos fluxos de mercadorias, de pessoas e de técnicas higiênicas (MONTESUMA *et al.*, 2006, p. 10).

Porém, o cenário de planejamento e salubridade mudou radicalmente em 1877. Houve uma grande seca, que levou milhares de retirantes à capital. A cidade não tinha como receber tantas pessoas, o que causou uma total desorganização espacial e de serviços. Os migrantes ocupavam as praças e os arredores da capital, faltando alimento, habitação, controle higiênico e trabalho para tanta gente, o que criou condições para o alastramento de zoonoses e epidemias de febres. Ainda no ano de 1877, o Presidente da Província iniciou ações em larga escala na capital, como a vacinação antivariólica, e um serviço de recepção aos emigrantes, pela construção de abarracamentos nas imediações das cidades (COSTA, 2004).

Em sete de setembro de 1877, houve o ato de colocação da pedra fundamental do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo. Na ocasião, o médico Guilherme Studart “chegou a comparar a tal obra a Bedlan, na Inglaterra, e a Salpêtrière, na França, e esperava que o local inaugurado não fosse um espaço de tortura e sofrimento para os loucos, mas sim um lugar onde eles encontrariam a sua cura” (FREITAS, 2012, p. 48).

Ao mesmo tempo, estavam abarracados 38.931 imigrantes, formando outra cidade nos arredores de Fortaleza, mas cidade que deveria permanecer segregada. O Presidente da Província, Caetano Estellita, também criou oficinas de trabalho, iniciando diversas obras com a mão de obra dos migrantes, de acordo com o pensamento corrente no Brasil de que haveria uma necessidade moral para o trabalho. Também foram conhecidos os primeiros casos de varíola em Fortaleza e o inspetor de Saúde Pública, João da Rocha Moreira, “determinou que os variolosos fossem sequestrados e levados para o Lazareto da Lagoa Funda, distante uma légua da cidade, onde já se encontravam isolados os tripulantes dos

navios” (COSTA, 2004, p. 69). Se, de início, essa medida pareceu ter algum efeito, logo a varíola retomou expansão. As tentativas de vacinar a população fracassavam, uma vez que se imaginava ser a vacina causa da doença e não fator de prevenção.

Em 1878, a situação social se agravou, assim como as enfermidades. No dia 10 de dezembro de 1878, morreram mais de mil pessoas, a ponto de não dar tempo de enterrar todos os corpos, deixando duzentos deles para serem comidos por cachorros e urubus (COSTA, 2004). O combate à varíola ou aos variolosos se tornou mais rígido, a ponto de se oferecer gratificação a quem levasse um enfermo para o lazareto. Eles foram proibidos de transitar pela cidade. Ampliou-se o lazareto de Lagoa Funda e foram instalados mais dois, o da Boa Vista e o de São Sebastião, cada um com capacidade para seis mil enfermos. Tantas medidas fizeram com que o quadro sanitário melhorasse, embora a situação climática, econômica e social tenha deixado, em agosto de 1878, 113.900 indigentes abarracados nos subúrbios (COSTA, 2004).

Fortaleza ultrapassava a 1ª metade do séc.XIX abarrotada de mendigos, ex-escravos, crianças órfãs, idosos e retirantes da seca, todos perambulando por suas ruas.

Nos Relatórios de Província só falavam da emergência de ordenação dessas multidões, de soluções para ajudar os pobres, dando trabalho e dignidade a eles; e também sobre construir asilos para a mendicância. As palavras eram sempre em torno do controle das multidões e dos indigentes (FREITAS, 2012, p. 15).

No intervalo de um par de décadas foram criadas importantes instituições de Saúde, de controle e de segregação: a Santa Casa de Misericórdia, o Asilo de Alienados e os Lazaretos. As crianças órfãs também receberam instituição própria: a Colônia Christina, para filhos livres de escravas, a cargo do Estado, também para crianças cujos pais tinham condições de pagar. Mas, o número de crianças órfãs era tamanho que foi atendida pela mesa administrativa da Santa Casa, em 1880, solicitação para que os órfãos abarracados em Jacarecanga fossem recolhidos

provisoriamente no Asilo de Alienados. Para Oliveira (2011), esta concessão demonstrou que a infância representava matéria mais urgente de cuidados do que a alienação. Este fato, somado a outros, reforça a vocação do Asilo de Alienados para a caridade, e não para a assistência médica. No mesmo ano, Antônio Pinto Nogueira Acioly tomou posse no cargo de vice-provedor da Santa Casa e nesta gestão foi registrada a 1ª internação de um doente com distúrbios mentais.

Tratava-se do cabo do 15º Batalhão da Infantaria, Manoel Lopes da S<sup>a</sup>. Mesmo admitindo a mesa administrativa que o cabo sofria de alienação mental, ele não permaneceu internado nas enfermarias do hospital em virtude do estabelecimento não possuir *os commodos necessários para conter alienados*. Assim, a mesa administrativa deu alta ao paciente e não retornou mais ao assunto (OLIVEIRA, 2011, p. 123).

Enquanto o ensino oficial de Psiquiatria tinha início no Brasil, em Fortaleza iniciava-se o esboço de um discurso sobre o louco. Freitas (2010) destacou as **Cartas Sobre a Loucura**, uma coletânea de dez textos escritos em 1882, pelo médico Francisco Montezuma, e publicados no jornal Gazeta do Norte, que buscavam identificar as relações entre loucura e sociedade e discorrer sobre terapêuticas. Montezuma, que exercera três mandatos de deputado Estadual, também se utilizava das teorias francesas de Pinel e Esquirol. De acordo com fontes encontradas por Freitas (2012), na Assembleia Legislativa, Montezuma defendeu a construção do Asilo de Alienados e confirmava os verbetes sobre alienação mental do Guia Chernoviz, também fundamentados em Pinel e Esquirol.

## 2.2 O PERÍODO 1887-1962

É difícil a reconstrução historiográfica do Asilo de Alienados, uma vez que seus prontuários, atas e outros documentos essenciais foram completamente destruídos (FREITAS, 2012). Mas, Oliveira e Miranda (2009), a partir dos jornais da época, apontam questões importantes

para a reflexão: em primeiro lugar, o atraso temporal em relação às fontes europeias; e em segundo lugar, o contexto da explosão social de indigência - loucura, criminalidade, prostituição, orfandade. Assim, surgiram a Colônia Christina, o Asilo de Mendicidade e o Asilo de Alienados, este último situado em lugar geográfico estratégico, entre o litoral e o sertão, no início da ferrovia Fortaleza/Baturité e de natureza ambígua, confundindo miséria, loucura, criminalidade e violência autoritária.

A primeira população a ocupá-lo veio da cadeia pública de Fortaleza. No dia seguinte à sua inauguração, foi deliberado que todos os alienados indigentes que lá se encontravam deveriam ser transferidos para o Asilo. É digno de nota que a cadeia pública de Fortaleza tinha um histórico de descaso e superlotação. “Em 1881, ela foi descrita pelo próprio relatório da Presidência da Província como *um depósito imundo*, peor para os alienados” (OLIVEIRA, 2011, p. 126). Em 1885, houve dois suicídios: o de Pedro Vieira de Araújo, que se jogou no poço da cadeia, e o de Joana Maria de Queiroz, que foi encontrada morta com uma corda no pescoço, no armador da própria rede. Consta que ambos sofriam de “desarranjo cerebral”.

O público do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo, assim como o de outros manicômios brasileiros, foi formado tanto por pessoas desprovidas de recursos, como por aqueles que podiam pagar pela internação, os pensionistas. Dentre os loucos criminosos, nem todos eram aceitos, pois se julgava que o Asilo não tinha condições de segurança para os muito perigosos. Militares também foram internados, geralmente a pedido de seus próprios comandantes, alguns como pensionistas. Entretanto, os pensionistas eram um baixo número. Desde que se iniciou a registrar o sexo dos pacientes, o número de mulheres sempre se mostrava superior ao de homens.

No mesmo mês de novembro de 1887, um fato curioso, mas pouco aprofundado pelas atas de sessões da mesa administrativa da Santa Casa ocorreu nas dependências do São Vicente de Paula: uma criança do sexo feminino deu entrada no asilo, tendo, posteriormente, recebido alta por encontrar-se *curada* (OLIVEIRA, 2011, p. 136).

Desde o início de seu funcionamento, até 1920, o Asilo foi marcado pela superlotação. Uma especificidade do Ceará é que, embora os juízes e chefes de polícia solicitassem os internamentos, eles não interferiam diretamente no recebimento dos loucos. “Foi o Vice-provedor e, em alguns momentos o Presidente da Província, quem decidia sobre o ingresso ou não dos doentes nas dependências do Asilo São Vicente de Paula” (OLIVEIRA, 2011, p. 142). Ao longo das primeiras décadas de seu funcionamento, houve diferentes atitudes em relação ao ingresso de novos pacientes: acolhendo-os por motivos humanitários ou negando-os devido à superlotação.

Outra especificidade foi a formação da equipe que nele ia trabalhar. Meses antes de sua inauguração, não havia sido contratado médico alienista; além disso, o primeiro médico que exerceu a função de diretor da instituição era um clínico geral, sem qualquer formação em Psiquiatria. Oliveira e Miranda (2009) supõem, a partir destes indícios, que as disputas de poder que vigoravam no restante do mundo, com a efervescência em torno do Alienismo, não se deram da mesma maneira neste estado. Outro fato que leva a esta conclusão é que, ao contrário do que aconteceu no Hospício Dom Pedro II, o primeiro hospício brasileiro, construído no Rio de Janeiro, médicos e religiosos conviveram muito bem por aqui.

O Asilo possuía uma ligação fundamentalmente dependente da ação exercida pela Religião Católica no Ceará, não somente porque sua administração esteve ligada à Santa Casa de Misericórdia como porque fez parte de um conjunto de práticas assistencialistas e caritativas condizentes com as realizadas pelas Congregações ou Conferências Vicentinas, que surgiram na Província (OLIVEIRA; MIRANDA, 2009, p. 89).

Esse cenário poderia ter favorecido algum distanciamento em relação ao discurso científico e sua radicalidade, presentificada em outras instituições brasileiras do mesmo período. A presença da religião católica se dava tanto na estrutura física do Asilo, que contava com uma capela desde seu início, quanto ao pessoal, composto também por capelão e freiras (OLIVEIRA, 2011).

Montesuma *et al.* (2006) defendem, portanto, que a construção do São Vicente de Paulo serviu para atender a uma demanda econômica, oferecendo frente de trabalho aos flagelados da seca; uma demanda médico-social, para destinar um local urbano para os loucos, retirando-os de suas famílias e da associação com crimes; e uma demanda política, rapidamente frustrada, para resolver o problema de superlotação das Santas Casas. Vê-se que não há aí a criação de nova lógica ou episteme em relação à loucura.

Se não há alienistas ou terapêutica própria para a loucura, há algum tratamento médico, pois existem médicos generalistas desde a inauguração e registros, já nos primeiros meses de seu funcionamento, de pedidos de drogas pelo farmacêutico, que vieram diretamente da Europa. Entretanto, ainda não se sabe quais remédios eram esses. Em um ano de funcionamento do Asilo, o vice-provedor da Santa Casa, Silva Albano, afirmou que devolveu à sociedade vinte e seis loucos curados, mostrando grande otimismo (OLIVEIRA, 2011).

O fim da Monarquia no Ceará coincidia com nova seca.

Objetivando evitar a repetição das cenas vivenciadas durante a seca de 1877/79, ele [Henrique D'Ávila, presidente da província do Ceará] anunciou esforços para conter o êxodo da população do interior para fora da Província, que gerava além de desordem, mais despesas para o *Tesouro*. Neste sentido, descreveu, em seu relatório, várias medidas por ele realizadas no combate aos problemas decorrentes da seca, tais como: organização de serviços de socorro público a partir da criação de comissários em todas as comarcas, estabelecimento de armazéns de gêneros alimentícios e transportes para garantir que as remessas de alimentos chegassem às localidades atingidas pelo flagelo (OLIVEIRA, 2011, p. 144).

Mesmo com esses cuidados, as secas no Ceará ligavam-se diretamente ao fluxo dos migrantes para a capital, em condições miseráveis, favorecendo a superlotação de todas as instituições de assistência. Além disso, com a República, reduziam-se os vínculos entre Estado e Igreja, tão fortes no Ceará.

Uma das transformações sofridas foi o decreto de abril de 1891, assinado pelo presidente do Estado anterior, Liberato Barroso, ao elaborar um novo Estatuto para a Santa Casa. Na gestão de Clarindo de Queiroz, o novo Regulamento foi assinado. Entre as alterações regimentais mais expressivas constou que o Provedor deveria ser membro da Irmandade a partir do sistema de eleição escolhido pelos mordomos e que a estrutura administrativa da Santa Casa *passava a ter uma sistemática semelhante à de uma autarquia*. Desta forma, o Estado deixou de desempenhar determinados *privilégios* e prover financeiramente à Santa Casa, dando-lhe apenas uma subvenção anual (OLIVEIRA, 2011, p. 147).

As crises financeiras da Santa Casa se agravaram. No período de 1886 a 1920, o médico do asilo atestou como curados um número significativo de pessoas, também como forma de minorar o problema de lotação. Por outro lado, houve a denúncia de uma mulher, pensionista, que não teria problema mental algum, vítima de ambição pecuniária da família. Esboçava-se a lógica perversa em que critérios sanitários são descartados em nome dos financeiros.

Em junho de 1890, o governador do Estado do Ceará chegou a questionar se, entre os loucos do asilo, não haveria aqueles que poderiam viver inofensivos na sociedade, dando lugar aos loucos furiosos (OLIVEIRA, 2011). Mais uma vez, o critério para ingresso ou saída da instituição não era sanitário, mas francamente político.

É digno de nota que José Francisco da Silva Albano, o Barão de Aratã, realizou, na sua gestão de 1881 a 1889, algumas reformas no Asilo. Antes mesmo da experiência internacional de Hermann Simon, considerado fundador da Terapia Ocupacional por ter utilizado os próprios pacientes psiquiátricos para a construção de um hospital, com benefício para o quadro deles, Silva Albano também utilizou, em suas reformas, os trabalhadores e os próprios internados. As diferenças em relação à experiência de Simon é que os loucos receberam remuneração pelo trabalho (OLIVEIRA, 2011) e o Barão de Aratã não estudou os efeitos do trabalho sobre a alienação mental.

A primeira denúncia de violência dentro do Asilo dos Alienados ocorreu em 1890. O chefe de polícia, o governador do Estado e o subdelegado de polícia de Parangaba solicitaram uma audiência com o Vice-provedor da Santa Casa, para discutir a questão dos ferimentos sofridos por um alienado. A denúncia gerou a demissão do diretor do Asilo, Theophilo Rabello, sem que este pudesse se defender. De 1886 a 1920, todos os diretores do Asilo sofreram denúncias diversas, com exceção de Antônio Pinto Nogueira Brandão, que foi diretor entre 1895 e 1912. As violências sofridas passaram de individuais para coletivas e, frequentemente, relacionavam-se às péssimas condições de vida e de alimentação dos internos. A Santa Casa tinha por hábito investigar as denúncias e punir os responsáveis.

Durante a gestão do diretor Zacharias Thomaz da Costa Gondim, de 1891 a 1895, foi ensaiada uma reforma do Asilo, com elaboração de um novo regimento. O objetivo era adequar o tratamento à Psiquiatria contemporânea. Na prática, pouco foi modificado, mas o discurso mudou de modo significativo: o alienado deixa de ser um pobre infeliz, digno de caridade, mas um doente, destinatário de tratamento especializado. Além de continuar sem médico alienista no local, o Asilo não possuía recursos para comprar os aparelhos necessários ao tratamento e continuava com péssima estrutura.

As únicas mudanças registradas pela mesa administrativa referiram-se às visitas ao asilo de alienados nas quais o diretor Zacharias Thomaz da Costa Gondim determinou que as mesmas estabelecidas no domingo não deveriam estar abertas a todos. O objetivo foi evitar costumeiras visitas de pessoas cuja finalidade era apenas de divertirem-se com o espetáculo da loucura (OLIVEIRA, 2011, p. 183).

No ano da 1ª década do Asilo, foi publicado o que Montesuma *et al.* (2006) consideram a primeira reflexão teórica sobre Saúde Pública no Ceará, o artigo **Importância da Vida Humana como Fator de Riqueza: Desenvolvimento da População de Fortaleza; sua Natividade e Mortalidade; Taxa excessiva desta**, de Thomaz Pompeu de Souza

Brasil. Mas, a criação do manicômio no Ceará não nasceu de uma reflexão teórica, e sim, de uma questão social prática, daí se pode deduzir o fato dos médicos que trabalhavam no São Vicente de Paulo de 1886 a 1920 não se terem dedicado à investigação semelhante sobre a loucura, confirmando a constituição do espaço “em abrigo para loucos [do que] propriamente um estabelecimento de finalidade médica” (OLIVEIRA, 2011, p. 166). A exceção foi José Odorico de Moraes, médico e diretor do Asilo em 1912, que publicou a tese **Estudo Médico Legal da Simulação da Loucura nos Delinquentes**.

O início do século foi marcado por novo surto de varíola, com a seca de 1900. O farmacêutico Rodolpho Teóphilo montou um vacinogênio particular, com vacinas de qualidade, e organizou a Liga de Vacinação do Ceará (COSTA, 2004). Entretanto, o próprio presidente da província, ex-vice-provedor da Santa Casa, Antônio Pinto Nogueira Acioly, fez campanha contra a vacina de Rodolpho Teóphilo, afirmando que a vacina mataria, ao invés de prevenir, o que levou a que inúmeras pessoas recusassem a vacina (TRAVASSOS, 2011).

Em 1911, Nogueira Accioly defendeu na Assembleia Legislativa que o Asilo São Vicente de Paulo deveria modernizar-se, incluindo no rol de seus tratamentos a hidroterapia e o trabalho ao ar livre, com projetos diferentes para alienados crônicos e agudos. Também defendia que o Asilo, ao constituir-se como instituto de auxílio aos pobres, devia ser amplamente assumido pelo poder público. Durante a gestão de Antônio Pinto Nogueira Brandão, 1895/12, foi publicado o Decreto Federal n. 1.132 (BRASIL, 1903), a chamada Lei dos Alienados, que centralizaria na figura do psiquiatra a autoridade sobre os asilos. Apesar da posição do Presidente da Província e da legislação nacional, não houve mudança notável nas condutas e na organização asilar. A aparelhagem completa de ducha hidroterápica ficou inativa (OLIVEIRA, 2011).

Mais uma vez a varíola voltou a atacar no Ceará e há um incremento na criação de instituições de Saúde Pública no Ceará: o Centro Médico Cearense, em 1893; a revista **Norte Médico**, depois denominada **Ceará Médico**, da Faculdade de Medicina Tropical, Farmácia e

de Odontologia, em 1914; a Maternidade João Moreira, hoje Hospital Geral César Cals; o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, o Instituto Pasteur do Ceará; e o Serviço de Profilaxia Rural do Ceará, em 1920, com o objetivo de combater a ancilostomíase, a malária e a doença de chagas; a construção da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e construção de um leprosário no Arraial Moura Brasil, em 1927 (MONTE-SUMA *et al.*, 2006; FREITAS, 2012).

O séc. XX começou com um “surto de progresso, com recorde de exportação e por um processo de modernização nos setores energia e indústria e nos prolongamentos dos meios de transportes” (OLIVEIRA, 2011, p. 200). Os grandes comerciantes propiciaram recursos para reforma e ampliação da Santa Casa e o Centro Médico Cearense passou a fazer reuniões na instituição, o que demonstra a continuidade da importância da Santa Casa na nova conjuntura.

Essa onda de prosperidade foi afetada por outra grande seca, em 1915, que trouxe problemas muito parecidos com os de 1877. Novos retirantes se dirigiram à capital e, inicialmente, circulavam nas ruas e praças, em busca de auxílio e frentes de trabalho. Para muitos proprietários de terra, políticos, membros ilustres da sociedade, jornalistas e médicos, a seca era um fenômeno natural – e era necessário conter esta multidão faminta, que poderia trazer doenças e caos para Fortaleza.

O medo de saques, violência gerada pela loucura da fome e a propagação de doenças, eram fatores que pressionavam o poder público a buscar nos campos de concentração uma alternativa para conter a leva de famintos que dia após dia, mais se aproximava da cidade (TRAVASSOS, 2011, p. 718).

Se a sociedade respondeu à seca de 1877 com os abarracamentos no interior, em 1915, foi criado o primeiro campo de concentração para vítimas dos chamados desastres naturais, nos arredores de uma cidade sede de poder político. Se o Higienismo do século XIX teria justificado tal conduta, o Eugénismo do século XX não o poderia fazer, mas, em seu nome, jus-

tificou-se a criação do campo de concentração do Alagadiço, nos arredores da capital cearense, a oeste da cidade, longe dos bairros ricos.

O governo provincial e a Inspetoria de Obras Contra as Secas foram os responsáveis pela criação e administração do campo de concentração, para onde os retirantes eram levados diretamente, após a chegada dos trens. Eles encontravam um local cercado por arame farpado, com poucas árvores, onde deviam construir seus barracos com o material que dispusessem ou encontrassem. Ficavam expostos ao sol, água de beber depositada em buracos na terra, matérias fecais ao ar livre, formando quadro propício a inúmeras doenças, em contradição com o discurso higienista/eugenista. Se a elite econômica ficava protegida pelo discurso e suas práticas, os retirantes eram abandonados, dependendo da caridade de senhoras da Igreja Católica que levavam alimentos e roupas. Este campo chegou a reunir oito mil esfarrapados, que eram vigiados por soldados “de modo a manter a ordem e a moral” (TRAVASSOS, 2011, p. 721). Foram destinadas grandes somas de dinheiro, mas, para Travassos (2011), pouco alcançaram os desvalidos, vistas as péssimas condições de alimentação, limpeza e habitação em que viviam. O campo de concentração do Alagadiço foi fechado no mesmo ano de 1915.

No Ceará, as elites temiam que a fome pudesse levar à loucura e, logo, à violência (TRAVASSOS, 2011). Mas, esta associação já havia sido feita antes, como na obra ao mesmo tempo testemunhal e ficcional, **A Violação**. Nesta novela, contextualizada em 1862, por ocasião de uma epidemia de cólera, Rodolpho Teóphilo indicou como as privações humanas decorrentes da fome poderiam causar insanidade, utilizando termos como alienação, psicose, transe, melancolia, desalento, olhar doentio, obcecado (OLIVEIRA, 2011). A conduta do governo provincial, em ambas as situações, não foi de prevenir a loucura por meio de ações sociais, mas de segregar os possíveis futuros loucos perigosos. Mesmo assim, a população de Fortaleza cresceu de 65.816 habitantes, em 1910, para 78.536, em 1920, o que pode ser um indício de que retirantes da seca conseguiram se estabelecer na capital, sobrevivendo às más condições. Algumas conexões foram estabelecidas entre situação

social, pobreza e loucura, mas, a única instituição destinada ao cuidado da alienação permanecia indiferente a essas questões, intervindo apenas sobre os indivíduos, isoladamente, e não sobre o seu contexto.

Além do aumento extraordinário de demanda, a Santa Casa foi afetada pela decisão do Presidente Benjamin Liberato Barroso de publicar a Lei n. 1.286, retirando da instituição o apoio estatal, devido às dificuldades financeiras públicas. Em reunião ocorrida entre o corpo médico da Santa Casa e o médico Odorico de Moraes, do Asilo de Alienados, este chegou a afirmar que havia pessoas que fingiam loucura para ficarem na instituição, enquanto outras, que precisavam de atendimento, não o conseguiam, pelo déficit de vagas. Por outro lado, também havia denúncias constantes de maus tratos contra os internos. É possível que mesmo entre maus tratos, com abrigo e alguma comida, por um lado, e a certeza da extrema miséria, por outro, muitos preferissem os maus tratos. O déficit financeiro da Santa Casa piorou evidentemente a situação dos internados: a roupa do corpo era a única posse, o sono era no chão imundo, os medicamentos eram apenas metade dos prescritos.

O mordomo Antônio Theodorico argumentou que alguns loucos poderiam melhorar sua saúde apenas com o uso de tônicos e reconstituíntes, mas por não tomá-los, eles tornavam-se cada vez mais incuráveis, inclusive apresentando quadro de anemia profunda que lhe assedia o organismo já pauperado pela falta de nutrição (OLIVEIRA, 2011, p. 202).

Em 1915, os “furiosos” do Asilo ficavam presos em jaulas e seguia a ausência dos tratamentos psiquiátricos próprios da época, como os banhos mornos. Pacientes vindos oriundos de cadeias públicas eram devolvidos a estas, devido à ausência de vigilância no Asilo ou na Santa Casa. Em 1917, o diretor clínico da Santa Casa, João Marinho de Andrade, chegou a escrever em ofício: “parece-me que os presos doentes estarão melhores na enfermaria da cadeia, onde são tratados pelo médico Anselmo Nogueira, que no Asilo” (OLIVEIRA, 2011, p. 221).

Os relatos sobre péssima alimentação, ausência de tratamentos específicos, superlotação e dificuldades econômicas chegaram à década seguinte, com diversas tentativas junto à Prefeitura, ao Estado e à República de angariar recursos. Em 1919, durante nova estigagem, há registro de um episódio paradoxal: o médico Odorico Moraes, clínico e diretor do Asilo, conhecedor das profundas dificuldades institucionais, como Deputado, votou contra um aumento das subvenções estatais em benefício das instituições ligadas à Santa Casa. Tal fato deveu-se a pressões governamentais contrárias a aumento de compromissos orçamentários (OLIVEIRA, 2011).

Na década de 1920, pessoas físicas e jurídicas fizeram doações que possibilitaram a reforma do Asilo de Alienados, visando uma humanização dos espaços e práticas, em decorrência de mudanças sociais referentes às visões sobre a doença mental. Foi planejada a substituição das jaulas dos indigentes por pavilhões, divididos em compartimentos, com melhor higiene. “O salão das pensionistas, destinado ao uso de aparelhos para banho de chuveiro e choque elétrico sofreu grandes reformas” (OLIVEIRA, 2011, p. 216).

A cidade de Fortaleza que chega à década de 1930, com seus mais de 100 mil habitantes em ruas estreitas e subúrbios precários, já se despede quase que por completo dos seus ares de *Belle Époque*. A cidade provinciana da segunda metade do século XIX e início do XX, com sua tênue vivência afrancesada de cafés e lâmpadas a gás, some aos poucos para dar lugar à Fortaleza-metrópole dos automóveis, dos passos rápidos dos consumidores, da iluminação elétrica, da velocidade, das lojas, dos importados, etc. Uma outra relação espaço-temporal vai se instituindo no cotidiano citadino. No entanto, com essa cidade dita “moderna e progressista” se mistura e se tenciona a cidade “atrasada”, repleta de misérias sociais (GONÇALVES, 2011, p. 11).

Aos desafios do crescimento urbano acelerado, somam-se as contingências das secas recorrentes e a lógica autoritária do poder público, daí o retorno a práticas como a dos campos de concentração, novamente instalados em 1932, “no esforço de evitar a disseminação pela cidade

de indivíduos ‘desocupados’, de ‘maus costumes’ e ‘vagabundos’ que vinham junto aos flagelados da seca, que precisam ser isolados para não fragilizar a ‘nova ordem do trabalho’ no país” (GONÇALVES, 2011, p. 33). A população pobre e miserável que consegue chegar à Fortaleza é isolada e surgem cada vez mais aglomerações precárias no entorno do centro, sinônimos de pobreza e violência. É um período em que uma série de saberes se somam em busca de uma polícia preventiva e científica, para a manutenção da ordem social. A Psiquiatria e a Criminologia passam a ter significativa importância nos discursos da época. Gonçalves apresenta, em 1931, na **Revista Policial**, trechos do artigo de Francisco Carvalho Pereira, Promotor Público de Crato:

Na Itália e na Alemanha, particularmente, para não falar de outros países, os governos já mantêm serviços e biotipologia, destinados à proteção dos indivíduos doentes e principalmente dos criminosos.(...) a biotipologia tem um vasto campo de aplicação, e poderá, em futuro não muito remoto, cumular a sociedade de grandes benefícios. (...) A ciência experimental tem comprovado que certas distrofias criam a tendência para o crime, ao mesmo tempo são causas dos desvios psíquicos. (...) O eminente professor (Rocha Vaz) da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, es-  
posando tal conceito, não tem a menor dúvida em afirmar que, em muitos casos, a criminalidade é uma consequência de distúrbios glandulares. (...) A biotipologia, aplicada ao campo da criminalidade, merece ser discutida pelos partidários da Nova Escola Penal, por isso que, a serem verdadeiros os seus ensinamentos, ela não será uma mera hipótese, das muitas criadas e discutidas por psiquiatras de renome...” (PEREIRA apud GONÇALVES, 2011, p. 78).

Neste mesmo ano, foi criado o Serviço Sanitário do Estado, dirigido por Antônio Justa, e, em 1933, foi criada a Diretoria de Saúde Pública, dirigida pelo médico sanitarista Amílcar Barca Pelon, responsável pelo primeiro projeto de planejamento de saúde pública do Ceará, a Reforma Pelon, que

(...) dividiu o estado em cinco regiões ou distritos de saúde, estabeleceu comandos regionais sob firme direção central, em Fortaleza ficaram as sedes da Diretoria e do 1o Distrito, nas cidades de Sobral, Quixadá, Aracati e Juazeiro foram sediados os outros distritos, em cada distrito seria instalado um Posto de Higiene e um posto itinerante assumiria as tarefas antes da instalação do posto fixo, em Fortaleza sediar-se-ia um Centro Estadual de Saúde (MONTESUMA *et al.*, 2006, p. 13).

Foram instalados Dispensários, instituições beneficentes substituídos depois por Centros de Saúde, ambulatórios públicos de base territorial, e o Hospital de Isolamento do Ceará, que funcionou até 1943. Entretanto, a Reforma apresentava problemas, como “superposição de cobertura, não padronização das atividades educativas, pulverização de atividades, encarecimento global das ações com baixa resolutividade final e concentração das verbas na capital, embora menos populosa que o restante do estado” (MONTESUMA *et al.*, 2006, p. 13). O momento político propiciou privatizações: o Sanatório de Messejana, em 1933, a Casa de Saúde São Raimundo, em 1939, e a Casa de Saúde São Pedro, em 1939.

Em 1935, foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico privado de Fortaleza e do Norte-Nordeste, a Casa de Saúde São Gerardo, pelos neuropsiquiatras Jurandir Marães Picanço e Antônio Vandick de Andrade Ponte. A Casa oferecia instalações modernas, confortáveis, e diversificação de projetos terapêuticos: para doenças nervosas, doenças desnutricionais e toxicomanias, por meio de curas de repouso e regimes alimentares, calcados na Psiquiatria científica da época, amparada em laborterapia, balneoterapia, duchas e técnicas clínicas da Escola Clínica de Munique, Alemanha, e da Escola de Neuropsiquiatria do Rio de Janeiro (SALES, 2010). Sem descurar da ideologia religiosa, pois a Casa era dirigida pelas Irmãs de Caridade e, em 1940, inaugurou uma capela (AZEVEDO, 2001). Este hospital funcionou até 2007, mas, praticamente, não existem registros historiográficos sobre as práticas e o cotidiano da instituição em todas estas décadas de existência.

Venâncio (2011) caracterizou este momento da assistência no Ceará não como assistência especializada, mas como “alguma orientação especial” (p. 45), ainda que muito deficiente. A seca de 1942 faz retornar o espectro dos campos de concentração, agregados a iniciativas estratégicas, como a da criação do Serviço Especial de Mobilização de Trabalhadores para a Amazônia, estimulando a emigração para a coleta do látex que servia à indústria bélica, no contexto da II Guerra Mundial (GONÇALVES, 2011). No mesmo ano, ocorreu a I Reunião dos Sanitaristas do Ceará, cautelosa, conservadora, mas que possibilitou acordo muito importante de princípios operacionais e de procedimentos técnicos na área (MONTESUMA *et al.*, 2006).

O contexto da II Guerra Mundial também impulsionou a criação do primeiro curso de Enfermagem no Ceará, que nasceu dos cursos de Emergência de Voluntários Socorristas e de Defesa Passiva Anti-Aérea, ministrados no Patronato Nossa Senhora Auxiliadora. Estes cursos eram destinados às esposas de oficiais do Exército.

A coordenadora dos cursos (...) a Irmã Margarida Maria Breves (Irmã Breves) foi quem lançou a ideia da criação de uma Escola de Enfermagem no modelo Ana Nery, proposta essa considerada muito ousada para a época e local, tendo em conta a carência de recursos em nosso meio e a existência de somente duas escolas que formavam enfermeiras no Brasil (NÓBREGA-THERRIEN; ALMEIDA; SILVA, 2008, p. 127).

Vencendo resistências, foi criada a Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, a primeira escola de Enfermagem do Nordeste, inicialmente dirigida por Jurandir Picanço, médico, e pela irmã Margarida Maria Cola, diplomada pela Escola Anna Nery, do Rio de Janeiro. Além do Diretor, seu corpo docente original foi formado pelos médicos César Cals de Oliveira, Pontes Neto, Vandick Ponte e Francisco Araújo (NÓBREGA-THERRIEN; ALMEIDA; SILVA, 2008).

O currículo inicial focava a Enfermagem de Guerra, para emergências, e Pediatria e Puericultura sob o enfoque biológico. Somente em

1949, por meio da Lei Federal n. 774/49, a Enfermagem Psiquiátrica tornou-se disciplina obrigatória na graduação de Enfermagem (BRAGA; SILVA, 2000). Nos primeiros anos, o impacto da Escola foi mínimo, pois a primeira turma formou apenas cinco enfermeiras. Com o tempo, as turmas cresceram, foram atraídas candidatas de outros estados nordestinos e o corpo docente extrapolou a base médica masculina (NÓBREGA-THERRIEN; ALMEIDA; SILVA, 2008).

A Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo manteve a tradição cearense de união entre o saber médico e a orientação religiosa, expressa no dístico do quadro de formatura da 1ª turma - “Caridade e Ciência” -, e antecedeu em cinco anos a criação do primeiro curso de Medicina no estado, sendo a única instituição formadora de enfermeiros no Ceará até a década de 1970 (BRAGA, SILVA, 2000; NÓBREGA-THERRIEN, ALMEIDA, SILVA, 2008). A Medicina cearense também se desenvolveu atrelada à religião católica hegemônica, portanto, à sua visão de normalidade/anormalidade, saúde/doença, bem/mal, certo/errado, como demonstra a realização do Congresso de Médicos Católicos, ocorrido em 1946, do qual participou Jurandir Picanço e foi presidido pelo cardeal D. Jaime de Barros Câmara (REVISTA, 1963). Em 1956, a Escola de Enfermagem foi agregada à Universidade Federal do Ceará e, em 1975, finalmente, à Universidade Estadual do Ceará, recém-criada (FREITAS; GUEDES; SILVA, 2003).

Em 1946, o jornal **Unitário** noticiou iniciativa da União Estadual dos Estudantes de andamento, “há tempos”, de um movimento no sentido de criar uma Faculdade de Medicina no Ceará:

A campanha teve repercussão mais ampla, irradiando-se no seio dos Deputados que compõem a bancada cearense no Congresso Nacional, aos quais a classe estudantil de nossa capital dirigiu-se, pedindo-lhes a cooperação indispensável ao movimento. A UEE pediu também que o Presidente da República se interessasse pelo caso, enviando-lhe, nesse sentido, um longo telegrama, mostrando ao supremo magistrado a conveniência de ser instalada aqui aquela escola superior (UNITÁRIO, 1946, p. 5).

O Governador do Ceará, Faustino de Albuquerque, desapropriou terreno para a instalação da Faculdade de Medicina e, simultaneamente, outro terreno para a instalação de um Hospital Psiquiátrico público, o 1º desta natureza no estado, instituição que vinha sendo desenhada desde 1946 e que, após a muitas vezes adiada inauguração, foi denominada de Hospital de Saúde Mental de Messejana, em 1963 (SAMPAIO, 1988).

Com a inauguração da Faculdade de Medicina do Ceará, em 1947, Jurandir Picanço foi escolhido seu primeiro Diretor. A sede da Faculdade foi instalada em 1948, numa solenidade que contou com as presenças do Governador Faustino de Albuquerque, do Deputado Paulo Sarasate, dos médicos Jurandir Picanço, Vandick Ponte e Newton Gonçalves e do Padre Hortêncio de Aguiar. A benção foi dada pelo Arcebispo Metropolitano Dom Antônio de Almeida Lustosa (AZEVEDO, 2001).

Embora Vandick Ponte e Juradir Picanço, neuropsiquiatras de formação, tivessem forte atuação na sociedade, na clínica e no ensino, criando hospitais, faculdades e associações, participando de congressos e escrevendo livros, o Ceará continuava mantendo posição muito periférica em relação aos estudos e práticas em Psiquiatria. O jornal **O Nordeste** divulgou, por duas vezes, em 1957, cursos de aperfeiçoamento médico em Higiene Mental e em Psiquiatria Clínica (O NORDESTE, 1957a; 1957b), mas a ocorrerem no Rio de Janeiro, não em Fortaleza. Também não parece que tenha havido influência da ação destes médicos, vocacionados para a iniciativa privada, sobre o funcionamento do Asilo de Alienados, a assistência pública existente.

Em doze de novembro de 1948, foi fundada a Casa de Saúde Antônio de Pádua, destinada a indigentes. Esta casa também veio a prestar serviços de assistência psiquiátrica, vindo a ser, posteriormente, credenciada à Previdência Social (SULIANO FILHO, 1979).

Em 1950, foi implantada a Escola de Serviço Social, vinculada ao Instituto Social de Fortaleza, que teve destino semelhante ao curso de Enfermagem: em 1956 foi agregada à Universidade Federal do Ceará e, em 1975, à Universidade Estadual do Ceará (COSTA; BEZERRA; PIO, 2010).

A partir de 1957, Joacillo Ponte iniciou a divulgação da Psicanálise no estado do Ceará, por meio de uma série de artigos publicados no jornal **Correio do Ceará**, de nome **A Psicanálise ao alcance de todos**. Em 1958, foi publicada no mesmo periódico, nova série de artigos introdutórios sobre a Psicanálise. Para Oliveira (1982), àquela época o conhecimento da doutrina freudiana era restrito a uma elite intelectual. Os artigos foram elogiados, mas,

(...) por outro lado foram atacados por pessoas que supunham [a Psicanálise] perigosa e até mesmo contra a moral. Foi necessária a intervenção por parte de alguns sacerdotes para que fosse esclarecido, de público, não haver incompatibilidade entre o que estava escrito e o catolicismo (p. 05).

Em 1960, a psiquiatra Iraci Alves Ribeiro fez curso de Psicoterapia Analítica para crianças na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - e, ao retornar, introduziu elementos psicanalíticos no tratamento de crianças, em Fortaleza (OLIVEIRA, 1982).

Durante a gestão do governador Stênio Gomes, foi retomada a construção do Hospital de Saúde Mental de Messejana e planejada a construção do Manicômio Judiciário e do Hospital Psiquiátrico Infantil (SAMPAIO, 1988). A situação sobre o Asilo de Alienados, entretanto, permanecia precária. Devido à forte presença deste Asilo, cabe a reprodução de trechos do texto **Pesadelo Inesquecível**, de Geraldo Duarte:

Época do Asilo de Alienados São Vicente de Paula, conhecido como Asilo de Parangaba, sofrimento de mentes e corações. O tenebroso hospício, construção secular com paredes de quase meio metro de largura, deprimia a quem ali entrasse. Gritos lancinantes, risadas histéricas, choros copiosos e palavrórios agitados extremavam o horror. Uma ala de celas gradeadas, pisos imundos de tijolo de barro, em penumbra e com extenso corredor, completava o máximo da degradação (...) Naqueles vãos, verdadeiros farrapos humanos, alguns com pulsos e tornozelos atados por cintas de couro, inertes ou agitados, deitavam-se no piso, depois de tratamento com choques elétricos (...) Era o es-

paço dos classificados como loucos bravos. Na lateral dessa área, isolado, via-se um pátio de verdes mangueiras, ca-  
jueiros e palmeiras imperiais. Local sombreado, ventilado,  
com calçadas e bancos de cimento. Seria ambiente agra-  
dabilíssimo, não fosse o sofrimento das pessoas ali confi-  
nadas. Um vagando, atabalhoadamente, sem objetivo.  
Outras, paradas em pé, sentadas nos bancos ou no chão,  
falando, gritando, chorando, rindo ou emudecidas. Algu-  
mas mais, com olhar de espanto ou de tristeza, em busca  
do nada no infinito. Ou, quem sabe, talvez da razão de  
suas desgraçadas vidas, perdidas na própria mente ou nas  
daqueles buscadores de suas curas ou alívios. Sofreguidão  
menor havia para eles, chamados loucos mansos, livres de  
impulsos energéticos (...) Semelhantes a autômatos ou  
zumbis, chegavam a ser levados, por um enfermeiro, para  
assistir missa na Capela do Asilo, igrejinha existente na es-  
quina das avenidas João Pessoa e Carneiro de Mendonça,  
defronte ao antigo Bar Avião (DUARTE, 2009, p. s/n).

Na década de 1960, os jornais cearenses iniciaram um discurso que relacionava doença mental à periculosidade. Em 21/06/1960, a **Gazeta de Notícias** (GAZETA, 1960) prestou uma homenagem ao 50º aniversário de morte de Cesare Lombroso. Em 13/06/1960, o jornal **O Nordeste** (O NORDESTE, 1960) dedicou-se à defesa de que Manuel Pedro, assíduo frequentador de templos católicos, seria psicopata e teria assassinado o Monsenhor Joviniano. Em 24/01/1961, o mesmo jornal (O NORDESTE, 1961), dedicou-se à defesa da Pedopsiquiatria como forma de enfrentar a delinquência infantil e, em 07/12/1961, o **Correio do Ceará** (CORREIO, 1961) apresentou a posição do professor, psicólogo e sociólogo Vilhena de Moraes sobre a ausência dos pais como responsável pela juventude transviada.

Durante a gestão do governador do Ceará Parsifal Barroso foi inaugurado o Hospital de Saúde Mental de Messejana - HSMM, instituição pública de responsabilidade federal e estadual. Manoel Suliano Filho foi convidado por ele e pelo secretário de saúde, Benedito Artur de Carvalho Pereira – Bené, para supervisionar a construção do prédio, vindo a ser seu

primeiro diretor (1963-1966). Quando foi inaugurado, em vinte e três de março de 1963, foi denominado Hospital Colônia de Psicopatas. A mudança do nome foi, a princípio, informal, internamente, para Hospital de Saúde Mental. No IV Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, ocorrido em Fortaleza em 1965, o diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, o professor Jurandir Manfredini, acrescentou “de Messejana”, chegando à denominação atual (SULIANO FILHO, 1979). Neste mesmo congresso, vários participantes do sul do país ajudaram a fortalecer os conceitos psicanalíticos no Ceará e a ideia de introduzir a Psicanálise nos hospitais psiquiátricos (PICANÇO; LEITÃO, 1979). A inauguração do Hospital marca o início do próximo período.

### 2.3 O PERÍODO 1963-1991

Na década de 1960, no Ceará, já havia a compreensão da necessidade de atendimento integral à Saúde, com redefinição das atividades dos Centros de Saúde e incorporação das funções de diagnóstico e tratamento ambulatorial. “Ocorre, então, grave crise do sistema nacional de saúde que limita sobremaneira tais experiências locais” (MONTESUMA *et al.*, 2006, p. 15). O Golpe Militar aprofundou a crise, na medida em que a Secretaria de Saúde do Estado foi desestruturada e a política governamental voltou-se para a Medicina curativa e para práticas clientelistas de contratação dos funcionários.

No que tange à Saúde Mental, a gestão de Manoel Suliano Filho no HSMM mesclou elementos do Tratamento Moral, derivados de Pinel, com o modelo das colônias agrícolas. Realizavam-se atividades domésticas, artesanais e agropecuárias, para grupos de pacientes, sem finalidade terapêutica específica, mas focadas na solução de problemas práticos do cotidiano.

Introduzimos na dinâmica hospitalar a saída periódica para readaptação familiar, até mesmo a ‘entrega a domicílio’ dos doentes e em alta hospitalar, abandonados pela família (SULIANO FILHO, 1979, p. 41).

Desenvolveu-se a assistência extra-hospitalar, por meio de ambulatórios. “Em 1964-1965, a nosso convite, o colega Moura Fé instalou um ambulatório na Cadeia Pública, raiz do atual Manicômio Judiciário, inaugurado em 27/09/1969” (SULIANO FILHO, 1979, p. 41).

Vê-se que havia um esforço, por parte da gestão, de introduzir elementos de diversas escolas psiquiátricas, o que gerava um efeito sobre a cultura das enfermarias. Em 1966, eram 200 leitos e a média de permanência era de 48 dias. Se não havia perspectiva teórica única guiando as atuações, é possível dizer que havia um marco de referência, articulado às discussões internacionais do campo. Para Suliano Filho (1979), o HSMM seria um marco na assistência do estado pela busca de uma organização dinâmica, humanizada, com tratamento ocupacional, ressocialização e reabilitação. Mas o vínculo com a ideologia religiosa, do Catolicismo tradicional, continuava, por meio das reuniões

(...) de ‘Estudos da Moral de Cristo’, orientadas pelo Novo Testamento, com debates de trechos de mais simples compreensão, sem sectarismos (...) de quaisquer espécies, denominadas de ‘Tratamento Espiritual’ (SULIANO FILHO, 1979, p. 41).

O HSMM foi instalado sob a orientação do Manual do Serviço Psiquiátrico do Instituto Nacional de Previdência Social-INPS, numa tentativa de reduzir o tempo de tratamento e torná-lo mais produtivo. Enquanto isso, no ambulatório da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará - UFC, o médico e professor Rômulo da Justa Theophilo Gaspar de Oliveira iniciava a prática da psicoterapia analítica individual, com ampla aceitação de público e grande demanda pelo serviço. Em 1964, Theophilo Oliveira iniciou a clínica privada em Psicanálise, e, em 1969, foram apresentados os primeiros dois casos sob esta orientação na Sociedade de Psiquiatria. No mesmo ano, este conteúdo passou a ser abordado na disciplina de Psicologia Médica do curso de Medicina da UFC, o que perdurou ao longo do tempo. Para ele, a Psicanálise era uma alternativa ao fármaco e deveria ser priorizada, já que este causaria marginalização, na medida em que sua extensão indiscriminada

gerava danos colaterais, cronicidade e dependência: “A preferência pelo tratamento psicofarmacológico deve-se, em grande parte, pelo mais baixo custo dos remédios frente ao de um tratamento psicoterápico efetivo” (OLIVEIRA, 1982, p. 06). O corolário era que a Previdência Social deveria financiar o tratamento psicanalítico.

Em 1966, foi fundada a Sociedade Cearense de Psiquiatria - SOCEP, afiliada à Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, com 28 sócios, tendo como presidente Vandick Ponte e, como vice, Jurandir Picanço. Nilson Moura Fé e Rômulo da Justa Theophilo Gaspar de Oliveira exerceram a presidência e a vice-presidência nas duas gestões seguintes. A 4ª gestão teve Alcimo Cavalcante de Aguiar como presidente e Joacillo Miranda Ponte como vice. Foi nesta gestão que se designou uma comissão especial para criar a Revista Cearense de Psiquiatria, formada por Alcimo Cavalcante de Aguiar, Ivan de Araújo Moura Fé e José Jackson Coelho Sampaio. Este último, psiquiatra sobralense, foi o primeiro secretário da sociedade, naquela gestão (SOCEP, 1979).

A Revista Cearense de Psiquiatria foi um importante veículo de disseminação da memória relativa à Psiquiatria no estado, mas, também, de novas ideias e perspectivas teórico-críticas sobre o fazer psiquiátrico. Tendo Ivan de Moura Fé como diretor e José Jackson Coelho Sampaio como redator-chefe, seus cinco primeiros volumes versaram sobre diferentes perspectivas teóricas, como Psicanálise, Psicodrama, Fenomenologia e Política de Saúde Mental. Foi criticado o entendimento reducionista do processo saúde/doença mental ao modelo biológico da doença mental, destacando a dinâmica histórico-social do processo. Realizaram-se estudos avaliativos do ensino de Psiquiatria no estado e a condição do médico recém-formado; sobre a “alienação do alienista”, que desconhece perspectivas sociais e de classe na constituição das doenças mentais, e alertaram para a existência de uma “Psiquiatria subdesenvolvida” no estado e no país. O modelo de prestação de serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, baseado na remuneração de procedimentos centrados no controle de sintomas, foi contestado. Iniciou-se o debate por um movimento de reforma psiquiá-

trica, por uma clínica transgressiva e política, pela assistência psicossocial de cobertura universal e apoiada em territórios de cuidado, defendendo uma clínica ampliada praticada por equipe multiprofissional interdisciplinar (SOCEP, 1979; SOCEP, 1980; SOCEP, 1981; SOCEP, 1982; SOCEP, 1983).

No mesmo ano da publicação do Ato Institucional N° V, foi criada a unidade prisional Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes–IPGSG, existente até os dias atuais, sem nunca ter passado por nenhuma reforma ou adaptação de sua estrutura (DIÁRIO, 2011), a despeito das discussões do campo.

Na atualidade,

faltam materiais de higiene para a limpeza da unidade, as celas não têm iluminação, a água é distribuída apenas em horários preestabelecidos, não há colchões, não há ambulância para fazer a transferência dos presos ou levá-los para a realização de exames ou tratamento hospitalar em outros lugares. Além disso, foi detectada a ausência de acompanhamento clínico regular aos internos (O ESTADO, 2016, p. s/n).

Além disso, como muitos internos não têm famílias que os recebam, permanecem indefinidamente internados, em uma espécie de prisão perpétua: “após a entrada, poucos conseguem sair, mesmo quando cessa sua periculosidade. O que vemos é a total ausência de direitos” (O ESTADO, 2016, p. s/n).

A ditadura civil-militar coincide com a inauguração de grande parte dos manicômios judiciais e institutos penais brasileiros, o que se reproduz no Ceará: o Hospital Geral e Sanatório Penal Professor Otávio Lobo, em 1968; o Instituto Penal Paulo Sarasate, em 1970; o Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa, em 1974; o Instituto Presídio Professor Olavo Oliveira I, em 1978; a Colônia Agrícola do Cariri e a Colônia Agropastoril do Amanari, em 1979 (SEJUS, s/d).

No entanto, aparentemente, a experiência da Ditadura não era vivida da mesma maneira na capital e no interior. Francimeiry Amorim da Silva, que na década de 1970 era estudante secundarista na cidade de Igua-

tu, fez o seguinte relato: “A gente tinha noção do que estava acontecendo, recebia aqueles adesivos da ditadura militar, dos presidentes, (...) mas não a dimensão que a gente foi ter depois, das atrocidades praticadas” (SILVA, 2013a, p. 07). As cidades do interior ainda eram o refúgio para alguns perseguidos da ditadura, como um amigo seu do movimento estudantil da Escola Técnica Federal que se escondeu em Iguatu (SILVA, 2013a) ou como José Jackson Coelho Sampaio, que toda vez que o Partido Comunista Brasileiro – PCB indicava que ele estava correndo algum risco, refugiava-se na cidade de Floriano, no Piauí (SAMPAIO, 2013). As informações chegavam por meio dessas pessoas, propiciando algum debate no interior.

E quando ele foi [para Iguatu], lembro bem que ele levou esses livros. Ele gostava muito de literatura (...) E levou uma fita com a música de Geraldo Vandré: “Pra não dizer que não falei das flores”. Aí nós começamos a discutir o movimento estudantil (...) com ele (SILVA, 2013a, p. 07).

Neste grupo do movimento estudantil em Iguatu, estava, também, Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Ele e Francimeiry Amorim foram para Fortaleza poucos anos depois, estudar Medicina, dando continuidade às ações do movimento estudantil (SILVA, 2013a).

José Jackson Coelho Sampaio oferece relato importante sobre a situação do Manicômio Judiciário Estadual Governador Stênio Gomes, naquele período. Estudante de Medicina na UFC, de 1969 a 1975, fez concurso para Auxiliar de Técnicas Médicas daquela instituição e, preocupado com a possibilidade de haver presos políticos internados no Manicômio, passou a atuar em regime de plantões noturnos, um a cada três noites. De seu relato deduz-se que

O Manicômio Judiciário era uma coisa aterrorizadora. (...) Os anos eram de chumbo, o local deveria ter condições de abrigar umas noventa pessoas, mas abrigava 150. Distando 17 km de Fortaleza, pela BR 116, ficava em sítio isolado, ermo, não tinha ambulância, não tinha medicamento clínico, não tinha telefone, a luz elétrica funcio-

nava até às 22h. Ficávamos lá, de noite, entregues a nós mesmos. Cliente morreu nos meus braços, de problema hipertensivo, e eu não tinha um Isordil para uso sublingual. Outro morreu porque não tinha ambulância para poder deslocá-lo para a emergência de um hospital geral. (...) Havia clientes que não dormiam nem com 500 mg de Clorpromazina. (...) O manicômio judiciário era uma lixeira pública para recolher lixo social, desses que não merecem qualquer reuso, reciclagem. Não era, necessariamente, um lugar insalubre ou sujo, a consciência moral da gente identificava como uma escatologia, o dejetos de tudo (...) Excesso de gente, pouquíssimos técnicos. Pela noite, nenhum profissional de nível superior. O profissional mais graduado acabava sendo o estudante de Medicina aprovado nesse bendito concurso de Auxiliar de Técnicas Médicas (SAMPAIO, 2013, p. 02).

Seguindo a lógica privatista da Ditadura Militar, foram inaugurados novos hospitais psiquiátricos particulares no período, conveniados com a Previdência Pública, alcançando, no período de 1967 a 1984, a implantação de leitos psiquiátricos em ritmo seis vezes mais rápido que o de crescimento da população (SAMPAIO, 1988). A tendência foi bem expressa no Ceará, pelas fundações: em 1967, do Instituto de Psiquiatria do Ceará-IPC, por Jurandir Picanço e Vandick Ponte; em 1968, da Casa de Repouso Nosso Lar-CRNL, por Alcimo Aguiar; em 1969, do Hospital Mira y Lopez - HML, por Leão Santiago, José Glauco e Roberto Lobo; em 1970, da Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza de Jesus, em Crato, região sul cearense; e em 1974, da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, na região norte cearense. Destacando os três primeiros, mas aplicando-se aos três últimos, Suliano Filho afirma que as construções de “Todos, inicialmente, em prédios adaptados, foram se ajustando às exigências da Previdência Social” (SULIANO FILHO, 1979, p. 39).

O Hospital Mira Y Lopez – HML - apresentava localização privilegiada, na Avenida da Universidade, e estabeleceu convênios com a Universidade Federal do Ceará – UFC e com a Universidade de Forta-

leza - UNIFOR, oferecendo campo de estágio, aulas práticas, extensão e pesquisa. Nas décadas de 1970 e 1980, o HML buscou a melhoria do atendimento, por via da transformação ao modelo de Comunidade Terapêutica. Segundo Oliveira (2009), agregou contribuições psicodramáticas e psicanalíticas.

Contava com um corpo clínico qualificado, onde eram realizadas, semanalmente, sessões clínicas e estudos de casos direcionados aos estagiários de diversas áreas, mantendo uma supervisão permanente, dentro de um programa de treinamento e qualificação de pessoal existente e que atendia naquela instituição (OLIVEIRA, 2009, p. 25-6).

Nacionalmente, entre 1973 e 1982, foram divulgados documentos do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM condenando a assistência centrada no hospital de modo asilar, impulsionados e impulsionando o Movimento Brasileiro de Saúde Mental - MBSM, sucessos de um dispositivo político anterior, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM.

No ano de 1974, Paulo Picanço fundou o Centro de Estudos Melanie Klein - CEMK, no IPC, para reunir os trabalhadores da área e estudantes estagiários em torno de temas clínicos, farmacoterápicos e psicoterápicos, além das intersecções teóricas com Psicologia, Sociologia, Filosofia, Antropologia, Ética Profissional, Psicofarmacologia, Psicoterapia Breve, Psicologia Dinâmica e Psicopatologia (MENEZES NETO, 1979). O CEMK teve como diretora, na segunda gestão, a assistente social Lydia Teles, expressando-se novo paradigma “pela quebra de uma verdadeira muralha que existia entre o médico e os especialistas afins” (1979, p. 9). O CEMK editava um boletim bimestral, o Boletim do CEMK, do qual Jackson Sampaio foi membro do conselho editorial. No ano de 1979, o CEMK ofereceu um Curso de Formação de Auxiliares de Terapia Ocupacional Psiquiátrica, com duração de 180 horas/aula (MENEZES NETO, 1979).

A década de 1970 também marca a criação da UNIFOR e de seu curso de Terapia Ocupacional, em 1973; do curso de Psicologia da UFC, em 1974; do segundo curso de Enfermagem, no estado, da UFC, em 1980; e da Universidade Estadual do Ceará, em 1975, agregando cursos de Enfermagem, Serviço Social, Administração, Veterinária e Filosofia. Finalmente, o estado contava com três grandes universidades, que possibilitaram a formação de profissionais para trabalharem em equipes multidisciplinares na Saúde. Médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais constituiriam essas equipes mínimas (UFC, s/d; ALVES, 2007).

Segundo Sampaio (1988), as eleições de 1978 para o Legislativo e o Executivo foram marcadas pelo enfrentamento de, nitidamente, cinco grupos políticos:

- a) Setores camponeses e operários politicamente organizados, estudantes e comunidades da Igreja Católica, todos recentemente articulados e sem vitórias eleitorais anteriores, representados pelo Partido dos Trabalhadores (PT).
- b) Profissionais liberais e classes médias urbanas esclarecidas, que já apresentavam história de vitórias legislativas na capital, representados pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).
- c) Comerciantes, exportadores, industriais fortalecidos por incentivos da SUDENE e do FINOR, além de tradicionais burocratas da política, representados pelo grupo do Cel. Virgílio Távora, do Partido Democrático Social (PDS).
- d) Latifundiários do Sertão e do Vale do Cariri, associados ao capital financeiro e à especulação imobiliária, representados pelo Cel. Aduino Bezerra, do Partido Democrático Social (PDS).
- e) Dissidentes dos grupos c e d, unidos pelo poder de barganha do governo federal e do estamento militar, representados pelo grupo do Cel. César Cals, do Partido Democrático Social (PDS) (SAMPAIO, 1988, p. 115).

Novas forças políticas, portanto, articulavam-se às historicamente consolidadas. No primeiro grupo elencado, estava José Ilário Gonçalves Marques, que, em 1979, entrou no movimento estudantil e, no ano seguinte, fazia parte do Centro Acadêmico do curso de Direito da UFC. Ao sair da universidade, organizou, junto a outros egressos, uma assessoria jurídica ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais, junto à Comissão Pastoral da Terra. O momento caracterizou-se por muitos conflitos de terra e, a partir de 1980, pela ação do PT no Ceará, que teve em Ilário Marques e em Rachel Ximenes Marques alguns de seus fundadores (MARQUES, 2013a; MARQUES, 2013b).

No mesmo período, Francimeiry Amorim e Odorico Monteiro ingressaram no curso de Medicina da UFC, com forte atuação política no movimento estudantil. Vinculados ao PCB, foram do Centro Acadêmico durante toda a formação. Odorico foi também vice-presidente do Diretório Central dos Estudantes - DCE (SILVA, 2013a). As discussões do movimento estudantil, na época, estavam vinculadas a todo o processo de redemocratização do país. No curso de Medicina, estava articulado às questões específicas dos campos da Saúde e da formação.

Alguns de nós tínhamos participado da 6ª, da 7ª ou da 8ª Conferências Nacionais da Saúde. Quem não foi, participou aqui, de alguma forma. As assinaturas pela Assembleia Nacional Constituinte representavam o movimento estudantil em ação. Nós participamos de todo o movimento de democratização da UFC, inclusive, nós conquistamos eleições diretas para diretor de centro. Então, nós tínhamos aprendido essa questão da democracia, tínhamos lutado pelo Sistema Único de Saúde, uns com mais compreensão, outros com menos, e nós tínhamos, principalmente, uma pessoa que (...) é um grande fazedor de sonhos, que é o Odorico (SILVA, 2013a, p. 03).

Odorico Monteiro havia presidido, em 1986, o XVII Encontro Nacional dos Estudantes de Medicina e participara da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qualidade de delegado da União Nacional dos Estudantes – UNE.

Nessa época tive condições de conviver no mesmo espaço com importantes personalidades da Reforma Sanitária, como Sérgio Arouca (atual secretário da recém-criada Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde), Hésio Cordeiro (ex-reitor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro — Uerj), que na época estava à frente do extinto Inamps, entre outros. Isso foi muito empolgante pra mim (ANDRADE, 2003, p. 09).

No movimento estudantil, lutava-se por aulas de qualidade, em um contexto em que a Universidade, segundo Francimeiry Amorim, estava sucateada, a ponto de as aulas das disciplinas de Anatomia serem realizadas apenas com *slides*, por ausência de condições de realizá-las com os cadáveres. A formação tinha um viés hospitalar e as experiências comunitárias se davam por outras vias.

Junto a isso, nós fizemos um projeto do Centro Acadêmico que ia pra comunidade. A nossa comunidade era a Lagoa do Gengibre, ali depois do Papicu (...). Lá, a gente via tudo que a gente não via [na formação acadêmica]. Porque o Hospital das Clínicas, que é o berço da formação do estudante de Medicina, ele oferece uma formação muito hospitalar. Então, comunidade, associação, o que é isso? A gente não via isso lá, via fora. (...) E o movimento estudantil mostrou a questão da organização da sociedade. Mostrou a questão da cidadania, a questão do direito (SILVA, 2013a, p. 08).

Em relação à Saúde Mental, Francimeiry Amorim disse que a disciplina de Psicologia Médica, na época que foi aluna, era voltada para a discussão da Medicina Psicossomática, enquanto que a disciplina de Psiquiatria era focada no estudo das patologias e da clínica. “Mas não a discussão política da reforma. Não tinha chegado à UFC ainda. Então não tinha essa noção da questão da cidadania do paciente” (SILVA, 2013a, p. 05).

Carlos Magno Cordeiro Barroso também fez parte do Centro Acadêmico de Medicina neste período. Para ele, Odorico Monteiro e os colegas de faculdade foram “inspiradores de processos” (BARROSO,

2013, p. 03). Carlos Magno participou de vários movimentos para reformulação do currículo de Medicina, porque, segundo ele:

A faculdade de Medicina era uma mediocridade só. Fora alguns redutos de grandes intelectuais. (...) Mas assim, no geral, não era que os professores eram ruins, mas a estrutura da faculdade era muito teórica, muito sem direcionamento. Aliás, esta estrutura de graduação de todas as faculdades mata a possibilidade de formação filosófica, como antigamente eram as formações. Eu chamo até graduação de “gradação” (BARROSO, 2013, p. 02).

Carlos Magno, por sua vez, procurou complementar os seus estudos junto ao Departamento de Psicologia e fazendo formação paralela em Biodança, onde se aproximou de Cézár Wagner de Lima Góis, professor do departamento, que se dedicava à Psicologia Comunitária. Desta formação em Biodança também participou Raimundo Severo Júnior, estudante de Medicina no mesmo período. Severo Júnior não foi, oficialmente, do Centro Acadêmico, embora tenha estado presente nos processos relacionados ao movimento estudantil (SEVERO JÚNIOR, 2014).

A formação em Biodança foi importante, muito mais por ter sido com o Cézár Wagner, que era da Psicologia Comunitária, do que pela formação em Biodança em si. Na verdade, foi através da Biodança que eu conheci o projeto de Psicologia Comunitária. Então, eu acho que foi uma experiência muito decisiva pra moldar uma concepção de Saúde Mental, de práticas de Saúde Mental (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 16).

Segundo Severo Júnior (2014), o projeto de Psicologia Comunitária do departamento do curso de Psicologia não se comunicava com o departamento de Saúde Comunitária do curso de Medicina. Mas, por ser um projeto aberto, permitia a entrada de alunos de diversos cursos. Neste mesmo período, participou do projeto a estudante de Psicologia Rachel Ximenes Marques (MARQUES, 2013b). Na UFC, foi um im-

portante espaço de discussão sobre a perspectiva da Saúde Mental Comunitária. Desenvolviam-se ações diversas no Pirambu, bairro pobre da capital, em perspectiva comunitária e junto às associações de moradores (SEVERO JÚNIOR, 2014).

Em 1986, Odorico Monteiro, ainda cursando o quinto ano de Medicina, fez a transição entre o movimento estudantil e o movimento institucional, indo para Icapuí, uma cidade localizada a 200km de Fortaleza.

Esse é um momento interessante, pois eu tenho a oportunidade de confrontar as discussões referentes à Reforma Sanitária com a realidade do cotidiano das pessoas. Nesse ano, falávamos sobre ações integradas de Saúde. Em 1987, participo das discussões sobre a proposta de criação do Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) (ANDRADE, 2003, p. 09).

Em Icapuí, buscou-se implantar uma administração democrática, baseada nos princípios da participação popular, transparência administrativa, descentralização administrativa e universalização do acesso da população a serviços públicos (ANDRADE; GOYA, 1992). Foi feito um plano municipal de Saúde, em 1989, baseado no perfil sanitário e sócio-econômico da população. Antes deste plano, as informações sobre morbimortalidade no município não eram confiáveis e foi necessário incorporar o cadastramento destes dados na rotina dos trabalhadores (BARRETO; ANDRADE; DE NEGRI FILHO, 1992). Odorico Monteiro terminou a faculdade em 1988 e entrou na Residência de Medicina Preventiva. Ainda como residente, assumiu a Secretaria Municipal de Saúde de Icapuí, em 1989.

Fiquei seis meses licenciado, vivenciando a experiência da administração da Erundina, em São Paulo. A partir de 1990, damos continuidade ao sistema municipal de saúde de Icapuí e, em 1991, Icapuí recebe da UNICEF o prêmio 'Saúde, Educação e Paz', pelo trabalho desenvolvido, sobretudo nas áreas da Educação e da Saúde (ANDRADE, 2003, p. 10).

No âmbito da Saúde Mental no estado, a situação do HSMM, que até então seguia sem debate sobre clínica e política, assistência, planejamento e gestão, experimenta grandes mudanças a partir da formação de uma nova equipe de direção, em 1979, tendo à frente Nilson Moura Fé que, por sua vez, teve liberdade para escolher a equipe técnico-assistencial do HSMM, com o apoio da SOCEP e da ABP (SAMPAIO, 1988). O HSMM apresentava quadro de decadência física e de superlotação, o pessoal de nível médio estava subdimensionado, ganhando mal e desmotivado. Os psiquiatras eram a grande maioria dos profissionais de nível superior, sendo que as outras categorias não apresentavam treinamento específico em Psiquiatria, a não ser na prática asilar. A concepção terapêutica expressava-se

(...) em torno dos conceitos de incurabilidade, deterioração e determinações biológicas, resultando na operação de instrumentos de reclusão, contenção, eletrochoque e farmacoterapia. Três concessões eram feitas a certa modernidade: pesquisa de causas sociais, consideradas como variável somatória em certos casos; ação preventivista e higiênica para detecção de casos; praxiterapia vista como produção artesanal lúdica e preenchimento compulsivo de ócio (SAMPAIO, 1988, p. 118).

Jackson Sampaio havia passado em concurso público para trabalhar neste hospital, em 1982, contemporaneamente a Ivan de Araújo Moura Fé, Orlando Monteiro, Orgmar Monteiro e Antônio Weimar Gomes dos Santos. Assim o psiquiatra recém-empossado definiu o HSMM que encontrou:

Nesse hospital, logo no 1º plantão, o que vejo? Vejo umas 30 pessoas deitadas em camas vizinhas, grudadas umas nas outras. Ao lado de uma mesa e de um aparelho de eletrochoque, havia um auxiliar de Enfermagem, que pega o aparelho e, em série, vai aplicando os choques. Todos estavam amarrados e sem proteção nas bocas. Não percebi cuidado clínico prévio, nem especificidade de prescrição.

Chamar aquilo de linha taylorista de montagem é pouco, o meu sentimento era de ver a aplicação do taylorismo ao terrorismo e à tortura (SAMPAIO, 2013, p. 4-5).

A equipe chefiada por Nilson Moura Fé, a partir de 1979, foi definida por Jackson Sampaio (1988) como jovem, inteligente e crítica, porém, autodidata. “(...) tinham militância classista e independência relativa frente aos interesses clientelístico-partidários” (p. 116). Procuravam seguir as orientações do Plano Nacional de Saúde Mental e do Modelo Programático para o Plano Integrado de Saúde Mental – PISAM, além de embasar as suas práticas na Psiquiatria Social que se difundia pelo Nordeste desde a década de 1930 e nos novos debates teóricos desencadeados por Frantz Fanon, Franco Basaglia, Alfredo Moffatt, Erving Goffman, Michel Foucault e Jacques Hochmann, por exemplo. De 1979 a 1983, esta linha autônoma do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica - MBRP buscou fazer uma profunda transformação no HSMM, em tempo anterior à VIII Conferência Nacional de Saúde e à I Conferência Nacional de Saúde Mental. Naquele momento, ainda não se questionava o fim do asilo.

O processo de transformação efetuado foi pouco documentado e não se apoiava em forças políticas externas que pudessem sustentar o projeto, no momento dos conflitos ideológicos e das disputas por cargos quando a sucessão para governo estadual se desencadeasse. A experiência foi marcada pelo espontaneísmo, pelo método de tentativa-e-erro, pela ausência de base teórica explícita e substancial, características em tudo semelhantes à de processos que ocorriam em outros hospitais psiquiátricos, às vezes próximos, porém desconhecidos por nós (SAMPAIO, 1988, p. 104).

No primeiro ano, a diretoria buscou realizar o equilíbrio financeiro do HSMM; atração de pessoal, através da satisfação do pessoal existente, contratação de novos profissionais e incentivo ao estágio; homogeneização da hotelaria entre o público previdenciário e o de indigentes; democratização decisória, com diminuição da hierarquia entre diretores

e funcionários; capacitação dos recursos humanos, pela oferta de atualizações em serviço. No segundo ano, foi realizada ampla reforma física do hospital, já como consequência da organização financeira do período anterior, e implantadas modificações táticas, que gerassem menor resistência entre os trabalhadores mais antigos, como momentos de conversa entre técnicos e grupos de pacientes, implementação de atividades de Terapia Ocupacional e realização de pesquisa epidemiológica. Fato importante foi ter reformulado totalmente a Residência Médica, com o auxílio da Comissão de Residência da ABP e da Residência Psiquiátrica da Escola Paulista de Medicina. Antes desta reformulação, nas palavras de Jackson Sampaio, a Residência Médica:

(...) tinha o nome de Residência, mas sem característica de Residência Médica. Era, na verdade, uma espécie de emprego sub-remunerado. Chegavam lá dois ou três médicos recém-formados e ficavam trabalhando, carregando o hospital nas costas, sem supervisão, sem atividade teórica, sem seminários, sem centro de estudos (SAMPAIO, 2013, p. 05).

Para o curso, estabeleceu-se um perfil em respeito aos critérios do Ministério da Educação e às especificidades concretas da assistência psiquiátrica no Ceará. A Residência Médica passou a ter vinculação com importantes atores sociais externos: as disciplinas de Psicofarmacoterapia e de Psiquiatria Clínica passaram a ter parceria com a UFC, a de Psiquiatria Forense com o Hospital Psiquiátrico Judiciário e os seminários oferecidos pela SOCEP e pela Sociedade Cearense de Psicodrama foram incluídos como atividades complementares. Estas mudanças seguiam, *pari passu*, o projeto de transformação mais ampla da assistência e da gestão hospitalar, projeto abortado em 1983, quando as eleições estaduais levaram ao Governo do Ceará uma gestão compromissada com reformas democráticas, porém hostil ao que ocorria no âmbito da assistência psiquiátrica. Para Sampaio (1988),

A sociedade civil politicamente organizada, como os partidos representativos dos interesses populares, as associações de trabalhadores em Saúde e os movimentos de bairro, não apresentava poder suficiente para proteger políticas sociais progressistas da avalanche reacionária. Nem a equipe dirigente do HSMM estava articulada verdadeiramente com estas forças (p. 134).

A destituição de todos os detentores de cargos comissionados levou Jackson Sampaio a uma ruptura pessoal: exonerou-se de empregos privados, fechou o consultório particular, licenciou-se dos vínculos públicos e foi para o Rio de Janeiro, em 1984, para realizar mestrado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, na área de Saúde Coletiva.

Fazer o mestrado em Medicina Social, da UERJ, naquele momento histórico, foi a experiência mais fascinante que eu tive na vida (...) existencial, intelectual, científica, política, crítica (...). Eu chego lá em março de 1984 e, logo em abril, estávamos todos envolvidos na passeata que concentrou um milhão de pessoas na Candelária, pedindo eleições diretas já. A equipe de professores do mestrado de Medicina Social participava deste processo e eram lideranças nas lutas pela reforma sanitária. Nós nos chamávamos de PCS - Partido Comunista da Saúde ou PS - Partido Sanitarista (SAMPAIO, 2013, p. 06).

Na dissertação produzida (SAMPAIO, 1988), o autor realizou um estudo histórico da oferta de leitos psiquiátricos no Brasil, a partir da criação da DINSAM, um estudo de caso sobre o período de reforma do HSMM, que se tornou a principal referência bibliográfica sobre o assunto, e outro estudo, de acompanhamento longitudinal, da reforma simultaneamente ocorrida no Centro Psiquiátrico Pedro II, estudo que também se tornou referência neste tópico. Durante o período do mestrado, foi diretor da Unidade Hospitalar Psiquiátrica Adauto Botelho – UHPAB.

A mudança na UHPAB foi totalmente diferente da ocorrida no HSMM. A experiência de Messejana era liderada por uma vanguarda isolada no hospital, sem apoio externo. A experiência do Rio era liderada por uma vanguarda apoiada, pelo menos parcialmente, pelo próprio Ministério da Saúde, contando com apoio inclusive financeiro da Organização Panamericana de Saúde - OPAS. No Rio, a gente trabalhava com todas as equipes, em rodas de discussão, em grupos focais, em assembleias, para produzir um acordo constitucional que a gente chamou de Manual de Normas e Rotinas da UHPAB (SAMPAIO, 2013, p. 06).

Na época da experiência no HSMM, ele era o único hospital psiquiátrico público do estado do Ceará, convivendo com o Manicômio Judiciário e doze hospitais privados, dos quais, três filantrópicos e nove lucrativos. O estado possuía apenas seis leitos psiquiátricos em hospital geral, todos no Hospital de Maracanaú, a despeito da posição técnica aprovada no IV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Fortaleza, em 1976, que defendia a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais públicos.

Com a crise da Previdência, na década de 1980, o Hospital Mira y Lopez passou a ter dificuldades financeiras. Inicialmente, buscou-se racionalizar os custos, mas não foi possível reverter esta tendência (OLIVEIRA, 2009). Nas décadas seguintes, a redução das receitas destinadas a hospitais psiquiátricos e o redirecionamento da clientela para serviços substitutivos públicos levaram a que o hospital encerrasse suas atividades em 2012 (DIÁRIO, 2012).

Em 1985, o Ceará aproximava-se dos seis milhões de habitantes, com aproximadamente dois mil leitos psiquiátricos, bastante concentrados na capital. Nessa situação sócio-sanitária, a demanda por atendimentos psiquiátricos aumentava, sobretudo considerando o perfil do trabalho industrial, têxtil e de beneficiamento da castanha de caju, com 10% da população de trabalhadores e 40% da demanda de assistência psiquiátrica de crise.

(...) as condições vigentes de saúde retratavam insatisfatório padrão de vida, baixa cobertura e má qualidade dos serviços de saúde prestados, precária cobertura das redes de serviço público de água e esgoto. Pobreza, desnutrição e descaso político pela saúde popular se indeterminam na formação de um trágico perfil epidemiológico-sanitário (SAMPAIO, 1988, p. 102).

O Ministério da Saúde, neste início de Nova República, pós-conclusão da série de Presidentes Militares, começou a implementar o Projeto de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste – PNE, que tinha o objetivo de melhorar as condições de assistência na área da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE, Nordeste e Norte de Minas Gerais. O projeto foi financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, em duas fases: a primeira, em 1985, e a segunda, em 1990, finalização prevista para 1997. A sua segunda etapa focou informação, educação e comunicação em políticas, programas e atividades de Saúde, tomando crianças e mulheres como público-alvo (BRASIL, 1996). O psicólogo paulista Júlio César Ischiara, que trabalhava no Ministério da Saúde, participou das atividades de Educação em Saúde deste projeto. Nesta ocasião, conheceu Odorico Andrade, que estava desenvolvendo um grupo de Educação em Saúde em Quixadá, em parceria com a Universidade Estadual do Ceará - UECE e o convidou para coordenar este projeto. Esse convite propiciou a fixação de Júlio Ischiara no município (ISCHIARA, 2013).

Em 1986, o PT elegeu seus dois primeiros deputados estaduais no Ceará: José Ilário Gonçalves Marques e João Alfredo Telles Melo.

O que era um fato raro, porque no Brasil inteiro, talvez, apenas cinco estados elegeram deputados. E nós, por coincidência, ambos da faculdade de Direito, da mesma reconstituição do movimento estudantil, da mesma militância da questão da terra, junto com o movimento de Igreja e da mesma entidade, Étcetera, logramos a eleição aí de deputado estadual (MARQUES, 2013a, p. 02).

Ilário Marques já fazia parte do diretório nacional do PT e, segundo ele (MARQUES, 2013a), foi a partir de sua eleição como deputado estadual que começou a se dedicar às políticas públicas e à participação popular: “era um momento rico em que nós discutíamos a nova constituição do país” (p. 02).

Em 1987, o Ceará passava por outra estiagem. O Governador Tasso Ribeiro Jereissati, em seu primeiro mandato, entendia que o enfrentamento da mesma não podia continuar sendo paliativo, com distribuição de algum dinheiro junto às famílias particularmente afetadas. O desafio proposto pelo Governador ao secretariado foi o da implantação de políticas específicas, econômicas ou sociais, mas que também gerassem grande número de postos de trabalho (ÁVILA, 2012).

O então Secretário Estadual de Saúde, Antônio Carlile Holanda Lavor, médico sanitário, propôs um programa de contratação de mulheres para o trabalho de Agente Comunitário de Saúde em todo o Estado. A ocupação da força de trabalho feminina, até então relegada; a extensão do programa, com mais de seis mil contratações; e o foco na aplicação de tecnologias simples para o enfrentamento de problemas endêmicos e epidêmicos provocaram grande impacto nos indicadores de Saúde do Estado, tornando a experiência exemplar e gerando um processo virtuoso que levou à sua nacionalização por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, no ambiente do Programa de Saúde da Família - PSF (ÁVILA, 2012).

Tasso Jereissati iniciou o ciclo dos empresários no governo do estado.

(...) ascendendo ao poder um sistema político com ideário socialdemocrata e base econômica situada no empresariado urbano. (...) Em seu primeiro governo, de 1987 a 1990, as metas para a saúde foram a redução da mortalidade infantil e materna, aumento da cobertura vacinal, expansão do atendimento hematológico, implantação de ações preventivas e a promoção de saúde bucal em crianças e gestantes e garantia de atendimento médico em 100% do estado” (MONTESUMA, *et al.*, 2006, p. 15).

Continuando o ciclo, Ciro Ferreira Gomes, que governou o estado de 1991 a 1994, manteve, basicamente, as mesmas metas.

Em 1987, Jackson Sampaio, que participara do ato fundador da concepção do Sistema Único de Saúde-SUS, por ocasião da VIII CNS, encontra-se presente à I CNSM, como membro da Comissão de Organização, Fiscalização e Acompanhamento da Conferência. Portanto, atuando de modo muito importante no Movimento Antimanicomial, traço de união entre o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica-MBRP.

Após a promulgação da Constituição Federal, em 1988, teve início a elaboração da Constituição do Estado do Ceará. Ilário Marques participou deste processo.

(...) fui o sub-relator para os assuntos sociais, inclusive a questão de saúde. O que me fez todo um contato com a questão de saúde foi esse trabalho de, na Constituição Estadual, eu ter sido o sub-relator para a área de Saúde, Educação... As questões populares e sociais (MARQUES, 2013a, p. 02).

Iniciou-se a criação dos conselhos de Saúde, com o Conselho Estadual de Saúde começando a funcionar em 1988 e os conselhos municipais a partir do final desta década. Entre 1989 e 1992, os Fundos de Saúde foram ativados (MONTESUMA *et al.*, 2006).

Marca o fim deste período a criação do primeiro CAPS do Nordeste, o de Iguatu, em 22 de novembro de 1991, aproximadamente quatro anos depois do primeiro do Brasil (SAMPAIO; SANTOS, 2001). Antes que a criação de serviços substitutivos se iniciasse no interior do Ceará, as ações em Saúde Mental se resumiam às longas internações hospitalares e ao improdutivo vai e vem de transporte de pacientes para internamento e dos internamentos para as residências. Em 1990, surge, em Iguatu, cidade da região cearense do centro-sul, o projeto de construção de um hospital psiquiátrico público, visando tornar a cidade independente das viagens para o Crato, a 143 km, ou para Fortaleza, a 366 km. Segundo

Sampaio (2013), este desejo da população pressionava o prefeito, o médico Hildernando José Bezerra Moreira. O psiquiatra e vereador Antônio Weimar Gomes dos Santos foi consultado pela gestão local sobre o assunto. Além disso, o Secretário Municipal de Saúde de Iguatu era Carlile Lavor, que, assim como Hildernando Bezerra e Weimar Gomes, tinha trajetória na Saúde Pública. Carlile Lavor respeitava muito a equipe de técnicos, como relata o psiquiatra Raimundo Severo Júnior:

Mas o doutor Carlile, quando a gente discutia as coisas com ele, era muito interessante, porque ele dizia assim: “Quem mais entende de Saúde Mental aqui são vocês, se vocês estão dizendo que vai ser assim, então vai ser assim” (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 05).

Antônio Weimar, a princípio, defendia a construção de um hospital psiquiátrico público na cidade, a despeito de todas as propostas recebidas para montar um privado.

Porque havia, nessa época, a possibilidade de um financiamento pela Caixa Econômica e vários hospitais privados surgiram assim. Era um financiamento que você só começava a pagar depois de dez anos. Era um investimento fabuloso (SANTOS, 2014, p. 09).

No entanto, rapidamente foi dissuadido por Nilson de Moura Fé, que, na época, era coordenador de Saúde Mental do estado do Ceará e apontava para a necessidade de criar uma rede substitutiva ao modelo asilar. Carlile Lavor o incentivou a participar do encontro **Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**, que aconteceu na cidade de Santos, em junho de 1991. “Esse encontro foi um grande divisor de águas da minha vida profissional, porque, (...) antes de eu ir, Carlile disse: você vai com a missão de, quando voltar, implantar o nosso CAPS” (SANTOS, 2014, p.08).

Segundo Severo Júnior (2014), foi Antônio Weimar o responsável pela contratação de outro psiquiatra para Iguatu e de uma enfermeira, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, todas destinadas à Saú-

de Mental. Severo Júnior foi o psiquiatra contratado. Egresso da Residência Médica em Psiquiatria do HSMM, ainda sob influência das mudanças efetuadas por Nilson Moura Fé e Jackson Sampaio, Severo Júnior destacava a interdisciplinaridade da formação, sob responsabilidade, entre outros, de Marilena Queiroz, psiquiatra e psicodramatista, e Francisco José Bezerra dos Santos, psiquiatra e psicanalista. Mas, expressava um modelo clínico de formação, sem qualquer debate sobre políticas públicas de Saúde, o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica ou mesmo o modelo norte-americano de Saúde Mental Comunitária e de Psiquiatria Preventiva.

A grande reestruturação da Saúde Mental em Santos começou em 1989, o ano no qual comecei a Residência, mas passei a Residência inteira e nunca este assunto foi falado. Eu vim conhecer essas experiências depois que saí da Residência (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 02).

Com esta bagagem e a atuação junto ao Projeto de Psicologia Comunitária, chegou a Iguatu.

Coincidiu que, no mês que eu cheguei lá, o Weimar foi participar de um encontro. Foi em julho de 91. (...). Weimar foi participar de um grande evento em Santos, exatamente discutir todo o processo de reestruturação da assistência à Saúde Mental em Santos. E quando o Weimar voltou do encontro, ele trouxe muito material. (...). E aí nós, a equipe já formada, a gente se debruçou sobre esses materiais. A gente estudou, basicamente, três meses (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 04).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do Ceará surgiu de algumas diretrizes que guiavam Antônio Weimar e Severo Júnior, sob o acompanhamento atento de Carlile Lavor. A primeira delas era evitar a instalação apenas de ambulatório psiquiátrico, mas sim, criar um serviço integral, baseado numa equipe de Saúde Mental completa e mobilizada. Por isso, além das contratações solicitadas por Antônio Weimar, Severo Júnior acrescenta a demanda de um psicólogo para a

equipe. “Não existia espaço físico, não existia nome do serviço, não existia a palavra CAPS. O que a gente sabia é que ia criar um serviço de Saúde Mental” (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 04). Não houve nenhuma menção a este serviço, projeto ou política de Saúde Mental em todas as leis municipais de Iguatu no ano de 1991.

Nos quatro meses iniciais a equipe atendia, pela manhã, no Centro Municipal de Saúde, e, pela tarde, constituíram um centro intensivo de estudos, passando a visitar todos os serviços de Saúde e todos os distritos do município. Para Severo Júnior (2014), foram condições de trabalho excepcionais. Muito do que foi feito vinha do bom-senso da equipe e das discussões. “A gente tinha algumas ideias, aí começava a ler e via que aquilo fazia sentido” (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 05). O PACS estava muito bem estruturado, com cobertura de 100% da população. Como Severo Júnior tinha outro emprego em Fortaleza, foi necessário contratar outro médico e quem aceitou o convite foi a psiquiatra Magaly Ferreira Mendes Campos, que, junto com ele, trabalhou no treinamento e no acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS nos desafios levantados pelo campo da Saúde Mental. O problema da falta de espaço físico apropriado foi equacionado pela cessão de um espaço pelo Banco do Brasil. Em novembro de 1991, estava instalado o CAPS de Iguatu, regulamentado pelo Ministério da Saúde em janeiro de 1992. “E aí, por incrível que pareça, o nosso serviço estava completamente dentro da regulamentação” (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 06). Ou seja, a equipe trabalhou sem o contato com o trabalho do Ministério da Saúde, mas o serviço criado se adequava completamente à regulação ministerial.

Nilson de Moura Fé prestou total apoio à implantação do serviço e foi quem propôs a adoção do nome CAPS, conforme a utilização adotada pelo Ministério da Saúde. Também intermediou os contatos entre a equipe de Iguatu e o Ministério da Saúde, possibilitando que a Coordenação Nacional de Saúde Mental acompanhasse o desenho do serviço e sua implementação. Ernesto Venturini, psiquiatra de Ímola, Itália, participante do movimento da Psiquiatria Democrática italiana, como consultor da OPAS, facilitou este processo em várias cidades do Brasil e

foi quem assessorou a experiência de Iguatu, por decisão do Ministério da Saúde. Flávio Resmini, que tinha uma inserção importante na criação da rede de São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, também fez visitas a Iguatu, auxiliando no processo. Severo Júnior foi a Santos trocar experiências (SEVERO JÚNIOR, 2014).

Sampaio *et al.* (2011) filiam a criação do primeiro CAPS de Iguatu à linha cearense do MBRP, assim como o início da tramitação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica, de 1993, uma década antes da aprovação da Lei Federal de Reforma Psiquiátrica. O CAPS de Iguatu inaugurou um modo de fazer atenção psicossocial nas cidades pioneiras do interior. Um dos motivos foi pelo fato de que as pessoas que estiveram à frente deste processo, especificamente, Antônio Weimar e Severo Júnior, foram responsáveis pela criação, atuação ou supervisão de serviços de Atenção Psicossocial em vários municípios. Nas palavras de Severo Júnior:

Eu era voltado completamente pra esse processo de criação dos serviços nos municípios de pequeno porte, de médio porte. Eu vibrava muito com isso. Então era, na verdade, aquilo que me mobilizava: a possibilidade de ou participar da criação de um serviço, ou estar lá no atendimento, ou pelo menos dar uma ajuda no que fosse possível (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 11-2).

Francimeiry Amorim participou da experiência no CAPS de Iguatu, por meio do programa Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária – CRUTAC. Nas palavras dela, “Severo era a própria reforma” (SILVA, 2013a, p. 06). Os seus valores estavam profundamente implicados na forma de atuação desenvolvida, que, para ela, eram fundamentalmente centrados na tentativa de implantação de um serviço que se afastasse do modelo de hospital psiquiátrico. Os formatos desenvolvidos surgiam da necessidade prática. Segundo Severo Júnior (2014), faziam-se visitas domiciliares com tratamento médico, da Enfermagem ou suporte das ACS. Foram realizadas pelo CAPS oficinas culturais abertas para qualquer pessoa interessada.

A gente ficava estimulando os pacientes a se inscreverem também, para provocar essa mistura (...). A nossa intenção era desmistificar muito para as pessoas o que era o CAPS e tirar aquele estigma. E era interessante, porque nessa hora, não ficava claro quem era usuário, quem era parente, quem era interessado na oficina. Algumas vezes a gente teve alguns convidados assim bem intencionais, por exemplo: algumas vezes a gente convidou a polícia, os soldados. Porque ainda era muito comum, quando o paciente estava agitado, chamar a polícia, para levar preso (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 21).

O contrário também acontecia: incentivar os pacientes do CAPS a frequentarem atividades diversas do município, como os festejos tradicionais. Severo Júnior (2014) avalia que a equipe se envolvia muito nas atividades, que tinham aderência da população. Desde seu início, a equipe do CAPS de Iguatu participou de eventos acadêmicos no âmbito da Saúde Mental no estado do Ceará e, a partir de 1992, nos encontros políticos, como a I Conferência Estadual de Saúde Mental, em Fortaleza, e a II Conferência Nacional de Saúde Mental<sup>4</sup>.

## **2.4 O PERÍODO 1992 – 2011**

Sampaio (2011) subdivide este período em quatro fases. A primeira, de 1991 a 1996, contém a aprovação da Lei “Mário Mamede” (CEARÁ, 1993) e a instalação das experiências pioneiras dos CAPS de Iguatu, Canindé, Quixadá, Cascavel e Aracati, com Iguatu no pioneirismo e Quixadá publicizando modelo para os municípios de pequeno porte. A segunda fase, de 1997 a 2000, representa a adoção do modelo CAPS por mais sete municípios, a publicação da Carta de Ytaceranha (CONSELHO, 2000) e a realização do I Encontro Estadual de CAPS, na Universidade Estadual do Ceará-UECE. A terceira fase, de 2001 a 2005, caracteriza-se pelo início da redução de leitos e fechamento de hospitais

<sup>4</sup> Informações oriundas da apresentação “Resgate Histórico - Caps de Iguatu”, material produzido e gentilmente cedido pela psiquiatra Luísa Angélica Sales para esta pesquisa.

psiquiátricos de natureza asilar e pela expansão dos CAPS, incluindo Sobral como experiência de município de médio porte. Na quarta fase, de 2006 a 2011, ocorre a inclusão de Fortaleza no processo de reforma, e, portanto, a tentativa de realizar a reforma psiquiátrica em uma realidade de uma metrópole. Nesta fase, também se identificam redução do ritmo de expansão dos modelos, crises nas transições entre Governos estaduais e municipais e, sobretudo, crises das formas de financiamento e gestão.

Em 1992, o Ceará contava com 1977 leitos psiquiátricos, distribuídos em oito hospitais psiquiátricos na capital e dois no interior (RIGOTTO *et al.*, 2007). Na opinião de Rosa (2006), esta configuração favoreceu que a implantação de serviços substitutivos se iniciasse pelo interior do estado, já que os proprietários de hospitais psiquiátricos da capital se opunham fortemente ao MBRP. Questiona-se, portanto, o caráter de “substituição” destas redes criadas no interior. Substituíam-se não os hospitais psiquiátricos em si, mas as transferências para os municípios de maior porte ou, mesmo, a ausência de cuidados absoluta em Saúde Mental.

Identifica-se, também, a ascensão aos poderes municipais de uma nova geração de políticos, egressos da luta contra a Ditadura Militar. Para Pontes e Fraga (1997), esta configuração acarretou, como dificuldades para a reorientação dos parâmetros de assistência, a não aceitação da desospitalização dos pacientes psiquiátricos, por parte de seus familiares e dos trabalhadores menos informados do setor, que temiam a ausência de tratamento, no primeiro caso, e a ausência de emprego, no segundo. O modelo da capital, onde estava, até o momento, o único curso de Medicina do estado, gerava uma formação profundamente hospitalocêntrica, mesmo com as mudanças legislativas nacionais.

Neste mesmo ano, Paulo de Melo Jorge filho – o Petrola – assumiu a reitoria da Universidade Estadual do Ceará. Sua principal meta era transformar a UECE em uma Universidade Tecnológica.

Esse projeto, no início, foi denominado de NOVA UECE, tendo, dentre outros programas: a informatização da Universidade na Capital e no Interior; reequipamento dos laboratórios; equipamento das bibliotecas; elaboração do

plano de qualificação dos servidores; do plano de qualificação docente; contratação de doutores e mestres e apoio à interiorização do Ensino Superior. Esta última foi reforçada através de concursos públicos para professores, a partir de 1992” (ALVES, 2007, p. 65).

O ponto de partida para a transformação da UECE foi a criação de um programa de importação de doutores do Centro-Sul do Brasil e do exterior (ALVES, 2007). Neste período, o reitor convidou Jackson Sampaio e sua esposa, Célia Maria de Souza Sampaio, ambos terminando os doutorados em São Paulo, para serem, a princípio, professores visitantes da instituição, apontando para a futura realização de concursos públicos. Foi neste contexto que Jackson Sampaio retornou ao Ceará.

Em 14 de agosto de 1993, foi inaugurado o segundo CAPS do Ceará, no município de Canindé, a 117 quilômetros de Fortaleza. O município era caracterizado pela maior proporção da população rural e pobreza agravada pelas secas, resultando em uma clientela mais organicamente comprometida. Sua proximidade de Fortaleza havia propiciado o amplo trânsito de pacientes para a capital, expostos à cronificação asilar. O CAPS que então surgiu era responsável por esta clientela específica, mas, possuía também a particularidade de ser uma instituição filantrópica, estando sob responsabilidade da Sociedade Hospitalar São Francisco. Mesmo assim, ele nasceu integrado à discussão, porque

(...) deu início a uma prática de reuniões periódicas para avaliação dos trabalhos dos CAPS e da situação da luta antimanicomial no interior do Ceará, pela promoção da I Jornada Interiorana de Saúde Mental, no mesmo ano da inauguração (SAMPAIO; SANTOS, 2001, p. 129-130).

No decorrer dos anos, a interlocução continuou, inclusive porque alguns profissionais atuavam nos diversos municípios. Jackson Sampaio e Antônio Weimar foram supervisores do serviço de Canindé. Carlos Magno e Francimeyre Amorim, que fizeram sua trajetória profissional no município de Quixadá, também atuaram em Canindé (SILVAa, 2013).

Paralelamente, o SUS começava a se efetivar. Três das suas principais premissas eram a municipalização, a descentralização e o controle das políticas públicas pela sociedade. Por meio da Norma Operacional Básica–NOB, de 1993 (BRASIL, 1993), os municípios puderam adotar as três seguintes formas de gestão: incipiente, parcial e semi-plena:

Na condição de gestão semi-plena, forma mais avançada de descentralização do SUS, os municípios assumem o controle total da gestão do sistema de saúde, incluindo definição de políticas, execução, acompanhamento, controle e avaliação no âmbito de seus territórios (HEIMANN *et al.*, 1998, p. 13).

Esta modalidade, que permitia mais autonomia à gestão municipal, foi logo adotada em alguns municípios cearenses, como Icapuí, Fortim, Santana do Acaraú e Quixadá. Tal fato contribuiu para a possibilidade de inovação nas práticas de Saúde.

Heimann *et al.* (1998) realizaram estudo sobre o impacto das políticas públicas de municipalização nas cidades que tinham adotado o modelo de gestão semi-plena já em 1994. Nesta pesquisa, foram incluídas Fortim e Quixadá. Segundo os autores, no Ceará, houve um forte apoio estadual no gerenciamento do processo de descentralização. Além disso, enquanto a tendência nacional era a diminuição dos servidores da Saúde em nível estadual e federal, no Ceará esse número cresceu, com a contratação dos agentes comunitários. Em Quixadá, a cobertura do PACS era de 63% das famílias do município em 1993 e de 94% em 1996.

Na maioria dos municípios onde se instaurou o modelo, houve mudanças qualitativas e quantitativas na composição da rede de serviços, no período de 1994 a 1996. As mudanças qualitativas se referem à alteração do perfil da oferta de serviços, contribuindo para a maior complexidade da rede. Quantitativamente, houve expansão da rede, com oferta de maior número de serviços já existentes.

A maioria dos centros de apoio psicossocial e de reabilitação é inovação na rede pública, implantados com a gestão semi-plena, evidenciando a incorporação das políticas, induzidas pelo Ministério da Saúde, de Saúde Mental e dos portadores de deficiência, segmentos estes frequentemente excluídos das políticas públicas (HEIMANN *et al.*, 1998, p. 44).

A adoção do modelo também esteve ligada à diminuição de todos os tipos de internação hospitalar. Heimann *et al.* (1998) apontam como hipóteses para justificar tal fenômeno:

Uma delas é a determinação do Ministério da Saúde, em 1995, que, baseado em avaliações realizadas, definiu o parâmetro para internações no âmbito do SUS em 8% da população por ano. Outra pode ser decorrente de um maior controle e avaliação, por parte dos gestores municipais, dos serviços de atenção hospitalar, reduzindo fraudes e internações desnecessárias, conforme apontado pelos ex-Secretários Municipais entrevistados. Outra, ainda, seria que a extensão da cobertura ambulatorial básica, especializada e de urgência e emergência teria acarretado maior resolutividade e conseqüente diminuição das internações (p. 46).

Houve, ainda, queda da taxa de evasão no período, nas cidades de Fortim e Quixadá, o que significa que, mesmo com a redução das internações hospitalares, o município conseguiu absorver essa demanda sem enviar pacientes para outros municípios. Para assunção da gestão semiplena, os municípios necessitavam cumprir uma série de exigências no sentido de possibilitar a descentralização de gerenciamento do SUS, por meio da participação comunitária, como a execução de conferências e funcionamento de conselhos municipais e locais de saúde. Nos dois municípios, já existiam conselhos municipais de saúde. Os autores acreditam (HEIMANN *et al.*, 1998) que isso se deu em decorrência das exigências na Lei 8.142/90 para repasse de recursos de origem federal. Os Conselhos Locais de Saúde, entretanto, só foram constituídos após a assunção da gestão semiplena. Outra exigência para a gestão semiplena era

a criação de comissões para a elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Salários–PCCS do pessoal da Saúde para o município. Tanto Fortim quanto Quixadá constituíram as comissões, porém, não implementaram o plano para seus servidores.

Ilário Marques havia assumido a gestão municipal de Quixadá, de onde é natural, em 1993. Segundo ele, já no seu mandato de deputado, havia direcionado suas ações para as questões de poder local. Convidou Odorico Monteiro para a Secretaria da Saúde, devido à sua exitosa experiência em Icapuí. Icapuí e Quixadá foram, respectivamente, a 1ª e a 2ª prefeituras assumidas pelo PT no Ceará.

Eu costumo dizer que, em Icapuí, nós tínhamos um carro parado trocando pneu e, em Quixadá, nós trocávamos pneu com o carro andando. Você tinha um sistema de saúde antigo, fruto do modelo brasileiro centrado no hospital, na lógica do Inamps. Nós tínhamos que superar um sistema falido e colocar em prática as bases da Reforma Sanitária. Para superar tais dificuldades, fiz uma revisão literária sobre os modelos de medicina de família de Cuba, da Inglaterra e do Canadá, aproveitando a experiência dos agentes de saúde do Ceará e a interiorização da enfermagem dada nesse processo. Nós conseguimos mostrar que o modelo proposto em Quixadá não era o de médico da família, mas de saúde da família. Implantamos o Saúde da Família em Quixadá, que serviu de modelo para outros municípios, como Camaragibe e Campina Grande, e também para cidades oriundas do Paraná, de São Paulo e da Bahia. Discutimos ainda a proposta diretamente com o Ministério da Saúde. Essa foi a grande contribuição do município de Quixadá para o SUS (ANDRADE, 2003, p. 10).

Odorico Monteiro convidou os companheiros do movimento estudantil para comporem os quadros da secretaria de saúde.

Todos éramos amigos dele e conhecidos do movimento, porque não participávamos só do movimento estudantil de Fortaleza. Nós fomos da direção executiva nacional dos

estudantes de Medicina (...). Alcides [Silva de Miranda] foi presidente. Gabriela [Maria Gabriela Curubeto Godoy] foi da executiva. (...) Então, o Odorico conhecia todos e foi chamando. Ele é muito convincente [risos]. (...). E o pessoal foi chegando. Com um grande poder de elaboração, porque os meninos tinham participado do movimento nacional de residência médica, também. Principalmente no auge do movimento do Mira Y Lopez, por condições na residência, por mais vagas, por tudo... A democratização dos programas de residência. E alguns tinham feito residência em Medicina Geral Comunitária, como é o caso de Alcides. Então vinha de um processo de discussão do processo saúde-doença, toda uma compreensão, já da Medicina Social. O pessoal estudava em Porto Alegre, Alcides, Gabriela... Então, lá, esse movimento estava bem avançado. O primeiro presidente da executiva nacional era de lá, que era o Armando de Negri. Então, eles já tinham toda uma elaboração desses embasamentos da Medicina Social do Jayme Brey, da Asa Cristina Laurell... Década de 80, né? [Sorri] (SILVA, 2013a, p. 03).

Vieram profissionais, especialmente da Medicina e da Enfermagem, de diversas cidades e estados brasileiros, oriundos do movimento estudantil: de outras cidades cearenses, como Icapuí, Itapiúna e Fortaleza, e de outros estados, como Paraíba, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo. Alcides Silva de Miranda, médico, trabalhava no município de Novo Barreiro, no interior do Rio Grande do Sul, assim como sua esposa Maria Gabriela Curubeto Godoy, também médica. Havia feito sua residência em Medicina Geral Comunitária, trabalhava junto ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST, e era filiado ao PT. No movimento estudantil, já trabalhava junto aos movimentos sociais. Odorico convenceu primeiramente sua esposa a ir morar em Quixadá. Ao ser perguntado pelos motivos que levaram o casal a se mudar, Alcides definiu:

Era um processo que estava se iniciando numa prefeitura do PT. Do PT de então, não do PT de agora. Era muito promissor. E aí, várias pessoas do movimento estudantil

tinham sido convidadas e tinham resolvido vir para Quixadá. Então era uma espécie de balão de ensaio, eu entendi dessa forma. Várias pessoas que eu conheci, de convivência no movimento estudantil, estavam já ali e havia uma possibilidade de se criar o Programa de Saúde da Família, que tinha sido anunciado na televisão pelo ministro na época, Henrique Santillo, nesse sentido, e não tinha sido lançado (MIRANDA, 2014, p. 02).

O poder de convencimento de Odorico, somado ao contexto político local e à amizade com ele foram determinantes para a aceitação dos profissionais ao desafio de saírem de seus lugares para o trabalho em município do interior do Ceará, que geralmente sofre com a pouca quantidade de profissionais de saúde e com difíceis condições de vida. Além disso, a experiência se diferenciou da experimentada em outros municípios, pela qualificação dos trabalhadores e pela trajetória de vivência democrática nos movimentos sociais.

Segundo Ilário Marques (2013a), a municipalização foi um desafio que Odorico Monteiro colocou para a gestão. Teriam sido escolhidos 19 municípios do Brasil para experimentar o modelo de gestão semiplena e o município de Quixadá teria sido convidado devido à articulação de Odorico Monteiro no Ministério da Saúde e ao trabalho que o município já vinha desenvolvendo. A gestão semiplena possibilitou o Programa de Saúde da Família.

Portanto, o que nos permitia pensar o Programa de Saúde da Família foi exatamente a liberdade de podermos gerenciar os recursos sem ser pela produtividade. (...) Então, nós entendemos assim: com tais recursos dá pra contratar equipes de saúde de forma descentralizada, e, portanto, encontramos a resposta à pergunta “por onde entra o cidadão no SUS? Ele entra pela unidade básica ou pela emergência”. (...) Nós implantamos quatro equipes pioneiras, do Programa Saúde da Família, porque tínhamos o recurso repassado fundo-a-fundo, a partir dos tetos estabelecidos (MARQUES, 2013a, p. 04).

Nesse contexto de criação de programas e serviços, foi concebido e inaugurado o CAPS de Quixadá. Segundo Ilário Marques (MARQUES, 2013a), isso só foi possível devido à racionalização dos recursos, já que ainda não existia financiamento específico. A princípio, Ilário Marques convidou Willians Valentini, psiquiatra piracicabano, para ajudá-lo neste processo.

O doutor Willians já fazia parte de todo o debate lá de Santos e de Campinas, tinha reformulado toda a visão do hospital público de Campinas e acompanhado muito de perto toda a reforma psiquiátrica na Itália, onde ele tinha estudado, participado, feito doutorado. E ele ficou sendo assim uma base de uma supervisão maior pra nós. Mais diretamente a mim, prefeito, do que ao próprio pessoal da saúde (MARQUES, 2013a, p. 06).

A supervisão da equipe ficou a cargo de Jackson Sampaio. O CAPS de Quixadá foi gestado no mesmo período que o de Canindé, mas Jackson defendeu que o CAPS só deveria ser inaugurado depois da seleção e do treinamento inicial da equipe, já contratada desde o período de treinamento, que durou três meses. Também defendeu que a inauguração deveria ocorrer por meio de um evento político, científico e técnico, o que se consubstanciou na realização da I Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania (SAMPAIO, 2013).

Antônio Weimar e Severo Júnior foram, a princípio, os psiquiatras convidados para formar a equipe. Severo Júnior participou do início do processo, mas precisou permanecer no município de Iguatu e convidou Carlos Magno para substituí-lo. Havia, portanto, uma clara continuidade entre a experiência de Quixadá e as discussões sobre reforma psiquiátrica que aconteciam no estado, nas décadas anteriores. A primeira equipe contava ainda com a psicóloga Ana Érika Galvão, a terapeuta ocupacional Irene de Oliveira Barros, a assistente social Vanda Gonçalo Saraiva, o enfermeiro Humberto Gomes Farias da Silva, os auxiliares de enfermagem Wellington Peixoto de Sousa e Marta Inácio de Oliveira e o

motorista Geraldo Fernandes Pinto. As ações desenvolvidas no município, em saúde mental, serão aprofundadas em capítulo próprio.

Com estes três primeiros CAPS, a sistemática realização de jornadas e encontros de CAPS se constituiu em importante instrumento para a realização da reforma psiquiátrica no Ceará.

A gente discutia, justamente, essa questão da tecnologia, a questão da legislação, questões de financiamento, o que fazer, qual é a função de um psicólogo de CAPS, a função do médico de CAPS, a função da enfermeira etc. Nunca definimos qual seria a equipe por categoria profissional. A gente entendia que cada município montaria a sua, existindo uma base, é lógico: médico, psicólogo, enfermeiro e assistente social, a gente achava que seria fundamental. Mas, havia CAPS que precisava também de um fisioterapeuta, enquanto outro precisava de terapeuta ocupacional, outro precisaria de pedagogo. Isso vai depender muito da necessidade (ISCHIARA, 2013, p. 03).

Nesse período efervescente, foi publicada a Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 12.151 (CEARÁ, 1993), de 29 de julho de 1993, também conhecida pelo nome de seu autor, o deputado Mário Mamede. A lei dispunha sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentava a internação psiquiátrica compulsória e dava outras providências. Observe-se que o Ceará foi o segundo estado brasileiro a possuir uma lei estadual de reforma psiquiátrica, além de antecipar-se significativamente à legislação federal. Ela foi seguida por lei municipal semelhante em Iguatu.

Nesse mesmo ano inicia-se o processo de intervenção em um hospital psiquiátrico de Fortaleza, que finda com seu fechamento em 1994. Em 1995 foram criados os CAPS de Icó, Juazeiro do Norte e Cascavel. O CAPS de Juazeiro foi cadastrado como filantrópico [como o de Canindé] (RIGOTTO *et al.*, 2007, p. 15).

Sampaio (2005), refletindo sobre a primeira fase, percebeu que foi exatamente nas regiões de vazio assistencial, como nos Sertões Centro-Sul e Central, que a Reforma Psiquiátrica pôde começar, pela criação de CAPS municipais. Na capital do estado e nas macrorregiões do Vale do Cariri e de Sobral, não houve avanço, pois outras questões se apresentavam, como o conservadorismo político e a presença de hospitais psiquiátricos privados de características asilares.

Em 1996, o Partido dos Trabalhadores não conseguiu a reeleição no município de Quixadá. No ano seguinte, Odorico Monteiro assumiu a função de Secretário Municipal de Saúde de Sobral, na gestão de Cid Gomes, produto de aliança Partido Socialista Brasileiro - PSB/Partido dos trabalhadores - PT, e convidou vários dos trabalhadores de Quixadá para acompanhá-lo em Sobral, incluindo Jackson Sampaio, que ficou responsável por assessorá-lo na criação de uma política de saúde mental para o município (SAMPAIO; CARNEIRO, 2005/2007); e Alcides Miranda, que foi consultor e realizou treinamentos e cursos nas áreas de planificação em saúde e organizações de serviços de saúde. Jackson Sampaio manteve a supervisão institucional do CAPS de Quixadá por 10 anos e, simultaneamente, foi supervisor do CAPS de Canindé por um ano e do CAPS de Sobral por seis anos.

Segundo Sampaio (2005), a ideia central foi a de um CAPS como dispositivo prático disparador de outras ações, visando a instalação de uma rede de serviços, dada a complexidade do município e da região de Sobral. Assim, dispor-se-ia a ser supervisor institucional do novo serviço, o que de fato aconteceu a partir de dezembro de 2000, quando o CAPS de Sobral foi inaugurado. O município vivia muita precariedade em suas políticas sociais, sobretudo na Educação e na Saúde. O texto da política de saúde mental, encaminhado à Câmara Municipal em maio de 1999, relatava o abandono da assistência psiquiátrica no município e em sua respectiva macrorregião de saúde. Havia um único hospital psiquiátrico na cidade, de natureza asilar: a Casa de Repouso Guararapes, com clientela apresentando alto grau de cronificação, grande tempo de permanência, reincidência de internações e baixa rotatividade real dos leitos.

A primeira iniciativa foi a de identificar os serviços e os recursos humanos existentes, oferecer nova qualidade de trabalho ao ambulatório de Psiquiatria do Serviço de Especialidades Médicas-SEM, identificar a disponibilidade de mudanças administrativas e técnico-terapêuticas por parte do proprietário do Hospital Guararapes e mobilizar a opinião pública para a idéia de reforma psiquiátrica, de atenção extra-hospitalar e de direitos da pessoa portadora de transtorno mental (SAMPAIO, 2005, p. 07).

No mesmo ano de publicação da política municipal, o paciente Damião Ximenes Lopes foi internado, em perfeito estado físico, na Casa de Repouso Guararapes. Lá foi submetido a violências físicas e, em consequência, morreu, segundo fatos provados pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (BRASIL, 2007). Durante o processo, levantaram-se os mais diversos casos de mortes violentas, maus-tratos e demais delitos contra outros pacientes da Casa - tais como acusações de estupro e de fratura de membros de pacientes. O caso Damião resultou na primeira condenação do Brasil na referida Corte, pela responsabilidade parcial na morte, embora havendo o reconhecimento das grandes ações reparadoras postas em movimento pela Prefeitura de Sobral, sobretudo pela falta de investigação e de punição (ORGANIZATION, 2005)<sup>5</sup>.

A segunda fase deste período carregou esta marca. Com a repercussão estadual, nacional e internacional do caso, muitas ações foram tomadas para reverter o quadro da assistência psiquiátrica no estado. A cidade de Sobral foi palco, em maio de 2000, da I Oficina de Saúde Mental do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará – COSEMS/CE. Deste encontro, resultou a carta de Ytaceranha (CONSELHO, 2000), que reafirmava os princípios da reforma psiquiátrica, a partir das ideias de cidadania, qualidade de vida, expressão da subjetividade e lógica de cuidados, além de estabelecer a necessidade de integrar as políticas de saúde mental, de saúde do trabalhador e da saúde

<sup>5</sup> Mesmo com a condenação pela Corte Internacional de Direitos Humanos e pressões políticas de diversos âmbitos, os envolvidos só foram condenados mais de uma década após os crimes. Os responsáveis cumprem pena em liberdade e vários profissionais de saúde envolvidos sequer tiveram seus registros nos respectivos conselhos cassados, trabalhando, normalmente, nas respectivas profissões.

da família, voltados para a perspectiva da atenção primária e dos sistemas locais de saúde. Nesta fase,

(...) o governo estadual decide implantar um CAPS em cada uma das 21 microrregiões de saúde, o governo municipal de Fortaleza decide implantar um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional da cidade de Fortaleza (n=6) e o I Encontro Estadual de CAPS é promovido pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mas a capital, Fortaleza, avançou muito pouco e pouco qualifica os indicadores gerais do estado (SAMPAIO *et al.*, 2011, p. 4689).

Na fase seguinte, de 2001 a 2005, em Sobral, a gestão municipal fechou a Casa de Repouso Guararapes e criou uma rede de assistência regida pelo ideário da Reforma Psiquiátrica, utilizando-se dos equipamentos CAPS, Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas - CAPS AD, residências terapêuticas e unidade psiquiátrica em Hospital Geral (RIGOTTO *et. al.*, 2007). Com a aprovação da lei federal nº. 10.216 (BRASIL, 2001), autorizando o repasse de recursos, cresceu em todo o estado o número de CAPS, chegando a 90, no período, entre CAPS gerais, infantis – I - e para álcool e drogas - AD.

Embora Fortaleza tenha aberto o primeiro CAPS em 1998 e outros dois em 2001, a abertura desses serviços não impactou a lógica asilar concentrada na capital. Somente a partir de 2005, com a nova gestão municipal, é que começa a ser implementada uma política de saúde mental em concordância com os principais postulados pelo movimento de Reforma Psiquiátrica (RIGOTTO *et. al.*, 2007, p. 16).

Atualmente, o Hospital de Saúde Mental de Messejana - HSMM continua sendo o único hospital público psiquiátrico no estado, o Hospital Judiciário permanece em sua função manicomial para apenados, cinco hospitais psiquiátricos foram fechados, restando três, 87 leitos psiquiátricos foram credenciados em hospitais gerais, na capital e no interior, quatro residências terapêuticas e 122 CAPS foram inaugurados,

nas modalidades Geral, AD e I. O estado do Ceará foi dividido em 18 Redes de Atenção Psicossocial – RAPS e novos equipamentos foram incluídos na rede, como unidades de acolhimento e consultórios de rua (SESA, s/d; ESCOLA, 2014). Entretanto, essa divisão em RAPS é mais administrativa que factual, uma vez que nenhuma das dezoito RAPS do Ceará conta com todos os equipamentos necessários para que recebam essa nomenclatura. Após mais de duas décadas, a Reforma Psiquiátrica no Ceará é severamente afetada com o golpe de Estado sofrido em 2016, com o retorno às políticas neoliberais e o ataque, em nível nacional, das políticas públicas sociais.

### 3 O MUNICÍPIO DE QUIXADÁ, SEU SISTEMA DE SAÚDE E SUBSISTEMA DE SAÚDE MENTAL

Em suas origens, a região onde atualmente se localiza o município de Quixadá era habitada por índios tapuias, canindés (BRASIL, s/d) e jenipapos (SANTIAGO, 2010) que foram perdendo espaço com a entrada de criadores de gado na região, lógica fundamental da presença da colonização portuguesa, história comum a diversos municípios do sertão cearense. Em 1698, iniciaram-se as primeiras concessões de terras da região, que foi efetivamente ocupada por colonos a partir de 1705, vencida a resistência indígena.

Em 1641, Manoel da Silva Lima, alegando ter descoberto dois olhos d'água, obteve uma sesmaria. Essas terras, inicialmente de Carlos Azevedo, eram o 'sítio Quixadá' adquirido por compra conforme a escritura de 18 de dezembro de 1728. Esta escritura é o primeiro documento público em que aparece o nome Quixadá na sua atual forma gráfica (SANTIAGO, 2010, p. 16).

O sítio foi vendido a José de Barros Ferreira, em 1747. José construiu casas, capela e curral, criando as bases da atual cidade de Quixadá, motivo pelo qual é considerado o seu legítimo fundador (SANTIAGO, 2010).

No século XVIII, Quixadá se encontrava eclipsada pela pujança da vila de Quixeramobim, da qual se tornou distrito. O Ceará, com sua história construída a partir da pecuária e da necessidade de abastecer de alimento a economia açucareira da zona da mata, teve sua geografia profundamente transformada, na metade do século seguinte. Contribuíram para isso: a decisão de conceder autonomia à província do Ceará em relação a Pernambuco; a abertura dos portos às nações amigas, determi-

nada pelo Governo Português transferido para o Brasil; o aumento da demanda internacional por algodão e a construção de uma linha férrea no período Imperial, pós-independência do Brasil.

Quixadá foi uma das localidades que teve sua economia dinamizada com a plantação e o beneficiamento do algodão. Entre 1860 e 1863, foram criadas suas primeiras escolas públicas. Com o projeto e a construção do Açude do Cedro, a vila passou a receber migrantes de diversas regiões, estimados em 30.000. Estradas foram criadas, a urbanização foi acelerada, contribuindo para que, em 27 de outubro de 1870, Quixadá fosse desmembrada de Quixeramobim. Com a lei provincial nº. 1347, tornou-se município (SANTIAGO, 2010). No ano de 1884, foi iniciada a obra do açude, primeira grande obra pública de combate às secas a ocorrer no Ceará, concluída 22 anos depois, já na República, marcando o primeiro ciclo do apogeu econômico de Quixadá.

Nas primeiras décadas do século XX, os proprietários de terra investiram seus lucros obtidos a partir das atividades agropastoris e ampliaram a base comercial e industrial de Quixadá. A cidade passou a ocupar considerável importância no estado, o que veio a ser abalado após a segunda grande guerra mundial e o investimento brasileiro na modernização da agricultura, com vistas à exportação. No Ceará, isso significou investimento nas culturas de frutas tropicais, em detrimento das culturas tradicionais, como o algodão, e nas de subsistência (PEREIRA, 2010). Mesmo assim,

Quixadá viveu o apogeu da cotonicultura entre as décadas de 1960 e 1970, período em que teve grande prosperidade econômica. Nesse período, o município era o núcleo da comercialização do algodão produzido na região do Sertão Central, no Ceará e fazia parte dos grandes produtores do estado (ARAÚJO, 2012, p. 25).

À ausência de investimento do poder público na cotonicultura se somaram o excesso de chuva e o ataque da praga do bicudo, *Anthonomus grandis Boheman*, em meados da década de 1980, o que resultou em grave crise no setor, pois,

(...) quando a praga do bicudo foi se instalando definitivamente nos campos algodoeiros da zona rural de Quixadá, principalmente a partir de 1986, aproximadamente 20 mil famílias dessa zona no município foram atingidas, pois estas tinham na cultura algodoeira sua principal fonte de renda (ARAÚJO, 2012, p. 26).

Consequentemente, surgiram problemas sociais, conjunturais e estruturais. Até então, os grandes proprietários de terra de Quixadá mantiveram-se no poder local mediante a ocupação de cargos políticos, além de exercer uma dominação de tipo tradicional sobre os camponeses, com relações de compadrio. A nova conjuntura social permitiu a eleição do médico Francisco Martins de Mesquita, pelo Partido Democrático Cristão - PDC, para prefeito, em 1988, rompendo com o ciclo político dos grandes proprietários e industriais que se revezavam no poder. Francisco Mesquita foi eleito com uma diferença esmagadora sobre o candidato Aziz Okka Baquit, industrial local, a partir de um forte sentimento popular de desejo de mudança. Para Araújo (2012), “No sertão nordestino, de uma maneira geral, os camponeses estavam aumentando o seu grau de consciência sobre a exploração a que eles estavam submetidos e ampliando o seu espaço de contestação” (p. 36).

De fato, os anos de 1980 e 1990, em Quixadá, foram marcados pelos assentamentos, sindicatos de trabalhadores rurais aliados ao movimento da Teologia da Libertação, às Comunidades Eclesiais de Base – CEBs - e o nascimento de novas estruturas partidárias populares, como o Partido dos Trabalhadores. “Garantir o direito à terra para os trabalhadores rurais, portanto, era o prenúncio do surgimento de novos atores sociais e políticos na disputa pelo Poder Local” (SILVA, 2010, p. 55).

Quando Francisco Mesquita assumiu,

Quixadá tinha o maior índice de desemprego do interior cearense. Não possuindo trabalho no campo, os agricultores buscaram opções de sobrevivência na cidade. Em 1990, a população urbana de Quixadá havia crescido 51,4% (ARAÚJO, 2012).

Embora Francisco Mesquita tenha sido eleito com uma grande diferença de votos (TRE-CE, s/d) e simbolizasse a mudança sobre os antigos chefes de poder local e mesmo que, logo no início de sua gestão, tenha concedido aumento salarial aos servidores públicos que variava entre 50 e 110%, sua gestão não teve grande aprovação pela população. Ademais, “Gilberto Telmo, que foi secretário na administração do Mesquita, em sua entrevista, fala em uma ‘falta de determinação política, de vontade política, a falta de coragem para o trabalho administrativo, do Mesquita’” (ARAÚJO, 2012, p. 39).

No final do século XX e início do século XXI, o município de Quixadá apresentava um setor terciário bastante desenvolvido, por meio do comércio e dos serviços, vindo em segundo lugar uma pequena indústria de beneficiamento de algodão e, em terceiro lugar, a agricultura, seja a extensiva de algodão, seja a de subsistência. A administração pública era a atividade com maior número de empregos formais em Quixadá e, recentemente, o turismo vem se consolidando como alternativa econômica, seja o turismo de aventura, seja o religioso (SANTIAGO, 2010).

Sua pirâmide etária tinha a forma das localidades subdesenvolvidas, com população predominantemente jovem. Segundo o censo de 1991, 73,2% dos domicílios possuíam chefes que recebiam até um salário mínimo, sendo 55% dos chefes de domicílio homens analfabetos e 4,1% mulheres analfabetas (CENSO, 1991). Em 2007, o município de Quixadá possuía 80.604 habitantes, distribuídos em 2.020 km<sup>2</sup> de caatinga (CONTAGEM, 2007), com distritos afastados da sede do município e sérios problemas de acessibilidade aos serviços (HEIMANN, 1998).

Hoje, Quixadá possui dez distritos: Califórnia, Cipó dos Anjos, Custódio, Daniel de Queiroz, Dom Maurício, Juá, Juatama, São Bernardo, São João dos Queirozes e Tapuiará. Os mais antigos – Daniel de Queiroz e Juatama – foram criados em 1933, enquanto os mais novos – Califórnia e Juá, em 1993 (SANTIAGO, 2010). Quixadá possui bastante representatividade na macrorregião do Sertão Central, uma vez que é o município mais populoso.

Culturalmente, a cidade possui, tradicionalmente, cantadores de viola, grupos folclóricos, bandas de música, festas juninas (ALVES, 2007).

### 3.1 ENSINO SUPERIOR NO SERTÃO CENTRAL

A década de 1970 foi marcada pela extensão do Ensino Superior no Nordeste. Este clima favorável também se fez sentir em Quixadá. Através de lei municipal, em 1973, foi criada a Faculdade de Filosofia João XXIII, e, em 1976, a sua mantenedora, a Fundação Educacional do Sertão Central – FUNESC. Um proprietário local, Joaquim Gomes da Silva, doou terreno, material de construção e livros à Faculdade. O governo do estado, o Banco do Brasil e outras instituições doaram móveis e equipamentos. Em 1980, com o prédio construído, foram oferecidos pequenos cursos de extensão e de especialização, em convênio com a Faculdade de Filosofia de Fortaleza (ALVES, 2007).

Em 1983, a Universidade Estadual do Ceará – UECE, em seu processo de interiorização, criou quatro unidades no interior. No caso de Quixadá, encampou a faculdade existente, que passou a utilizar o nome Faculdade de Ciências e Letras do Sertão Central – FECLESC. Seus cursos pioneiros foram as licenciaturas em Pedagogia, Ciências e História, reconhecidas em 1988. Atualmente, a FECLESC oferece as Licenciaturas em Pedagogia, História, Letras Português, Letras Inglês, Química, Matemática, Física e Ciências Biológicas. O primeiro concurso público realizado pela UECE aconteceu em 1983, destinado ao preenchimento de vagas para professores da FECLESC.

Posteriormente, foi desencadeada uma segunda luta: a contratação dos professores, a qual só foi concluída em 1986, após os aprovados terem conseguido a prorrogação da validade do concurso no Conselho de Ensino e Pesquisa (CEPE). A contratação dos professores foi outra batalha na qual se envolveram os próprios concursados, que eram os interessados diretos, os estudantes, a direção da Faculdade, os professores, primeiros contratados, e a própria comunidade (ALVES, 2007, p. 79).

Na década seguinte, a contratação de professores na FECLESC também teve dificuldades. O problema só foi resolvido quando o reitor

da UECE, professor Paulo Petrola, determinou a desobstrução do processo e realizou a contratação.

A partir de então os professores passaram a pertencer ao quadro permanente da Faculdade e aos seus respectivos departamentos. Além desta vinculação, todos os candidatos assumiram um termo de compromisso de residirem na cidade ou nas cidades vizinhas e de colocarem dois expedientes durante cinco dias da semana à disposição da Faculdade” (ALVES, 2007, p. 90).

Nesse contexto, a psicóloga Ana Érika de Oliveira Galvão foi convocada, assumindo o cargo de professora na FECLESC em 1992 (GALVÃO, 2013). No período de 1992 a 1994, a FECLESC se expandiu aceleradamente, tanto no aspecto físico, quanto acadêmico, como era o objetivo do projeto Nova UECE (ALVES, 2007). Este *campus* iniciou a trajetória da cidade de Quixadá como polo universitário no Sertão Central. Segundo o primeiro diretor da FECLESC, o professor Luiz Osvaldo Santiago Moreira,

A história da Faculdade foi uma história de luta e trabalho comunitário. Isso gerou, desde o seu desenvolvimento, um Projeto Pedagógico libertador, aberto às discussões e que se tentou implantar através de um coletivo de educadores, educandos, funcionários e comunidade (ALVES, 2007, p. 73).

A dissertação da professora Ângélica Maria Pinheiro Ramos (RAMOS, 1990), também defende que o projeto pedagógico das faculdades sediadas em Quixadá é claramente progressista. A FECLESC visava suprir o déficit de professores para as escolas da região, combater o analfabetismo e melhorar o ensino básico, de uma forma geral. Dez anos depois de sua implantação, houve uma clara melhora no quadro de professores das áreas que possuíam cursos na Faculdade, enquanto que a carência continuava nas áreas em que a FECLESC não atuava (ALVES, 2007).

Para Ilário Marques (2013), ela também foi responsável por formar uma massa crítica na cidade, o que se alia ao pensamento de que se trata-

va de um centro progressista de formação de profissionais. Alves (2007) ainda apresenta alguns depoimentos que vão nessa direção, como o do aluno de História Rui B. Silva: “Nossa região, principalmente Quixadá, tem uma tendência política esquerdista, isto é uma influência do saber acadêmico aqui construído e por alguns socializado” (p. 104).

Entretanto, a FECLESC era especialmente voltada à oferta de cursos de licenciatura e à melhoria do ensino básico. No campo religioso, sentia-se a necessidade de dar continuidade à formação dos seminaristas, o que resultou na criação do Instituto Filosófico Teológico Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão, em 1999, pelo segundo bispo diocesano da cidade de Quixadá, Dom Adélio Josep Tomasin. “A sua implantação, nos moldes da legislação do ensino superior, iniciou-se no primeiro semestre do ano de 2003, com o Curso de Teologia, autorizado em 2002” (FACULDADE, 2014, p. 05). A fundação do Instituto já apontava para a criação de uma faculdade, a Faculdade Católica Rainha do Sertão - FCRS.

A FCRS nasceu em uma região que abriga os municípios da 5ª, 8ª, 9ª e 18ª microrregionais de Saúde, que compreendem os municípios de Madalena, Itatira, Banabuiú, Choró, Milhã, Ibareta, Quixadá, Quixeramobim, Pedra Branca, Senador Pompeu, Solonópole, Boa Viagem, Ibicuitinga, Irapuã Pinheiro, Mombaça e Piquet Carneiro. Essa região apresentava uma defasagem no número de profissionais de Saúde (FACULDADE, 2014). A sua criação, em 2004, por Dom Adélio Tomasin e pelo economista José Nilson Ferreira Gomes Filho, visava suprir essa demanda. Ambos ficaram na direção da FCRS desde a sua fundação até o ano de 2010, quando a faculdade contava com dezesseis cursos (BRASIL, 2014). Atualmente, os cursos são: Administração, Arquitetura e Urbanismo, Biomedicina, Ciências Contábeis, Design Gráfico, Direito, Educação Física – bacharelado e licenciatura, Enfermagem, Engenharia de Produção, Farmácia, Filosofia – bacharelado e licenciatura, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Sistemas de Informação e Sistemas para Internet. Conta ainda com cursos de pós-graduação. A faculdade adquiriu status de centro universitário e se chama Centro Universitário Católica de Quixadá - UniCatólica.

No âmbito federal, a década de 2000 foi marcada por um forte investimento no ensino no interior, pelas gestões de Luiz Inácio Lula da Silva. Quixadá foi uma das cidades que se beneficiou desta política de interiorização. O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI – possibilitou a criação de um *campus* da UFC na cidade. Inaugurado em 17 de setembro de 2007, o objetivo da UFC era criar um Polo de Tecnologia da Informação no Sertão Central. Atualmente, o *campus* conta com os seguintes cursos: Sistemas de Informação, Redes de Computadores, Engenharia de Software, Ciência da Computação, Design Digital e Engenharia da Computação (UFC-Quixadá, s/d).

Além disso, com a segunda fase do plano de expansão da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, em 2007, foi possível criar o *campus* de Quixadá do Instituto Federal do Ceará - IFCE. Suas atividades foram iniciadas em 10 de junho de 2008. Hoje, o IFCE-Quixadá oferece ensino técnico na modalidade integrada e concomitante; cursos de nível superior, educação à distância, além de atividades de pesquisa e extensão. Os cursos de nível superior são: Bacharelado em Engenharia Ambiental e Sanitária, Licenciatura em Química e Tecnologia em Agronegócio (IFCE-Quixadá, s/d).

No final de 2011, o mesmo Dom Adélio Josep Tomasin, criador da Faculdade Católica Rainha do Sertão, resolveu criar, com o apoio do professor José Nilson Gomes Filho, o Instituto Educacional e Tecnológico CISNE, composto pela CISNE - Faculdade Tecnológica de Quixadá e CISNE – Faculdade de Quixadá. A primeira ofereceria os cursos de Design de Interiores, Produção Publicitária e Gestão Comercial. A segunda ofereceria os cursos de Engenharia Civil, Engenharia Elétrica, Nutrição e Serviço Social. Os cursos de nível superior obtiveram parecer favorável à sua criação em novembro de 2014 (BRASIL, 2014).

Hoje, Quixadá assumiu grande importância na formação profissional na região do Sertão Central. A UECE e a UniCatólica, pela natureza dos seus cursos, foram as instituições que tiveram maior impacto sobre a rede de Saúde do Município.

### 3.2 O SISTEMA DE SAÚDE E SUBSISTEMA DE SAÚDE MENTAL DE QUIXADÁ

O município de Quixadá apresentava os mesmos problemas anteriores ao SUS encontrados em todo o território nacional. Entretanto, somavam-se a esses àqueles próprios das cidades pequenas do sertão cearense: a falta de estrutura física, de profissionais de Saúde, de capacitação profissional, a dependência da capital.

No ano de 1988, o município contava com apenas uma enfermeira. Era Ana Valéria Nepomuceno Bezerra Carneiro, que nasceu em Quixadá, estudou na Universidade de Fortaleza e retornou para exercer a profissão. Sobre este período, ela relata:

Eu acho que nessa época, ainda existia o serviço da Fundação Nacional de Saúde, que era o SESP. Na verdade, quando cheguei, os postos do município funcionavam muito pouco, só aquele atendimento básico do básico. Nessa época, eram muitos postos desativados. Às vezes, viajava um médico para o interior, fazia ali o atendimento uma vez por semana, então, o serviço ainda não era muito estendido, na época, não era muito ofertado, principalmente, no sertão. Aqui na sede, basicamente, a população procurava sempre aquele antigo SESP, Fundação Nacional de Saúde, então, praticamente, era o único que funcionava no município, de serviço público. Tinha o INAMPS também [...]. Mas, assim, quando cheguei, não funcionava. Só funcionavam, praticamente, o hospital e a fundação SESP. [...] Aí começamos a implantar serviços de imunização das unidades, que na época, também, só existiam na Fundação SESP (CARNEIRO, 2013a, p. 01).

Ainda sobre este período, Ana Valéria assim descreveu a estrutura dos serviços de Saúde:

A gente ia atender no distrito, mas era muito precário. Muito, muito, muito, muito. E sabe aquele negócio de você estar atendendo e estar caindo bosta de morcego em sua cabeça, porque não era forrado? Você está atenden-

do, às vezes, em uma cama que uma pessoa lá do sertão conseguiu e a gente botou ali pra atender (CARNEIROa, 2013, p. 14).

Na Saúde Mental, a situação não era melhor. Não existe nenhum documento-fonte que aponte para a existência de psiquiatras no município. Mauro Timóteo de Almeida, carioca, foi um morador de Quixadá que lá chegou em 18 de outubro de 1987. Antes de chegar à cidade, ele havia passado por uma internação no hospital psiquiátrico Pedro II e no Instituto de Psiquiatria Universitário Clementino Fraga Filho, ambos no Rio de Janeiro. Foi aí que, segundo ele (ALMEIDA, 2013), começou a sua vida como doente mental. Também foi internado na Santa Casa de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e numa clínica de Barra Mansa, Rio de Janeiro. Então, decidiu: “Eu vou é pro Nordeste. Vou pro Nordeste que eu não aguento mais ficar aqui pelo lado do sul” (ALMEIDA, 2013, p. 02).

Mauro Timóteo decidiu vir para Quixadá, na rodoviária. Antes passou pela cidade de Andorinha, na Bahia. Assim explica porque escolheu Quixadá:

vi assim Andorinha, mas achei uma cidade sem graça, muito matuta. Aí quando cheguei aqui, o pessoal meio intelectual, só tinha quarenta e cinco mil habitantes, Quixadá. Sei lá. Um pessoal que gostava de mim (...). Eu gostei. Achei meio parecido com o Rio de Janeiro. Aí deu pra acostumar. Não sei, fui ficando aqui” (ALMEIDA, 2013, p. 04).

Além disso, foi recebido por uma família que, a princípio não o conhecia, mas que, por um ano, deu-lhe almoço e jantar. Depois, já com uma amizade estabelecida, foi morar na própria casa da família (ALMEIDA, 2013). Sobre como era o tratamento sanitário que recebia, Mauro Timóteo relata: “Eu vivia ali no INAMPS. (...) Não tinha nenhum tipo de psicotrópico nas farmácias do INAMPS. (...) Aí eu saía todo dia seis horas da tarde e ia lá no posto onde eu tomava remédio Neozine” (ALMEIDA, 2013, p. 04).

Maria Gorete Silva Barros, outra moradora de Quixadá, relata o tratamento dispensado a sua irmã Isabel Cristina da Silva Barros, que, neste momento, “começou a ficar triste, num canto. (...) Não queria comer” (BARROS; BARROS, 2013, p. 04).

Aí, na época, não tinha tratamento de nada, aqui. Só um neurologista, uma vez por mês, lá no SESP. (...) Ela sempre ia. (...) E a gente medicava, o médico passava [o medicamento], e não servia de nada. (...) Ele dizia que ela estava com problemas nos nervos. (...) E passava só tranquilizante pros nervos dela. Mas aí não servia de nada, porque ela tinha crises fortes (BARROS; BARROS, 2013, p. 03).

O tratamento das crises psiquiátricas era feito no Hospital Municipal Eudásio Barroso ou os pacientes eram transferidos para o Hospital de Saúde Mental de Messejana - HSMM, em Fortaleza (OLIVEIRA, 2013b; CARNEIRO, 2013a; SOUZA, 2013).

Os primeiros psiquiatras a trabalharem em Quixadá só vieram em 1993, por ocasião da criação de seu primeiro CAPS. Ambos vieram da experiência pioneira de Iguatu, a partir de 1991. Eram eles Raimundo Severo Júnior e Antônio Weimar Gomes dos Santos. Comparando as situações anteriores à criação dos CAPS de ambas as cidades, Severo Júnior (SEVERO JÚNIOR, 2014) acreditava que:

Existia uma urgência muito grande de atendimento, porque o encaminhamento de pacientes para os hospitais de Fortaleza era muito grande. Assim como em Iguatu também. Mas eu acho que Quixadá... Esse (...) não é um dado estatístico. É apenas um dado empírico, uma impressão. Mas (...) Quixadá, pela proximidade de Fortaleza, eu acho que o fluxo de pacientes encaminhados para hospitais psiquiátricos era até maior que Iguatu. Pela facilidade (p. 09).

Para ele, encaminhar para Fortaleza era a prática natural, já que o município não tinha nenhum psiquiatra, ao contrário do que aconteceu em Iguatu, que mesmo antes do CAPS, já contava com os atendimen-

tos de Antônio Weimar. Mas as dificuldades quanto aos profissionais especializados não se davam apenas para aqueles de nível superior. Wellington Peixoto de Sousa, que veio a ser auxiliar de Enfermagem e, posteriormente, técnico de Enfermagem, relata que neste período existia a figura do atendente de Enfermagem, que

surgia muito da questão da prática, por exemplo, uma pessoa era Serviços Gerais e ia vendo aquelas práticas com o paciente e começava a praticar e, no fim, ele se tornava um ajudante da enfermeira, na verdade; que o conselho [de Enfermagem] não reconhecia (SOUSA, 2013a, p. 01).

Foi desta maneira que ele, em 1992, começou a fazer um estágio voluntário no Hospital Eudásio Barroso, sem nenhuma aproximação anterior com o trabalho em Saúde (SOUSA, 2013a).

Outro problema que se apresentava era a redução do atendimento às situações de crise. Maria Eunice Bandeira de Souza, que trabalhava no Hospital Eudásio Barroso desde o ano de 1986 como técnica de Enfermagem, acredita que grande parte dos pacientes psiquiátricos sequer chegavam a ser conhecidos pelas equipes de Saúde pelo fato de estarem em situação de cárcere privado e, naquele momento, os profissionais não realizarem visitas domiciliares (SOUZA, 2013).

Com a criação do PACS no estado do Ceará, no governo Tasso Jereissati, Ana Valéria assumiu e coordenou as ações das ACS na região do Sertão Central, incluindo os municípios de Quixadá, Quixeramobim e Choró (CARNEIRO, 2013b). Uma das principais formas de atuação destes agentes passou a ser a visita domiciliar e o conhecimento das pessoas e dos pacientes em seus territórios de vida.

Na década de 1990, o Brasil enfrentou sua sétima pandemia de cólera. No estado do Ceará, a epidemia começou a ser notificada em 1992, apresentando as maiores taxas de incidência anuais no país pelos dois anos seguintes (GEROLOMO; PENNA, 1999). A cidade de Quixadá foi especialmente afetada, a ponto de o governador Ciro Ferreira Gomes alterar o prazo de recolhimento do ICMS dos contribuintes no

município de Quixadá, por meio do decreto nº. 22.026, de 02 de julho de 1992, alegando os sérios prejuízos causados à economia municipal pela “catástrofe sanitária” da região (CEARÁ, 1992).

Foi esse o cenário que a psicóloga Ana Érika viu quando chegou à cidade: “Parece até uma coisa meio Gabriel García Márquez, mas estava a negada lá morrendo mesmo, os hospitais lotados” (GALVÃO, 2013, p. 01), em um momento em que os investimentos em Saúde não acompanhavam a demanda da população e a fragilidade socioeconômica gerava epidemias.

### **3.2.1 O PERÍODO 1993-1996. UMA CONFLUÊNCIA DE ASTROS**

#### **3.2.1.1 PROCESSOS DEMOCRÁTICOS E PARTICIPAÇÃO POPULAR**

Nas eleições ocorridas em 1992, quatro candidatos disputaram o poder executivo do município, embora apenas dois aparentassem ter condição real de ganhá-las: Aziz Baquit, pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB, que já não fazia parte do grupo que estava no poder; e Ilário Marques, pelo PT, apoiado pelo governador Ciro Gomes, do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB, que foi crescendo ao longo da campanha.

O Partido dos Trabalhadores ainda carregava o medo da população associado aos partidos de esquerda, “comunistas”. No entanto, os grupos de base da Igreja, eclesiais, as CEBs, as pastorais atuaram no sentido de mudar a representação que a população tinha sobre ele. Outra força de grande importância para o sucesso da candidatura de Ilário Marques foi o Comitê Jovem.

Não poderíamos tratar daquela campanha sem mencionarmos a importância do Comitê Jovem, que, segundo Ilário Marques, “foi uma novidade na campanha” (ENTR. 15). Esse comitê foi formado por alunos da FECLESC, que, com muita animação, empenho e criatividade, defendiam a candidatura de Ilário Marques, mesmo que a grande maioria não fosse filiada ao PT, o que mostra como aquela

candidatura petista contava com apoios diversos, que as candidaturas anteriores do partido, José de Freitas Neto (1982) e Luiz Oswaldo (1988), não contaram. O Comitê Jovem, nas palavras de um dos seus integrantes, “era um movimento que encarnava a ideia de mudança da administração municipal” (ENTR.16) (ARAÚJO, 2012, p. 48).

Segundo Araújo (2012), o Comitê Jovem foi tratado com respeito por Ilário Marques, quando aceitou dele a indicação do nome da professora Júlia Tavares para sua candidata a vice-prefeita, quando sequer a conhecia.

[...] quando a Júlia [...] aceitou ser a vice na chapa do Ilário Marques eu cheguei a dizer: “o Ilário Marques ganhou a eleição”. E realmente isso aconteceu. Porque a professora Júlia era uma pessoa carismática, uma pessoa que todo funcionário, todo aluno, todo professor, tinha muito apego a ela e tinha muita admiração por ela [...] (ENTR. 15) “(LOPES apud ARAÚJO, 2012, p. 50).

A vitória de Ilário nas urnas parece ter sido fruto, também, do clima de insatisfação popular advindo da administração de Francisco Mesquita. “Aproveitando-se dessa situação e apresentando uma proposta de governo voltada mais para os interesses populares, principalmente priorizando a saúde e a educação, o resultado foi a virada do poder” (ARAÚJO, 2012, p. 51). Somaram-se em seu apoio a burguesia comercial, insatisfeita pela crise econômica que passava o município, as comunidades rurais e os sindicatos dos trabalhadores, urbanos e rurais.

Ilário também teve a sua disposição naquela campanha, uma pesquisa feita pelo Comitê Jovem sobre o que as pessoas da cidade achavam que precisava ser feito nos bairros onde elas moravam. Rinaldo Roger valorizou bastante essa pesquisa, em seu depoimento. Ele diz que “foi uma das melhores ações que aconteceram, naquele momento, naquele período, foi esse levantamento que nós fizemos e passamos para o Ilário”. (ENTR. 16) Essa pesquisa faci-

litava o direcionamento do discurso do candidato Ilário Marques, nos diferentes bairros da sede do município, onde se concentrava a maior parte do eleitorado do município. Cristiano Goes também valorizou essa pesquisa do Comitê Jovem, em seu depoimento, ressaltando que o próprio ato de fazer essa pesquisa “já era um marketing da própria campanha” (ARAÚJO, 2012, p. 51).

O uso desta pesquisa e o respeito às novas forças, durante a campanha, apontavam para uma marca democrática e de abertura à participação popular, características que determinaram os rumos da gestão. Mesmo assim, Ilário Marques foi eleito com poucos votos de diferença em relação à Aziz Baquit, o segundo candidato mais votado: apenas 464, o que poderia apontar para dificuldades futuras. Aziz Baquit contava com muitos recursos para a campanha. Por sua vez, Ilário Marques contou com o apoio do governador Ciro Gomes, que foi participar na reta final da campanha, no município (ARAÚJO, 2012). Ao final do processo eleitoral, já em 1992, Odorico Monteiro foi convidado para assumir a Secretaria Municipal de Saúde (SILVA, 2013a), introduzindo a vertente da Reforma Sanitária, posteriormente da Reforma Psiquiátrica, na gestão municipal. Segundo Ilário (MARQUES, 2013a), Odorico Monteiro foi escolhido com base em suas credenciais. Já era seu conhecido pela militância no PT.

Ilário Marques buscou realizar, na gestão de 1993 a 1996, um grande projeto de participação popular e municipalização da Saúde. A gestão adotou o modelo de planejamento estratégico participativo situacional, que partia do governo e ia até os trabalhadores de todas as secretarias. Para facilitar este processo, convidou o professor universitário Cezar Wagner de Lima Góis para assessorá-lo (MARQUES, 2013b).

Cezar entendia que o planejamento estratégico de uma cidade precisaria se dar em uma perspectiva subjetiva e participativa.

Enfocar o ato de planejar não como ato de submeter tecnicamente a cidade aos interesses de grupos e classes, mas sim como ato político, dialógico, de construção e reali-

zação de uma vontade coletiva de superação, de humanização e de convivência profunda com a cidade (GÓIS, 2003, p. 111).

Segundo Ilário Marques (MARQUES, 2013a), esse processo se dava de forma contínua, com realimentação de dados, para as avaliações e planejamentos seguintes. Visando este processo, foram criados procedimentos e rotinas organizacionais, além de terem sido criados ou reativados mecanismos de participação popular. A existência destes mecanismos era condição para que o município adotasse o modelo de gestão semi-plena dos recursos financeiros da Saúde, conforme determinavam as normas operacionais do Ministério da Saúde.

No planejamento estratégico de 1994, teria aparecido pela primeira vez a ideia de transformar Quixadá em uma cidade universitária.

Só tinha o *campus* da UECE. E nós, pelo levantamento que nós fizemos, um estudo da evolução sócio-econômica de Quixadá, isso antes de tomar posse, em 93 (...) e vimos que Quixadá era fundamentalmente serviço, comércio, com potencial turístico. Então, (...) nós tínhamos aí o cenário ideal para disputar este nicho de cidade universitária, que pouco se falava aqui no Ceará. (...) E aí fomos atrás de IFCE, UFC, estímulo à universidade Católica (MARQUES, 2013a, p. 15).

O IFCE e a UFC foram apoiados por Ilário Marques, mas foram fundados em gestões subsequentes.

Alguns mecanismos para participação popular na construção da política municipal de Saúde existiam em Quixadá mesmo antes da mudança de modelo de gestão. O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 1991. A equipe de pesquisadores de Heimann (1998) acreditava que foi criado em decorrência das exigências contidas na Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990). Segundo esta lei, a existência de conselhos, a realização de conferências de saúde e o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV eram condições para repasse de recursos de origem federal. No entanto,

segundo Francimeiry Amorim (SILVA, 2013a) e Ilário Marques (MARQUES, 2013a), o Conselho Municipal de Saúde - CMS só veio a funcionar de fato em 1993, o que coincide com a pesquisa de Heimann (1998).

De qualquer maneira, as quatro leis que regem o Conselho Municipal de Saúde de Quixadá (QUIXADÁ, 1991; QUIXADÁ, 1997; QUIXADÁ, 2001, QUIXADÁ, 2005) trazem dados importantes no que tange à vivência de cidadania por parte da população.

O Conselho Municipal de Saúde foi instituído em 1991, durante o mandato de Francisco Mesquita. Desde a sua criação, adota a formação paritária de membros, sendo 50% dos conselheiros representantes de prestadores de serviços públicos e privados e 50% de usuários do serviço de saúde. A partir de 2001, com 25% de representação governamental e 25% de prestadores de serviço, continua resguardado o valor de representação de 50% para usuários dos serviços. Observe-se ainda que, se, em 1991, havia uma representação destinada aos prestadores privados, contratados pelo SUS. A partir de 1997, esta reserva se extinguiu e os prestadores de serviço são representados pelo Hospital Maternidade Jesus Maria José, de origem, filantrópico, e, posteriormente, credenciado ao SUS, e, em 2001, pelo Hospital Eudásio Barroso, de gestão municipal. Tal conformação aponta para a pouca força política do sistema privado de Saúde em Quixadá, o que pode ter contribuído para a conjuntura propícia à criação de um CAPS. Some-se a esta configuração o fato de que a função de presidente do conselho nunca esteve legalmente vinculada ao membro representante da Secretaria de Saúde, o que lhe confere maior autonomia. Os representantes dos profissionais de Saúde eram escolhidos em suas respectivas categorias e os usuários em assembleias gerais. De 1997 em diante, foi garantida a representação dos usuários a partir de suas comunidades de origem, o que confere melhor distribuição de poder entre os diferentes territórios, urbanos ou rurais.

A trajetória de construção democrática de Odorico Monteiro foi fundamental na acolhida das contribuições oriundas do CMS e na efetivação da rede como um todo. Da mesma maneira, havia abertura do conselho para ouvir e dialogar com os técnicos do serviço.

E nós acompanhamos cada passo da política do Ministério. Porque o Odorico participava, (...) foi presidente do CONASEMS [nacional], foi presidente do COSEMS, estadual aqui e aí ele sempre esteve muito junto trabalhando essas políticas. E todas as portarias do Ministério, a questão da mudança de gestão, de semi-plena pra plena, todo esse processo, nós vivemos todos juntos, né? A documentação, quê que precisa, vamos fazer isso, construir isso, então tudo isso era uma decisão conjunta e no Conselho Municipal da Saúde. O Conselho sempre foi muito atuante, sempre foi muito requisitado pra estar junto. (...) Porque tudo, tudo que foi criado foi discutido no Conselho. Era apresentada a proposta ao Conselho. Vamos dizer que o Conselho não tinha maturidade pra deliberar que não queria implantar um CAPS. Mas ele teve a compreensão de perceber que a proposta, ela vinha nesse sentido da Reforma Psiquiátrica. O que era a Reforma? Talvez não entendia o que era Reforma. Mas ele entendia que ela não mandava o paciente pra Fortaleza (SILVA, 2013a, p. 25).

Nos anos de 1993, 1994, se você olhar nos livros do Conselho, tinha mês que tinha três reuniões. Que era uma coisa atrás da outra pra discutir, pra aprovar, pra mandar as atas, principalmente para as pessoas tomarem consciência do que estava acontecendo, da movimentação da cidade, da construção do sistema de Saúde de Quixadá (SILVA, 2013a, p. 26).

Era tão efetivo que, em determinadas situações, o presidente do Conselho Municipal de Saúde era convidado a participar de reunião de secretariado. Dependendo do tipo de reunião, nós chamávamos o presidente do conselho do FUNDEB, da Ação Social, e todos eram pessoas que não eram os secretários (MARQUES, 2013a, p. 09).

Nesta última fala, Ilário refere-se à prática habitual em outros municípios de se condicionar a presidência do CMS ao Secretário de Saúde, como forma de enfraquecer o seu papel de controle social, o que não ocorreu em Quixadá.

Os conselhos locais de Saúde também começaram a ser criados a partir de 1994, porque, segundo Francimeiry Amorim (SILVA, 2013a), quando o PSF foi implantado em Quixadá, esta era uma das orientações para a territorialização.

Aí foi feita uma cartilhinha, eu tenho até um exemplar em casa, que Alcides Silva, que veio do rio Grande do Sul, a Vera Dantas, que veio do Rio Grande do Norte, o pessoal fez, orientando como é que se criava. Ora chamava de Conselho Local de Saúde, ora chamava de Conselho Popular. Então todas as vivências que o pessoal teve por aí [se juntaram]. Alcides vinha do Grupo Hospitalar Conceição, do Rio Grande do Sul, que é uma tradição gaúcha de trabalho comunitário. Então ele trouxe todo o aprendizado pra Quixadá e se tentava colocar em prática (SILVA, 2013a, p. 26).

Alcides era ainda médico do bairro Campo Novo quando colaborou para a criação dos Conselhos Locais de Saúde. O Campo Novo era um bairro pobre, periférico, que teve uma das primeiras equipes de Saúde da Família de Quixadá. Segundo ele, suas origens se deram com o que eles chamavam de “reunião de rua”:

[A gente] passava junto com agente de saúde, chegava-se numa rua ao final de tarde, e ele ia chamando todo mundo para a rua e juntava aquele povo e (...) ia conversar: olha, a gente tá começando um trabalho, mas é um trabalho diferente. Aí fazia toda uma discussão com aquelas pessoas, né? Isso, com o tempo, vai desandar na formação dos Conselhos Locais. Porque quando forma os Conselhos Locais de Saúde, a maior parte é de usuários, porque não era paritário, como o conselho municipal. (...) Iam lá as pessoas que queriam e as equipes de Saúde. Então, a gente começa a ter reuniões quinzenais, mensais com o Conselho. E, já no fim, nos últimos meses de 96, várias deliberações de funcionamento feitas pelos usuários, modificações no funcionamento do serviço com decisões de usuários. Agora isso, eu posso dizer assim, em algumas

unidades: Cipó dos Anjos, Campo Velho, Campo Novo, São João. Não era em todas as unidades. Em alguns lugares, isso ficou mais evidente, a participação dos usuários (MIRANDA, 2014, p. 21).

O controle social e a participação popular se davam ainda por meio das Conferências Municipais de Saúde, que eram bienais (MARQUES, 2013a; SILVA, 2013a).

Ela ainda era submetida a um congresso da cidadania, que além das conferências específicas, que tinha da Saúde, mas também tinha da Educação, da Ação Social, da Cultura. As várias conferências, elas ainda eram submetidas depois a um amplo debate no Congresso da Cidadania que envolvia, praticamente, todo o município (...). Então, tudo isso fazia com que você tivesse uma efetividade porque existia um controle social. Ou seja, um auto-controle de exigência pelo planejamento, da gestão, na busca da resolubilidade. E, também, um controle social exercido externamente pela população, através da sua participação, pelo conselho, pelas plenárias. É tanto que, em cada distrito, nós tínhamos um conselho formado por pessoas da Saúde, da Educação, que discutia o que estava funcionando e o que não estava funcionando. Então, não era fácil ser profissional de Saúde lá, porque havia muita exigência (MARQUES, 2013a, p. 08).

Segundo Francimeiry Amorim, a I Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em 1995, foi um marco na cidade, pois a cidade não passara por aquela experiência. O auditório, para 600 pessoas, ficou lotado, caracterizando um grande acontecimento histórico, e o CMS e os conselhos locais de Saúde estavam lá, “valorizadíssimos, disputadíssimos” (SILVA, 2013a, p. 26). Alcides Silva corrobora o relato de Amorim, afirmando que a conferência teve grande participação popular, com muita preparação anterior, por meio de discussões e conferências locais (MIRANDA, 2014). Para Ilário Marques, os profissionais do município eram concitados, estimulados a participar de todos estes momentos, compreendendo os destinos da cidade (MARQUES, 2013a).

Desta maneira, foram criados ou efetivados os mecanismos de controle social e participação popular: Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Locais de Saúde, Conferências Municipais de Saúde e Congressos da Cidadania. Os representantes do Conselho Municipal de Saúde eram eleitos diretamente em reuniões de bairro e recebiam capacitação por parte da gestão municipal. Além disso, foi implementado o projeto “A Prefeitura com Você”,

Momento em que o Prefeito e sua equipe de Secretários e Secretárias transferiam a sede do governo para os bairros da periferia da cidade e para a sede dos distritos rurais, ocasião em que se definiam as prioridades das obras e serviços públicos a serem incorporados no orçamento anual do município” (SILVA, 2010, p. 57).

Na pesquisa coordenada por Heimann, os conselheiros disseram que os gestores cumpriam parcialmente as prioridades definidas pelo CMS, em torno de 70%. A leitura das atas do CMS e dos relatórios das conferências, por parte dos pesquisadores, confirmavam as opiniões dos entrevistados (HEIMANN *et al.*, 1998).

### 3.2.1.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CRIAÇÃO DA REDE

Segundo os dados colhidos pela equipe na SMS, no ano de 1994, a rede de serviços públicos do Sistema Municipal de Saúde de Quixadá era composta por um hospital geral, um ambulatório especializado, um pronto-socorro, um laboratório de análises clínicas e vinte e dois postos de Saúde. Dois anos depois, constavam nos arquivos, além destes equipamentos, um CAPS, um centro de reabilitação, outro ambulatório especializado, treze equipes de Saúde da Família e mais um posto de Saúde (HEIMANN *et al.*, 1998). Observe-se que, embora se saiba pelo livro de atas do CAPS geral que o mesmo foi criado em dezembro de 1993, ele não constava nos documentos de 1994 consultados pela equipe.

No tocante aos profissionais que compunham a rede, seu número aumentou em 54% no período estudado, número maior que o crescimento da população. A cobertura, por mil habitantes, passou de 5,93 a 9,18 (HEIMANN *et al.*, 1998).

O primeiro investimento da gestão foi nos técnicos que iam compor a rede. Ana Valéria, que já trabalhava na primeira gestão Francisco Mesquita e que teve a experiência de ser a única enfermeira do município, mostra como parecia impensável aos quixadaenses mudar a realidade de ausência de profissionais de Saúde:

[A experiência de implantação do PSF] foi muito boa, foi um sonho, sabe? O Odorico era secretário, e ele reunia a gente e dizia assim: “eu vou colocar médico e enfermeira pra morar no distrito”. E, na verdade, a gente disse: “Odorico, aterrissa, tu tá é sonhando!” A gente não acreditava que isso fosse acontecer e, realmente, aconteceu em 1994. Vieram muitos profissionais de fora e eles já sabiam que vinham pra morar no distrito. Nós temos distritos muito longe. E eles chegavam lá, alugavam casa, sabe? E compravam o básico, a cama, o fogão. Realmente, eles moraram por um período no distrito (CARNEIRO, 2013a, p. 02).

Os profissionais de fora que chegaram eram, fundamentalmente, ligados ao movimento estudantil. Por exemplo, do Movimento dos Médicos Residentes, estadual e nacional, com forte engajamento no processo de Reforma Sanitária: Alcides e sua esposa Maria Gabriela Curubeto Godoy, do Rio Grande do Sul; Ernani Vieira de Vasconcelos Filho, da Paraíba; Francimeiry Amorim e Carlos Magno Cordeiro Barroso, de Fortaleza.

Aí, aos poucos, foi chegando o pessoal da Paraíba, que a gente chama, né? O pessoal do Ceará, que eram os cantores Ednardo, Fagner, e o pessoal da Paraíba, era o pessoal da Saúde. Então, aí veio Ivana [Cristina de Holanda Cunha Barrêto], que era da Paraíba, e com Ivana, Ernani, Franci, Valéria, Aldenildo, Janine... Todo mundo. (...)

Valéria era uma enfermeira, que trabalhava com o Ernani (...) Aldenildo, depois foi pra Sobral com Odorico. Hoje eles estão na Paraíba, viu? Voltaram pra Paraíba. Janine é a esposa de Aldenildo, né? Eles são médicos. Verinha, Vera Dantas, que veio do Rio Grande do Norte. (...) Aí veio o Pablo, que até hoje está lá, depois Solange, que tá em Quixadá não trabalhando, mas morando em Quixadá. E aí foi trazendo o pessoal da Paraíba. Aí daqui foi o Patrocínio, que ficou um tempo lá. Boanerges. (...) Todo mundo do movimento estudantil. Boanerges era do movimento, Patrocínio era, o pessoal da Paraíba todo era (SILVA, 2013a).

Eles todos, juntos, ficaram conhecidos na cidade como o grupo dos “forasteiros”, o que vai resultar em outro problema, quando a orientação política do município sofre reviravolta. Além do engajamento político e da trajetória na Reforma Sanitária, essas pessoas tinham em comum formação médica semelhante, vínculos afetivos e foram seduzidas pelo Odorico no sentido de tornarem Quixadá um grande balão de ensaio de efetivação do SUS (MIRANDA, 2014; SILVA, 2013a; CARNEIRO, 2013a). Ficava evidente a coesão do grupo.

Tinha essas diferenças, mas conseguia trabalhar isso de uma forma mais próxima, mais familiar. Quer dizer, nós nos conhecíamos, convivíamos, íamos pras farras, né? Foram muitas farras. Então, assim, as relações de confiança eram muito fortes. E isso não é replicável. A não ser em experiências-piloto. Mas o pioneiro tem essa característica, eu acho que a experiência pioneira ela não é replicável. Generalizando: não é replicável (MIRANDA, 2014, p. 19).

Para Alcides (MIRANDA, 2014), entre os trabalhadores de nível superior, acabaram se criando dois grupos: o primeiro, dos que já estavam em Quixadá e que não se integraram, salvo algumas exceções, e o dos forasteiros, que era muito coeso. A vinda deste grupo não ocasionou apenas uma mudança da forma de se fazer política e de atuar em Saúde.

Em relação às gestões do Ilário, é assim: é unânime, todas as pessoas, que inclusive fazem parte da gestão, eles reconhecem que esse grupo foi único, o de 93/96. Eles dizem assim: “Nunca mais vai ter uma gestão como aquela”. Não só pelo que ela criou, em termos de estrutura de rede, de serviço de Saúde, mas pela movimentação na cidade, né? E era um contexto, uma época, uma conjuntura diferente. Pessoas que estavam chegando. Eles foram pioneiros, ou nós fomos pioneiros. Chegamos numa cidade, trazíamos comportamentos diferentes, né? Ernani<sup>6</sup> [Vieira de Vasconcelos Filho] usava uma trancinha que vinha até aqui [mostra a altura da cintura] e Odorico pediu pra ele cortar a trancinha, que aquilo causava muito estranhamento na população, o médico usando trancinha (...). E tinha essa história da cultura, de fato (SILVA, 2013a, p. 09).

Esses profissionais se dividiram, fundamentalmente, nas equipes do PSF. Francimeiry Amorim foi trabalhar, primeiramente, no hospital Eudásio Barroso e Carlos Magno foi para o CAPS, criado no segundo semestre de 1993. Além dos companheiros do movimento estudantil, Odorico convidou diretamente para compor o corpo técnico profissionais de outros movimentos sociais ou do PT, como foi o caso do enfermeiro Humberto Gomes Farias da Silva; desconhecidos, porém motivados, como a técnica de Enfermagem Videlma Jucá de Oliveira; e até mesmo técnicos que vinham da oposição política, como Ana Valéria.

Quando o Odorico assumiu - que, na época, eu não era do lado deles, politicamente -, e eu fui tão bem acolhida, que isso também pesou pra que eu o admirasse. Porque, eu pra ser oposição, era pra ter sido tratada também como oposição. Eu não fui, na época, pelo Odorico, né? Isso também me fez ver que realmente sou uma pessoa da oposição e estar sendo convidada pra assumir - mesmo que seja um PSF - mas, automaticamente, eu me senti valorizada. Depois, dentro da gestão, eu comecei a gostar da forma de administrar e passei a ficar do lado deles (CARNEIRO, 2013a, p. 04).

6 Segundo Júlio César Ischiara, em depoimento pessoal, o médico que usava a trancinha era Aldenildo Costeira, e não Ernani Vieira de Vasconcelos Filho.

Em 1994, portanto, registra-se a implantação oficial do PSF, dispositivo da Reforma Sanitária, e dos CAPS, dispositivo da Reforma Psiquiátrica, em Quixadá. No primeiro caso, com 13 equipes, compostas por um médico, uma enfermeira, auxiliares de Enfermagem e agentes de Saúde. Cada equipe era responsável por aproximadamente mil famílias. Ao final de 1993, o município possuía 63% de cobertura das famílias pelas ACS e, em 1994, com a admissão de novos profissionais, chegou-se à marca dos 78% (BARRETO, 1997).

Contrastando com o alto nível dos técnicos forasteiros, estava a estrutura física dos equipamentos de Saúde. A gestão herdara o município com um déficit profundo quanto às questões estruturais e condições de trabalho.

A gente chegou a atender em casa paroquial, debaixo de cajueiro, no início, como tentativa de ocupar o espaço, legitimar o espaço. Mas, em seguida, a gente começa a pressionar por melhores condições de trabalho, né? Então, isso era uma constante. Lá em Quixadá, naquele período, boa parte das nossas discussões eram tensionamentos pra melhorar as condições de trabalho. E, não só a infra-estrutura, que, em parte acabou acontecendo, mas questão de organização de horário, de fluxo. Eu achava um absurdo aquelas mulheres gestantes caminhando no sertão, 40 graus, com sombrinha pra ir fazer pré-natal à tarde. Eu lembro que eu propus fazer a *siesta*: por quê que a gente não atende de manhã ou até as duas da tarde, faz um intervalo e volta para atender no início da noite? Que aí a mãe trabalhadora, por exemplo, que tá excluída, vai poder voltar, ser atendida e tal? Mas perdi. Perdi, na discussão de grupo, acharam que era muito complicado e tal e não foi implantado. Mas a gente discutia muito isso. E as condições de trabalho, elas foram melhorando, eu acho, ao longo do tempo. No CAPS, no hospital, nos postos de Saúde, né? Tinha problema com transporte, porque a maior parte dos profissionais não morava nas comunidades rurais. Então ia e voltava todo dia. Então, em certa medida, eu acho que já no fim, estava uma condição bem razoável. Não ideal, é claro, mas bem razoável (MIRANDA, 2014, p. 20).

Rachel Ximenes Marques, já psicóloga, casada com Ilário Marques, era quixadaense e assumiu a secretaria de Trabalho e Ação Social nesta gestão. Também acompanhou de perto as ações em Saúde. Sobre a questão de estruturas dos equipamentos, assim explicou o fato de não ter sido construída sede própria para o CAPS:

Houve um primeiro investimento pra todas as Unidades Básicas de Saúde. Até porque, para que essa pessoa fosse depois bem atendida no CAPS ela tinha que ter primeiro uma Unidade Básica de Saúde que funcionasse a contento. (...) É começar na atenção básica em termos de infraestrutura. Embora, todas as outras coisas tinham também o atendimento. Mas, nesse momento, foi a prioridade, acho que foram treze postos de Saúde construídos para todas as Unidades Básicas de Saúde (MARQUES, 2013b, p. 07).

Francimeiry Amorim chegou à Quixadá em fevereiro de 1993 e mora lá até os dias atuais. Sempre foi ativista, técnica e assessora em diversos equipamentos e conselhos municipais. A ela podem ser aplicados os atributos definidos por Barbosa (2013):

Quase toda cidade possui seus guardiões da memória, são sujeitos que se preocupam em pesquisar, preservar, difundir a memória e em produzir/registrar a história de suas comunidades. (...) Os memorialistas. Estes, apesar de serem sujeitos sem uma formação específica na área acadêmica de História, se caracterizam por possuírem acervos de documentos locais antigos como jornais, cartas, fotografias, discos, livros e outros objetos que contam a história de algum lugar, geralmente sua cidade, bairro ou vilarejo (p. 01).

É possível dizer que Francimeiry é uma memorialista da Saúde em Quixadá. Ou, nas palavras de Maria Ivonete Dutra Fernandes, “é uma pessoa que é o SUS materializado em Quixadá” (FERNANDES, 2013, p.03). Francimeiry, que acompanhou todo o processo de criação e implantação da rede de Quixadá, considera que:

A rede, ela, na verdade, foi se construindo aos poucos. (...) O grande divisor, nessa rede, é realmente a implantação do PSF. Porque, a partir daí, você começa a tirar do hospital a grande responsabilidade do acesso da população ao serviço de Saúde. Porque antes, a emergência era a grande porta de entrada. Ela ainda é uma grande porta de entrada. Mas ela é uma porta. Mas antes ela era a grande porta de entrada. Então ela é uma das portas e sempre vai ser. Não tenho dúvidas de que ela sempre vai ser. Mas quando, com a implantação da Estratégia dos PSF, hoje Estratégia, vem a necessidade dos outros serviços, vem a necessidade das outras especialidades (SILVA, 2013a, p. 23).

Essas necessidades eram discutidas em reuniões semanais, que aconteciam à noite. Os profissionais eram liberados do expediente da sexta-feira à tarde, por terem comparecido a esta reunião na quarta-feira à noite. Numa destas reuniões a questão do tratamento aos pacientes com transtorno mental apareceu, já na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

A discussão sobre a implantação do CAPS ela aconteceu no conjunto daquele grupo. Eu não diria grupo dirigente, mas um grupo de pessoas que estavam implicadas com aquele processo e estavam bastante motivadas pra fazer alguma coisa diferente. E como havia abertura, a gente começou, então a fazer esses investimentos, tanto no Saúde da Família, como no CAPS. E aí, naquela época, eu me recordo, assim: Quando eu estava na unidade, trabalhando como médico, as discussões sobre o quê que era o CAPS, qual era a relação do CAPS com o Saúde da Família, que estava começando, e como é que a gente ia estabelecer fluxos de informações, encaminhamentos, acompanhamento dos casos que estavam sendo trabalhados no âmbito do CAPS. (...) Então todos os médicos, enfermeiros, todo o pessoal de nível superior. Tinha nutricionista também. Reunia-se uma vez, uma noite por semana, e a pauta dessas discussões era o conjunto das iniciativas no sistema de Saúde de Quixadá. Então, a discussão sobre o CAPS ela não acontecia lá, só no âmbito do CAPS ou da Secretaria

de Saúde, ela acontecia no conjunto dos profissionais. E essa discussão sobre como é que organiza, como é que vão ser os fluxos, os casos que estão sendo acompanhados lá, como é que a atenção básica, a atenção primária vai acompanhar, tudo isso era objeto de discussão coletiva daquele grupo. Então a coisa foi se constituindo dessa forma (MIRANDA, 2014, p. 02).

[Os servidores de nível fundamental e médio não eram convidados pra essa reunião] Porque era uma reunião de... Eu não quis usar o termo grupo dirigente, mas em certa medida, tem essa característica, porque muitas decisões eram tomadas ali. Inclusive decisões do Odorico, né? O Odorico sempre teve muita tranquilidade de ir lá e de expor algumas questões, ouvir, nem sempre ele fazia o que o coletivo definia, mas assim, essa escuta, essa ação dialógica, ela existia. Mas esse grupo era um grupo de confiança, de relação de confiança. E a gente brigava muito, como eu te falei, né? A gente tem episódios, assim, de enfrentamentos dentro desse grupo. Mas era um grupo coeso. Então, em certa medida, abrir essa reunião ia virar um assembleísmo (MIRANDA, 2014, p. 18-9).

Inicialmente, Francimeiry Amorim trabalhava no hospital, mas também participava destas reuniões. Segundo ela (SILVA, 2013a), a proposta de Odorico era envolver todo mundo na formação da rede, na construção do serviço. Quanto ao Hospital Eudásio Barroso, Francimeiry Amorim assim descreve o seu lugar entre os serviços de Saúde da cidade:

O Eudásio Barroso era uma coisa bem monstruosa, quando ele [Odorico] foi trabalhar lá, porque (...) era um misto de vínculos empregatícios e era um serviço muito difícil. A cultura hospitalar muito presente. Não existia PSF, antes do Odorico não existia PSF. E não havia os postos, eles funcionavam esporadicamente. Vez por outra, ia um médico, um enfermeiro, fazia atendimento. Então tava mais aberto para um auxiliar fazer um curativo e tal. Quando o Odorico chegou, que levou esses médicos. Porque os

outros que estavam na cidade, eles trabalhavam nos dois hospitais. Eram cirurgiões e tinham os seus consultórios e tal. E tinha, acho que dois médicos que iam, vez por outra, à comunidade, nos distritos, atender nos postos, esporadicamente, mas nada se compara à prática do PSF hoje, da Estratégia de Saúde da Família. Então, quando nós chegamos, foi preciso manter um pouco isso. Nós chegamos a atender em alguns, até a formatação da proposta da Estratégia (SILVA, 2013a, p. 19).

Odorico Monteiro teve muitas dificuldades no combate a esta cultura hospitalar cristalizada em relações assistencialistas, paternalistas, focadas no biológico, na intervenção de pronto atendimento sobre o corpo.

Odorico teve uma intuição de gênio. Ele intuiu que o hospital era o equipamento mais pesado e mais caro da Secretaria de Saúde e que podia ter existência autônoma. Então, por um lado, o secretário ia cuidar do posto, da vacinação, da Saúde da Família, com poucos trabalhadores e muito menos dinheiro. Por outro lado tinha um secretário mais forte, embora sem o título de secretário, que era o diretor do hospital. Qual foi a intuição dele? Só vai ser possível implantar o SUS em Quixadá se assumir as duas funções. Ele virou secretário de Saúde e diretor do hospital. O que anulou as contradições entre o hospital e o resto do sistema (SAMPAIO, 2013, p. 19).

Também houve uma mudança física da secretaria. Inicialmente, havia uma sede da secretaria de Saúde em uma casa alugada, ao lado do hospital. Depois, Odorico alugou uma casa no bairro do Combate, mas ele não conseguia ir para lá porque os problemas do Eudásio Barroso eram muitos. A solução encontrada foi instalar a secretaria dentro do próprio hospital (SILVA, 2013a).

No ano de 1993, a epidemia de cólera continuava. Isso gerou a necessidade de organizar os estudos epidemiológicos na cidade (SILVA, 2013a). Segundo Alcides Miranda (2014), as pessoas não estavam acostumadas a fazer uso da Epidemiologia até então. Iniciou-se uma cobran-

ça no sentido de que as pessoas atendessem e fizessem os registros clínicos, de forma adequada, o que gerou discussões muito problemáticas com os profissionais.

E, aí, é criada a sala de situação pra monitorar os casos de cólera. Depois, conhecendo a cidade, vimos a mortalidade infantil, que era alta, e aí já coloca uma enfermeira na sala de situação para coordenar a Epidemiologia e a sala de situação que era a Dávila Delfino Modesto. Ela trabalha na Maternidade Escola. Então, a gente vai, aos poucos, criando todos os serviços (SILVA, 2013a, p. 25).

A sala de situação de Quixadá ficou famosa no Brasil todo, tem artigos e tal. (...) Falei: Olha, nós precisamos fazer um estudo de necessidades de Saúde para pautar as nossas práticas, nós não podemos aprovar, trabalhar na lógica da oferta. Então, nós precisamos de informações. Precisamos produzir informações, analisar e aí, assim, a gente começou a colocar essas informações nas paredes dos postos da Saúde. Tinha as paredes de situação. Então, lá em Cipó dos Anjos, por exemplo, a gente colocava na parede: a questão da mortalidade infantil. (...) Tinha os Conselhos Locais de Saúde que a gente tinha criado também (MIRANDA, 2014, p. 09).

O levantamento epidemiológico servia ao funcionamento dos serviços e ao controle social. As equipes faziam traduções dos dados epidemiológicos de forma a tornar as informações acessíveis para a comunidade. Ao mesmo tempo, várias dissertações foram feitas utilizando os dados epidemiológicos de serviço, como a do próprio Alcides, defendida em 1999 no mestrado em Saúde Pública da UECE, e intitulada: **Reorganização da rede pública dos serviços de saúde em Quixadá**. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, médica formada pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, já tinha realizado duas residências quando chegou a Quixadá: uma em Pediatria e outra em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Inicialmente, trabalhou no Eudásio Barroso como médica pediatra e infectologista. Ivana também produziu sua dissertação

de mestrado a partir dos dados de Quixadá, em 1998, no mestrado em Saúde Pública da UFC, com o título: **Utilização de autópsias verbais na investigação da causa básica de óbito em menores de um ano.**

A articulação da pesquisa com o cotidiano de trabalho também foi uma conquista do período. No caso de Ivana, sua dissertação foi oriunda do Projeto de Implantação de um Sistema de Vigilância de Nascimentos e Óbitos Pré-Infantis e Pré-Escolares, que ocorreu no período 1993/5, em Quixadá, Icapuí e Jucás. Além de traçar um perfil das mortes, o objetivo era criar um modelo de vigilância dos nascimentos e óbitos, que pudesse ser mantido como rotina pelas SMS destes três municípios. Tratava-se, portanto, de uma pesquisa-intervenção (BARRETO, 1997).

Na opinião de Alcides (MIRANDA, 2014), o fato de muitos trabalhadores da rede terem se qualificado tem a ver com a figura de Odorico e com o perfil de trabalhadores que foram trabalhar no município.

O Odorico como liderança sempre investiu muito. Ele sempre teve muita abertura e não só de concordar, mas de estimular. Então essas discussões que a gente fazia semanalmente, por exemplo, eram discussões sobre encaminhamentos cotidianos, mas sempre tinha uma parte da discussão que era formação. Então, a gente fazia educação permanente muito antes do conceito ser expressado da maneira como ele é hoje. E eu acho que ele sempre teve esse perfil. Por onde ele passou, ele tem essa característica de estimular as pessoas a estudar. Então, naquela ocasião, a Gabriela veio fazer o mestrado aqui, vinha duas vezes por semana de carro pra fazer mestrado. O Ernani também fez mestrado, o próprio Odorico, a Ivana fizeram mestrado. Eu fiz depois de sair de lá. Eu estava com maior acúmulo de trabalho lá, então eu não tinha como sair, principalmente nos últimos anos. Então eles todos quiseram fazer mestrado enquanto estavam lá. (...) A gente investia muito em pesquisa. Tinha várias pesquisas em andamento bancadas pelo município. (...) E o grupo que foi pra lá foi muito selecionado, (...) aquilo foi um balão de ensaio. Você escolheu pessoas pra fazer um processo. Houve uma repercussão (p. 16).

O município também criou seu próprio programa de residência de Medicina Geral e Comunitária, através da SMS. Nesta época, o CAPS já havia sido criado e um dos campos de estágio era o CAPS. Todos os residentes tinham que passar pelo CAPS, como foi o caso de Gabriela, que, influenciada por essa experiência, acabou fazendo posteriormente outra residência, em Psiquiatria. O programa de residência chegou a receber, inclusive, dois médicos exteriores à rede (MIRANDA, 2014). Ademais, o município ofereceu, nos anos de 1995 e 1996, a especialização em “Educação Popular em Saúde”, em que o próprio Odorico foi professor, ministrando as disciplinas de Promoção da Saúde; Evolução das Políticas Públicas no Brasil; Estratégia Programa Saúde da Família e Sistema de Informação em Saúde. Uma das pessoas que cursou esta especialização foi a terapeuta ocupacional Irene Barros (BARROS, 2013). Para o nível médio, concomitante à criação do PSF foi oferecido o curso de Auxiliar de Enfermagem, promovido pela Escola de Saúde Pública, que teve como professores os próprios médicos da rede, como Ana Valéria, Francimeiry Amorim, Ernani Vieira. O técnico de enfermagem do CAPS, Wellington Sousa, fez este curso (SOUSA, 2013a). A capacitação dos trabalhadores se deu de forma intensa nesse período, inclusive com cursos introdutórios (CARNEIRO, 2013a). O município recebeu estudantes do CRUTAC. Este programa, nacional, surgiu em 1972 e se destinava a estudantes dos últimos semestres de alguns cursos da Saúde que deveriam passar um mês em municípios do interior, atuando na área de Saúde Pública, especialmente na Atenção Primária.

Vinham os médicos do CRUTAC e depois ele assinou um convênio com a universidade de Minas Gerais, de onde vinham seis acadêmicos de Medicina e passavam três meses aqui. A determinação do Odorico era: que o médico do CRUTAC, que era só um mês, passasse quinze dias no CAPS, e os médicos de Minas ficassem um mês. E isso fez com que alguns médicos optassem pela formação em Psiquiatria (ISCHIARA, 2013, p. 02).

Ernani Vieira foi preceptor do CRUTAC e do Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária. Segundo Júlio Ischiara (ISCHIARA, 2013), um dos médicos que participou deste convênio com a UFMG, que se chamava informalmente de MINAC, foi Luís Fernando Farah de Tófoli, o que influenciou para sua formação em Psiquiatria. Tanto Ernani Vieira quanto Luis Fernando Tófoli seguiram carreira acadêmica.

Júlio Ischiara (ISCHIARA, 2013), acredita que essa passagem dos estudantes pelo CAPS de Quixadá foi importante para aumentar o número de pessoas formadas nesta especialidade, porque mostrava uma atenção à Saúde Mental em outro modelo que não o do hospital psiquiátrico.

### 3.2.1.3 A CRIAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE QUIXADÁ

Ilário Marques já havia tido algumas aproximações sobre o tema da Reforma Sanitária, a partir de sua experiência com os movimentos sociais e pela participação na Constituinte Estadual, o que lhe permitiu avançar nos conhecimentos políticos e técnicos.

Agora, na verdade mesmo, todo o meu engajamento na Saúde é a questão das políticas públicas, que era, pra nós, fundamental. Nós administrávamos Quixadá cientes de que estávamos fazendo uma coisa para o país. Ou seja, nós pensávamos grande, nós queríamos fazer modelo, nós queríamos fazer para o futuro governo que nós sonhávamos em conquistar. Então, isso nos motivava muito. (...) Nós tínhamos essa coisa muito focada em fazer políticas públicas, conseguir resultados, mudar a cultura, mudar a mentalidade, fazer revolução (MARQUES, 2013a, p. 11).

Especificamente sobre Saúde Mental, Ilário tinha como referência o trabalho que fôra realizado por David Capistrano da Costa Filho, em Santos/SP, e contou com a assessoria do psiquiatra piracicabano Willians

Valentini, de Campinas/SP. Ilário possuía referências teóricas sobre Saúde Mental neste período e já acompanhava o debate brasileiro e mundial sobre o assunto (MARQUES, 2013). Mas a operacionalização e a qualificação desta política ocorreram mesmo depois que o psiquiatra José Jackson Coelho Sampaio assumiu a supervisão da criação e da implantação do CAPS de Quixadá.

Odorico Andrade já conhecia Jackson Sampaio da militância na Reforma Sanitária e havia sido seu aluno num curso de especialização.

Quando voltei para o Ceará, em junho de 1993, após concluir meu Doutorado em Medicina Preventiva na USP/Ribeirão Preto, eu me encontro com Odorico numa cerimônia na Secretaria Executiva Regional II, de Fortaleza. Ele me diz que assumira a Secretaria de Saúde de Quixadá e que eles tinham criado, desde o ano anterior, todo um movimento em torno da consolidação de uma mudança de paradigma da Atenção Primária que seria a Estratégia de Saúde da Família, pensada na lógica da equipe multiprofissional interdisciplinar, com responsabilidade sobre um território vivo (...). E ele estava interessado em replicar no Ceará algumas coisas que já estavam surgindo em São Paulo, ligadas, por exemplo, à experiência de intervenção no Hospital Anchieta, em Santos. Na prática, a Reforma Psiquiátrica começara no Ceará dois anos antes, a partir de uma iniciativa em Iguatu. Precisávamos dar outro salto. (...) Ele me pede para fazer uma visita a Quixadá e eu encontro uma equipe muito disposta, gente muito inteligente, herdeira de um conjunto de inquietações políticas, filosóficas e técnicas, transitando da experiência do Antônio Weimar, em Iguatu, e mirando a criação de um terceiro CAPS em Canindé (SAMPAIO, 2013, p. 10).

Antes de Jackson Sampaio iniciar o trabalho de supervisão, algumas tentativas de mudança cultural já haviam sido iniciadas por Odorico Andrade. Como se depreende do depoimento de Videlda Jucá de Oliveira, paraibana, com família em Quixadá, e que viera morar no município.

Então, chegando aqui, foi em 93, o ex-prefeito Ilário estava assumindo. E foi uma coincidência, que ele estava trazendo uma leva de médicos, de enfermeiros, aquela coisa toda, e eu vi pessoas que eu conhecia, de Souza, de João Pessoa. Foi, assim, uma experiência maravilhosa (OLIVEIRA, 2013b, p. 03).

Videlda de Oliveira pediu emprego diretamente a Ilário e foi trabalhar como técnica de Enfermagem, no Hospital Eudásio Barroso. Segundo ela, antes do primeiro CAPS do município, ainda no início da gestão, a realidade do tratamento de crises era que qualquer médico mandava internar e transferir para Fortaleza. Embora sem quadro de informações, Videlda de Oliveira intui que as internações psiquiátricas no Eudásio Barroso ocorriam entre 12 e 15 por mês.

E, sempre, a gente via que eram as mesmas medicações: o Amplictil e Fenergan. Era um coquetel, era o conhecido Sossega Leão. (...) Chegava um paciente com o distúrbio, já era coquetel, contenção e chama o psiquiatra. Pronto, e a partir daí, a questão da prescrição. Antes dos CAPS, também continuava assim também: feito aquele Amplictil, Fenergan, e de doze em doze horas, quando ele diminuía as crises, ia pra casa. Ficou equilibradozinho e tal, recebia alta. Com dois, três dias, uma semana, voltava de novo. Então, o mesmo procedimento. Isso antes, sabe? Isso antes. E aí, quando as crises eram muito perto uma da outra: “Não, a gente vai mandar pra Fortaleza. Eu não sei mais como proceder, ele não fica mais calmo com essa medicação, a gente vai mandar pra Fortaleza”. E ele era todo contido, chegava lá [nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza], tratavam ele muito a grosso modo. (...) As famílias que falavam. Essa coisa de referência e contra-referência também nunca funcionou. A gente deixava lá e também não sabia mais o resultado. Alguma vez, por acaso, quando a gente via os familiares ou em alguma crise, que a gente sabia. “Não, ele fugiu do hospital, ele estava sofrendo muito, as condições sub-humanas”. Sempre os relatos eram esses, das condições dos hospitais. Era muito

sofrido. Tem deles que ainda lembram. E hoje não, é mais humano, o tratamento. Quando a gente leva hoje, a diferença que eu vejo lá e agora, chega o paciente do CAPS, e tem toda aquela equipe multidisciplinar (...), tem toda aquela abordagem dos profissionais. A avaliação é bem diferente (OLIVEIRA, 2013b, p. 06).

Vidélma de Oliveira comparou o tratamento que os pacientes recebiam a animais sendo levados ao veterinário para pararem de morder.

Hoje não, que o médico já ouviu, já tem aquela escuta com eles. Lá, não tinha. Era só a família desesperada, já muito sofrida, né? (...) Acho importantíssimo essa humanização, porque não tinha, não. Eles não conversavam com nenhum tipo de abordagem de paciente-profissional, não tinha. Só com a família. Era o que a família dizia e medicação e internamento. As medicações eram as mesmas, não tinha um acompanhamento, uma avaliação. Quando o hospital estava muito lotado, depois de seis, um, dois anos, que a gente também ia pegar eles de alta. (...) Também não trabalhavam a família. Não tinha uma terapia, nada (OLIVEIRA, 2013b, p.07).

Mesmo antes da existência do CAPS, Vidélma de Oliveira aponta para uma tentativa de mudança no cotidiano do hospital:

A gente os tinha como doido e tal e tal. Doutor Odorico não queria que a gente chamasse os pacientes com distúrbio de doido. A gente foi aprendendo muito com essa visão que o doutor Odorico tinha, sabe?(...) Tinha pessoas que não respeitavam mesmo, os pacientes: “Esses doidos aqui junto com a gente” (OLIVEIRA, 2013b, p. 04).

Portanto, era necessária uma mudança de cultura, não só entre os pacientes e seus familiares, mas, entre os próprios profissionais. Esta mudança era um dos propósitos iniciais do CAPS de Quixadá.

Para Ilário (MARQUES, 2013a) e Alcides (MIRANDA, 2014), o que permitiu a criação do CAPS foi a flexibilização das alocações fi-

nanceiras com a adoção da gestão semi-plena. Segundo Alcides, era a ideia inicial da gestão iniciar com um CAPS, mas expandir para até três CAPS, já que o serviço CAPS não tinha um peso financeiro muito grande na rede de Saúde. Mesmo assim, não houve recursos suficientes para esta expansão e nem tempo hábil para realizá-la.

Para compor a primeira equipe do CAPS, Odorico Andrade convidou o psiquiatra Severo Júnior, logo no início de sua gestão. Eles foram da mesma turma da faculdade. Odorico Andrade já falara sobre seus planos de implementar um CAPS na cidade. Inicialmente, Severo Júnior entre os trabalhos no Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC, em Fortaleza, no CAPS de Iguatu e em Quixadá.

E começamos, em Quixadá, de uma forma parecida, com a diferença de que com a experiência de Iguatu, a gente já tinha muito mais experiência, muito mais conhecimento. Além do quê, o Odorico vinha também da experiência de Icapuí, que é uma experiência também muito rica. Então, eu acho que em Quixadá, no início mesmo da gestão, já tinha condições muito favoráveis (SEVERO JÚNIOR, 2014, p. 08).

Para Severo Júnior, o início do processo foi muito semelhante ao de Iguatu. Como não existia a estrutura física do CAPS, ele começou a atender em um centro de Saúde local. Aos poucos, a equipe foi se formando. Neste momento, existia no município a profissional Irene Barros, que era formada em Agronomia e em Terapia Ocupacional. Segundo ela (BARROS, 2013), o município contava com outra terapeuta ocupacional, mas que tinha problemas de saúde. Então, teria partido de Severo a pressão para que Odorico Andrade contratasse logo uma terapeuta ocupacional para trabalhar com ele. Ela começou a trabalhar, primeiro, voluntariamente, com Severo Júnior, em março de 1993 e, em maio, Odorico a contratou. Para a Psicologia, convidou Ana Érika. Ela acredita que, quando entrou no município como professora da UECE, em 1992, era a única psicóloga. Segundo ela, sua experiência profissional era zero (GALVÃO, 2013).

De acordo com Raimundo Severo, os profissionais começaram a estruturar os atendimentos neste período, incluindo os individuais, os grupais e as visitas domiciliares. O próprio leque de ofertas de serviço era absolutamente inovador no município.

E, aí, tem alguns fatos que foram muito importantes para a política de Saúde Mental de Quixadá. Além dessas condições iniciais que eu falei: o Odorico, uma pessoa que já vinha de uma experiência como a de Icapuí, as condições que a gestão oferecia, houve um fator importantíssimo que foi a chegada do Jackson. Foi nessa época que o Jackson estava chegando do doutorado em São Paulo e (...) passou a ser supervisor. Que, até então, não existia a figura do supervisor (SEVERO JÚNIOR, 2014, p.10).

O CAPS de Quixadá teve, portanto, este grande diferencial em relação aos anteriores. Severo Júnior (2014) acreditava que Nilson Moura Fé tenha, informalmente, se aproximado dessa figura de supervisor, em Iguatu. Lá também se contou com a assessoria de Ernesto Venturini. Mas, formalmente, a figura do supervisor de CAPS no Ceará foi criada na experiência de Quixadá. Esta supervisão, inclusive, antecipou a criação formal do CAPS, pela preparação prévia da equipe antes do início da prática de cuidados.

Neste processo de formação da equipe, aderiu Marta Inácio de Oliveira, que também afirmou que não tinha experiência em Saúde Mental ao entrar no CAPS, o que tornou sua entrada difícil. Ela trabalhava no Hospital Eudásio Barroso como atendente e foi transferida para o CAPS. Embora tivesse o curso de auxiliar de Enfermagem, permaneceu como atendente (OLIVEIRA, 2013c).

Severo Júnior não chegou a ficar no município até a inauguração do CAPS. Acredita que ficou entre seis e oito meses. Saiu porque se encontrava dividido entre Quixadá e Iguatu e temia que, saindo de Iguatu, houvesse um retrocesso no processo de reforma ocorrido lá. Então, entrou em contato com Carlos Magno para que ele assumisse Quixadá (SEVERO JÚNIOR, 2014). Antônio Weimar também foi convidado

por Odorico Andrade para trabalhar aos sábados. Eles se conheciam das atuações políticas, já que Odorico Andrade é de uma cidade próxima a Iguatu, onde Antônio Weimar trabalhava e Antônio Weimar é quixadaense. Antônio Weimar também já conhecia Ilário Marques da infância e adolescência em Quixadá.

Foi muito importante a minha vinda pra Quixadá, porque eu ficava me perguntando, me cobrando da oportunidade de trabalhar na minha terra, no meu lugar e fiquei aqui no CAPS durante mais de dez anos (SANTOS, 2014, p. 01).

Do Hospital Eudásio Barroso veio Wellington Sousa, que já tinha o curso de auxiliar de Enfermagem e estava há mais de um ano trabalhando voluntariamente, primeiro na Pediatria, depois na Emergência. O desejo de Wellington Sousa era trabalhar no hospital, ambiente ao qual já estava acostumado, mas Odorico colocou que esta seria a oportunidade para a sua contratação. Assim, ingressou na equipe em setembro de 1993 (SOUSA, 2013a), mesmo mês de ingresso do supervisor.

Jackson Sampaio propunha que o CAPS funcionasse oficialmente somente depois da equipe completa e treinada, introdutoriamente. Foi informado de que havia uma assistente social no município, Vanda Gonzalo Saraiva. Enquanto aluna, Vanda Saraiva havia tido uma experiência no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, em 1976. Foi algo que a deixou muito chocada, porque as condições físicas do lugar não eram boas e as pessoas eram muito isoladas da realidade.

Aquilo me doeu muito, me chocou. Aí eu comecei. Eu achava que eles mereciam tratamento, mas de outra maneira, um jeito mais livre, sem se distanciar do mundo. Porque quando eles voltavam, era outro choque. E sempre a gente achava difícil. Eles iam e voltavam, tinham uns que vieram e que nunca mais saíram, porque a família abandonou. E a gente tinha umas reuniões semanais e a gente discutia isso, que se eles ficassem junto das famílias, eles iam se adaptando e depois poderiam tocar as suas vidas pra frente. Eles deveriam ser acompanhados na sua

comunidade, na sua realidade, né? Esse deveria ser o tratamento. Então, nesse período, o máximo que a gente podia lutar era assim por um atendimento ambulatorial, pelo menos para os medicamentos. Ainda não tinha uma equipe interdisciplinar, não se pensou nisso ainda (SARAIVA, 2013, p. 01).

Vanda também trabalhou no Instituto Penitenciário Ferreira Neto, em Niterói, e fundou uma associação de ressocialização de presos. O marido trabalhava no exército e por esse motivo voltou ao Ceará. Em Quixadá, trabalhou na Educação.

Quando eu fui falar com o doutor Jackson, eu contei minha história, que estava afastada, que estava sem experiência, principalmente deste trabalho. Eu já tinha feito um estágio, mas eu estava sem preparo para isso. Ai ele disse - nunca me esqueci dessas palavras - “Eu até prefiro que você seja assim, porque é uma pessoa sem vício” (SARAIVA, 2013, p.03).

O último a integrar esta equipe original foi o enfermeiro Humberto Farias. Ele começou a trabalhar no município desde o início da gestão, mas, a princípio, também no Hospital Eudásio Barroso, onde enfrentava muitos embates, até que Odorico entendeu que seria mais conveniente colocá-lo no CAPS.

Eu sempre fui o que o povo chama de “revoltado”. Então, foi mais conveniente pra eles me tirar [do hospital] e botar no CAPS. Só que foi botar um cego em meio a um tiroteio. A minha experiência era mínima, em relação à Psiquiatria (SILVA, 2013b, p. 02-03)

Humberto Farias ingressou na equipe depois do CAPS inaugurado, em 14 de dezembro de 1993. O CAPS teria passado uma ou duas semanas funcionando sem enfermeiro (SILVA, 2013b). Por sua falta de experiência em Psiquiatria, solicitou ir ao CAPS de Iguatu, a fim de adquirir mais conhecimentos. De fato, a construção do modelo de Atenção

Psicossocial se deu, em grande medida, a partir da interlocução destes três primeiros CAPS. Há, também, o registro de visitas dos profissionais dos outros CAPS para conhecer a experiência de Quixadá, como o caso da enfermeira de Canindé que realizaria visita institucional em 09 de março de 1994. Nos dias 25 e 26 de agosto de 1994, foi realizada a I Jornada Interiorana de Saúde Mental, ocasião em que ocorreu o II Encontro dos CAPS do Ceará. O evento contou com a presença da responsável pela coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde à época (SANTOS, 1997). Segundo Antônio Weimar (SANTOS, 2014), a primeira reunião dos CAPS do Ceará foi em Quixadá “e cabia tudo em uma sala pequena da primeira sede do CAPS. E estavam lá representantes de Iguatu, Quixadá e Canindé. (...) Foi muito interessante [risos]. Eu lembro demais, estavam umas dez pessoas, no máximo” (SANTOS, 2014, p. 33). Cezar Wagner e Jackson Sampaio estavam presentes neste primeiro encontro<sup>7</sup>. Essas trocas também ocorreram com outros estados. Já em 1994, a secretaria de Saúde de Blumenau entrou em contato com Jackson para solicitar informações sobre o CAPS de Quixadá. O objetivo era implantar lá um CAPS.

Em 1993, havia outro psicólogo trabalhando no município, Júlio César Ischiara. A princípio, ele coordenou a equipe de Educação em Saúde. Em 1994, passou a integrar a equipe do CAPS.

Como não existia casa de apoio, eu fui morar na casa do Carlos Magno junto a outros médicos, que eram mais três médicos. (...) E, por ser psicólogo e o Carlos psiquiatra, a gente discutia algumas coisas que aconteciam. E eu trabalhando com Educação em Saúde, eu discutia com eles também algumas questões dessa área. Ele me chamou pra ir à tarde [para o CAPS] fazer alguns atendimentos, porque a psicóloga só dava vinte horas semanais. (...) Aí, como eu só trabalhava pela manhã, ele pediu pra eu ir ajudar lá e eu acabei indo. Aí, o secretário também sentiu a necessidade de ampliar a equipe e me contratou também pro CAPS (ISCHIARA, 2013, p. 04).

---

<sup>7</sup> Segundo informações pessoais concedidas por Cezar Wagner de Lima Góis.

O motorista Geraldo Fernandes Pinto também ingressou na equipe em 1994. Todos os profissionais dessa primeira equipe eram contratados, não houve concurso público para preenchimento das vagas (GALVÃO, 2013). Em 1994, a secretaria de Saúde contratou um neurologista que atenderia quinzenalmente em outro equipamento. Com isto, os pacientes do CAPS que eram indicados para esta especialidade médica e estavam sem atendimento foram redirecionados.

Sobre os personagens que fizeram parte da criação da política de Saúde Mental de Quixadá, diz Jackson:

Aparece um jovem psiquiatra que tinha fugido do asilo [risos], o Carlos Magno, e rompera ao meio sua Residência Médica em Psiquiatria no Hospital de Saúde Mental, em Fortaleza (...). E chegou a Quixadá esse cara com toda garra, querendo criar uma vida por lá e uma vida profissional identificada com a Reforma. Era o cara adequado, no momento certo, no lugar certo, para assumir a função de psiquiatra, de liderança psiquiátrica dentro da equipe, com o apoio do Weimar, que não poderia ficar lá o tempo todo, mas sempre ia para as reuniões de supervisão. O Weimar arrumava um jeito de organizar o calendário dele, mesmo atuando sexta e sábado. (...) Estava lá o Carlos Magno, que não tinha a história de Iguatu, mas, tinha aquela mesma visão, aquela mesma perspectiva. Estava lá o Weimar, que tinha protagonizado a criação do CAPS de Iguatu (...). Então, tinha a consciência política, o sentimento de vanguarda do prefeito, Ilário Marques. Tinha a consciência política, esse sentimento de vanguarda e mais a expertise específica na área de política, planejamento e gestão do Odorico, que inclusive já vinha de uma experiência de ser secretário de Saúde quatro anos lá em Icapuí. Tinha a minha experiência, a minha história, acadêmica, política e assistencial, de trabalhar em todos os lugares. Eu trabalhei em emergência, em ambulatório, em hospício, em manicômio judiciário e em meu próprio consultório particular como psicoterapeuta. Então essas experiências todas confluíram num momento raro. Foi uma confluência de astros. Juntam-se Weimar, Carlos Magno, Jackson

Sampaio, Odorico, Ilário e Rachel Marques, mulher do Ilário, psicóloga de formação, que depois assumiu a secretaria da Saúde. Então ali, entre os monólitos de Quixadá, entre 1993, 1994, todos os astros confluíram ali, para um protagonismo extraordinário. Desceu OVNI ali no meio daqueles monólitos e fizemos uma dança tribal em torno da pedra da galinha-choca [risos] (...). Aí chegam também a Érika e o Júlio César, psicólogos, a Irene, terapeuta ocupacional, o Humberto, enfermeiro. Descobrem-se vocações fantásticas: um técnico de Enfermagem magnífico, o Wellington, com uma atitude e uma sensibilidade brilhantes. Nunca saiu de Quixadá, não tem curso superior, mas o cara tem uma intuição, uma inteligência. O Wellington e o Carlos Magno continuam. Mas, não estou falando de hoje, meu olhar se dirige para aquele estranho momento inaugural (SAMPAIO, 2013, p. 13).

Sobre a formação da equipe do CAPS, Carlos Magno oferece outras interpretações:

Eu acho que cada um foi colocado lá no CAPS de Quixadá sem dizer para que era. Então, cada um foi chegando com seu propósito. E uns chegando com seus despropósitos [risos]. Sem propósito. Eu lembro que algumas pessoas foram colocadas lá porque não conseguiam se harmonizar em canto nenhum. Então o CAPS, talvez aquela ideia de que o CAPS ia ser aquela coisa isolada, reclusa, para cuidar dos psicóticos... Uma coisa que não aparecia demais. Então, “Vamos colocar os problemáticos lá, né?”. (...) Então muitos vieram assim. No meu caso, eu vinha com um propósito. Eu sou um seguidor, de planos, de metas. Então qual era o problema do momento, da época, da história da luta antimanicomial? O problema era o quê? A internação do psicótico. Então, eu aterrissei no CAPS de Quixadá dizendo “Daqui ninguém sai mais [risos] pra hospício”. Então, da minha parte, eu comecei a mostrar para a equipe e para as pessoas que, naturalmente, mesmo sem ter tido esta experiência ainda (...), dizer: “Dá pra tratar em casa” (...). E, tinha o Jackson que de quinze em

quinze dias, vinha lá, e as supervisões do Jackson eram muito professorais, no sentido estrito da palavra, de quem ensina mesmo, e muito histórica e tal. E eu tinha esse propósito. E encontrei no Jackson a fonte teórica para poder... Quer dizer, não era só a coisa minha de uma invenção, já existia todo um movimento teórico, técnico, né? Então cada vez mais, eu fui fortalecendo esta coisa, inclusive teoricamente. Então, eu acho que como as pessoas vieram meio que desoladas, onde não tinham nenhum propósito de nada, ali encontraram um objetivo que era grandioso [risos] (BARROSO, 2013, p. 11).

A ideia de Carlos Magno de que o CAPS poderia ter sido pensado como uma coisa isolada, reclusa, não coincide com os testemunhos dos gestores Ilário Marques e Odorico Andrade, embora seja verdade que há trabalhadores que foram para o CAPS por causa de dificuldades em seu setor de origem, como é o caso de Humberto Farias. A importância da supervisão no destino do CAPS é consensual entre os trabalhadores de todo o período histórico estudado. Especialmente, a supervisão de Jackson durante os dez primeiros anos, para os gestores e trabalhadores deste período.

O enriquecimento de Quixadá, boa parte se deve à supervisão e ao Jackson como supervisor. Outro supervisor provavelmente não tivesse dado o impulso que deu à Quixadá, porque ele era ligado à UECE, ligado a uma instituição de ensino importante (SANTOS, 2014, p. 12).

Mas, a presença do Jackson com a experiência dele, com a empolgação dele, com o dinamismo dele, com a incansabilidade dele - que o Jackson é incansável - fez com que o CAPS de Quixadá se tornasse hoje uma referência, conhecido nacionalmente (SANTOS, 2014, p. 25).

Maravilhoso, maravilhoso [o papel da supervisão]. Acho que, sem a supervisão, muito pouco poderia ter sido feito e, com pouco tempo, eu acho que os profissionais teriam debandado, cada um procurando a sua identidade ali den-

tro, sabe? Mas, a supervisão era muito forte pra isso. Ela servia pra lembrar a gente o tempo todo que a gente era uma equipe. Que a gente tinha que trabalhar junto, não era só trabalhar debaixo do mesmo teto. (...) E fez a gente estudar muito. O Jackson botava pra trabalhar, botava a gente pra discutir (GALVÃO, 2013, p. 13).

Foi uma escola, não só de Saúde Mental, mas de tudo, de Filosofia, de tudo que você conhece do Jackson, né? (...) E a supervisão era mais do que os casos. Era uma forma de construir o serviço que nós estávamos aprendendo. E era uma discussão nova, absolutamente nova pra mim, de Filosofia, de política de Saúde, que eu não tinha tido acesso na faculdade. Ou tive, de outras formas. Mas, lá, era diferente, nós estávamos com uma pessoa, que era o professor Jackson, que tinha toda uma formação, toda uma vivência de vários serviços, da Universidade, que foi sempre muito importante pra gente ter essa ligação com a Universidade, que era ele que trazia. Então, participar do CAPS, da supervisão e das reuniões, foi um aprendizado tão rico, que quando eu fui pro PSF (...), era o mesmo sentimento que a gente tinha: fazia falta (SILVA, 2013a, p. 17).

A gente aprendeu bastante sobre a doença mental (OLIVEIRA, 2013c, p. 02).

O professor Jackson é uma pessoa inteligente e uma pessoa inquieta, né? Sempre buscando mais, evoluindo. E estimulava muito a gente. Não só estimulava, como cobrava (...). Porque tinha a supervisão e ele vinha pra supervisão. E ele deixava alguns encargos com a gente, cobrava, pedia relatório, “Como é que anda isso?”. E ele é uma pessoa de uma inteligência tão abrangente e tão sensível, que ele percebia tudo. Ele percebia se você tinha dificuldade e lhe dava uma orientação, lhe empurrava pra crescer mais. Então, essa supervisão, era muito produtiva pra gente. Primeiro, era um trabalho em que a gente não tinha experiência. Tudo a gente ia construindo. O que não ia dando certo, a gente ia tirando e evoluindo no que ia produzir, mais, mais (SARAIVA, 2013, p. 05).

Ele sempre me ouvia e eu sempre o admirei por conta do conhecimento. (...) E de fato, o Jackson, era conhecedor, tem um conhecimento profundo da Psiquiatria. Ele tem um conhecimento largo, grande demais. (...) Agora, é um cara pedante, sem sombra de dúvida. (...) De certa forma, a gente procurava imitá-lo. Porque você tem uma pessoa, assim, de referência. E ele era uma referência muito boa (SILVA, 2013b, p. 04).

A referência ao estilo pessoal de Jackson conduzir a supervisão também apareceu na entrevista de Irene, que também atribui parte do “brilho” do CAPS de Quixadá à competência de Jackson Sampaio: “Às vezes eu dizia pra ele: olha, o senhor sacode a gente, mas, quando a gente está morrendo, o senhor bota nos braços e vai acalentando até voltar oxigênio e a gente viver” (BARROS, 2013, p. 08).

Jackson Sampaio já detinha uma experiência de supervisão institucional, a que ocorreu entre os anos 1988/9 no Ambulatório Estadual de Saúde Mental de Ribeirão Preto, em São Paulo. Sua concepção de supervisão é influenciada por elementos teóricos da Análise Institucional, da Comunidade Terapêutica e da Psiquiatria Democrática, compreendendo que o serviço nas dimensões intersubjetiva, intercorporativa e interteórica, com todos os seus trabalhadores precisando de educação crítica permanente e de cuidados, por conta do sensível e raro enfrentamento com o transtorno mental (SAMPAIO, 2013).

Os CAPS de Canindé e de Quixadá seriam inaugurados aproximadamente no mesmo mês, mas, devido à decisão de selecionar e treinar os trabalhadores antes do funcionamento pleno, o de Quixadá foi inaugurado depois.

Não era bom juntar num balaio gente que vinha de mundos desconexos. O que um estudante de Medicina, de Psicologia, de Enfermagem, todos recém-formados, sobretudo naquela época, entenderiam de multidisciplinaridade interdisciplinar, de campo epistemológico da saúde mental, de atenção psicossocial em território vivo, de CAPS?

Ainda hoje a formação lateraliza a dimensão da atenção psicossocial territorial, que dirá naquela época? A formação é corporativa, monodisciplinar, especializada, técnica-instrumental, ligada às escolas de pensamento praticadas pelos professores. Mas, essa dimensão holística da Saúde Pública, da ação pública democrática, da saúde como direito, do trabalhador como agente do Estado, transformando realidades sanitárias, nem hoje temos. Então, os psicólogos chegavam cheios de curiosidade e boa vontade, mas limitados a recortes teóricos focados (comportamento, conduta, sintoma) e objetos de ação definidos por faixa etária (criança, mulher, idoso etc). Os assistentes sociais, formados no paradigma assistencialista, não crítico. O enfermeiro treinado em protocolos, pouco estimulado à criatividade, submetido às hierarquias tayloristas de trabalho. Os médicos superespecializados, tratando sintomas biológicos, abdicando das relações biopsicossociais do processo saúde/doença, sobretudo desinteressados de continuar estudando, de estudar junto com os demais profissionais, com aquela arrogância imperial que caracteriza a formação médica. Era muito complicado juntar estas quantidades heterogêneas e jogá-las na arena das demandas reprimidas e distorcidos pelos preconceitos. A ideia era que a gente pudesse conceber o serviço antes de inaugurá-lo (SAMPALHO, 2013, p.10).

De fato, com exceção de Vanda Saraiva (SARAIVA, 2013), Carlos Magno (BARROSO, 2013) e Antônio Weimar (SANTOS, 2014), os outros profissionais disseram não possuir conhecimento e nem prática profissional na área de Saúde Mental. Segundo Wellington (SOUSA, 2013a), não estava claro o que era um CAPS. Portanto, as supervisões foram fundamentais para a criação de um discurso e de uma prática comuns, construindo consensos epistêmicos mínimos. Jackson Sampaio também queria que o CAPS só fosse inaugurado com um evento de “natureza teórico-conceitual-político-metodológico” (SAMPALHO, 2013, p. 10), daí a preparação da I Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania, como evento inaugural.

Em 1993, a supervisão era quinzenal e, a partir de 1994, passou a ser mensal (SAMPAIO, 2013). Era um dia de trabalho, das 9 às 17h com pausa de uma hora para almoço conjunto. Embora Antônio Weimar só trabalhasse aos sábados, ia a todas as supervisões.

A exigência da minha presença na supervisão era uma exigência ética e do meu maior interesse. O momento de supervisão é o momento mais rico do meu trabalho lá. Então, não precisava nunca ninguém [obrigar a estar presente]... (SANTOS, 2014, p. 19)

Jackson foi supervisor de 1993 a 2003, período dedicado à criação e sistematização do serviço (SAMPAIO, 2013). Chegou-se a pensar em um modelo de supervisão formada por uma equipe composta por Jackson, Nilson Moura Fé e Maria Nazaré de Oliveira Fraga, mas este modelo não vingou. Nazaré era enfermeira, com mestrado em Enfermagem pela UFRJ, área de concentração Enfermagem Psiquiátrica; e doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. O seu mestrado, entre 1977 e 1979, coincidiu com as primeiras vindas de Franco Basaglia ao Brasil, um momento em que os graduandos, mestrandos e doutorandos do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, onde ela fez suas práticas, discutiam o Movimento da Psiquiatria Democrática. Nazaré se tornou professora da UFC.

Então, eu fiz lá na Escola de Enfermagem em Ribeirão Preto, o meu título é em Enfermagem Psiquiátrica. Mas, quem tinha, desde o início, uma sensibilidade, sempre se voltou para o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Digamos que, filosoficamente, a nossa identificação era com isso. Por aí é que passa a nossa formação. Como é que eu vou dizer? [A formação] oficial, ela é bastante tradicional. O que a gente faz é trilhar um caminho paralelo. Então, o que é a nossa formação? A nossa formação eram os seminários que a gente fazia, que a gente frequentava aqui com o Alfredo Mofatt, eram as conferências Nacionais de Saúde Mental, era a identificação com os princípios da Reforma

Sanitária, era a nossa curiosidade, a nossa vinculação com os outros profissionais das outras áreas, como área de Psicologia. (...) Na época, a minha tese de doutorado foi uma análise da prática de Enfermagem no Ceará inteiro e que era uma prática institucionalizada, hospitalocêntrica, com toda a força de que isso representa. Mas eu fiz uma análise de uma perspectiva completamente crítica. E, então, a gente fez terapia... (...). Ninguém teve uma formação pra ser supervisor. Agora, já há esse movimento. Mas, a nossa formação eram os eventos, era a comissão de Reforma Psiquiátrica aqui do município de Fortaleza, que foi implantada no governo do Juracy Magalhães, que tinha à frente o doutor Moura Fé e eu representava o Conselho Regional de Enfermagem nessa comissão e outras formações, terapia pessoal, que a gente fez, curso de Arte-Terapia e por aí vai. Cada um fez o que lhe batia mais forte (...). E quando a gente viajava, naquele início, meados da década de noventa, para os municípios onde havia criação dos CAPS, no Canindé, em Quixadá e outros, a gente conversava muito em torno disso, da necessidade de supervisores, e a gente não contava em mais de cinco dedos as pessoas que tinham perfil pra isso. (...) E aí, digamos assim, o que eu publico, o que eu trabalho, meu modo de agir, meu modo de pensar estavam muito realmente identificados com a pretensão da reforma psiquiátrica (FRAGA, 2013, p. 04).

Reconhecendo a importância de Nazaré Fraga sobre a sua formação, disse Carlos Magno: “Nazaré Fraga foi quem me deu muita caçetada para eu endireitar meu pensamento e entrar mais nessa postura de Atenção Psicossocial mesmo” (BARROSO, 2013, p. 04). Segundo ele, quando começou sua vida profissional, ainda era um entusiasta do hospital psiquiátrico modernizado. Foi especialmente a influência de Nazaré Fraga e de Eugênio de Moura Campos que permitiram que ele modificasse a compreensão sobre novos formatos possíveis de assistência em Saúde Mental.

Nilson Moura Fé também acompanhou de perto a criação da política de Saúde Mental do município. No dia 16 de março de 1994, foi

a Quixadá fomentar a discussão sobre Reforma Psiquiátrica e a necessidade de criação da Comissão Municipal de Saúde Mental. Seu posicionamento é que deveria ser uma comissão institucional, não nomeada, referendada e subordinada ao CMS, representativa e autônoma, formada pelos seguintes representantes: do CAPS, do CMS, dos usuários do SUS, dos trabalhadores rurais, da diocese, da rede hospitalar, do Ministério Público, da OAB, das entidades formadoras, da associação de bairro, dos clubes de serviço e da Câmara Municipal. Deveria ser escolhida uma secretaria executiva da comissão, eleita por dois anos, que traçaria a seguinte estratégia de implantação: 1. Conversa com o secretário de Saúde; 2. Discussão no Conselho Municipal de Saúde para que este autorizasse a operacionalização pelo secretário; 3. Solenidade de Instalação da Comissão; 4. Convocação da primeira reunião, com definição de uma diretoria provisória para preparar o regimento interno; 5. Cronograma das reuniões; 6. Planejamento submetido ao Conselho Municipal de Saúde; 7. Na primeira reunião com o Conselho Municipal de Saúde, colocar os objetivos, função e proposta da composição da Comissão. 8. Estabelecer um prazo de 45 dias para organizar e instalar a comissão. Esta comissão realmente foi criada e funcionou durante todo este período histórico. Neste dia, Nilson Moura Fé ainda entregou à equipe documentos e material bibliográfico sobre a comissão e reforma psiquiátrica para subsidiar as ações do CAPS. A enfermeira Silvandra Régia, que fazia parte da comissão de reforma psiquiátrica de Fortaleza, também foi a Quixadá auxiliar neste processo.

Segundo Alcides, a inauguração do CAPS não gerou resistências do município. O problema foi quando se buscou utilizar os leitos do hospital para fazer as internações das crises.

Aí os médicos que já estavam há anos no hospital resistiram, mas aquela resistência velada, aquela coisa que não é aberta, não havia uma exposição clara de posicionamento contrário. (...) Ela se expressava por comentários no corredor, fofoca. Aquela coisa que você não consegue visualizar claramente, objetivamente, pra poder fazer um enfren-

tamento maior, muitas vezes, da discussão da inovação. Era uma coisa difusa, mas você percebia que havia aquela resistência, aquela dificuldade (MIRANDA, 2014, p.04).

Afinal, o grupo de profissionais da Saúde que já estava no município divergia claramente do perfil político e técnico dos profissionais “forasteiros”. Mesmo assim, o município conseguiu quatro leitos no hospital Eudásio Barroso (PONTES; FRAGA, 1997).

### 3.2.1.4 COTIDIANO DO SERVIÇO E INOVAÇÕES

Segundo Antônio Weimar (2014), nas primeiras supervisões, discutiam-se coisas muito simples, como o material da Terapia Ocupacional. “Eram coisas da infância do serviço” (SANTOS, 2014, p. 19). Com o tempo, as discussões foram se tornando mais complexas e polêmicas. Discutiam-se as rotinas organizacionais, como a necessidade de reuniões de equipe semanais. Criavam-se estratégias de horizontalização das relações entre os profissionais. Uma delas era o conceito de terapeuta emergente. A equipe inteira contribuiria para o projeto terapêutico, mas seria a pessoa que desenvolveu maior vínculo com o paciente que coordenaria o projeto, quebrando uma tradição de exclusivismo do médico e do psicólogo. Em algumas situações, o terapeuta emergente poderia não ser do CAPS. Em um caso registrado em ata de supervisão, dois terapeutas emergentes seriam um pediatra e uma nutricionista a serem supervisionados pelo CAPS, como solução para que o paciente não fosse obrigatoriamente encaminhado para o serviço. O CAPS antecipava, espontaneamente, o que, posteriormente seria conhecido na política pública nacional de saúde como matriciamento.

Os prontuários não seriam próprios de cada categoria profissional, e sim, do paciente, seguindo o preceito do *habeas data* instaurado pela Constituição Brasileira de 1988, e institucionalizado como responsabilidade coletiva. Foi discutido como seria a coordenação da equipe. O coordenador não teria um cargo administrativo comissionado, de con-

fiança, constituído dentro da hierarquia municipal de cargos, mas seria eleito pela equipe, junto com um secretário geral, na primeira vez, com mandato de um ano. A partir da primeira vez, o secretário assumiria a coordenação e outro secretário seria escolhido. Jackson Sampaio defendeu que todos deveriam passar pela experiência de secretariar e coordenar, para reduzir as diferenças entre dirigidos e dirigentes.

Todo mundo tem que passar pela função pra evitar que se cronifique a relação entre o papel histérico do submetido e o papel paranoico do chefe. O chefe vai se cristalizando na função de chefe, vai gostando do seu pequeno poder, vai ganhando uma gratificação, uma merreczinha de gratificação a mais, incorpora aquilo ao seu prestígio e à sua renda familiar e fica danado da vida quando há qualquer ameaça. Qualquer crítica à gestão vira uma crítica pessoal a ele. E a suspeita é que “estão querendo me derrubar”, “estão querendo me tirar do cargo”. Enquanto que o outro fica eternamente sem voz, tem ideia, tem experiência, mas não consegue por em prática nada do que pensa e vai ficando histérico. Vai ficando prisioneiro do mero protesto, das crises de raiva: “ai, eu não sirvo pra nada, eu não posso fazer nada, não me dão condições”. E começa a virar essa coisa: “Ah, eu não faço nada porque não me dão condições”. Enfim, para superar isso, a gente imaginou, escolheu uma dupla de coordenador e de secretário e que no ano seguinte o secretário assume a função de coordenador e a gente escolhe, por consenso, na reunião de supervisor, um novo secretário. Independente se é nível médio, se é nível superior, se é médico, se é enfermeiro, o que é que é. Por que uma função de liderança, em gestão coletiva pública, de um grupo pequeno e sensível, seria burocratizada como cargo de confiança e restrito a uma profissão ou a um nível de escolaridade? (SAMPAIO, 2013, p. 14).

Inicialmente, a proposta era que o mandato do coordenador durasse seis meses, depois foi institucionalizada a duração de um ano. O primeiro coordenador do CAPS de Quixadá foi Carlos Magno.

Agora, a história da coordenação rodiziada, eu acho isso uma invenção do Jackson. Aquilo me maltratou muito, no início [risos]. Porque a proposta dele era seis meses de coordenação. E eu comecei com todo esse gás, e com seis meses, pra seguir o manual, tinha que sair. Eu lembro claramente como foi doloroso, porque eu sabia que tinha mais, tinha mais [a contribuir]. Mesmo assim, eu dei essa afastada, não sei nem quem assumiu [risos] esses seis meses. Mas, continuei muito nessa liderança da equipe, na boa. Mas, não foi uma experiência legal demarcar claramente seis meses. Tanto foi que depois a gente burlou isso e eu fiquei uns quatro anos em coordenação (BARROSO, 2013, p. 13).

Em de outubro de 1994, foi discutido que este período era insuficiente para se viabilizar um processo administrativo. Optou-se pelo período de um ano. Outra questão discutida é que a divisão da carga horária em vinte horas para a coordenação do serviço e vinte horas para os trabalhos técnicos sobrecarregavam e dificultavam o trabalho. Esta queixa foi recorrente sempre que só havia um técnico de determinada especialidade exercendo a coordenação.

Ainda sobre a democratização do serviço, relata Francimeiry Amorim:

Essa discussão permeava a equipe toda, de quem faz o vínculo, cuida. Por quê? Porque nós tínhamos a sessão clínica para discutir os casos, então todo mundo participava e discutia da mesma forma: (...) Todo mundo era todo mundo. O motorista, a cozinheira, o vigia, todos. Claro que havia um momento em que a discussão era mais clínica de determinados casos, determinados aspectos. Mas, na hora da organização do serviço era todo mundo. Então, Jackson sempre colocava que cada um que estava ali era um agente de Saúde Mental, um auxiliar de Saúde Mental. E tinha também uma prática de, por exemplo, quem estava na recepção tinha que fazer rodízio pelos outros setores do CAPS, pra poder entender como funcionava o serviço. Então, havia toda uma discussão de democratização

do serviço já desde o início, desde a implantação, e de não separação entre quem pensa e quem faz. Isso, de fato, sempre foi colocado em prática e sempre esteve presente na discussão do CAPS, desde o início. Porque também Jackson estava desde o início [risos]. (...) Então era formação mesmo. Formação de valores, de cultura. Isso, de fato, aconteceu (SILVA, 2013a, p. 22-3).

Jackson Sampaio compreendia que os profissionais de Saúde Mental não deveriam ser apenas os médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros, mas todos os que se envolvessem com os clientes, agindo, reagindo, comportando-se diante deles, em interação com eles, inclusive de nível médio e fundamental (SAMPAIO, 2013). Nesse sentido, todos se constituíam como profissionais do cuidado e assim foi criada a figura do Auxiliar de Saúde Mental, que poderia ser motorista, auxiliar administrativo ou auxiliar de serviços gerais. Na prática, isto significava que eles participavam das reuniões de equipe, incluindo supervisões, discussões de casos clínicos, planejamento das atividades do serviço e recebiam treinamento em Saúde Mental. Um exemplo dessa atuação foi citado por Jackson Sampaio:

Para visita domiciliar, iam o motorista, o médico e algum outro da equipe de nível superior: o enfermeiro, o psicólogo, o terapeuta ocupacional ou o assistente social. Chegando lá, o médico ia atender a pessoa em crise, o outro terapeuta de nível superior ia atender a família, fazia um grupo com a família, e o motorista ia conversar com a vizinhança para dar explicações, pra dizer qual deveria ser a atitude das pessoas quando vissem um vizinho em crise (SAMPAIO, 2013, p. 21).

Desta maneira, evitavam-se o trabalho alienado e a crise hierárquica relacionada aos profissionais de nível superior e médio. Todos tinham funções relacionadas ao cuidado com o usuário do serviço, independente de suas formações, mas com a devida capacitação necessária para cada uma das funções e habilidade para a compreensão geral do fenômeno. A

implantação da função de Auxiliar de Saúde Mental e a participação de todos os trabalhadores em todos os espaços de discussão foi bem aceita pela equipe. Carlos Magno entendia a participação dos auxiliares de Saúde Mental dentro do contexto da Saúde Mental, como define:

Que é processo de vida, é vivência na comunidade, na família. Então, o nosso zelador tem condição de dar uma opinião importante para o processo do paciente, por exemplo, porque ele tá lá na comunidade, muitas vezes. Agora, o interessante disso é que quando ele participa da reunião, ele saber que aquela opinião dele tem a ver com todo o lance acadêmico e do diagnóstico. Porque se ele não entende isso, ele diz: “Não, a minha opinião aqui não serve de nada”. Então, o mais rico disso, que a gente tem observado, quando um motorista fala, é o cara estar falando do mesmo discurso, do mesmo objeto de estudo dos doutores e dos pós-doutores que estão traçando aquela coisa lá (...). A gente teve vários relatos de muitas pessoas tidas na administração como brutamontes e tal e foram para o CAPS. Eles chegaram a dizer, lá: “Pela primeira vez eu estou me sentindo gente, porque aqui eu falo e participo” (BARROSO, 2013, p. 14).

É uma estratégia de levar o problema do modo como ele precisa ser tratado, o complexo como complexo. Se é complexo, ele não é só acadêmico, jamais. Se ele é complexo, também não é só popular. Então complexidade implica que (...) você possa lidar com todas as variáveis, criativamente (BARROSO, 2013, p. 14).

A supervisão de Jackson também era um estímulo à produção acadêmica, à realização de pesquisa, ao registro das atividades do serviço. Neste período, eram realizados levantamentos epidemiológicos, o que possibilitava que a equipe desenvolvesse atividades de Promoção em Saúde (ISCHIARA, 2013).

Sobre a necessidade de criação de registros sobre as atividades e resultados do CAPS, Jackson entende que:

(...) a gente tinha um pouco essa consciência de estar fazendo História também. Além da consciência de que é necessário conservar banco de dados para a pesquisa, para a memória, para a avaliação, havia a consciência de que a gente estava fazendo História. Então, você tinha três motivos pra se preocupar com isso. Você tinha o motivo técnico, do registro das informações pra elas ficarem disponíveis; você tinha o registro acadêmico, daquilo ser um banco de dados pra pesquisa; e você tinha um registro político de imagem, digamos assim, *marketing* da ideia de que a gente estava fazendo História e que aquilo acolá era referência e que a gente tinha que se organizar para poder suportar o peso dos olhares que viriam a recair sobre nós, inclusive os olhares contrários. Os olhares de combate àquela experiência, que sempre houve (SAMPAIO, 2013, p. 18).

Nesse primeiro momento histórico, eram discutidos os papéis profissionais de cada membro da equipe. Como criar uma equipe verdadeiramente interdisciplinar, atuando conjuntamente, respeitando as formações de origem de cada integrante, mas incrementando-a com os novos saberes? Essas discussões se davam durante a supervisão (SAMPAIO, 2013), nos encontros de CAPS (ISCHIARA, 2013), nas reuniões de equipes, como demonstra a ata de 28 dezembro de 1993, em que se discute o trabalho do auxiliar de Enfermagem. Este tipo de reflexão também deu origem à dissertação de mestrado em Saúde Pública, pela UECE, de Ana Érika, defendida em 1997, orientada por Jackson, e que tinha como título **O lugar do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial** (GALVÃO, 1997).

Além do incentivo à qualificação pelo secretário de Saúde, Jackson também foi um grande incentivador de que os profissionais do CAPS realizassem estudos acadêmicos. Na mesma turma de Ana Érika, no mestrado, foi seu colega Antônio Weimar, também realizando reflexões no âmbito da Atenção Psicossocial. Sua dissertação, defendida no mesmo ano, tinha como título **Avaliação crítica dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial no Nordeste: perfil organizacional dos ser-**

**viços** (SANTOS, 1997). Antônio Weimar construiu um questionário que buscava avaliar os CAPS do Nordeste, de acordo com os parâmetros sugeridos pela reforma psiquiátrica e pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental - CNSM. Nesse momento, ainda existiam poucos CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS no Nordeste. Foram visitados quatro CAPS, que, à época, representavam uma amostra de 26,7% do total: o CAPS de Salvador; o NAPS de Recife; o NAPS de Natal e o de Iguatu. Quixadá não entrou na pesquisa para não haver contaminação dos dados, já que Antônio Weimar trabalhava lá. A pesquisa apontou para o fato de que, nesse momento, havia pouca identidade entre os serviços CAPS/NAPS do Nordeste.

A princípio, essa falta de identidade não seria uma coisa condenável, até porque éramos tão poucos, tínhamos tão pouca troca de informação, de convivência, mas foi uma característica que apareceu na pesquisa. E eu atribuo a essas origens, à forma como cada um nasceu, ao que cada um se destinava. O Ministério da Saúde depois foi que veio com suas normas, estabelecendo o que eram o CAPS, o CAPS AD, etc. Então, hoje você já percebe que há certa identidade, certa uniformidade, até porque a legislação, as leis, as coisas, falam como deve ser a equipe e tudo mais. Então, não havia CAPS AD, por exemplo, nessa época. Mas o CAPS de Salvador, eu me lembro bem, que ele era basicamente destinado para pacientes usuários alcoólatras, que tinha um perfil claramente psicanalítico. Em Recife já foi outra coisa e em Natal já foi outra realidade. E não comprometeu, cada um estava fazendo o que podia fazer naquele momento (SANTOS, 2014, p. 33).

Júlio Ischiara também fez mestrado sob orientação de Jackson, enquanto este era supervisor, mas somente na segunda gestão de Ilário Marques e já com outro enfoque. A dissertação, defendida em 2003, tinha como tema: **Humanização da Assistência Hospitalar: um estudo de caso em hospital público** (ISCHIARA, 2003), focando a compreensão das dinâmicas de cuidado do Hospital Eudásio Barroso, que incluía

leitos psiquiátricos sob a retaguarda do CAPS. Em 1999, Júlio Ischiara já havia realizado uma especialização em Saúde Pública pela Universidade Vale do Acaraú - UVA.

De fato, havia entre os profissionais do CAPS de então, um perfil diferenciado. Ana Érika já era professora universitária. Antônio Weimar chegou a ser professor no curso de Psicologia na UNIFOR (SANTOS, 2014). Júlio Ischiara se tornou professor da FCRS (ISCHIARA, 2013). Além da produção dos próprios profissionais, desde o início, o CAPS se abriu como campo de estágios e pesquisas acadêmicas. A primeira referência a estágios no CAPS está na ata do CAPS de 2 de março de 1994. Tratava-se da possibilidade de se abrir estágio voluntário a partir do semestre seguinte, para os estudantes da UECE. O primeiro campo de estágio do CAPS foi para o curso de Enfermagem, conduzido por Humberto Farias. Também houve demanda para estágio por parte de alunos da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG - e da Universidade Estadual de Campina Grande - UECE; e de estágio para residência em psiquiatria, também de um estudante paraibano, todos em 1994. Foi campo de pesquisa conduzida por Nazaré Fraga sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado do Ceará, no período de agosto a setembro de 1994 (PONTES; FRAGA, 1997). A equipe realizou levantamento epidemiológico e fez o levantamento dos pacientes de Quixadá que estavam nos hospitais psiquiátricos do estado; mapeou os pacientes por área a partir dos prontuários, com o objetivo de integrá-los a sua comunidade e que fossem acompanhados pelo PSF, supervisionados pela equipe do CAPS. Os dados relativos ao serviço eram apresentados nas jornadas quixadaenses de Saúde Mental e cidadania e também em eventos de outros municípios e estados. Também houve o pedido por parte do Ministério da Saúde de que fossem enviados dados sobre os três CAPS do Ceará.

Nesse período, foi iniciada a elaboração do Manual de Organização do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá, por Jackson Sampaio e Carlos Magno, em 1994. Oriundo dessas discussões, o manual estabeleceu consensos mínimos sobre o que era um CAPS, seus objetivos, características, funções, modos de estruturação do serviço e organização

administrativa, relação com os mantenedores e o problema da produtividade, e ainda fazia uma revisão sobre movimentos psiquiátricos, reforma psiquiátrica e o processo saúde-doença mental (SAMPAIO; BARROSO, 1994). Este manual foi revisado após a experiência de Jackson Sampaio com a supervisão, por seis anos, do CAPS de Sobral, e, finalmente, editado como capítulo do livro: **Supervisão clínico-institucional e a organização da Atenção Psicossocial no Ceará** (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010).

Desde seu início, o CAPS organizou uma programação de seminários oferecidos à sociedade quixadaense, a contar com palestrantes convidados, como os próprios Jackson Sampaio e Carlos Magno, Cézár Wagner e Nazaré Fraga. Os temas eram gerais e polêmicos, para atrair as pessoas para o serviço, completando o ciclo de exclusão/inclusão: os clientes invisíveis na sociedade, a sociedade frequentando o serviço sem estatuto de doente. Deste modo, discutiram-se sexualidade, felicidade, loucura, poder e família, por exemplo. Além dos seminários externos, também se construiu uma agenda de seminários internos, facilitados pelos próprios técnicos da equipe.

Ainda em dezembro de 1993, foram estabelecidas algumas das atividades do CAPS para o primeiro semestre do ano seguinte: treinamento para os profissionais de emergência; trabalho de ressocialização; terapia de grupo com crianças com distúrbio de comportamento; terapia de grupo com psicóticos assintomáticos (adultos); terapia de grupo com psicossomáticos (adultos); grupo de apoio aos familiares de pacientes; seminários do CAPS/Quixadá; implantação do serviço de Enfermagem; início do programa de medicação DEPOT; mapeamento dos distúrbios psiquiátricos do município de Quixadá. As atas de serviço comprovam que os grupos eram conduzidos por dupla de terapeutas de formação distinta e que o médico participava destas atividades. As atividades não aconteciam somente dentro do CAPS, os terapeutas também levavam os participantes para outros lugares da cidade, como o açude Cedro. Posteriormente, foi criado um segundo grupo de pacientes com transtornos psicossomáticos, e os responsáveis por ele seriam Carlos Magno, Irene

Barros e Vanda Saraiva. Entretanto, precocemente, Carlos informou que não ficaria mais responsável pelos grupos de que participava. Em meados de 1994, ele deixaria os grupos de pacientes psicóticos e o de pacientes com distúrbio bipolar por conta da demanda de ambulatório. Já surge neste primeiro momento um problema que perdurará por todo o período pesquisado: embora houvesse a defesa das ações interdisciplinares, na prática, o médico ficava excluído de muitas atividades do serviço por conta da demanda de atendimento individual. Outro fato importante deste dia foi a escolha de Wellington como responsável pelo grupo de reeducação psicomotora, a despeito de ele ser profissional de nível médio. Em agosto, Carlos iniciaria uma nova atividade de grupo, mas desta vez, no Centro Social Urbano. Era um grupo de Biodança, em que tinha formação.

Desde seu início, o CAPS Geral de Quixadá atendia toda a demanda de Atenção Psicossocial do município, a despeito do diagnóstico do paciente. Dois meses depois de inaugurado, o CAPS já estava com superlotação, o que gerou a decisão, na equipe, de suspender a marcação de novos casos de não-psicóticos. Decidiu-se ainda pela implantação de oficinas de Terapia Ocupacional, especialmente relacionadas à arte. As oficinas eram custeadas pelo município. Nesta data, o supervisor sugeriu acrescentar ao grupo terapêutico de crianças um grupo com as respectivas mães, com o objetivo de dar melhor andamento à terapia infantil. A ata aponta para as reflexões que eram realizadas pela equipe sobre a natureza das atividades, por exemplo, se um trabalho de pacientes com uma horta seria tratamento ou reabilitação.

A ata de 06 de julho de 1994 aponta, pela primeira vez, para o serviço de internamento domiciliar, que seria coordenado por Humberto Farias. Sua clientela inicial eram os dementes senis e os pacientes psiquiátricos. Wellington Sousa faz o relato sobre essa prática:

E isso a gente fez por um período, aquele paciente que tinha mais dificuldade para estar no Eudásio Barroso, pelo espaço não ser tão amplo. Por exemplo, o paciente com bipolaridade, ele gosta de andar, de circular, e o Eudásio

é pequeno. Então esse aí a gente poderia deixar com o internamento domiciliar. Eu, como o técnico, às vezes, acompanhado pela enfermeira ou acompanhado de um arte-terapeuta que visitava o paciente, fazia a medicação dele nos horários como se fosse internamento, por exemplo, manhã, tarde e noite. Levava esse paciente para outro ambiente, como o Cedro, para que ele pudesse andar, para que ele pudesse desopilar um pouco, tirar um pouco do seio da família, mas, voltando de novo para o seio da família na hora do almoço, na hora da janta (...). Essa foi também uma experiência muito boa e que ajudou muito a gente a mudar o pensamento do familiar que tinha que mandar para o hospital. E aí eles tinham essa segurança: “o serviço está vindo, então nós vamos dar credibilidade, então nós não vamos internar esse paciente” (SOUSA, 2013a, p. 05).

Segundo Humberto Farias (SILVA, 2013b, 2013), nesta gestão, o CAPS contava com transporte para realizar as visitas e internações domiciliares, que eram realizadas quando não havia risco para a família e nem para o paciente. Na sua escala de enfermeiro, havia visitas domiciliares todos os dias, de segunda à sexta, e às vezes duas. As atas do ano de 1994, no entanto, apontam para alguns momentos em que o transporte do CAPS não estava disponível, pois estaria sendo usado por outros serviços da secretaria de Saúde. Sem as visitas domiciliares, a equipe observou um aumento no número e na gravidade dos internamentos no período. Em 1995, foi criada a escala de visitas domiciliares do serviço.

Antônio Weimar, psiquiatra, recebeu convite da Secretaria de Ação Social para orientar os profissionais que atuavam com os meninos em situação de rua da cidade. Além disso, como integrante do CAPS, também participou de oficinas de produção de materiais como cestos e móveis, realizadas nos bairros. Ou seja, mesmo com a formação médica, participava ativamente de atividades predominantemente sociais.

Jackson Sampaio propôs uma reforma no hospital Eudásio Barroso de forma a acolher melhor os pacientes da Psiquiatria. Também sugeriu a contratação de uma terapeuta ocupacional no hospital. Este pedido

foi negado por Odorico Andrade, porque, segundo ele, o objetivo da equipe era conseguir chegar ao estado em que não houvesse internações psiquiátricas no hospital. Sugeriu ainda que, ao invés de triagens individuais, o serviço adotasse grupos de no máximo doze pessoas. Essa triagem também seria realizada por dois profissionais, duas vezes por semana. A triagem passou a ser feita por um médico e outro profissional, que variava, mas geralmente era alguém que estivesse em regime de 40 horas semanais no serviço (GALVÃO, 2013). Para Wellington Sousa,

Isso foi, eu acho, particularmente, uma posição muito inteligente da equipe, quando se cria essa triagem no início. Porque a demanda ia ser grande, então o serviço não ia dar conta de atender um-a-um. Então, a gente fazia um grupo de triagem, neste grupo estavam um médico e outro profissional. Atendiam a demanda. Os casos mais complexos que o médico que estava lá na época via que não dava pra ser exposto daquele jeito, ele atendia separado depois. Mas a queixa principal, o sofrimento maior, ele via no grupo (SOUSA, 2013a, p. 10).

Este modelo de triagem foi avaliado como positivo, segundo ata de 21 de setembro de 1993. Entretanto, a pesquisa de observação realizada entre agosto e setembro de 1994 apontava para a seguinte realidade:

A grande maioria das consultas e triagens eram realizadas por um único profissional, embora estivessem programadas para ser realizadas por dois. Muitas vezes o psiquiatra não se fazia presente e o enfermeiro realizava os atendimentos de acordo com a demanda. Esse fato ocorria porque o médico trabalhava em mais de um município e o enfermeiro era exclusivo deste, além de residir na própria localidade. Constatamos também que as consultas médicas e de enfermagem apresentavam características muito próximas. A ausência do psiquiatra acarretava a sobrecarga de alguns membros da equipe, especialmente do enfermeiro (PONTES; FRAGA, p. 48).

Foi feita a observação de que as triagens de crianças e pacientes em crise seriam feitas separadamente. Nesta data, definiu-se que a triagem em grupo seria prática institucionalizada do CAPS, embora permanecesse a triagem individual, sempre que se julgasse necessário. Neste formato, a triagem passou a ser defendida no manual escrito por Jackson Sampaio e Carlos Magno:

Recomenda-se que a triagem seja feita em grupo de demandantes e por, no mínimo, dois técnicos especializados. Devido às interfaces orgânicas e aos manejos farmacológicos, convém que um dos profissionais seja sempre o psiquiatra (SAMPAIO; BARROSO, 1994, p. 05).

O ano de 1994 foi de grande participação do CAPS no cenário político e científico. A Comissão Municipal de Saúde Mental tomou posse por ocasião da abertura da II Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania, ocorrida nos dias 15 e 16 de dezembro. Nilson Moura Fé também participou da elaboração de emenda à Lei Orgânica do Município de Quixadá, aprovada originalmente em 1990. Na Lei (QUIXADÁ, 1990), o município se comprometia a oferecer condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer e respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental. Com a emenda, a Lei Orgânica de Quixadá passou a dedicar especial atenção à temática da Saúde Mental, sobretudo à dimensão organizacional, como demonstra a leitura do Art. 154, §2º:

É de total responsabilidade do poder público municipal a assistência, promoção, prevenção, investigação e capacitação em saúde mental, além da elaboração de uma política municipal de saúde mental, desenvolvida a partir de planos e avaliações periódicas, respeitados os seguintes critérios:

- I – fica proibida no município de Quixadá a construção de hospital psiquiátrico, de natureza pública ou privada;
- II – às emergências psiquiátricas deverão ser atendidas nos serviços de emergências gerais;

- III – a assistência psiquiátrica aos portadores de doença mental deverá utilizar-se dos meios mais adequados aos projetos terapêuticos específicos, tais como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital dia, hospital noite, centro de atenção psicossocial (CAPS), residência terapêutica, lares e pensões protegidas e outros que venham a ser desenvolvidos para tais fins, sendo de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, estabelecer a planificação necessária para instalação e funcionamento dos recursos.
- IV – A habilitação psicossocial constitui estratégia necessária ao desempenho profissional e social dos crônicos ou ex-portadores de doença mental, exigindo ferramentas intersectoriais, sobretudo com educação e ação social.
- VII – fiscalizar as agressões que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos estaduais e federais competentes, para controlá-las.

Pode-se dizer que este é o único marco legal que regulamenta a nova política de Saúde Mental no município. Ela se constituiu, portanto, profundamente a partir de seu aspecto gerencial.

Os integrantes do CAPS participavam das reuniões do CMSM e, neste âmbito, planejaram manifestações no dia da luta antimanicomial, que incluía atuação na praça central da cidade, e debate na Assembleia Legislativa do Ceará, em Fortaleza. Carlos Magno, como titular, e Raimundo Severo, como suplente, participaram da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica e fomentaram a criação de núcleos do Movimento da Luta Antimanicomial nos municípios onde já existiam CAPS. Em 16 de novembro de 1994, segundo a ata, a equipe avaliou que esse Movimento estava se esvaziando e decidiram aumentar a atuação no Ceará e participar de encontros regionais, como a ida de comitiva de cinco trabalhadores do CAPS ao Encontro Nordeste da Luta Antimanicomial, marcado para ser realizado em Recife/PE. Também o CAPS de Quixadá fora especialmente convidado por Ana Maria Fernandes Pitta a assumir representação na seção brasileira da Rede Internacional de Reabilitação Psicossocial, o que obrigaria a maior investimento em pesquisa.

No âmbito das capacitações, os integrantes do CAPS participaram do seminário **A Reforma Psiquiátrica e Modelos Assistenciais**, nos dias 23 e 24 de maio, realizaram grupos de estudo quinzenais, foram capacitados em Epidemiologia pela Escola de Saúde Pública, em Quixadá, realizaram intercâmbio com o Núcleo de Psicologia Comunitária – NU-COM, da UFC e com o Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho - GPVT, da UECE, participaram da Jornada Matogrossense de Psiquiatria, levando informações e vídeos sobre o CAPS de Quixadá, receberam da Secretaria Estadual de Saúde um treinamento em reeducação psicomotora, foram visitados pelo psiquiatra italiano Ernesto Venturini e elaboraram um calendário de participação em eventos municipais, estaduais, nacionais e internacionais.

O CAPS realizou debate na FECLESC/UECE com o tema **Brasil sem Manicômios no ano 2000**, realizou assessoria e treinamento ao Programa de Saúde da Família, deu orientação para os auxiliares de Enfermagem do Hospital Eudásio Barroso sobre como lidar com o paciente psiquiátrico e criou um grupo sobre Interdisciplinaridade na Saúde. Em outubro de 1994, a equipe observou o aumento do tempo da internação dos pacientes no Hospital Eudásio Barroso, de cinco para oito dias, o que levou a equipe a realizar treinamentos no hospital e a estabelecer normas para alguns instrumentos terapêuticos, como contenções e drogas. Neste momento, também se decidiu pela exigência de acompanhante familiar ou do círculo de amizade para permanência junto o paciente, 24h por dia.

Segundo Wellington Sousa, o objetivo desta exigência era que o paciente não perdesse o elo com a família e a família não ficasse acostumada a não tê-lo, facilitando-se, deste modo, o abandono. Sobre as internações das crises no Hospital Eudásio Barroso, acrescenta ainda:

A cada medicamento, a cada procedimento que a gente ia fazer com o paciente, eu tinha um técnico ou auxiliar de Enfermagem do meu lado, que aí eu já aproveitava e já capacitava cada um. E a gente passou o período de 93, de 94, nesse esquema, nesse jeito, quando a gente começou já

a lidar com os técnicos de Enfermagem já acompanhando, só, nas enfermarias. Eles já acompanhavam, já ficavam à noite, só me chamavam em situação, que, por exemplo, chegasse à noite agudizado ou se viesse a ter um surto mais violento. Aí chamava, porque aí eu tinha como lidar melhor, estava mais próximo dele, eu já tinha um vínculo com o paciente, aí eles já me viam com outro olhar. Mas aí quando foi de 95 pra cá, o Eudásio Barroso atende o paciente em crise, independente que eu esteja lá ou não (SOUSA, 2013a, p. 4-5).

Portanto, uma parte significativa do treinamento no hospital se deu a partir do cotidiano do serviço. A rigor, o CAPS funcionava, em 1994, de segunda a sexta-feira, de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00, e aos sábados de 8:00 às 15:00 (PONTES; FRAGA, 1997). Entretanto, os relatos apontam que, motivados para que a atuação se provasse possível, os profissionais trabalhavam fora do horário de expediente. Em ata de 21 de setembro de 1994, há o relato da reunião, que acontecia à tarde, de ida para o hospital realizar visita a um paciente internado, e retorno às vinte horas para concluir a discussão da pauta proposta. Vanda Saraiva (SARAIVA, 2013), faz o relato de que, no começo da prestação do serviço do CAPS, as pessoas iam muito cedo a sua casa querendo ser atendidas. Rapidamente, ela os reorientou para que procurassem o serviço. “Se eu consentir, aí não vai ter um limite. E o serviço não vai ter a personalidade do serviço, quem vai ter sou eu” (p. 05). Era necessário criar uma cultura de serviço público onde normalmente as relações se davam de forma clientelista. Sobre este tipo de relação, Jackson Sampaio (SAMPAIO, 2013) acrescenta:

Outra coisa interessante era a relação com a Câmara de Vereadores. Eles mandavam bilhetes solicitando este ou aquele atendimento. A equipe se irritava, produzia uma recusa ideológica. Então, eu perguntava: “Mas, qual é o problema? O vereador foi eleito para, entre outras coisas, também fazer esse papel. A história anterior do sistema de Saúde era baseada nisso. Não houve uma mudança cul-

tural, a população ainda não sabe que o sistema mudou e nem os vereadores sabem que o sistema mudou. Portanto, sejam acolhedores, respeitem o bilhete do vereador, liguem pro vereador dizendo: ‘Olha, nós recebemos aqui fulano, ele está sendo atendido. A situação é essa. Agora, olhe, como aqui todo mundo se integra ao serviço, basta ser cidadão de Quixadá, não serão mais necessário novos bilhetes. Fique à vontade, não precisa se preocupar, senhor vereador. Venha visitar o nosso serviço, venha ver como funciona’”. Então, fizemos toda uma atuação política de boa vizinhança com os vereadores (SAMPAIO, 2013, p. 16-7).

Em termos de sistematização do serviço, neste primeiro ano, foi produzido seu regimento interno, uma cobrança recorrente do supervisor. Também foi acordado que ocorreriam reuniões mensais da equipe do CAPS com o secretário de Saúde. Na reunião de 14 de setembro de 1994, Odorico defendeu que o neurologista contratado deveria fazer parte da equipe do CAPS, que era necessário haver uma articulação entre o Serviço Social do hospital Eudásio Barroso e o do CAPS, que toda a equipe do CAPS deveria ir diariamente ao hospital, para realizar visitas clínicas aos pacientes psiquiátricos internados e para realizar a discussão de casos com os diversos profissionais do hospital.

Segundo Odorico, neste momento, não haveria foco de resistência no hospital em relação ao CAPS ou aos pacientes com transtorno mental. Sobre a II Jornada de Saúde Mental e Cidadania de Quixadá, Odorico teria afirmado a necessidade de se fazer desse encontro um grande acontecimento na área de Saúde Mental e propôs trazer conferencistas de organizações nacionais ou internacionais. É importante observar que, embora se tenha criado um CAPS Geral que tinha como principal foco de atuação a cidadania do paciente psicótico, já neste momento, Weimar defendeu que um dos temas da jornada fosse **Crianças, adolescentes e drogas em Quixadá**. Os dados desta supervisão são importantes porque demonstram o lugar que Odorico queria dar ao CAPS e ainda o seu esforço na constituição de uma rede integrada. Ao mesmo tempo,

o posicionamento de Weimar se alinha com os depoimentos de equipe de que, mesmo antes da existência da política ministerial para drogas, a equipe já estava atenta para estas questões. Entretanto, conforme o *folder* da jornada, ela ficou praticamente restrita aos profissionais da equipe e o tema das drogas não foi abordado.

O show na praça que consta na programação, com Zé Alberto, é algo de grande significado para muitos dos entrevistados que compunham a equipe nessa época, tanto por ser um caso bem sucedido de um paciente do CAPS que passou a participar da vida da cidade, como cantor, como para o que significou na equipe:

Até esse show ser feito, eu consegui dizer para o grupo: “Nós vamos fazer”. E eu lembro bem que tinha uma temeridade. Quando eu disse: “Não, vai ser feito”. Então todo mundo se organizou. Então a enfermeira o levava para os ensaios, o Wellington participava, o outro foi comprar a roupa dele, a Érika deu uma roupa de presente que ele nunca tinha usado na vida. Mas tinha uns bastidores mais pesados. Eu lembro que alguns secretários, não da Saúde, mas da Educação e tal, souberam que a gente ia fazer isso e falaram com o Odorico que ia ser um problema. “Como é que pode, fazer uma loucura dessas?” Então coisas assim, que quando [o show] estourou foi ótimo, maravilhoso, perfeito, tinha mais de mil pessoas na praça (...). Então, acho que teve vários momentos assim que a equipe precisou estar muito [unida]. Ninguém disse assim: “Não, eu não participo desta loucura, isso é loucura demais”. Até chegava a dizer [risos]. Mas, na hora, que a gente dizia: “Não, eu sei, mas nós vamos fazer”, aí todo mundo estava junto. Então, todo mundo colhia. (...) Então, estava todo mundo ali, participando. Então, houve vários momentos assim, talvez momentos de fincar a bandeira (BARROSO, 2013, p. 12).

Para Irene Barros, que o acompanhou em todo seu desenvolvimento no aprendizado das atividades da vida diária, o *show* foi um momento muito importante (BARROS, 2013). Carlos Magno (BARROSO,

2013) usou o caso para demonstrar que mesmo que a equipe tivesse seus embates, no momento da atuação, havia uma união em prol do serviço e dos pacientes. Os sentimentos sobre as relações dentro da equipe, entretanto, eram diferentes de acordo com cada entrevistado. Predominava o discurso sobre as relações harmoniosas, como na fala de Júlio Ischiara:

Eu sempre achei muito positivo, primeiro porque não havia rivalidade, aquela coisa de saber mais importante. Tivemos grandes psiquiatras, grandes médicos lá que não tinham aquele comportamento de donos do saber. Os psiquiatras que passaram por lá: o Carlos Magno, o Nestor, o Severo antes - mas o Severo foi pouco tempo -, o Weimar... E o que a gente pregava sempre foi a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade sempre foi o grande desafio, dos trabalhos tanto em rede como em equipe. E nós tínhamos isso muito claro. Ninguém ia tomar o lugar. O psicólogo não ia tomar o lugar do enfermeiro, o enfermeiro não ia tomar o lugar do médico, nem o psicólogo. Mas, a gente discutia através de pontos de vista diferentes. Então, às vezes, o médico chamava pra gente discutir um determinado caso. Nas reuniões de equipe, ninguém dizia que o médico, o enfermeiro, o psicólogo estavam errados. Mas, mostrava outra visão. Eu cheguei a presenciar o auxiliar de Enfermagem questionando com o médico uma prescrição. E o médico ouvindo e mudando a prescrição. Eu acho que isso daí era uma grande prova de que havia um respeito muito grande de todas as categorias lá (ISCHIARA, 2013, p.09).

Humberto Farias tocou na questão dos embates que ocorriam dentro da equipe, mas, como naturais e necessários.

Mas, a experiência foi muito boa. Nós tínhamos divergências profissionais, mas isso é salutar, é bom que se tenha. Divergências de opiniões, algumas perdas de controle, às vezes, e brigas e discussões. Mas, que eram discussões, que eu acho, acredito hoje, que foram necessárias para o próprio crescimento da equipe. É claro que nós não che-

gávamos às vias de fato, que isso aí era um absurdo. Mas eram discussões de tratamento, de abordagem. Numa coordenação, às vezes, queriam uma coisa. Era o horário de chegada, o médico se achava melhor, porque queria chegar mais tarde: “Então, se você pode chegar mais tarde, o auxiliar também pode”. “Não, mas porque o auxiliar não chegou ainda?”. “Não sei não”. “Não, mas tem que cobrar”. Eu disse: “Se eu for cobrar dele, eu vou ter que cobrar de você, também. Seu horário aqui é sete horas”. Aí havia divergência e tudo, mas, eram coisas que era impossível não se ter quando se tem sete, oito cabeças. (...) Mas, era aquele tipo de coisa. A gente era como Paulo, como Pedro, como os apóstolos faziam: discutiam, brigavam, davam as costas pro outro e, depois, estavam lá. Porque a luta era uma só, o objetivo era um só. As divergências, tinha que ter. (...) E isso, às vezes, leva a conflitos. E esses conflitos, durante um tempo, foram sempre bem trabalhados. Independente de gostar ou não da opinião do outro, continuava o trabalho. (...) A luta maior era a assistência de qualidade aos pacientes, sem haver quebra por conta de divergência. A luta maior, o objetivo maior é o paciente. E deve ser sempre. Independente de eu gostar ou não de você, independente de eu me relacionar bem ou não com você, mas, o paciente. E isso pode até atrapalhar, dependendo da pessoa. Mas, quando você sabe diferenciar o profissional do particular, aí você leva isso numa boa. (...) Isso a gente atingiu, essa maturidade, lá no CAPS mesmo. (...) Porque não se começa maduro. [Os fatores de amadurecimento eram] Primeiro, o comprometimento. O comprometimento com o dever, com o fazer. (...) A equipe começou a confiar mais uns nos outros. Acreditar mais uns nos outros. E reconhecer a importância de cada um. Todos eram importantes. Desde a zeladora, até o médico. Ninguém tinha maior importância do que o outro. (...) Várias engrenagens (SILVA, 2013b, p. 22).

A relação entre Ana Érika e Carlos Magno chegou a ser discutida em reunião de supervisão, pois estaria perturbando o trabalho da equipe. Do ponto de vista de Ana Érika,

A gente brigava mais do que cão e gato, Ave Maria!!! Não sei o que foi que existiu não. Uma indisposição, um antagonismo. Não sei. Hoje, eu avaliando, eu não sei até que ponto eu contribuí com isso. Ou se foram os nossos temperamentos mesmo, que são muito [semelhantes]. É como eu te disse, onde eu chego, eu estou metida, eu coordeno. E o Carlos também tem isso. O Carlos, ele é uma pessoa, no bom sentido, autoritária. Ele gosta de tomar decisões, ele gosta de estar à frente de tomadas de decisão. Tanto que quando alguém perto dele toma, às vezes, eu percebia, claramente, ele ficava meio sem chão. Tipo assim: “Vixe, onde é que eu estou pisando? O que é que aconteceu? Qual a minha participação nisso?” (GALVÃO, 2013, p. 08).

Essas “brigas” continuaram por todo este período histórico.

Sobre o cotidiano da equipe e dos pacientes, neste período, é de se ressaltar que foram apresentados dois casos em que os pacientes não reagiram à medicação e, por conta dos problemas junto à família, a equipe cogitou a internação em hospital psiquiátrico. Embora a meta de Carlos Magno e de Odorico Andrade fosse zerar o número de internações, o serviço nunca a atingiu, até como Jackson Sampaio intuía. Assim, surgiu a pergunta sobre a necessidade de estruturas, como lares abrigados ou pensões protegidas, embora, em ata, não se registre resposta a estas indagações. Durante todo o período pesquisado, Quixadá nunca contou com essa estrutura. Sobre as internações psiquiátricas e as atividades deste período, diz Júlio Ischiara (ISCHIARA, 2013):

Nós calculamos que havia, por ano, em torno de 80 transferências. Embora, eu suspeito que fossem mais. E também, não eram 80 ou 100 pessoas, eram 80 ou 100 transferências, podia ser com trinta pacientes, só. Aquela coisa de recorrência: ficava 45 dias, tinha alta, voltava, aí tinha crise, novamente, e retornava. Então, começamos a fazer esse mapeamento. Isso a partir do segundo ano. Quando nós fizemos esse mapeamento, reduzimos para cinco transferências, no ano seguinte. Foi um avanço muito grande. Que a nossa meta era não ter nenhuma, e mes-

mo com ampliação do atendimento. Passamos a atender criança, com dificuldade de aprendizagem, com agressividade, os casos de ansiedade, que eram muito grandes. Depois, nós começamos a fazer alguns trabalhos pra tentar controlar ou diminuir esse consumo de benzodiazepínicos, e conseguimos, também, reduzir. Como eram diagnósticos ou prescrições, na verdade, feitas por todos os médicos do município, nós, em reuniões, acordamos com os outros médicos a não prescreverem os ansiolíticos, e encaminharem para o CAPS. Nisso, houve uma redução muito grande, não por conta da falta de acesso. O controle melhorou. Aí, nós mapeamos também inclusive as farmácias particulares, para ter a verdadeira dimensão do consumo. E, aí, o CAPS começou a criar pesquisa. Começamos a mapear por diagnóstico, por localidade. Usar a informática, que também era muito complicado naquela época, o acesso ao computador. Não existia internet. O acesso ao computador era muito difícil, pelo custo (p.02)

O que nós percebemos também, que, alguns críticos, quando a gente dizia, “Ah, reduzimos as transferências”, apareciam no sistema dez transferências, por exemplo. Aí nós descobrimos o seguinte: em alguns casos, não eram de Quixadá. É que, quando internavam, no documento, a pessoa nasceu aqui, mas não morava mais aqui. Esse era um dado. Mas o que mais interessou para nós, que também a gente não estava atrás disso, o que nos interessava era quem era essa pessoa ou essas pessoas que eram refratárias ao tratamento. E descobrimos que eram três pacientes, mais ou menos, que tinham duas ou três internações durante o ano. Que, por algum motivo, não aderiram ao tratamento. Aí, percebemos a necessidade, por exemplo, de ter um lar abrigado, né? Há outros equipamentos, dentro da política de Saúde Mental, que Quixadá não tem. Quixadá, hoje [2013], só tem o CAPS e a internação no hospital geral (p. 06).

A equipe também se deparou com a situação de um paciente que fugiu da tutela tanto da mãe como do CAPS e foi para outro município,

viver como mendigo. Este caso serviu para que se realizasse a discussão sobre a necessidade de se tornar sócio das decisões do paciente, compreendendo que a equipe do CAPS pode ser estigmatizante para o paciente.

O ano de 1995, transcorreu em continuidade de ações com o anterior. O CAPS participou da sala de situação do município enviando os dados que a equipe produziu; usou seus dados em trabalho no Congresso Brasileiro de Epidemiologia; elaborou uma enquete com as ACS para conhecer suas dificuldades e compreensão sobre Saúde Mental; organizou-se para participar do IV Encontro Brasileiro de Interconsulta Psiquiátrica e Psiquiatria de Hospital Geral, Jornada Cearense de Psiquiatria, Jornada Norte-Nordeste de Psiquiatria, XII Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo e II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. O trabalho de memória continuou, com a sistematização dos relatórios dos Encontros Interioranos de Saúde Mental e os Encontros dos CAPS. Em 5 e 6 de maio, ocorreram em Cascavel, por ocasião da inauguração do CAPS daquela cidade, a III Jornada Interiorana de Saúde Mental e a I Jornada de Saúde Mental de Cascavel (SANTOS, 1997).

É de se observar que, em supervisão ocorrida em 07 de fevereiro de 1995, Jackson Sampaio sugeriu que fosse criada uma assembleia de usuários. A prática de assembleia de usuários, no CAPS, entretanto, não chegou a se realizar em todo o período da pesquisa. Não foram criados mecanismos permanentes em que os pacientes tivessem a oportunidade de debater sobre o serviço. Neste mesmo dia, Jackson Sampaio disse que a SOCEP estava receosa com a criação de novos CAPS em municípios que não tinham condição de custear o serviço. Isso poderia pôr em risco a imagem dos CAPS. Carlos Magno havia sugerido a criação de um grupo terapêutico para alcoólatras e informou sobre um grupo acadêmico que estava trabalhando com arte. Entretanto, a equipe não achou interessante a parceria, uma vez que seria um projeto sem continuidade. Carlos Magno também informou que Odorico Andrade iria lançar um livro e que nele constaria um capítulo sobre o CAPS de Quixadá. Este livro não foi mapeado nesta pesquisa, no entanto. Antônio Weimar informou que o CAPS de Iguatu vinha passando por uma crise, mas come-

çava a melhorar porque foram realizadas novas contratações: enfermeira, psicóloga, psiquiatra, sociólogo e pedagogo. Nesta reunião, foi lido o Manual de Organização do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá; acordado que Júlio Ischiara seria o novo coordenador e Wellington Sousa o novo secretário, pelo período de um ano.

Em maio de 1995, segundo ata, Carlos Magno informou da decisão que havia tomado de reduzir suas horas de trabalho em Quixadá, para se dedicar mais tempo ao CAPS de Canindé. Antes disso, Carlos Magno atuava em Canindé aos sábados. Enquanto trabalhava lá aos sábados, Francimeiry Amorim (SILVA, 2013a) fez uma espécie de estágio voluntário com ele no CAPS de Canindé, por aproximadamente um ano. Era uma oportunidade de aprender e discutir os projetos terapêuticos. Ao mesmo tempo, trabalhava no hospital Eudásio Barroso de segunda a sexta. Assim, por conta da motivação da própria profissional, Quixadá passou a ter uma médica treinada em Psiquiatria dentro do hospital. Aproximadamente neste período, Carlos Magno e Júlio Ischiara passaram a atender também em consultório particular, sendo os primeiros psiquiatra e psicólogo particulares do município (BARROSO, 2014).

Mas o pedido de Carlos para diminuição de carga horária foi o início de um problema muito recorrente no município, que era a quantidade de profissionais e o tempo dedicado dos psiquiatras. O serviço começou com dois psiquiatras, um trabalhando de segunda a sexta e outro no sábado. Em outros períodos históricos, o CAPS chegou a contar com atendimento em Psiquiatria apenas uma vez na semana. Ainda na mesma supervisão, a equipe acordou de escrever uma carta/documento para o secretário de Saúde regularizando/propondo uma caracterização do CAPS como serviço especial com plano próprio de níveis salariais e remunerações. Este plano especial nunca aconteceu, assim como o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV dos profissionais da Saúde também não.

Em 1996, Jackson Sampaio assumiu a Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da UECE e passou a estimular grupos de pesquisa em Saúde Mental na FECLESC. Neste ano, o CAPS e a Faculdade de Educação da FECLESC fizeram uma parceria, em que dez pacientes do

CAPS, entre quinze e trinta anos, foram alfabetizados por um grupo de estudantes e professores, entre estes, Letícia Adriana Pires Ferreira dos Santos. Era o projeto **Equilíbrio da Mente**.

Posteriormente, o projeto delimitou sua pesquisa, numa forma de interação, características organizacionais da conversação de jovens especiais (na compreensão dos pesquisadores) do CAPS, que tinha como meta a integração dos grupos com distúrbios mentais e o convívio coletivo dentro de uma nova abordagem terapêutica (SILVA; RA-BELO; HAIASHIDA, 2012, p. 04-05).

Este projeto possibilitou a dissertação de mestrado de Letícia Adriana, em Linguística, na UFC, defendida em 2001, com o tema: **A conversação de pessoas com transtornos mentais: um estudo dos turnos conversacionais, dos marcadores e do fenômeno da relevância** (SANTOS, 2001). Participaram dele dois alunos de Pedagogia, Ivana Mara Ribeiro Costa Barroso e José Perúcio Torres da Silva. De acordo com Ivana Mara (BARROSO, 2014), era um período em que a UECE de Quixadá era muito próxima da prefeitura, com os alunos mobilizados nas ações. Embora a FECLESC não tivesse bacharelados em Saúde, apenas a licenciatura em Ciências Biológicas, Ivana Mara sentia que a integração da UECE era maior com a Secretaria de Saúde do que com a de Educação.

Ainda no ano de 1996, a Prefeitura Municipal de Quixadá promoveu o I Encontro CAPS/NAPS do Nordeste, de 29 a 31 de agosto, em Quixadá<sup>8</sup>. As características do CAPS Geral de Quixadá, neste momento histórico da primeira gestão Ilário Marques, podem ser elencadas a partir de descrição realizada pela própria equipe (BRASIL, 2006). O CAPS Geral de Quixadá - na época da publicação, ainda não havia sido criado o CAPS AD - desenvolvia ações de referência e complementares à equipe básica de Saúde Mental, constituindo-se como campo de estágio e pesquisa para as universidades. Possuía banco de dados com os registros,

8 Informação obtida a partir do currículo *lattes* de Ernani Vieira de Vasconcelos Filho, disponível em: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4708072A7>> Acesso em: 19 jan. 2015.

inclusive das ações mediadas pelas outras secretarias municipais. Sua atuação buscava ser interdisciplinar, de cuidado não só ao cliente, mas à comunidade, percorrendo o campo social e todos os lugares de cultura manicomial: o cliente exercendo sua cidadania, a cidade preparada para acolhê-lo. Assim, o CAPS não se constituiria como a nova casa do louco.

Todos os serviços que pudessem ser oferecidos nos diversos espaços da cidade seriam usados e integrados. As oficinas realizadas por ele não teriam o objetivo de entreter ou de ocupar o tempo dos pacientes. Necessariamente, precisariam se articular com os objetivos do plano terapêutico individualizado. Visitas domiciliares seriam realizadas na agudização da crise, com posterior monitoramento pela equipe. As internações em hospitais psiquiátricos teriam caído drasticamente, enquanto as crises teriam passado a ser atendidas no Hospital Geral, com sua equipe devidamente preparada para recebê-las. As ações do CAPS geral se dariam em continuidade com as do PSE. O CAPS agiria como impulsor na formação em Saúde Mental, por meio de jornadas, seminários e atividades diversas, voltadas para os profissionais e a população, como um todo. O serviço seria configurado de forma a reduzir a hierarquia interna na equipe e entre a equipe e o paciente. O CAPS funcionaria como o articulador da política de Saúde Mental do município, e, no município de Quixadá, chega a se confundir com ela. Os resultados não se restringiriam aos ganhos terapêuticos, mas incluiriam a qualificação da cidadania e a integração dos equipamentos sociais do município.

### 3.2.1.5 GESTÃO ALCIDES SILVA DE MIRANDA E EXPULSÃO DOS FORASTEIROS

Em 1996, Odorico Andrade afastou-se do cargo de secretário de Saúde para participar das eleições como vice-prefeito. Nesta época, Alcides Miranda era coordenador do Programa de Saúde da Família no município. Acredita que, primeiramente, Ilário teria convidado alguém com “nome” para exercer o cargo, mas que, depois, procurou alguém da própria equipe. As pessoas da equipe o procuraram. Segundo Alcides Miranda (MIRANDA, 2014), ele não queria assumir a secretaria e

qualificou a experiência como “traumática”. Inicialmente, porque havia uma crise financeira causada pelo Ministério da Saúde, que estava com os repasses para o município atrasados em meses. Esta crise não teria atingido diretamente o CAPS porque ele não tinha um peso financeiro muito grande no custeio.

O hospital tinha oito meses de atraso de conta de água, luz e telefone. Ameaça constante de corte. Eles não cortavam a luz e a água porque era um hospital. Então, o telefone eles cortaram. Na ocasião, eu fui negociar com a Coelce, a Cagece, parcelei a dívida, paguei a dívida, inclusive. Quatro anos depois, quando eu fui julgado no Tribunal de Contas do Ceará, foi constatada a irregularidade porque eu tinha pago juros. Eu nem sabia que eu não podia pagar juros. Mas quando eu parcelei, os juros das contas atrasadas foram embutidos nas parcelas. Eu paguei e não poderia ter pago. Não tinha sido orientado a respeito. Tentaram me dar [uma multa]. Tentaram, por que eu tive que recorrer na justiça. Me deram uma multa de vinte e cinco mil reais. Queriam que eu pagasse os juros sobre os juros quatro anos depois das contas atrasadas. Então, pra mim, foi muito traumático (p. 05).

No cotidiano, o estilo de gestão de Alcides Miranda se afastava do estilo de Odorico Andrade, tanto na sua forma de diálogo com o Prefeito, quanto com os trabalhadores, pela dificuldade em se relacionar com a prática dos “jeitinhos”.

Então, por exemplo, quando eu assumi a secretaria, tinha vários trabalhadores que tinham três, quatro empregos ,em várias cidades. E aí davam um jeitinho, ficavam num lugar, ficavam noutra. E era o tipo de coisa que a gente não está acostumado e achava que aquilo não é correto. Então, tive problemas, pessoas, inclusive, amigas, que viraram inimigas. Teve um dentista lá que morou comigo. (...) Então, a carga horária dele dava, sei lá, umas noventa horas por semana. Eu falei: “Olha, não dá, você tem que optar”. “Não, mas, antes, podia. Sempre pode dar um jei-

to”. Eu falei: “Não, não dá”. E, aí, virou inimigo [sorri]. (...) E eu acho que eu era mais rigoroso do que rígido. E eu cedia, claro. Mas, assim, eu tinha posicionamentos muito fluidos em relação a organizar. Organizar melhor. Fluxos de informação, uso de informação, horário. Não só horário de reunião, horário de trabalho. Tinha profissional nosso - que não é o caso da Saúde Mental - tinha profissional nosso que tinha que atender de manhã e chegava onze horas da manhã, dez horas da manhã pra atender. E aquilo ali era inadmissível. A população esperando, gente caminhando do sertão pra ser atendida, chegava lá sete e meia, oito horas da manhã e ficava esperando até dez, dez e meia da manhã o profissional chegar pra atender. (...) A equipe da Saúde Mental era uma equipe coesa, eu acho. Uma equipe que nunca tive nenhum problema com eles. (...) Eu acho que, no caso, era uma equipe só (...). E as pessoas que foram pra lá, elas estavam realmente implicadas com aquele projeto e estavam motivadas. Então, você percebia claramente que essa coesão se dava pela identificação com o projeto. E, é claro, que tinha as diferenças entre si, faziam tensionamentos por mais recursos, por mais investimento. E deve acontecer sempre. Mas isso era discutido abertamente, não havia tráfico de influências. Tem uma proposição, leva pra discussão de equipe, né? E isso acontecia sempre, toda semana [risos]. Então, esse rigor, eu acho que foi uma característica que ficou marcada, na verdade. No meu caso, realmente (MIRANDA, 2014, p. 10).

O rigor de Alcides Miranda também apareceu no que ele chamou de “briga com os políticos”, especialmente os apoiadores de Ilário, que adotavam um estilo clientelista.

Teve deputado que ligou pra liberar ambulância. O hospital só tinha uma ambulância, para liberar a ambulância para buscar um corpo em Fortaleza. “Olha, eu não vou poder liberar a ambulância, porque se chegar uma urgência aqui, nós vamos ter dois corpos, e não um corpo”. “Mas, como não? Não, mas eu falei com o prefeito”. Eu disse: “Olha, se o prefeito assumir a liberdade e liberar a

ambulância, ele libera. Eu não vou liberar. Eu não vou correr o risco de chegar, necessitar de um deslocamento de urgência”... Aí, claro, o deputado falava com o prefeito e o prefeito tentava me pressionar. Então, em várias ocasiões, principalmente em período eleitoral, eu tive esse tipo de problema. Dificuldade, porque assim, aquela coisa de dar um jeitinho pra fazer isso, faz aquilo. E eu não achava aquilo correto. Eu não acho aquilo cultural. Eu acho que não concordava com aquilo e não fazia. Então, eu entreguei o cargo umas vinte vezes para o prefeito. Ele sempre pedia pra eu esperar, eu esperar. Eu também não estava satisfeito, lá [risos]. Eu acho que para o meu perfil, digamos assim” (MIRANDA, 2014, p. 10).

Mesmo insatisfeito com a função de gestor, segundo Alcides Miranda (2014), naquele ano, a secretaria de Saúde saiu sem dívida. Depois do período eleitoral, o município teria recebido um repasse do Ministério da Saúde no valor de 800 mil reais e, como já se sabia que não haveria continuidade nos mandatos e, portanto, não seria possível realizar um aumento salarial, Alcides Miranda teria conseguido negociar junto a Ilário para que esse valor fosse repassado no contracheque dos trabalhadores.

Para Alcides Miranda (MIRANDA, 2014), outro momento traumático foi o período eleitoral. Mesmo com a vinda dos forasteiros e as resistências veladas no cotidiano, segundo ele, durante toda a gestão, existia uma aparente calma. Com o início do processo eleitoral, houve uma polarização muito forte, em uma tentativa de desgaste político, que se manifestava em diversas formas de agressão.

Teve um grupo de profissionais nossos, (...) pararam eles numa estrada, eles estavam indo pra um interior à noite. Com arma. Apontaram arma, eles ficaram retidos na beira da estrada, vários momentos. Eu sofri agressão física de pedrada. E, na rádio, todo dia. Na rádio, assim, eram denúncias todos os dias que tinha que responder, por coisas muito pesadas (MIRANDA, p. 03).

Na rádio, foram feitas acusações falsas de todas as ordens, como, por exemplo, que a equipe do PSF ou do hospital teria deixado pessoas morrerem, por ter faltado material no posto ou no hospital. Isto chegou a atingir, diretamente o CAPS. Neste momento, o CAPS já trabalhava com a reabilitação de alguns casos e alguns pacientes já estavam trabalhando. Isso foi usado como arma política, com denúncias na rádio:

Então, a gente ouvia comentários na rádio assim: “Tão colocando os loucos pra vender picolé nas ruas. Se envenenarem os picolés, quem é que vai se responsabilizar?”. Então, a repercussão maior e mais explícita dessas questões, dessas resistências, ela se dá no momento da disputa eleitoral. Durou alguns meses, mas foi muito desgastante. Chegou a extremos, assim, de ameaças, agressão física. Eu sofri agressão física, eu era secretário de Saúde, fui ameaçado, fui agredido. (...) Eu sofri agressão física de pedrada (MIRANDA, 2014, p. 03).

Além disso, teria havido pressões para que o grupo político do qual Alcides Miranda fazia parte realizasse o mesmo jogo político clientelista tradicional, de troca de serviços individuais em troca de votos.

E como eu me recusei, e nós perdemos a eleição, na avaliação - não do nosso grupo, mas na avaliação da campanha, eu fui um dos responsabilizados de ter o que diziam na época, que eu tinha cintura dura. Que eu não cedia pra fazer esse jogo eleitoral ou pré-eleitoral, digamos assim (MIRANDA, 2014, p. 05).

A princípio, o grupo político interpretou ter perdido as eleições porque a população não acreditara no que foi feito, nos Conselhos Locais de Saúde, na Conferência Municipal, nos ACS, no PSF, no CAPS, nas inovações realizadas. Hoje, Alcides Miranda (MIRANDA, 2014) considera que a derrota eleitoral não passou pela questão da Saúde, mas sim pelo jogo da disputa eleitoral. Os programas de Saúde criados eram a principal aposta do grupo e foram exatamente os mais atacados na campanha.

Depois da derrota eleitoral, houve a passeata de expulsão dos forasteiros, interpretada como uma grande agressão simbólica pelos entrevistados.

E houve uma passeata, que foi a famosa passeata das malas, que foi uma agressão para quem tinha ido lá, para dar uma contribuição. (...) Depois que o PSDB ganhou a eleição, foi organizada a passeata da vitória. Foi uma grande passeata. Nessa passeata, eles colocaram malas sendo arrastadas nos carros, aí tinha uns cartazes: “fora forasteiros”. E tinha bonecos representando alguns de nós. Então, assim, foi, realmente, uma situação muito desgastante (SILVA, 2013a, p. 17).

A expulsão simbólica da passeata foi algo muito pesado. As pessoas sentiram: “Estão dando um chute na gente”. Então, foram embora. Tanto é que elas não esperaram a transição. Dos onze que se retiraram, acho que sete, oito, já na semana seguinte ao resultado eleitoral e depois dessa passeata, elas foram embora. Alguns não tinham trabalho, não tinham perspectiva, mas, pediram e saíram. Não permaneceram na cidade (MIRANDA, 2014, p. 06).

No desfile que houve de posse, depois que foi decidido que eles tinham ganho, tinha uma mala representativa com o nome de cada profissional. Era uma caminhonete com uma mala e os nomes lá: Humberto, Fulano, Sicrano. (...) Então, tinha mala lá, era lá escrito, representava a saída, a partida. (...) Aí foi: “Tchau, tchau”, né? Foi um convite assim bem expresso mesmo: “dê o fora daqui” (SILVA, 2013b, p. 11-2).

Nesta passeata, estariam alguns dos médicos da convivência dos “forasteiros”, que já eram os médicos da cidade anteriores à gestão Ilário Marques (MIRANDA, 2014). Segundo Francimeiry Amorim (SILVA, 2013a), entre a população, não havia esta hostilidade em relação ao fato de que os profissionais eram forasteiros. Houve alguns estranhamentos culturais, como, por exemplo, pelo fato de os médicos que foram para lá

não se vestirem de branco e serem todos muito jovens. Mas, isso não se travestiu em hostilidade durante o cotidiano.

A maioria dos profissionais, portanto, sobretudo do PSF, foi embora antes mesmo de que o novo gestor assumisse. No caso do CAPS, a mudança de gestão significou a saída apenas do enfermeiro Humberto Farias, um dos representados por uma mala. Humberto Farias tinha ido para Quixadá por acreditar em um projeto político, como os demais. Saiu por conta da expulsão simbólica, por não possuir empatia com a nova gestão e porque já havia muita tensão pessoal com o médico Francisco Mesquita, vitorioso para o cargo de Prefeito, que trabalhava no hospital Eudásio Barroso. Em seu lugar, assumiu a enfermeira Norma Maria Sousa Araújo.

Alcides Miranda precisava permanecer no município até 31 de dezembro, pelo fato de ser o Secretário de Saúde, para gerenciar a transição e realizar a passagem de informações.

Houve essa dispersão e eu acabei ficando sozinho, lá. E com os problemas acumulados e muito preocupado se alguma dessas inovações não ia se desfazer ao vento. O CAPS, inclusive, era uma preocupação enorme, porque todo o investimento que tinha sido feito, inclusive com os familiares, das pessoas que eram acompanhadas, de mostrar que era possível se lidar de forma diferente com pessoas com sofrimento mental e tudo o mais, era uma grande preocupação sobre quem ia permanecer, quem ia assumir, como se conduzir essa transição. Por sorte, o Carlos Magno não foi um dos que saiu de imediato. O Júlio, o Carlos, (...) conseguiram fazer um trabalho e eu acho que o CAPS, no caso, especificamente o CAPS, foi uma das coisas que pôde ter continuidade. Eu não diria que avançou no incremento da inovação, mas pelo menos, não houve retrocesso no primeiro momento. (...) E, é claro, havia os familiares, principalmente, das pessoas que eram acompanhadas - tinham um entendimento muito claro da importância daquela inovação. Isso não tinha peso eleitoral, mas tinha um peso importante, porque eram pessoas que começaram a se mobilizar (MIRANDA, 2014, p. 5-6).

Na percepção de Alcides Miranda (MIRANDA, 2014), ele tentou fazer a transição da melhor maneira possível, buscando não entrar no clima de polarização pós-eleitoral. Naquele momento, ele já sabia quem seria o novo secretário de Saúde.

Aí, eu fui conversar com ele. Inclusive, o prefeito que ganhou, apesar de criticar fortemente a administração, ele resguardou a Saúde na questão da transição, ele disse que a gente fez uma transição responsável e civilizada. (...) Mas na transição, ele [o novo secretário de Saúde] foi muito aberto pra discutir. E aí eu o levei, visitamos o CAPS, visitamos vários serviços. E eu estava tentando colocar pra ele a importância, apesar de ter uma disposição política diferente, de que aquilo não era investimento de política de governo, de mandato eleitoral, mas era um investimento de política de Estado, e tinha várias experiências no país que estavam iniciando e a importância de tudo aquilo (MIRANDA, 2014, p. 06).

### **3.2.2 O PERÍODO 1997-2000. O METABOLISMO BASAL**

De 1996 a 2007, o Produto Interno Bruto - PIB de Quixadá cresceu 83,18% (SANTIAGO, 2010). O crescimento econômico não veio acompanhado por melhorias em relação aos serviços públicos oferecidos à população, especialmente no âmbito da Saúde. Um primeiro problema, crítico e fundamental, era o de ausência de mão-de-obra. Com a passeata de expulsão dos forasteiros, das catorze equipes de Saúde da Família, onze se retiraram. Na opinião de Alcides Miranda (MIRANDA, 2014), “Para qualquer um, recompor onze equipes é muito difícil. Se tem claro que aquilo é um investimento importante, corre atrás. Mas, eu acho que não era essa a posição da nova administração” (p. 06). Com a derrota nas eleições, Odorico Andrade foi convidado a ser secretário de Saúde de Sobral e convidou alguns profissionais que estavam em Quixadá para atuarem neste município (SILVA, 2013a). Finalmente, Francisco Mesquita demitiu alguns dos profissionais que eram apoiadores de Ilário Marques.

Os profissionais não médicos foram mais afetados, pela ilusão de maior facilidade de substituição. Para Francimeiry Amorim (SILVA, 2013a) e Humberto Farias (SILVA, 2013b), isso se deu porque médicos são profissionais de carência muito maior no interior. Outros cargos, de menor escolaridade, por exemplo, não foram poupados. Foi o caso de Eurico Alves de Lima, que era motorista durante a primeira gestão de Ilário: “Nessa [gestão] eu não trabalhei. (...) Porque, na época, me botaram para fora [risos]. (...) Porque aqui, doutora, o cara votando no Ilário, o Ilário perdendo, o sujeito bota ele pra fora” (LIMA, 2014, p. 06). No caso dos profissionais do CAPS, com exceção de Humberto Farias, a princípio, houve continuidade na equipe. Segundo Irene Barros (BARROS, 2013), isso foi possível porque, temendo que houvesse troca de profissionais, Jackson Sampaio utilizou seu prestígio pessoal e escreveu uma carta de recomendação, endereçada ao novo prefeito, para cada um dos profissionais do CAPS, dando suas referências. Mas, ao longo da gestão, outros profissionais do CAPS foram demitidos: Ana Érika e Vanda Saraiva.

No caso de Ana Érika, os conflitos com Carlos Magno continuaram.

Eu acho que, na época, eu mais imatura e talvez menos papas na língua, eu sei que ele pediu minha cabeça para o secretário da Saúde, na época, que era o doutor Alcy: “Ou ela ou eu”. [Risos] O doutor Alcy botou os prós e os contras na balança, eu acho que ele achou mais fácil conseguir outro psicólogo que outro psiquiatra. Aí se reuniu comigo à noite, particularmente, num restaurante, e disse: “Érika, você pode pedir o que você quiser dentro da secretaria de Saúde que eu lhe dou”. Aí antes de eu pedir, de eu dizer o que é que eu queria, eu escolhambeie ele, escolhambeie o Carlos, escolhambeie muito, muito, muito, disse que nenhum prestava [Risos]. (...) Aí, foi difícilimo, foi uma parte de mim que morreu, nessa época (GALVÃO, 2013, p. 08).

Ela entende que se isso tivesse sido tratado melhor em supervisão, não teria acontecido este desfecho.

Acho que a única areia que o Jackson empurrou pra debaixo do tapete foi a minha com o Carlos Magno (...). Era para ser focada [as questões pessoais-profissionais na supervisão]. Pelo menos quando a gente via lá os panfletos, o que é supervisão, o que é que faz, o que é que deveria fazer, estava lá. Essa questão do relacionamento da equipe, das divergências, das dificuldades pessoais uns com os outros, estava lá. Mas, eu não senti. Não é uma crítica que eu faço hoje, não. Mas eu não senti que houve uma discussão, uma tentativa de aproximar a gente. Porque eu acho que se houvesse havido uma tentativa maior de resolver as diferenças minhas com o Carlos, eu acho que tudo teria ocorrido melhor e ele não teria pedido pra eu sair dali, porque não teria necessidade. O Carlos é altamente competente no que ele faz. Eu não me considerava uma pessoa, na época, que estava fazendo assim nada que fosse passível de crítica ou de eu ter que sair de lá. Eu não implicava, pessoalmente, com ele. Depois, com o tempo, eu acho que passou a ser, com ele e ele comigo. Então, eu acho que foi sem necessidade. Eu acho que poderia ter sido mais trabalhado. Mas, é como eu te disse. Tudo isso era novo até pro Jackson” (GALVÃO, 2013, p. 14).

Antônio Weimar (2014) entendeu as dificuldades como naturais no desenvolvimento de todo o grupo. Se, de início, a supervisão tratava de coisas muito cotidianas,

Ao longo do tempo, as coisas foram ficando mais complexas e os temas [mais] polêmicos. Quando os irmãos são crianças, brigam e as brigas se acabam, rapidamente. Quando os irmãos crescem, ficam adultos, as intrigas ficam mais pesadas, as dificuldades. Estou querendo dizer que toda equipe tem dificuldades, existem supervisores que dizem que a supervisão não é terapia, mas toda supervisão ela é, intrinsecamente, terapêutica. O foco dela não é a terapia daquele grupo. Mas, se o supervisor não tiver a perspectiva de que naquele grupo podem acontecer problemas de desencontro, de desentendimentos, de vaidades, de intolerâncias, como acontece em qualquer grupo humano... O

grupo que está lá trabalhando no serviço de Saúde Mental não está isento das patologias de qualquer grupo. Então, ao longo do tempo, as dificuldades foram surgindo, mas Quixadá sempre foi uma equipe, no geral, uma equipe unida, foi uma equipe que lidou bem e o Jackson sempre foi uma pessoa muito presente, cuidadosa. (...) Na medida em que o supervisor pontua alguma determinada situação, já está sendo terapêutico. Não há separação, “ó pessoal, aqui eu estou sendo terapêutico”, é automático. Está na essência, não há como fugir. Então, em todas as supervisões, alguma coisa de terapêutica aconteceu. Agora, nós, durante um bom tempo, estávamos muito mais unidos, muito mais próximos, em que os temas administrativos, de crescimento, de estratégias, eram muito mais presentes. (...) Foi uma entrega, uma doação àquilo que a gente estava fazendo. Era uma vibração intensa junto com as muitas pessoas da atenção primária, a gente se sentia feliz, tão feliz naquele trabalho, que não havia durante uns bons anos nem necessidade de cuidar de vínculos. Acho que a própria essência do trabalho e a motivação de cada um tornavam esses vínculos mais leves. Mas aí, você sabe, vão acontecendo mudanças. Vão acontecendo mudanças dentro do próprio município, das administrações, da secretaria, etc., etc., e vão interferindo também lá dentro do serviço (...). As pessoas se tornam mais fortalecidas ao longo do trabalho para defenderem seus pontos de vista e aí começam a haver as possibilidades maiores de atritos mesmo, de desencontros pessoais. Aí, é muito complexo se eu disser que os vínculos poderiam ter sido melhor cuidados. Eu acredito que talvez, sim, mas isso depende também muito do supervisor. Eu acho que depende muito da experiência, da vivência que o supervisor tenha. Porque pode ser até que a abordagem, cuidado de vínculos seja uma coisa que até precise de um tempo especial, não só naquela reunião de supervisão, que está ali cuidando da dinâmica do grupo também, mais ou menos isso (SANTOS, 2014, p. 19).

Para Vanda Saraiva (SARAIVA, 2013), a sua saída teve a ver com preferência política do grupo que assumiu a Prefeitura. “A única coisa

que eu fiz foi não voltar para ensinar nada a ninguém. (...) Eu os deixei em liberdade, e, até hoje, eu nem pisei mais lá” (SARAIVA, 2013, p. 08-09). É interessante observar que mesmo com relações de trabalho precarizadas, em um cenário político desfavorável, os trabalhadores do CAPS não desejaram sair do serviço, como ocorreu no caso do PSF. Os que saíram o fizeram contra a sua vontade e com muito mal-estar.

Carlos Magno (2015) compreende que o PSF e o CAPS eram os grandes sucessos da gestão Ilário Marques. O PSF, como se viu, foi desmontado logo no período eleitoral, pois, por conta dos ataques, os profissionais partiram. Carlos Magno preferiu ficar e, se fosse o caso, ser demitido com toda a equipe. Ele refere ter sabido que houve pressão dos secretários de outras pastas para que fosse demitido, porque ele representaria o sucesso da administração anterior. Aproximava-se o período de uma Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania e o secretário de Saúde não queria realizá-la. Então, Carlos Magno propôs ao secretário que a jornada acontecesse e, em seguida, o secretário poderia demiti-lo. Assim, participou da jornada com a perspectiva de estar demitido quando ela acabasse. “E, dentro da jornada, ele não deixou transparecer isso, claro, ele é um profissional, e trabalhou a jornada, mas Jackson teve que fazer uma discussão” (SILVA, 2013a, p. 27). Ao final, o prefeito resolveu não demiti-lo.

Essas mudanças não se deram só na composição das equipes, mas quanto ao próprio lugar que os programas ocupavam para a gestão.

Este prefeito desmontou todo o PSF de Quixadá e só não desmontou o CAPS porque, neste momento, eu, já como pró-reitor de Pós-graduação e Pesquisa da UECE, e como o professor Manassés Fonteles, reitor à época, tinha sido colega de turma deste novo prefeito, pedi a ele para ligar ao prefeito falando da existência de projetos de extensão e de pesquisa dentro da parceria UECE/secretaria de saúde de Quixadá. Manassés se dispôs a ir a Quixadá assinar um convênio com o prefeito. Essa apropriação ajudou a salvar o CAPS do mesmo destino do PSF. Mas, salvou parcialmente, porque você não tinha mais a integração. Você não

tinha mais a articulação com a própria Saúde da Família, não tinha a mesma relação com o hospital. Apenas a equipe permaneceu. E, aí, na relação de telefonemas entre colegas, aquilo deixou de ser institucional, passou a acontecer dessa maneira mais subterrânea, mais nas relações bilaterais entre os colegas. Iniciamos uma experiência de resistência, das coisas ficarem mais quietas, da gente ser menos inventivo. A gente aprende também com os sapinhos, com os peixinhos aí dos rios e dos açudes secos do Ceará. Eles ficam lá [risos] em estado de sobrevivência mínima, de metabolismo basal, debaixo da lama seca de um açude e na hora que chove, que enche tudo, eles estão lá, vivos todos de novo, produzindo e reproduzindo. Então a gente viveu esse momento de resistência (SAMPAIO, 2013, p. 22).

É consenso entre os entrevistados que a mudança de gestão afetou mais diretamente o PSF que o CAPS. A reposição dos profissionais do PSF foi muito lenta e gradativa, e, mesmo assim, os profissionais que ingressaram não tinham o mesmo perfil político e técnico dos anteriores, o que acabou resultando em outro formato de atuação. Nem mesmo entre os secretários de Saúde houve continuidade. Em uma única gestão municipal, o município teve três secretários: Francisco Pinheiro das Chagas – Alcy; Paulo Antônio Martins de Lima; Cláudio Roberto Tavares Pereira, todos médicos.

Mesmo assim, para Humberto Farias (SILVA, 2013b), as ações em Saúde Mental foram prejudicadas pelo rodízio de profissionais, tanto pela fragmentação do serviço como por causa da interação com a comunidade. A ação em Saúde Mental necessitaria de uma relação de confiança, e a cada profissional que chegava, era necessário começar do zero o estabelecimento desta relação.

Após aproximadamente um ano trabalhando em outro município, Francimeiry Amorim (SILVA, 2013a) pediu ao prefeito para voltar a trabalhar em Quixadá e foi atendida. Ela acredita que esta aceitação se deu tanto pelo fato de o município ter carência de médicos, como pelo fato de que a tendência é que a polarização política seja mais circunscrita ao período eleitoral, e à medida que as dificuldades da gestão vão se apre-

sentando, ela vai se desfazendo. Começaria a surgir um esforço da gestão para solucionar os problemas. Este também é o entendimento de Ana Valéria. Mesmo sendo oposição política, ela continuou como enfermeira do PSF nos primeiros dois anos da gestão e depois foi convidada para coordenar o programa de Agentes Comunitários de Saúde.

É tanto que passei dois anos no PSF, mas, eu acho que foi pela necessidade mesmo deles. Eles sabiam que eu não era politicamente do lado deles, mas, eu acho que foi pela necessidade de serviço. E, assim, apesar de eu não ir politicamente a favor da filosofia deles, eu sempre me comportei muito profissionalmente em meu trabalho. Eles sabiam disso também, que eu era enfermeira de PSF. Apesar de eu não concordar com algumas coisas, mas, se eu estava fazendo parte da gestão, acho que meu trabalho eu tenho que fazer bem-feito, independente de qual seja o gestor que esteja lá. Então, eu acho que eles perceberam isso. Eles não falaram, mas acho que perceberam isso, e tanto é que me convidaram (CARNEIRO, 2013a, p.4-5).

Francimeiry Amorim voltou a trabalhar em Quixadá em dezembro de 1997, como técnica. Segundo sua avaliação (SILVA, 2013a), neste momento já havia um clima tranquilo, comparando-se às perseguições ocorridas durante o período eleitoral. Uma das vantagens de Francisco Mesquita em relação a Ilário Marques é que ele já encontrou toda a estrutura de Saúde criada, nesta gestão. No início, eram catorze equipes de PSF; em 1998, passaram a ser dezessete. Permaneceram dezessete equipes até o final do período objeto desta pesquisa, embora a demanda fosse aumentando, e a necessidade, em 2013, fosse de trinta e cinco equipes. Portanto, percentualmente, a cobertura de PSF foi baixando ao longo do tempo.

Enquanto a primeira gestão de Ilário Marques foi caracterizada pela construção e implementação de novas políticas públicas, especialmente na Saúde, com mecanismos de gestão que envolviam trabalhadores e população, a segunda gestão de Francisco Mesquita foi caracterizada por um retrocesso neste âmbito e um retorno às ações meramente assistenciais.

A diferença que eu percebia era muito nessa questão da elaboração, da formação, da discussão sobre a política de Saúde. E, aí, você passa a trabalhar mais a questão do serviço, de como ele funciona, de quais os resultados, de consulta isso, consulta aquilo. Mas a elaboração da política, ela fica comprometida na gestão. Inclusive, não tanto a questão da Saúde Mental. Porque o elo que ligou a primeira gestão de Ilário com a segunda foi a supervisão (SILVA, 2013a, p. 27).

Para Júlio Ischiara (ISCHIARA, 2013), outra diferença era que Ilário dava muita liberdade de atuação para os profissionais, o que não acontecia na gestão de Francisco Mesquita. Júlio Ischiara associa isso a uma baixa produção em pesquisa neste período. De fato, esta pesquisa não encontrou registro oral ou escrito de investigações realizadas neste período histórico. São de 1997 as defesas das dissertações de Antônio Weimar (SANTOS, 1997) e de Ana Érika (GALVÃO, 1997), mas o seu ingresso no programa de mestrado em Saúde Pública da UECE e a realização da pesquisa são ainda do período histórico anterior.

Além disso, havia um clima de insegurança muito grande em termos de apoio da gestão às atividades tradicionais do CAPS, como a jornada.

Algumas nós fizemos com o risco de pagar do próprio bolso, né? Porque a gente planejava antes de ter a garantia, de ter o financiamento. Então, só isso daí já foi uma dificuldade. E o investimento. Como não tinha repasse [de recursos], e (...) mesmo, quando começou a ter o repasse mais próximo da realidade, o gasto era bem maior, né? Hoje em dia, quase que só a equipe consome todo o valor. E ter que ter carro, tem que ter um monte de coisa. Isso aí já dificultava. O CAPS, o de Quixadá, chegou a ter um carro novo. Mas houve uma época em que era o único carro da Saúde que podia fazer viagem longa pra Fortaleza, por exemplo. Então, na hora que precisava de uma emergência, o carro chamado era o nosso. Mesmo eles deixando outro substituto, mas nunca tem motorista na hora (ISCHIARA, 2013, p. 08).

No mesmo dia da saída de Ana Érika do serviço, Elton Alves Gurgel, psicólogo, procurou o CAPS para trabalhar, voluntariamente. Quando adolescente, embora não fosse religioso, Elton Gurgel realizou um trabalho voluntário no São Vicente de Paulo, de caráter assistencial, mas que incluía rodas de conversa e pequenas modificações no cotidiano institucional. cursou Psicologia pela Universidade Federal do Ceará, mas trabalhando, durante todo o período. Então, não teve a oportunidade de se dedicar aos núcleos de extensão que existiam à época. “Então, assim, eu tangenciava os núcleos. (...). Se eu não estava no NUCOM, o meu grupo de convivência eram os alunos que estavam no NUCOM. Então, a galera que estava no NUCOM, que depois foi assumir coisas, tipo o Raimundo Coelho, que foi do NUCOM e depois foi pro [projeto] Curumins, esse pessoal era próximo de mim, era que tinha mais a ver comigo. (...) O pessoal do NUCEPEC, também, era muito mais próximo (...). Para mim, era a questão da intervenção, sempre essa lógica de ter a questão da proposição de intervenções” (GURGEL, 2014, p. 13). O NUCEPEC, Núcleo Cearenses de Estudos e Pesquisas sobre a Criança, é o mais antigo núcleo de extensão do departamento de Psicologia da UFC, com marcada atuação política no âmbito dos direitos humanos e que teve grande importância na luta em prol do Estatuto da Criança e do Adolescente, na década de 1980. A aproximação de Elton Gurgel com a Psicologia Comunitária também se deu através das disciplinas de Cezar Wagner na graduação.

Elton Gurgel havia sido aprovado em concurso para o Tribunal de Justiça – TJ, para exercer o cargo de analista judiciário, e escolheu morar em Quixadá, pela proximidade com Fortaleza. O contrato de 30h/semana permitiu que ele tivesse outra atuação profissional, realizando-se, também, como psicólogo.

Em Quixadá, eu não conhecia CAPS. Meu interesse não era trabalhar na Saúde Mental. Meu interesse era na Educação, mas, aconteceram uma série de desencontros com o Centro Antônio Conselheiro, que trabalhava com Educação Popular. Eu marcava e ia lá fazer a entrevista com

a coordenadora, e ela ficou doente; e depois eu marquei, ela saiu, e, assim, sucessivamente. E, um dia, meio numa situação assim de crise, eu pensei: Poxa vida! Eu saí de Fortaleza pra vir pra cá, eu queria ser psicólogo, e aqui eu estou trabalhando, fazendo expediente numa secretaria de vara. Então, isso pra mim foi meio complicado e um dia X lá, eu pensei: Quer saber dum negócio? Eu vou lá ao CAPS que é outro espaço que eu sei que tem psicólogo. E fui falar com o coordenador (GURGEL, 2014, p. 01).

O coordenador do CAPS, na época, era o Carlos Magno, que recebeu a demanda como Elton Gurgel relata.

Eu disse: “olha, eu não tenho experiência. Graduei-me em Psicologia, mas eu nunca atuei como psicólogo, minha experiência é de estágio. Minha experiência, realmente, é do magistério. Tanto que eu me formei primeiro em licenciatura, já venho atuando, já há algum tempo atuei no SENAC, SESC, cursos livres, eu sempre estive, basicamente, nesta área”. Então, assim, ele questionou muito porque que eu estava lá, naquele dia. “Você não está sabendo de nada?” Eu falei: “ó, eu fui atrás de uma oportunidade pra fazer um estágio com nível superior, eu queria trabalhar voluntário mesmo pra poder colocar em prática o que eu tinha conhecimento e aprender”. E, aí, ele indagou várias vezes. E, depois, disse: “Não, é porque hoje de tarde, a Ana Érika, que era a psicóloga daqui, ela vai apresentar a carta dela de demissão. Você não está sabendo de nada?” Eu disse: “Não, não estou sabendo”. Então, eu não conhecia nenhum dos personagens envolvidos, não tinha nenhum contato com a cidade. Então, eu fui falar com a pessoa certa, no momento certo, na hora certa” (GURGEL, 2014, p. 02).

Quando Carlos Magno levou ao secretário o pedido de demissão de Ana Érika, já apresentou a proposta de Elton Gurgel realizar um trabalho voluntário no CAPS. Esta coincidência fez com que não houvesse diminuição da oferta de atenção psicológica no CAPS, neste momento.

Pela impressão do novo psicólogo, sem vínculos anteriores com a cidade, a população falava muito bem do prefeito Francisco Mesquita, pelo carisma de médico obstétrica tradicional. “Ele era obstetra e ginecologista de gerações de mulheres, portanto, dá para imaginar” (GURGEL, 2014, p. 04). Entretanto, entre os profissionais, “havia uma expectativa muito grande, uma angústia sobre o que aconteceria, até que ponto haveria alguma autonomia dos serviços?” (GURGEL, 2014, p. 05). No CAPS, Elton Gurgel não sentiu clima de perseguição no cotidiano do serviço, mas, houve um recuo significativo.

Talvez faltou, deixou de existir, a participação da equipe de Saúde Mental nas discussões da secretaria como um todo. Talvez tenha ficado reduzida em relação à gestão anterior. E aí se perdeu, por exemplo, tinha muitas fitas gravadas de eventos que tinham existido na praça e tudo o mais. A jornada de Saúde Mental tinha um apelo popular maior. Então, tinha eventos que eram colocados na praça pública, coisas desse tipo, que minguraram, que recuaram, ficaram mais entre quatro paredes, utilizando os espaços menores. Então, isso daí deu pra perceber que houve uma reclusão, assim, houve uma retração. Mas, não por conta da equipe do CAPS. Eu acho, que na realidade, o espaço, talvez até tivesse. Nós que, de certa forma, devêssemos ter buscado essa interlocução. Eu era totalmente imaturo, em relação a isso, eu não tinha noção. Pra mim, era muito estranho ocupar espaços políticos de ir à secretaria, de estar discutindo com a equipe de Saúde da Família, isso aí, eu não tinha maturidade para isso, realmente. A minha intervenção era localizada, era ir numa escola, era montar as ações muito voltadas às questões próprias do CAPS dentro de um determinado limite. O Júlio Ischiara já tinha bem mais que eu. O Júlio, ele já tinha, realmente, uma ascensão, ele tinha um trânsito maior na secretaria e tudo o mais (GURGEL, 2014, p. 06).

Aquilo não era mais o movimento de vanguarda que tinha surgido na gestão anterior. Agora, estava assim: “E agora, como é que a gente faz? O serviço está aqui, os pacien-

tes estão aqui, e aí? Nossa militância política onde fica?” Passou a ser nossa militância a nossa responsabilidade e o compromisso com os nossos usuários, com o serviço que nós tocamos (GURGEL, 2014, p. 11).

[O CAPS] Foi a minha escola de formação, no sentido de trabalhar com a Psicologia voltada pra comunidade, em interface com a comunidade, dialogando com a comunidade. Que extrapolava as quatro paredes do atendimento clínico padrão, muito pelo contrário. Uma interlocução constante com a sociedade. E isso foi o paradigma (GURGEL, 2014, p. 04).

A partir do CAPS, Elton Gurgel teve sua “vivência política de outra ordem”, de participação social, com interlocuções institucionais no poder público e abertura para os meios de comunicação. Este estilo de atuação continuou, mesmo com a mudança de geração.

Não ter um paradigma de quatro paredes não existia pra mim. E eu sabia, da minha experiência lá do São Vicente de Paulo, que era possível dialogar com alguém, contribuir com alguém, de certa forma, aqui, num diálogo, num espaço.... A lógica de trabalhar dentro de uma equipe interdisciplinar que se reunia todas as quartas-feiras de tarde, pra debater estudo de caso, pra debater questões políticas, administrativas (...), e os debates sobre os projetos... “Como assim, projetos? O quê que nós estamos fazendo, quais são as intervenções, quais são os projetos da Psicologia?” Tudo isso pra mim foi uma escola. E assim, estar com uma terapeuta ocupacional que dialogava comigo e dizia assim: “a gente pode fazer um trabalho utilizando os espaços da comunidade”. Então, é completamente surreal e ainda é muito de vanguarda hoje em dia você imaginar que a gente colocava as crianças dentro de uma Kombi e ia para o balneário Cedro Clube pra poder fazer uma atividade na quadra de esporte lá. (...) Então, assim, isso foi muito fantástico. Abriu um mundo de possibilidades. A questão de não ser considerado como sendo uma contravenção, eu dizer assim: “Ai, eu queria ir à casa do fula-

no”. Ir à casa do fulano não era um desejo, era quase uma imposição do serviço. Recebi as demandas das escolas e disse assim: “ah, eu vou visitar as escolas”. E aí, solicitação da escola pra fazer avaliação de QI de aluno. Para quê? Aí, eu fui lá. E eu tinha dado aula de Psicologia da Aprendizagem no SESC. A minha experiência de magistério. Aí eu vou lá, enquanto psicólogo que fala de Psicologia da Aprendizagem, pra discutir essa demanda. E, a partir daí ,surgiu a ideia de: perai, eu tenho conhecimento sobre isso e posso contribuir, esclarecer essas questões. A gente montou um curso de Psicologia da Aprendizagem à noite, lá, no CAPS. E, aí, vendemos a ideia, vendemos não economicamente, vendemos a ideia pra secretaria de Educação do Município, que passou a difundir pros professores e nós tivemos eu acho que umas três turmas de Psicologia da Aprendizagem no CAPS, de noite, que eu ministrava aula pra eles (GURGEL, 2014, p.12).

Havia um clima de receptividade e abertura para o uso dos conhecimentos que os profissionais tinham de suas experiências anteriores. Antes de trabalhar no TJ, Elton Gurgel havia trabalhado na Petrobrás e realizava o controle estatístico dos processos. Então, antes mesmo da instalação do *software* EpiInfo, Elton Gurgel já fazia banco de dados do serviço.

Então, se as pessoas perguntarem assim: “O quê que é importante para atuar em CAPS?” Pra mim, Psicologia Organizacional, Psicologia Educacional, Psicologia da Saúde... Tudo. Porque a gente utilizava tudo. Toda a minha formação estava sendo utilizada ali. E o trabalho com outras instituições, o tempo todo com parcerias. Intervenção em situação de crise, utilizando os potenciais da comunidade, seja em que contexto fosse (GURGEL, 2014, p. 13).

O que aprendeu em Quixadá, Elton Gurgel levou para o Judiciário, quando voltou para Fortaleza. Até então, no que tange às penas alternativas, a forma de assistência que existia era exclusivamente clínica, destinada ao cumpridor de pena que apresentasse “alterações psíquicas”.

A gente acabou criando um modelo. Eu e a assistente social da vara, que está no Tribunal, a gente acabou instituindo um padrão que é dentro dessa lógica de trabalhar com a comunidade, de rede social. Uma vara que, hoje em dia, quando eu saí de lá, tinha 230 instituições parceiras. Então a questão de articulação de rede, tudo isso aí foi aprendido a partir de CAPS. E que se tornou referência pro Ministério da Justiça e que é o modelo implementado no país inteiro hoje. A partir de uma historinha que começou lá em Quixadá (GURGEL, 2014, p. 05).

A partir deste modelo criado por Elton e pela assistente social, em Fortaleza, publicou-se o Manual de Monitoramento das Penas e Medidas Alternativas (BRASIL, 2002a). Alguns meses depois de assumir como voluntário, no CAPS, Elton foi contratado como prestador de serviços. Ele entende que, naquele momento, trabalhar no interior não era atraente.

Só quem morava no interior [trabalhava no interior], [era] por causa da família e tal. Então, não tinha ninguém concorrendo, ninguém queria. Até porque não valeria tanto a pena o salário. Você sair de Fortaleza pra poder ganhar o salário de psicólogo, em geral, não era algo atrativo, não. E, também, com contratos completamente precários. Não sei nem como é que configuravam, legalmente, os contratos (GURGEL, 2014, p.03).

Essa explicação também pode dar conta do próprio contrato da Ana Érika, pois, em termos puramente contratuais/salariais, o CAPS representava um complemento ao contrato de professora da UECE. Mas, pelo vínculo construído, mesmo voltando para Fortaleza, no contexto de um cargo federal concursado, Elton Gurgel manteve seu contato com Quixadá, trabalhando, aos sábados, no CAPS.

Em 1998, Eunice Souza foi trabalhar no CAPS, juntamente com mais duas colegas, encaminhadas pela secretaria de Saúde. As três não queriam ir, porque tinham medo dos “doidos”, mas, Eunice Souza en-

frentou a experiência e ficou, na função de recepcionista. Trabalhava como concursada no Hospital Geral Eudásio Barroso e como horista no CAPS. Acredita que o fato de estar nos dois lugares facilitou o diálogo entre os dois serviços. Além disso, capacitada pelo CAPS em Psiquiatria, levou esse conhecimento para as internações que existiam no hospital (SOUZA, 2013).

Por carência de profissionais e pelo modelo de trabalho do CAPS, realizava vários papéis, inclusive o de técnico de Enfermagem, para o qual tinha formação. Conforme discorre, ao chegar ao CAPS deparou-se com alta demanda por receitas médicas.

Mas, eram liberadas receitas dentro do CAPS que, necessariamente, não eram da área da Psiquiatria. Então, dentro do CAPS, saíam receitas de, digamos, pacientes hipertensos, pacientes diabéticos, receitas que não tinham nada a ver com a área da Psiquiatria, que acabou se tornando uma demanda muito grande que não era nossa, que não era vista por nós. Então, quando começou a ter reuniões com secretários, com prefeitos, que teriam que ser divididas entre o PSF, aí a demanda acabou (SOUZA, 2013, p. 05).

Na avaliação de Eunice Souza, este problema já era fruto da desorganização do PSF e só teria sido solucionado, aproximadamente, em 2005, quando houve um esforço por parte do prefeito e da secretária de Saúde para redistribuição da demanda do PSF, ou seja, já em outra gestão de Ilário Marques.

Durante a gestão de Francisco Mesquita, Perúcio Torres, que havia se formado em Pedagogia e realizado especialização em Educação Especial, criou, com algumas educadoras, a Associação de Pais e Amigos de Pessoas Especiais de Quixadá – APAPEQ. Essas educadoras eram mães de crianças com necessidades especiais e, neste momento, Quixadá não tinha nenhum serviço de cuidado para este público. “E a gente resolveu tentar montar um espaço escolar para cuidar, para conviver com essas crianças e tentar entender e tentar trabalhar essas crianças” (SILVA, 2013c, p. 02). Perúcio Torres já tinha a experiência de atuação em

Educação Especial do projeto da FECLESC. O grupo entrou em contato com a secretaria de Educação e a secretaria liberou esses professores para atuarem neste espaço. Aí se inicia um trabalho de mapeamento das crianças que tinham necessidades especiais, para reunir as famílias e realizar o atendimento pedagógico destas crianças (SILVA, 2013c).

Antes do curso de Pedagogia, Perúcio Torres aspirava ser artista. Fazia teatro, tocava violão, teclado e cantava em bandas comerciais.

O Carlos Magno me propôs, já que eu estava atendendo crianças portadoras de necessidades especiais, se eu não queria fazer um trabalho terapêutico, com música, com arte, com pacientes classificados de pacientes intensivos do serviço de Saúde Mental. Então, outra vez, a secretaria de Educação cede esse profissional, que eu sou concursado, para também experimentar um trabalho no Centro de Atenção Psicossocial com pacientes intensivos, um trabalho envolvendo arte (SILVA, 2013c, p.02).

Perúcio Torres tinha uma grande casa e Carlos Magno propôs que ele iniciasse fazendo o trabalho em sua própria residência, como extensão do CAPS. Inicia-se um trabalho com teatro, expressão corporal e música. Uma frente de atuação que ainda não existia no CAPS (SILVA, 2013c).

Com o novo período eleitoral, Ilário Marques voltou a disputar o cargo de prefeito. Ana Valéria se afastou da coordenação do PSF. “Não foi para fazer campanha e tudo, mas sei que quem está na coordenação é cargo de confiança e precisa se envolver na campanha política. Como eu não ia me envolver dessa forma, pedi para voltar ao PSF” (CARNEIRO, 2013a, p. 04).

Mesmo em período de resistência, sem maiores inovações, o CAPS de Quixadá conseguiu manter seu lugar de vanguarda na cidade. Segundo Carlos Magno (BARROSO, 2015), no final desta gestão, o vereador Airton Buriti, que era oposição, e outro vereador da situação decidiram premiar as melhores atividades acontecidas durante a administração. Segundo o levantamento que fizeram, o CAPS e o festival de cinema do município foram agraciados com a comenda.

Este período foi marcado por um retrocesso nas políticas públicas de Saúde. Os conselhos deixaram de funcionar (FERNANDES, 2013). O PSF foi desarticulado e o CAPS também foi atacado. As ações se tornaram mais focadas na assistência, a pesquisa em serviço diminuiu, assim como o investimento na capacitação dos profissionais da rede. O programa de residência foi extinto e o município não ofereceu turmas de pós-graduação *latu sensu*. Mesmo assim, houve alguma continuidade no CAPS, especialmente por causa da supervisão. Atuações interinstitucionais ainda aconteciam, embora o município não oferecesse mais tantas atividades que o paciente do CAPS pudesse se beneficiar fora de seu espaço. Mas, a supervisão mantida por Jackson Sampaio, a inovação representada pelo trabalho artístico de Perúcio Torres, o bom desempenho técnico das atividades de atenção psicossocial mantidas pela equipe e certa facilidade na gestão que manteve o CAPS sem falta de material para a terapia ocupacional garantiram a sobrevivência da experiência de Quixadá.

### **3.2.3 O PERÍODO 2001-2008. A TENTATIVA DE RECONSTRUÇÃO**

Segundo Ilário Marques,

De 97 a 2000, nós ficamos fora, mas ficamos, praticamente, sendo o centro da política de Quixadá, porque nós fazíamos os debates, os seminários, e todo mundo estava estudando pra voltar. Todo mundo estava sendo preparado... Alguns declaradamente, como a Edi [Maria Edi Leal da Cruz Macedo, que se tornou secretária de Educação e Desporto] e a Rachel (MARQUES, 2013a, p. 12).

Em 2001, Odorico Andrade manteve-se, para um segundo mandato, na Secretaria de Saúde de Sobral. Em Quixadá, Rachel Ximenes Marques assumiu a secretaria de Saúde. Segundo Ilário (MARQUES, 2013a), essa escolha já havia sido feita um ano antes do início da gestão, porque a considerava muito bem preparada para o cargo. De acordo

com Rachel Marques (MARQUES, 2013b), Ilário Marques procurava alguém que já conhecesse a trajetória do que havia acontecido na primeira gestão e as transformações na área da Saúde realizadas por Odorico.

Paralelamente ao cargo de secretária, Rachel Marques fez mestrado em Saúde Pública pela UFC, abordando, diretamente, aspectos da Saúde em Quixadá. O título de sua dissertação, defendida em 2003, é **Saneamento Básico e Indicadores de Saúde Infantil na Cidade de Quixadá, estado do Ceará** (MARQUES, 2003). Para Ilário, esta forma de articular prática política e formação acadêmica do quadro era muito própria à forma de se fazer política em Quixadá. “Infelizmente, hoje, praticamente não existe isso na política. Acho que nem no PT. Tem pouco, melhor dizendo” (MARQUES, 2013a, p. 12). Para ele, Rachel Marques foi determinante no planejamento de metas de Saúde Pública, em sua segunda gestão.

Cezar Wagner foi, novamente, convidado para estar à frente do planejamento da gestão. Retomou-se a perspectiva de integração como política de governo, com reuniões sistemáticas com todas as secretarias.

Eram sempre trabalhos muito exaustivos, assim de muita presença, muito contato com a população, muita visita aos serviços e sempre muito abertos a estar ouvindo, também a própria secretaria, aqueles também gestores intermediários que estavam desenvolvendo os programas (MARQUES, 2013b, p. 02).

Todos esses aspectos eram trabalhados como um todo na gestão, não dependiam da cabeça de uma pessoa só. Mas, era um todo. Todos esses aspectos liderados pelo prefeito, então os secretários tinham como base esses princípios que eram os mesmos princípios que nortearam a reforma sanitária e luta antimanicomial (MARQUES, 2013b, p. 04).

Alcides Miranda também teria sido convidado para retornar a Quixadá para assessorar a secretaria de Saúde. Mas, ele não teria aceitado porque, no caso, sua relação de confiança política era com Odorico, que já não estava mais nesta gestão.

Mas, eu estive lá com a equipe, três, quatro vezes eu estive lá, para conversar. E uma das coisas que a gente dizia pra equipe que estava lá, já nessa segunda gestão do Ilário, é que cobravam muito deles, que eles agissem como a gente agia naquela primeira experiência. E eu fui, uma vez eu me lembro, fui para tranquilizá-los: “olha, vocês não têm que ficar pressionados por esse tipo de comparação porque era um outro momento, era uma experiência singular, porque as pessoas tinham sido escolhidas, tinham vindo de longe, tinham motivação e tal. E isso não é reproduzível” (MIRANDA, 2014, p. 17).

A segunda gestão de Ilário pode ser definida como de reconstrução. Programas que possuíam caráter experimental, como o Saúde da Família e o CAPS, já eram adotados nacionalmente, com investimento do Ministério da Saúde. Entretanto, no município, base deles, havia sido grande o retrocesso quanto ao investimento nos dois, quanto à participação popular e ao controle social das políticas públicas. A primeira tarefa, portanto, seria reconstruir o que havia sido implantado na primeira gestão.

Quando nós retomamos, tudo aquilo que a gente tinha em quatro anos, tinha tudo ido por água a baixo. Então, as Unidades Básicas de Saúde não tinham a menor infraestrutura. Não tinha do medicamento ao mínimo ali para o profissional realizar o trabalho. Então, nós começamos, inclusive, com um compromisso tão grande desses profissionais... Porque nós pedimos para, em um primeiro momento, que eles fossem mesmo ainda sem essas condições. Então, eram pessoas que realmente estavam querendo dar sua contribuição para a transformação. Aí, passamos a construir novas Unidades Básicas de Saúde, aí em toda a infraestrutura necessária, com a sala do médico, da Enfermagem, de vacinação. A gente concebeu também uma área de observação, de leito de observação, para que pudesse ficar ali durante oito horas, dentro dessas unidades. Porque lá na primeira gestão, nós demos condições para que chegassem os profissionais às Unidades Básicas e instalassem o Programa Saúde da Família e os serviços

chegassem à população. Mas, muitas vezes, não era um ambiente adequado, utilizava-se até de um ambiente de escola, porque aquilo era necessário naquele momento. Já nessa segunda gestão, que nós chegamos, não tinha equipamento, não tinha nada, não tinha nem um estetoscópio para o médico fazer atendimento. Então, nós começamos do zero, novamente. Mas, só que, agora, a gente foi já com um projeto, nós concebemos um projeto de Unidade Básica de Saúde com todas essas salas, com todos esses tipos de atendimento. E, inclusive, com uma sala para promoção de Saúde, para reuniões da comunidade, dos Conselhos Locais de Saúde. Em todos os PSFs, tinha essa sala para essas ações de prevenção, de promoção de Saúde e participação popular (MARQUES, 2013b, p. 07).

Profissionais da rede que tinham ficado sem trabalho em Quixadá, na gestão de Francisco Mesquita, como Eurico Lima e Vidélma de Oliveira, foram recontratados. O Conselho Municipal de Saúde voltou a funcionar e a secretária Rachel Marques participava de suas reuniões. Houve retomada do envolvimento da população na definição das prioridades nas contas públicas, por meio dos instrumentos de participação popular (MARQUES, 2013b). Foi criado o Sistema Local de Cidadania,

um conjunto de componentes inter-relacionados e interdependentes constituído pelos Órgãos públicos municipais, pelos Conselhos setoriais, pelos Fóruns da sociedade civil e pelas Entidades e organizações não governamentais. O Sistema Local de Cidadania tinha sua dinâmica de funcionamento composta por uma estrutura de gestão compartilhada através da Câmara intragovernamental de Cidadania, o Núcleo Integrado de Conselhos e Fóruns e o Congresso Municipal de Cidadania (SILVA, 2010, p. 57-8).

O resultado deste modelo foi o 1º. Plano Municipal de Cidadania, efetivado no I Congresso da Cidadania. No terceiro mandato de Ilário Marques, foi criada a Secretaria de Desenvolvimento Social, responsável pela implantação do Sistema Único de Assistência Social em Quixadá.

Houve concursos públicos, havia também os processos de seleção de pessoas dentro do critério de capacidade técnica e de compromisso. Porque, em todas essas coisas, nós fomos muito pioneiros no estado, tanto do ponto de vista do Programa Saúde da Família, como do CAPS. Então, a gente precisava de pessoas também que abraçassem essa missão, tinha que haver esse compromisso pessoal mesmo, envolvimento, acreditar naquilo. Então, isso também fazia parte do nosso processo seletivo. Também porque nós precisávamos de pessoas militantes em defesa aí dessas causas. (...) [O supervisor do CAPS] Precisava ser alguém que tivesse em sintonia com esses princípios que eram da gestão, que eram da reforma sanitária (MARQUES, 2013b, p. 06).

Foram criados novos serviços, com a abertura do centro cirúrgico hospitalar, Traumatologia com cirurgia 24 horas e Odontologia especializada. Com isso, o município se constituiu como polo da 8ª Microrregional de Saúde (FERNANDES, 2006). Instalou-se o Centro de Zoonoses, todas as Unidades básicas de Saúde - UBS passaram a coletar exames laboratoriais; descentralizou-se a marcação dos exames radiodiagnósticos para as unidades, foram adquiridos novos transportes, uma UTI móvel e um micro-ônibus climatizado.

Na visão de Rachel, a relação entre gestão e profissionais foi boa neste período histórico.

É claro que não era 100%, havia conflitos, como é próprio das relações. Até porque se tratava de uma administração petista e as pessoas sempre queriam mais ainda do ponto de vista de conquistas salariais porque achavam também que era a oportunidade [risos] de melhorar cada vez mais. Então eram mobilizados, mas, no geral, nós tínhamos uma adesão grande ao projeto, que incluía, inclusive adesão a isso de, por exemplo, nós termos uma internação no Hospital Geral e ser aceito e aquilo fazer parte da rotina e se compreender isso como importante. Isso se deu, essas internações se deram com tranquilidade dentro do Hospital Geral, com essas resistências eventuais. Às vezes, partindo desses setores que eu já falei, do filantrópico, às

vezes também partindo da família, de querer transferir pra Fortaleza, de querer internar num hospital. Disso também de sentir que não consegue mais ter a relação com essa pessoa com transtorno mental, então, achar que ele estar num manicômio, num hospital mental é uma forma também de resolver o peso de todas as consequências que é de ter uma pessoa nessas condições na família (MARQUES, 2013b, p. 04).

O Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV dos profissionais da Saúde não foi implementado, em todo este período histórico. Ilário Marques (MARQUES, 2013a) e Rachel Marques (MARQUES, 2013b) são unânimes ao dizer que a não implementação deveu-se à situação financeira difícil do município. Mas, foi procurado valorizar o salário dos trabalhadores, melhorando a base daqueles que não auferiam sequer o salário mínimo. Como os trabalhadores da Educação eram uma categoria bem organizada, o PCCV começou por lá, e, afinal, o da Saúde não foi concluído. Sobre a remuneração, Videlma de Oliveira disse que houve conquistas neste período em relação aos valores pagos pelos plantões extra, ao piso salarial e aos adicionais por periculosidade e insalubridade: “E ele dava acima da porcentagem a periculosidade e a insalubridade. Isso aí foi uma das conquistas, que aí quando somava ao salário, ficava bem bonzinho [risos]” (OLIVEIRA, 2013b, p. 08).

Rachel Marques foi secretária de Saúde de janeiro de 2001 a abril de 2002. Afastou-se porque foi candidata à deputada estadual (MARQUES, 2013b). Em seu lugar, assumiu Maria Ivonete Dutra Fernandes.

Ivonete Dutra possuía formação em Pedagogia. Era funcionária pública de Quixadá e sua experiência era na área administrativa financeira, em captação de recursos para projetos. No início deste mandato de Ilário Marques, foi assessora de Rachel Marques na secretaria de Saúde. Até então, ela possuía especialização em Gestão da Educação. Somente depois, realizou outra em Gestão da Saúde. Permaneceu como secretária de Saúde até o fim da segunda gestão de Ilário Marques e em toda a terceira gestão (FERNANDES, 2013). De acordo com Rachel Marques, pelo fato de Ivonete Dutra ter sido sua assessora e ter acompanhado todo

o trabalho de perto, não houve descontinuidade do trabalho com sua saída. “Ela tinha conhecimento de tudo que estava se desenvolvendo, tanto do ponto de vista do financiamento, do fundo da Saúde, como das ações dos programas, das secretarias. Porque ela me acompanhava de perto em todas as ações” (MARQUES, 2013b, p. 08).

Para Ivonete Dutra, o fato de ser da Educação não atrapalhou o seu desempenho como Secretária de Saúde.

Porque, na realidade, gestão e Saúde eu compreendo que exigem do profissional, algumas dimensões técnicas de conhecimento da área-meio. Porque você precisa compreender muito da parte de financiamento, como também a compreensão de gestão quanto a como trabalhar em equipe, os novos paradigmas da gestão pública, da modernização gerencial e, aí, a gente tinha esse perfil de trabalhar com pessoas e nessa perspectiva de trabalhar muito desenvolvendo mais a capacidade de escuta. E, aí, foi um trabalho que, depois, a nossa avaliação da nossa equipe é que foi um bom trabalho. Porque eu não tinha conhecimento técnico em algumas áreas, mas trabalhava com bons técnicos e desenvolvi bem essa capacidade de escutar e saber trabalhar com equipe. Eu acho que isso fez dar certo nosso trabalho durante esse período. E estudando, né? Porque a gestão da Saúde, ela é muito baseada na legislação, nas diversas portarias ministeriais, nas diversas resoluções. A Saúde, ela exige que você trabalhe mais ainda com o conteúdo social e isso a gente já tinha um bom trâmite dos movimentos sociais. Não tivemos dificuldades de trabalhar por não ser gestora da área específica. (...) Porque, até se nós formos avaliar, seria mais interessante uma gestão que pudesse trabalhar na vigilância à Saúde do que na assistência à Saúde. Então, (...) é bem empírico isso que eu vou colocar, mas que a Saúde é como se ela tivesse duas dimensões: a da vigilância, pra evitar o adoecimento, vigilância da Saúde no sentido de vigiar, trabalhar a promoção, evitar o adoecimento e a outra dimensão que seria a assistência à Saúde. Então, vendo do lado educativo, a gente desenvolveu alguns projetos nessa área de promoção que aí passam muito pela questão da Educação (FERNANDES, 2013, p. 02).

Além disso, Francimeiry Amorim, profunda conhecedora do SUS de Quixadá, atuou junto à secretaria de Saúde em todo o período das duas gestões de Ivonete Dutra:

Eu tive a oportunidade de criar, de elaborar. (...) Eu estava muito junto da Ivonete nas duas gestões dela. Da Rachel, muito pouco porque eu ainda estava no PSF (...). Então, todos os projetos que passaram, que saíram da secretaria de 2002, final de 2002, 2003, quando ela assumiu, até 2008, nós estávamos juntos construindo. Ofícios, resoluções, tudo, porque era a nossa gestão (SILVA, 2013a, p. 28).

Nas duas gestões de Ivonete Dutra, Ana Valéria esteve à frente da coordenação do PSF, especialmente dos enfermeiros e dos ACS; Natália, uma dentista, coordenava os odontólogos e Francimeiry Amorim, os médicos. Francimeiry participou da auditoria em Saúde, foi assessora do CMS e depois foi conselheira por dois mandatos, organizando as conferências municipais de Saúde, que eram bienais. “Então, eu participava de tudo na gestão [risos]. Eu só não mexia com dinheiro” (SILVA, 2013a, p. 20).

Desde a primeira gestão de Francisco Mesquita, o coeficiente de mortalidade infantil vinha diminuindo, ao longo dos anos: 78,91 em 1989; 74,89 em 1990; 66,58 em 94 e 64,54 em 1998 (DATASUS, s/d); 20,26 em 2006 e 14, 3 em 2010 (IPECE, 2014). Alguns equipamentos da rede se tornaram desnecessários. Foi o caso do Centro de Nutrição, que foi transformado em Centro de Referência e Inclusão da Criança e do Adolescente – CRISCA, passando a se destinar ao atendimento de crianças e adolescentes com deficiência, na área da Educação Especial (SILVA, 2013a). Em janeiro de 2001, Ilário Marques convidou o médico Rômulo Nepomuceno Bezerra Carneiro para trabalhar em Quixadá. Ele havia se formado pela UFC em 1998, já tinha trabalhado de 1999 até o início de 2000 em Quixadá, quando foi para Fortaleza. Rômulo Carneiro era quixadaense, irmão de Ana Valéria. Acredita que Ilário Marques o convidou para voltar a trabalhar lá porque se dava muito bem com a população. Trabalhou nas duas gestões de Ilário como médico.

Em 2003, filiou-se ao PT e em 2008 foi lançado como candidato a prefeito (CARNEIRO, 2013b).

Segundo Ilário Marques (MARQUES, 2013a) e Rachel Marques (MARQUES, 2013b), ao assumir este segundo mandato, houve dificuldades no âmbito da Saúde, porque existiam dois hospitais no município. Um, o Hospital Maternidade Jesus Maria José, filantrópico, fundado em 1940 e mantido pela Diocese de Quixadá e o outro, o Hospital Eudásio Barroso, público. Parte da atenção secundária deveria ser realizada em um hospital e parte no outro. No entanto, segundo os entrevistados, havia uma forte cultura hospitalocêntrica no hospital filantrópico, que incluía a descrença sobre o significado do CAPS. Os embates causados por essas tentativas de mudança teriam causado problemas políticos com o bispo Dom Adélio Tomasin, com repercussões até os dias atuais. A integração entre a prefeitura municipal de Quixadá e a FCRS teria sido dificultada enquanto Dom Adélio esteve em sua direção (MARQUES, 2013a; MARQUES, 2013b), incluindo a participação dos estudantes da FCRS no CAPS (FRAGA, 2013).

De acordo com Rachel Marques, no período em que foi gestora, as equipes do PSF foram treinadas para fazer detecção, diagnóstico, encaminhamentos e acompanhar grupos em Saúde Mental. Os ACS foram treinados para realizar a primeira assistência aos usuários do CAPS, para que eles pudessem ser atendidos, primeiramente na comunidade. O objetivo era que a comunidade aceitasse e convivesse bem com aquela pessoa, mesmo com os seus problemas (MARQUES, 2013b).

E nós fazíamos, também, muitos encontros mais descontraídos, tanto do ponto de vista da equipe, como, também, dos nossos próprios usuários do sistema. Tínhamos vários momentos culturais, inclusive o CAPS tinha grupos de música, de dança e, também, procurando, aí, no caso, através da arte, da cultura, da música também ser uma forma de tratamento. O tratamento passava por esses aspectos, também, e sempre teve muito envolvimento dos profissionais nesses momentos dos nossos usuários do CAPS (MARQUES, 2013b, p. 06).

Perúcio Torres deu continuidade às ações em arte iniciadas na gestão anterior. Entretanto, Ilário Marques teria entendido que o trabalho desenvolvido por Perúcio Torres era uma experiência criativa e interessante e a apoiou. A partir daí, passou-se a ter um lugar pra trabalhar, material e transporte para os participantes.

Então, a gente montou dois grandes projetos aqui em Quixadá de música. Montamos um projeto percussivo, que era um projeto que a gente trabalhava só tambores de plástico, grandes tambores de plástico, que a gente chamava de Pau Lata. Não existiam esses grupos de percussão do Carlinhos Brown ainda nessa época. A gente montou um projeto em que a gente contemplava setenta pessoas, jovens, adultos, crianças, portadoras de necessidades especiais, sobretudo acometidas de problemas mentais e que faziam esse grupo de percussão. E a gente apresentou isso em muitos lugares (SILVA, 2013c, p. 03).

Logo no início da gestão, Luisa Nara da Silva assumiu o cargo de assistente social do CAPS. Ela havia se graduado, em 1999, pela UECE, mas ainda não tinha experiência em Saúde. Seu interesse por trabalhar em Quixadá veio do fato de ser quixadaense. Enviou o currículo para Rachel Marques e teria sido informada que a gestão precisava de uma assistente social que ficasse no CAPS, na Secretaria de Saúde e no Hospital Geral ao mesmo tempo. Luisa Nara passou seis meses assim. Ela aceitou a condição, provisoriamente, enquanto as equipes de profissionais se formassem, e foi a primeira assistente social a ser contratada nesta gestão.

E, na minha primeira supervisão - que, quando eu entrei, o CAPS tinha supervisões, de fato, mensais. Foi com o professor Jackson. E ele olhou pra mim e disse que eu tinha que fazer um projeto de Serviço Social para aquele CAPS. E eu me tremi todinha, que eu não sabia como é que ia ser, o que era que o Serviço Social fazia dentro do CAPS. E ele até disse que eu era muito jovem e percebia que eu não tinha experiência, mas que eu tinha um brilho no olhar que podia ser que de fato eu me encontrasse naquela equipe (SILVA, 2013d, p. 02).

Em 2001, Júlio Ischiara entrou no mestrado e precisou se afastar do CAPS. A partir do ano seguinte, foi voltando aos poucos, primeiro com um dia só na semana e depois aumentando a sua disponibilidade. Também iniciou o processo de supervisão dos CAPS de outros municípios (ISCHIARA, 2013). Para dar continuidade à oferta de serviços em Psicologia, o município contratou o psicólogo Wander Carvalho Ramos de Linhares. Foi contratada ainda mais uma terapeuta ocupacional para o serviço, Francilena Bessa; e em 2002, uma médica generalista, Francineide Maciel.

Rômulo Carneiro faz a seguinte narrativa sobre como era o CAPS quando ele chegou ao município, em 2001:

Eu me lembro bem que o CAPS, quando eu comecei, quando o doutor Carlos Magno fazia parte, tinha vários outros grupos. Tinha o de pacientes de dor, estudos de dor, tinha um ambulatório só de pacientes de dor. Tinha confraternização de pacientes, de crianças, festas de crianças, uma socialização maior. Você não tinha só: atender o paciente (...) e dar a receita e ir embora. Você tinha todo um trabalho social, você tinha visitas domiciliares, você tinha trabalhos em grupos (CARNEIRO, 2013b, p. 02)

Sobre a atuação do CAPS junto à rede, Rômulo disse que as equipes do PSF e os plantonistas do hospital Eudásio Barroso foram muito bem treinadas para receber, avaliar, tratar e tirar o paciente da crise, para que ele voltasse a ser atendido no CAPS. Quanto ao PSE, afirmou que os treinamentos eram muito bem aceitos e que havia médicos que muitas vezes faziam o tratamento do paciente na própria Unidade de Saúde, com o psiquiatra indo posteriormente realizar uma consulta na unidade. Tudo isso teria contribuído para diminuir as crises e as idas aos hospitais. Entretanto, fez algumas críticas quanto à internação no hospital Eudásio Barroso.

Como médico, a gente acompanhava muito. Eu fui um dos mais dedicados junto com Carlos Magno e com doutor Jackson de estar sempre acompanhando esses pacientes. Quando o doutor Carlos Magno não ia, eu acompanhava

no Hospital Eudásio Barroso. Eu sentia muito algumas falhas, quando o doutor Carlos Magno internava que acompanhava o paciente, já que você está dentro de um hospital com vários tipos de doença, doenças infecto-contagiosas, vários tipos de doenças que você trabalharia dentro de um hospital geral. Você teria que ter um planejamento pra aquele paciente. Então, o que eu sentia mais falta é porque não existia um planejamento ainda. Tudo bem que ainda estava no início do sistema funcionando dessa maneira. (...) Eu achava que lá teria que ter um planejamento daquele paciente de fazer trabalhos diários com ele. Fazer um trabalho com terapia dentro do hospital geral, porque esse paciente, praticamente, só era visitado pela manhã, pelo médico psiquiatra, que via, ia olhar como é que ele estava, prescrevia e ia embora. E o paciente ficava rodando dentro do hospital ou entrando nos apartamentos de pessoas com tuberculose, pessoas com pneumonia, tendo contato, porque não tinha o que fazer dentro do quarto dele de internamento. Então, eu achava que quando você internava um paciente psiquiátrico, do mesmo jeito que você tem esses profissionais do CAPS, você tem que fazer um revezamento desse pessoal para tratar as pessoas dentro do hospital. E aí ficava a questão da Enfermagem reclamando “olha doutor, ele tá lá no quarto do paciente que está lá tratado com tuberculose, isolado, e ninguém tem coragem de tirar por conta da agressividade que ele possa causar em algum paciente”. Então, eles ficavam meio que soltos dentro do hospital geral, perambulando de um local a outro e sem ter um planejamento do próprio CAPS dentro do hospital pra ele. Quando você se determina a internar um paciente, você tem que ter um planejamento pra ele. Segunda, quarta e sexta vou fazer uma terapia nele assim. Quinta e sábado vou fazer um estudo psicológico com enfermeiro, estudantes de Psicologia e fazer todo um perfil daquele paciente. E nós não tínhamos isso. Então, muitas vezes, nós tínhamos que esse paciente estava sedado, continuamente, pra não ter que sair do quarto. Então, o convívio social com ele diminuía bastante nesse sentido. Então, eu tinha essa preocupação e isso perdurou durante muito tempo (CARNEIRO, 2013b, p. 02).

A equipe do CAPS entendia que essa internação era necessária para situação aguda de crise, em ambiente meramente médico-biológico. A retirada da situação deveria imediatamente resultar em alta, para o acompanhamento terapêutico no CAPS. Mas, esse problema poderia ter se resolvido se a sugestão de Jackson Sampaio de se ter uma terapeuta ocupacional no hospital Eudásio Barroso tivesse sido acatada. À época, o então secretário de Saúde utilizou como argumento que a meta da gestão era acabar com as internações psiquiátricas, portanto, isso não seria necessário. A experiência mostrou que as internações psiquiátricas em hospitais gerais continuaram sendo necessárias, mas, mesmo assim, não se dispôs de profissionais para realizar esta atividade no hospital. Ivonete Dutra (FERNANDES, 2013) relatou que o diretor do hospital, à época, também a buscou alegando que não havia condições de que os pacientes psiquiátricos ficassem no hospital, imaginando que ela iria interceder em favor dele. Mesmo considerando a estrutura do hospital muito precária, ela entendia que não se podia abrir mão da realização da internação dos pacientes psiquiátricos, em situação aguda de crise, em hospitais gerais, sobretudo ao considerar as estatísticas de redução global das internações em Fortaleza, pela ação no Eudásio Barroso; a redução das próprias internações no Eudásio Barroso, pelo atendimento domiciliar matriciado pelo CAPS com o PSF; e pela redução de dias do tempo médio de internação no Eudásio Barroso.

Apesar da boa imagem que o CAPS apresentava exteriormente, internamente, a equipe não parecia satisfeita. Em 2001, após já ter realizado duas supervisões durante o novo mandato de Ilário Marques, Jackson Sampaio escreveu uma carta à Rachel Marques (SAMPAIO, 2001a), na qualidade de secretária, fazendo o seu diagnóstico e apontando propostas para a política de Saúde Mental de Quixadá. Para Jackson Sampaio, a prática interna do CAPS já não refletia seu nível de elaboração teórica, devido aos incentivos mínimos no serviço e, naquele momento, a imagem do serviço era maior e melhor que sua prática. Os pontos destacados por Jackson Sampaio foram:

- a) Sempre defendemos o CAPS/Quixadá aberto seis dias da semana, de segunda a sábado, visando oferecer mais alternativas de atenção, visando dar conta da clientela de zona rural que se desloca para a sede municipal apenas aos sábados, visando melhorar a retaguarda especializada às internações psiquiátricas efetuadas pelo *staff* do hospital geral municipal. A verdade é que hoje temos três CAPS/Quixadá, um de segunda a quarta, pleno, complexo, qualificado; outro de quinta e sexta, reduzido, parcial, sem cobertura médica; ainda um outro aos sábados, penalizado com as falhas de quinta e sexta, com redução absoluta das atividades psicossociais, restrito à consulta médica de retorno ou primeira, computando em média 65 atendimentos/dia, descaracterizando projeto terapêutico interdisciplinar.
- b) A nossa realidade prática, no geral, encontra-se inferior aos projetos de vanguarda estabelecidos entre 1993 e 1996. A vinculação com o PSF está muito deficiente, com prejuízo das supervisões e treinamentos, prejuízo do sistema de referência/contrarreferência e prejuízo das ações psicossociais compartilhadas, sobretudo aquelas visando detecção precoce de crises e prevenção da dependência química (lícita ou ilícita).
- c) A segunda deficiência em relação a patamares de vanguarda já alcançados no passado é a da Atenção Domiciliar, pois a deficiência de viaturas comprometeu radicalmente um programa que já chegou a produzir 80 procedimentos/mês. As visitas funcionam como sentinelas para crise, previnem internações, habilitam a família e a vizinhança a confiarem na curabilidade dos transtornos mentais e marcam a presença do serviço nas comunidades.
- d) A despeito dos problemas de financiamento, normativos por procedimento, conseguimos garantir que o CAPS/Quixadá não se transforme em serviço com lógica de hospital/dia ou CAPS/NAPS 24 horas, mantendo o hospital geral municipal como responsável pelos cuidados intensivos e descentralizando oficinas. Mas as oficinas descentralizadas foram pro-

fundamente prejudicadas, pela redução do número e da qualidade delas. Não temos conseguido matricular clientes do CAPS nas oficinas de profissionalização da Ação Social e novas oficinas assumidas por clubes de serviço ou outros órgãos públicos não mais surgiram (SAMPAIO, 2001a, p. 02).

Observe-se que, embora fosse objetivo da primeira gestão Ilário Marques ampliar o número de equipamentos CAPS, isso não só não ocorreu como o número de profissionais foi reduzido, aumentando o problema da superlotação do serviço. É de se apontar também que, embora o supervisor apontasse as deficiências de atuação quanto ao PSF, para estes profissionais isto não era percebido da mesma maneira.

Jackson Sampaio acrescentou:

- a) A perda de substância em relação aos desafios já equacionados e aceitos no passado deve-se à perda de substância do PSF, a problemas de vontade política do gestor e a dificuldades com a própria equipe técnica do serviço: desmotivada pelas desatenções e nunca totalmente complementada (precisamos de 60 h/psiquiatra, 60 h/psicólogo, 60 h/terapeuta ocupacional, 40 h/enfermagem e 40 h/assistente social, além de 240 h/ auxiliar de saúde mental – técnicos de nível médio envolvendo habilidades de agente administrativo, motorista e auxiliar de enfermagem.
- b) Em relação com a dinâmica sócio-econômico-demográfico-cultural do município, outros desafios estão sendo postos como demanda social e a equipe não está dando conta ou articulada intersetorialmente para fazê-lo, pois os novos desafios são até mais complexos, mais extensos e mais difusos: monitorar a incidência de psicose no município, atender dependência química lícita/ilícita (alcooolismo, cannabismo, dependência a benzodiazepínicos, tabagismo etc), conter os emergentes psicossociais associados à adolescência, definir o manejo mais adequado dos

deficientes mentais na rede escolar e promover atenção integral ao trabalhador, ao desempregado e ao idoso (SAMPAIO, 2001a, p. 02-03).

Suas propostas para lidar com este quadro foram:

- a) Complementação e qualificação permanente da equipe, com educação continuada de alto nível, incluindo Mestrado;
- b) Compreensão de que parte significativa da equipe tornou-se referência e é chamada a implantar modelos de atenção psicossanitária em outros municípios, inclusive de outros estados (temos solicitações de prefeituras do PT e do PC do B no Rio Grande do Norte, em Minas Gerais, no Maranhão e em Goiás);
- c) Aquisição de sede própria, com qualificação de infraestrutura e de viatura;
- d) Retomada da articulação plena com o PSF e qualificação do sistema de pré-triagem e de acompanhamentos de retorno;
- e) Investimento na consolidação de um núcleo de pesquisa científica e em um pólo de formação, pois Quixadá tem tudo para ser pólo de formação e de produção de idéias para o Ceará e, com certeza, para o Nordeste. Neste sentido, impõe-se como urgente a aquisição de um computador com kit multimídia ligado à internet e de um vídeo cassete para os procedimentos de educação continuada, pois, através de recursos estaduais, já adquirimos um projetor multimídia (SAMPAIO, 2001a, p. 03-04).

Dois meses e meio após o envio desta primeira carta, Jackson enviou nova carta à Rachel Marques (SAMPAIO, 2001b), afirmando que não conseguiu ter qualquer contato pessoal com a secretária, nos meses referentes ao segundo mandato de Ilário Marques, e que sua primeira carta não foi respondida, assim como o pedido de confirmação de seu status junto à Prefeitura de Quixadá. Jackson Sampaio retomou o que foi construído neste período, quanto à política de Saúde Mental de Quixadá, incluindo

princípios e desenho organizacional próprios, *home page* do serviço, manual de organização e instrumentalização dos cursos de especialização em Saúde Mental da UECE; e comunicou o seu desligamento da função de supervisor institucional do CAPS de Quixadá, alegando motivos pessoais, profissionais e políticos. Os pessoais se ligavam aos desgastes causados pelo deslocamento até Quixadá; os profissionais se ligavam às novas atribuições, especialmente à frente da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UECE e demais atividades acadêmicas; e os políticos se ligavam ao tratamento dispensado pela secretária em relação a ele. Além disso, acreditava que havia uma secundarização da importância do serviço CAPS nesta gestão, a partir, especialmente, dos seguintes indícios: o não pagamento do mês de dezembro de 2000 dos trabalhadores contratados e o não investimento no curso de mestrado do psicólogo Júlio Ischiara, o que apontava para a falta de investimento nos profissionais do serviço, em um momento em que já existiam apoios estaduais e federais que cobririam mais de 100% dos custos de um CAPS. Assim, informou que na última supervisão com a equipe, em abril de 2001, despediu-se deixando cinco compromissos:

- f) Escrever, com a equipe veterana, a história do CAPS/Quixadá;
- g) Usar os sete anos de história do CAPS/Quixadá, em todas as minhas palestras e aulas, como exemplo de política moderna e criativa, socialmente crítica, justa e equânime;
- h) Como consultor do Ministério da Saúde, incluir Quixadá nas 40 cidades da experiência piloto da integração, agora oficial-federal, da saúde mental na atenção primária desenvolvida pela saúde da família;
- i) Como Pró-Reitor de pós-Graduação e Pesquisa da UECE, colocar Quixadá no centro de nossas iniciativas de formação continuada e pós-graduada em saúde mental; e
- j) Disponibilizar-me como consultor da equipe, não remunerado, para qualquer momento em que a equipe venha precisar de mim (SAMPAIO, 2001b, p. 03).

No período de coleta de dados desta pesquisa – 2013 a 2014 – a *home page* do CAPS não existia mais. O projeto de escrita da história do CAPS de Quixadá se transformou nesta tese. Afinal, alterações foram postas em marcha, Rachel Marques e Ilário Marques pediram para Jackson Sampaio continuar à frente da supervisão e ele permaneceu até o ano de 2003.

Em 2002, foi publicada a portaria no. 336/GM (BRASIL, 2002b), que instituía para equipes mínimas dos CAPS outros profissionais de nível superior, como o pedagogo. Havia abertura para a contratação de outros profissionais necessários à execução dos projetos terapêuticos. Com esta abertura, a então secretária, Ivonete Dutra, convidou Ivana Mara para trabalhar no CAPS. Além da experiência do projeto Equilíbrio da Mente, da FECLESC, quando estudante, participou de muitos cursos oferecidos pelo CAPS, sobre Psicopatologia, Psicologia da Aprendizagem, entre outros. Foi aluna de Ana Érika na graduação. Também casou com Carlos Magno, o que fez com que desde cedo acompanhasse a criação dos primeiros CAPS no Ceará e em alguns municípios dos estados vizinhos (BARROSO, 2014).

Segundo Ivana Mara (BARROSO, 2014), neste período, o CAPS estava sem atender crianças porque o psicólogo Wander Carvalho alegava não saber trabalhar com crianças, e, por isso, não realizava os atendimentos. Por conta de seu mestrado, Júlio Ischiara só trabalhava aos sábados. Quanto à Ivana, ela começou realizando a avaliação das crianças do serviço.

Na verdade, eu acho que fiz além da Pedagogia. Não sei se por necessidade do serviço, que não tinha ninguém pra dar conta da parte de Saúde Mental. O psicólogo ou o psiquiatra, nenhum dos dois tinha afinidades [com o trabalho com crianças]. Eu acho que dei conta de algo mais do que a Pedagogia poderia dar, pela experiência, sem nenhum respaldo acadêmico, nem de formação (BARROSO, 2014, p. 05).

Ivana Mara (BARROSO, 2014) atuou na alfabetização das crianças e no âmbito das dificuldades dos processos de aprendizagem, como dislalia, discalculia, dislexia. O processo de alfabetização durava ao redor de três meses, enquanto os atendimentos ocasionados por dificuldades de aprendizagem não tinham tempo pré-determinado. Também eram realizadas reuniões com os pais em que se explicavam os problemas de cada criança, o que ela seria capaz de desenvolver e eram dadas orientações para o desenvolvimento das habilidades das crianças. Ivana Mara participava das triagens, mas, mais especialmente as infantis. As atividades festivas do CAPS também passaram a incluir as crianças nesse período, por contarem com a presença de Ivana. Eram realizadas intervenções nas escolas.

Eu peguei muitas crianças com diagnósticos pesados, e por isso não aprendiam. Acho que a postura da escola, talvez não seja da maioria, mas, de muitas escolas, era que: tem isso, não aprende, toma remédio, é doido, não sei o quê e acabou-se. E, aí, eu fui a várias escolas. (...) A gente fazia relatório pra professora e ficava nessas referências, contra-referências, aí por um bom tempo, e, aí, deu certo em algumas, outras não deram. (...) De três em três meses, eu fazia uma avaliação e saíam, pelo menos, sete crianças alfabetizadas, das trinta atendidas, vinte e cinco, durante a semana (BARROSO, 2014, p. 08).

Segundo Ivana (BARROSO, 2014), não foram oferecidos programas de cunho pedagógico diretamente direcionados aos adultos. Mas, aconteceu um caso de dois pacientes adultos que, espontaneamente, participavam das atividades destinadas às crianças. As crianças desenvolveram uma afetividade por eles e isso acabou gerando um desenvolvimento relacional para os adultos, embora eles não se beneficiassem tanto da questão do conteúdo ensinado, uma vez que eles não participavam sistematicamente do grupo. Disse também que, a princípio, existia medo, por parte da equipe, de que a mesma recepção do serviço fosse usada para adultos e crianças. Com o cotidiano, viu-se que isto não ocasionava

problema algum. As maiores dificuldades encontradas por ela foram no caso das crianças que moravam nos distritos, que, geralmente, abandonavam o serviço e na atuação interdisciplinar.

A proposta do serviço é 100% essa [de ser interdisciplinar], mas acontecia, por diversas vezes, assim: essa criança ser atendida por mim, pelo Perúcio, pelo psiquiatra, pela psicóloga... Mas era mais na fase do CAPS, onde isso acontecia ao mesmo tempo. Era mais multi do que inter. (...) Eu tenho algum resquício de lembrança que na época que entrei também tinha havido uma mudança na equipe. Eu acho que eu até tentei muito esse cuidado mais interdisciplinar, tinham reuniões (...), toda quarta-feira à tarde, tinham reuniões. E eu acho que foi um ponto negativo a minha participação na equipe, porque eu acho que eu sou meio exigente demais e isso se revelava em todas as reuniões. Eu acho que os mais velhos talvez tivessem aberto mão um pouco dessa interdisciplinaridade que os mais novos ainda não entendiam. Eu acho que eu lutei um pouco ou muito, não sei, pra que isso acontecesse e houvesse grupos. Como a demanda era muito grande, eu lutei muito pra ter grupos de crianças. Onde a gente pudesse tentar trabalhar as duas coisas. (BARROSO, 2014, p. 07)

Eu não sei se isso é legal, em termos da lei, mas em termos de serviço, eu acho que era perfeito. (...) Tipo, faltou enfermeira, você está desocupada, então tem que pegar os prontuários, fazer as receitas, levar pro médico, fazer tudo. A gente, profissionais não psicólogos, só não fazia mesmo atendimento psicológico, mas, acolhimento na recepção, uma escuta até você conseguir que esse paciente fosse encaminhado para o profissional mais específico do que era a demanda dele (BARROSO, 2014, p. 09).

No caso dos trabalhadores de nível fundamental e médio, a rotatividade entre as diversas funções do CAPS como forma de que se apropriassem dos processos de trabalho era bem vista, assim como a figura do Auxiliar em Saúde Mental. Eram mais funções, mas eram bem recebidas,

como uma forma de ampliação da atuação e desenvolvimento pessoal e profissional. A compreensão de que todos os profissionais podem fazer a escuta e o acolhimento dos pacientes também foi bem recebida, e nunca houve problemas de categoria com os psicólogos, por exemplo. Entretanto, a questão do preenchimento das receitas médicas por outros profissionais que não o médico era um problema que apareceu em diversas falas. Em primeiro lugar, um problema legal e de categorias profissionais. Em segundo, o entendimento de que o fazer clínico do médico e seu tempo seriam mais importantes do que os de outros profissionais, que poderiam preencher as receitas por ele. Este problema também apareceu quanto ao preenchimento da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo - APAC, como se verá. As principais resistências ao preenchimento de receitas e formulários médicos por não médicos vieram da Enfermagem.

Logo no início da atuação de Ivana Mara no CAPS, foi publicada uma nova portaria relativa aos CAPS, a 189/SAS de 22 de Março de 2002 (BRASIL, 2002c). A principal modificação ocorrida com sua publicação foi estabelecer uma forma de financiamento das ações do CAPS por produtividade, através de APAC.

Esta portaria limitava o número de pacientes de modalidade não-intensiva para o serviço CAPS - 90, 100 ou 150 clientes, para, respectivamente, CAPS I, II e III. Tófoli (2003) aponta para o fato de que, desta maneira, o Ministério da Saúde - MS estaria dando ênfase aos tratamentos intensivos e semi-intensivos, correndo o risco de premiar com remuneração os serviços que mantiverem seus usuários em tratamento indefinidamente. Ademais, esta lógica de remuneração se pautava pela produtividade da assistência.

Quanto menos a equipe estiver preocupada em supervisionar serviços, trabalhar na promoção, estabelecer parcerias com a sociedade civil, organizar – conjuntamente com o gestor – a política, a demanda e o fluxo de cuidados referentes à saúde mental, ou seja, quanto menos o CAPS se dedicar a vislumbrar a questão como atenção à saúde, e

mais estiver debruçada ao tratamento da doença mental, mais ela será recompensada financeiramente. Embora as necessidades curativas sejam importantíssimas, não podemos esquecer que uma série de ações essenciais – algumas previstas, outras não, pela portaria 336/2002 – são simplesmente ignoradas, em termos de remuneração, pela portaria 189/2002 (TÓFOLI, 2003, p. 04).

A portaria citava ainda os grupos de diagnósticos que estariam autorizados para procedimentos, de acordo com a modalidade do CAPS. Nesta combinação, por exemplo, municípios com menos de 200 mil habitantes, ou naqueles maiores, mas onde não foi possível instalar CAPS AD II e CAPS I II, não seria possível remunerar atendimentos de clientes com diagnósticos ligados a uso de substâncias ou a transtornos mentais e comportamentais de início na infância (com exceção do retardo mental, F70-79). No caso dos transtornos fóbico-ansiosos, que, geralmente, são atendidos na atenção primária, não teriam sua supervisão e acompanhamento financiados pelos CAPS. Diversas questões relacionadas aos diagnósticos iam contra o imperativo da integralidade da atenção quanto aos transtornos mentais. Tófoli (2003) apontou ainda para o fato de que o sistema de remuneração por APACs poderia criar prejuízos à Epidemiologia, já que os dados fornecidos nos serviços serviriam apenas para representar a fração mais grave da clientela atendida.

Contra as APACs, foi redigida a Carta de Quixeramobim, durante a Jornada de Saúde Mental de Quixeramobim de 2003, em que estiveram presentes 21 dos 23 CAPS do Ceará, dois serviços ambulatoriais (Maracanau e Paraipaba) e representantes do Hospital de Saúde Mental de Messejana, Coordenação de Saúde Mental do Estado do Ceará, Casa de Saúde São Gerardo (Fortaleza), Sociedade Cearense de Psiquiatria e Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE (CARTA, 2003).

O sistema de APACs atingiu diretamente o CAPS de Quixadá. Segundo Júlio Ischiara (ISCHIARA, 2013), a partir do momento em que foi adotado o sistema das APACs, diminuíram as atividades nas escolas, nos distritos, nas comunidades. Quando do momento da adoção da ges-

tão semi-plena, como o financiamento não se relacionava com produção, a equipe era mais livre e autônoma e realizava mais trabalhos externos. Com o novo modelo de financiamento, eles passaram a ser mais internos. Segundo Ivana Mara (BARROSO, 2014), como o atendimento às crianças não era financiado pelo MS, as dificuldades passaram a ser muito grandes nesta faixa de atendimento.

No ano de 2003, ocorreu o Congresso da Cidadania, precedido de vários pré-congressos. A gestão alcançou os seguintes resultados: redução de pacientes transferidos para internação na macrorregião da saúde, em torno de 50%; redução da mortalidade infantil, de 28/1.000 para 16/1.000 e mortalidade materna zero (FERNANDES, 2006).

Em 2003, Maria José de Sousa Silva, conhecida como Lindamar, passou a fazer parte da equipe do CAPS, como auxiliar de serviços gerais. Lindamar já trabalhava na prefeitura e pediu para ir para o CAPS porque tinha afinidade com seu público. Anteriormente, já tinha trabalhado na antiga Fundação Estadual do Bem Estar do Menor – FEBEM. Por isso, não sentiu dificuldade nenhuma em trabalhar no CAPS. O trabalho na FEBEM também era algo que lhe dava muito prazer. Para ela, uma coisa muito valiosa no cotidiano do trabalho era o afeto entre os profissionais, independente do nível de formação. Lindamar esteve integrada à equipe, inclusive participando das jornadas quixadaenses de Saúde Mental. Sobre os pacientes e sua acolhida na sociedade, via muitas dificuldades, como a violência contra os mesmos. Ainda existiria, por parte da população, a expectativa de que a polícia pegasse os pacientes em crise, batesse e prendesse. Ou o entendimento de que deveria levar para o CAPS porque lá era “lugar de doido” (SILVA, 2013e).

Por sua vez, sobre o mesmo ano, o relato de Maria de Lourdes da Silva (SILVA, 2014c) parece apontar para um bom funcionamento da rede. Maria de Lourdes tinha um familiar adolescente que se envolveu com drogas ilícitas e passou a apresentar comportamentos agressivos, sendo expulso do colégio. Um dia, ele caiu, levou uma pancada na cabeça, ficou inconsciente e, quando retornou à consciência, não reconhecia mais as pessoas. A ACS detectou o caso e orientou-a a encaminhá-lo para o CAPS.

Eu disse: “Não, mas, aí, eu nem conheço ninguém do CAPS”. [A ACS respondeu:] “Não, mas, eu sou Agente de Saúde, eu vou com você”. Aí, ela foi e chamou a polícia e ele já não queria entrar no carro, disse que não tinha matado ninguém, aí, eu fui só acompanhando e o outro rapaz que trabalhava no Conselho Tutelar o levou, conversando, até que ele chegou aqui [no CAPS Geral] (SILVA, 2014c, p. 01).

Portanto, vê-se um bom exemplo de caso em que a ACS faz o seu papel, a Polícia ajuda sem violência e o Conselho Tutelar faz a mediação, em favor da resolutividade do problema de Saúde do usuário. O adolescente foi acompanhado por Carlos Magno e passou a ser medicado. Entretanto, seu pai pediu ao promotor público que o internasse, por conta da agressividade. Mesmo com a intervenção de Carlos Magno em sentido contrário, ele foi enviado para o Centro Educacional Patativa do Assaré, em Fortaleza. De fato, o período no Centro Educacional agravou o estado de Saúde do adolescente.

Porque, quando ele voltou, ele não estava conhecendo mais a cidade, ele não estava conhecendo a mãe, ele disse que tinham feito uma lavagem cerebral, disse que ele tinha sofrido muito lá. Ele ficava, passava o dia todinho de joelho, eu tive até que comprar um colchão pra poder ele não ficar direto de joelho. (...) O doutor Carlos falou que [quando ele voltou] ele tinha uns furos na cabeça (SILVA, 2014c, p. 03).

Quando o adolescente voltou ao acompanhamento no CAPS, Carlos Magno teria perguntado (SILVA, 2014c) por que Maria de Lourdes não o tinha procurado, já que ele era seu médico. Ela teria respondido que a situação do adolescente estava causando uma crise familiar muito forte, então, ela preferiu enviá-lo ao Centro Educacional. Este caso é exemplar sobre como, mesmo quando a rede sanitária funciona corretamente e há acompanhamento, as internações acontecem porque a família não suporta a convivência com o paciente. Nesse caso, a presença

de equipamentos onde os pacientes estariam provisoriamente poderiam diminuir o número de internações. Após seu regresso, o paciente passou a ser atendido em casa, por Irene Barros e Wander Carvalho, que embora não fossem médicos e nem da área da Enfermagem, interviam para que o adolescente tomasse os medicamentos, já que ele não os aceitava quando dados pelos familiares. Estava preservado o entendimento de que algumas ações deveriam ser realizadas pelos profissionais que possuísem maior vínculo com o paciente.

No ano de 2003, houve concurso para a Prefeitura Municipal de Quixadá. No entanto, isso não afetou imediatamente o CAPS por demora nas convocações dos aprovados. Os dois concursos públicos realizados neste período histórico, segundo Ivonete Dutra (FERNANDES, 2006), tinham como objetivo abolir a precarização do trabalho. Em 2003, houve ainda a comemoração dos 10 anos do CAPS, que realizou, além da XI Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania o I Colóquio Internacional de Saúde Mental do Semi-Árido. Foi um grande encontro, que reuniu atores locais, nacionais e internacionais da Reforma Psiquiátrica.

Sobre a importância das Jornadas e seus processos de elaboração, diz Ivonete Dutra:

A gente tinha, na realidade, um primor muito grande, porque era uma equipe muito sintonizada, com muita vontade e uma motivação [enxugando as lágrimas] muito intrínseca. E que fazia com que a maneira da equipe se colocar - a postura, a dedicação-, faziam com que nós tirássemos leite de pedra [sorri]. (...) Porque, na realidade, era difícil negar alguma coisa àqueles trabalhadores tão dedicados. Eu lembro quando eles me fizeram uma proposta de realizar o primeiro Colóquio Internacional em Saúde Mental aqui, [eu disse] “mas, a gente não tem dinheiro pra fazer isso, né?”. Tinha que ter passagem para o [Manuel] Desviat, que vinha da Espanha, não sei quê e tal, mas a gente foi fazendo uma poupança, [ri] porque eles traziam tudo tão preparado, tão pensado com muita elaboração... Porque, na realidade, quando você vê os níveis de Saúde, as áreas de atuação, quem mais elaboravam era os trabalhadores da Saúde Mental, quem mais tinha

essa condição de elaboração. (...) Eu atribuo [isso] a uma prioridade da gestão, aos trabalhadores que já haviam participado de movimentos acadêmicos, universitários, que já tinham participado da luta antimanicomial, né? Como o Carlos Magno, o Weimar que já participavam aqui. E tinha o privilégio de ter o Jackson como supervisor. Então, assim, a presença da Universidade, a questão da junção da teoria com a prática. As outras áreas ficavam muito no operacional, no praticismo, enquanto a Saúde Mental, o pessoal estudava mesmo as teorias. Estudavam e tinha, por exemplo, chovia ou faça sol, mas toda semana tinha roda de conversa da equipe pra discutir os casos clínicos, pra discutir o projeto, o plano terapêutico que era colocado de forma interdisciplinar entre os diversos profissionais e isso fez com que a equipe crescesse e ela se tornava exigente. Porque eles se davam muito, então eles queriam uma jornada muito preparada, passava o ano preparando [ri], então tinha que ser tudo bom, da refeição, do espaço, da preparação, do *folder* que não podia ser qualquer marca [ri], não podia ter lá qualquer coisa, tinha que ser tudo muito bem pensado, tudo muito produzido. E, aí, o Perúcio, que é o arte-terapeuta, era um dos criadores. Então, quando você fica imaginando um cenário passado, você vê, assim, cada um. Você chegava ali e passava o horário do expediente e eles estavam pintando o que, as telas que eles queriam apresentar durante a Jornada, eles estavam fotografando no sábado, enfim, eu acho que esse compromisso da equipe a gente tinha que responder e enquanto gestora eu tinha que priorizar, não é? Não era porque eu era boazinha [ri], era mesmo porque não tinha como ter outra reação à ação deles. E aí, a gente esperava o ano todo por essa Jornada porque era um momento de muito *feedback*, de muito intercâmbio, de muita elaboração e muita participação dos outros municípios, às vezes, até de outros estados. Então, a gente já sabia que dentro do nosso plano de aplicação de recurso não poderia abrir mão dessa Jornada, né? Até, pessoalmente, a gente já tinha que saber que nesse tempo a gente tinha que estar de roupa nova, todo mundo da rua se preparando (FERNANDES, 2013, p. 08).

Para Wellington Sousa (SOUSA, 2013a), as jornadas de Quixadá são um término e ao mesmo tempo um recomeço. Marcam o final do ciclo de um ano, mas também novas discussões e novos materiais para se levar para a supervisão. Passados os anos, sobre sua experiência em Quixadá, Alcides Miranda chegou a duas conclusões: a primeira é que a população só foi compreender o alcance das inovações que ocorreram na primeira gestão de Ilário Marques muitos anos depois. A segunda foi os laços afetivos que ficaram desta experiência, ilustrados pela fila de pessoas que se formou durante a jornada para abraçá-lo (MIRANDA, 2014).

Nas jornadas de Quixadá, segundo Carlos Magno, os pacientes são convidados a participarem.

Mas, nós não temos aquela obsessão do marxista de levar o operário a tiracolo [risos]: pra onde ir tem que ir um operário. É um chamamento que se faz. A gente avisa as famílias, e tal. Eu me incomodo quando vem gente pra jornada e diz: “Aqui, não tem pacientes”. Eu acho que nós não temos que obrigar os pacientes a irem para aqui, para acolá, participar de oficina. Não, tem que ser uma construção mais complexa. Então, algumas vezes, quando a gente precisava da presença deles, quando a gente foi fazer homenagem, e tal, aí sim, a gente levava, e o carro ia buscar. Agora, eu não acho legal encher a jornada de paciente. Os familiares sempre têm participado. Temos alguns pacientes com esquizofrenia que sempre participam, às vezes só pela festa. [risos] Então assim, não há um impedimento. Eu acho que a jornada deve ser de discussão técnica, científica mesmo e o paciente ele pode participar, não é que ele deve (BARROSO, 2013, p. 15-6).

Na prática, a forma de se organizar do CAPS e o entendimento sobre autonomia e cidadania fazem com que haja poucos espaços em que os próprios pacientes discutam sobre a política de Saúde Mental do município e os serviços oferecidos. Em todo o período histórico, nunca houve assembleia de usuários. O serviço não fomenta a criação de associações de usuários ou familiares. A participação nas jornadas é

secundária, por se compreender que este é um espaço científico. Não há qualquer mecanismo cotidiano para avaliação do serviço por parte dos usuários. Desta maneira, a tomada da Saúde Mental como algo complexo, que deve englobar múltiplos saberes, inclusive os da comunidade, restringe-se à integração dos profissionais de nível médio e fundamental nas discussões do serviço.

No que se refere à autonomia do paciente, não há indícios da utilização de quaisquer escalas para avaliá-la, restando o discurso dos profissionais. Sobre este período, Eurico Lima (LIMA, 2014) relata que era comum levar os pacientes para passear no Cedro ou no Choró, e que, embora eles gostassem muito da atividade, não havia um avanço no sentido de eles passearem com outras pessoas que não os profissionais do CAPS ou, mesmo, sozinhos.

Ao longo de 2003 e 2004, Carlos Magno iniciava um processo de se afastar do CAPS.

Primeiro, que eu concentrava muito tanto a parte clínica quanto a organizacional e tal. E isso estava me assoberbando com tanta coisa. “Acho que agora eu não consigo mais brilhar tanto, com tanto trabalho” [risos]. E por outras questões pessoais também, eu comecei a imaginar como seria sair para outros lugares, e tal. Quando eu fiz a proposta para Quixeramobim, eu lembro bem que eu cheguei para a coordenadora e disse: “Olhe, eu quero vir para Quixeramobim, mas eu quero ser médico”. [risos] “Não quero ser coordenador” (BARROSO, 2013, p. 06).

Carlos Magno já conhecia o CAPS de Quixeramobim. Havia participado da elaboração de seu projeto e fôra seu supervisor por três anos. Quando começou a participar da equipe como médico, deixou a função de supervisão. Aproximadamente, no mesmo período, Jackson Sampaio, após 10 anos, deixava a supervisão de Quixadá. Para Irene Barros, a saída de Jackson Sampaio, a rotatividade dos profissionais, as mudanças ministeriais que enquadravam os modelos de CAPS e ainda

a diminuição de oficinas no município fizeram com que o CAPS fosse perdendo o brilho (BARROS, 2013). Sobre este momento de transição, disse Luisa Nara:

Nós tínhamos a responsabilidade de uma história que nos fazia mais experientes, mas, ao mesmo tempo, vinha o desafio do novo. Já não eram mais a mesma coordenação, a mesma supervisão. E como manter a qualidade de um serviço como esse? Como não perder a característica histórica que ele trazia de ser um CAPS politizado, de trazer discussão, de estar discutindo, a preocupação que se tem nesse CAPS de estar pesquisando, de estar estudando, que foi outra coisa que eu ganhei muito dentro da Saúde Mental. Eu vejo isso, né? A preocupação que se tem de estar se atualizando, de estar estudando... (SILVA, 2013d, p. 06)

Com a saída de Jackson Sampaio, colocou-se, pela primeira vez para a equipe, a questão da escolha do supervisor. Na opinião de Luisa Nara (SILVA, 2013d), o período que o CAPS tinha tido de supervisão fez com que a equipe tenha crescido habituada à discussão,

a uma consciência mais crítica também dos serviços, das nossas práticas, aprender a fazer essa leitura de dar sentido às práticas, de nos questionarmos se havia sentido ou não nas abordagens que nós tínhamos. Se as nossas práticas eram coerentes com o nosso discurso, com o discurso que se tinha da política de Saúde Mental. Quando ele sai, aí a equipe já tem maturidade pra escolher (p. 22).

Quando um supervisor se afastava, a equipe pedia indicações para o próximo supervisor, mas também, prezava para que a pessoa escolhida tivesse um perfil de compreensão da política de Saúde Mental como uma política de Estado, fosse militante, conhecesse o CAPS de Quixadá e tivesse alguma ligação com a história do CAPS (SILVA, 2013d). Cumprindo todos esses requisitos, Jackson Sampaio indicou o nome de Nazaré Fraga, aceito pela equipe. Além disso,

A demanda dele, em torno do meu nome, além, supostamente, da minha condição técnica para exercer estava relacionada a um projeto grande de pesquisa que eles haviam feito sobre o uso de drogas lícitas, e que aquilo estava engavetado e que, digamos assim, no leque de pessoas possíveis, eu me enquadrava dentro de um perfil que daria conta de tocar pra frente o projeto e para chegar numa análise. Então isso foi feito, eu fui num primeiro momento, acompanhada dele, e fui mais, acho que uns três ou quatro sozinha (FRAGA, 2013, p. 05).

Nazaré Fraga passou a realizar as supervisões no segundo semestre de 2004. Neste período, segundo ela (FRAGA, 2013), nem todas as pessoas podiam estar na supervisão, por conta dos horários e, alguns, por conta de compromissos assumidos em outros municípios. Os atendimentos e acompanhamentos em grupo estavam mais fragilizados, acontecendo em pouca quantidade. Três anos depois, este quadro vai ao encontro do relato escrito por Jackson Sampaio em carta.

De positivo, o quê que eu percebia? Eu percebia, nos espaços em que eu circulava, que havia um relacionamento bem próximo, tanto da equipe de nível superior, como dos demais trabalhadores. Eles estavam integrados, sabiam o que se passava, como devia ser, havia uma boa receptividade. A gente, nesse semestre, cedo começou a se preocupar com a questão, o desenho da jornada, que era uma coisa que envolvia sempre muito eles. E eu me dediquei bastante em relação a isso aí. O material da pesquisa demorou a me chegar em mãos (...). Enfim, e aí começamos a trabalhar na jornada (...). Mas, fui eu, inclusive, quem fez a proposta e eles acharam interessante, a gente desenvolver uma jornada, que não me lembro o nome, mas girava em torno do ambiente natural e a Saúde Mental. Porque eu propus isso? Porque eles já tinham explorado muito as outras questões especificamente, assim, mais técnicas da Saúde Mental. E, então, eu achei que, como Quixadá é um cenário muito especial e estava em processo ou tinha acabado de ser aprovado como patrimônio natural, que as

pessoas precisariam se dar conta da importância daquilo, ter satisfação por vivenciar, estar naquele ambiente, e que na medida em que a gente gosta de onde a gente vive, que a gente tem uma boa relação, a gente vai trabalhar para preservá-la. E quando a gente tem objetivos, como é que eu vou dizer? Positivos, transcendentais, para além do dia a dia, isso nos fortalece em termos de Saúde Mental. Essa foi a perspectiva e foi uma jornada muito interessante (FRAGA, 2013, p. 06).

Apesar do êxito da Jornada, depois de seu acontecimento, um profissional do CAPS entrou em contato com Nazaré Fraga alegando que, devido às eleições e ao recesso, seria necessário um período de dois a três meses para que se reestruturassem e reorganizassem as ações, além das disponibilidades de pagamento, antes do recomeço das atividades. Isso ocorreu na transição entre a 2ª e a 3ª gestões do Ilário. Entretanto, no ano seguinte, não foi realizado contato e nunca lhe foi explicado por que lhe foi dito que seria só uma pausa, quando, de fato, as supervisões foram interrompidas.

O Jackson chegou a falar que, antes de eu ir, ele queria um encontro de nós três, com o prefeito. (...) Esse encontro não aconteceu por questões que eles colocavam, mas relacionados mesmo ao próprio processo eleitoral. Estava em plena campanha. Como isso não havia sido feito no começo, como a secretária não tinha se dignado a me dizer que precisava dessa interrupção, então eu também não achei que devia procurar. Como? Se não tinha havido nada formalizado, não tinha havido nenhum encontro cara a cara eu deixei assim. Então, a coisa mais dolorosa foi que eu tinha terminado assumido um compromisso com o supervisor anterior e eu passei bons dias queimando as minhas ATPs pra poder tomar uma posição. Então, eu achei que o meu compromisso com ele não se desvinculava do compromisso com o município e com a equipe e que eu não tinha sido tratada com devida atenção, respeito, nem prestígio, nada que eu tenho. Eu sou uma pessoa e eu acho que deveria ter sido tratada às claras sobre o

que estava acontecendo. (...) Sei que foi uma experiência bastante dolorosa, porque (...) Quixadá é a minha terra, eu sou de lá. Embora eu não seja da sede, eu seja do sertão (FRAGA, 2013, p. 08).

O ano em que se realizam as eleições é frequentemente difícil para os serviços ligados à administração municipal. Interrompem-se ações cotidianas para priorizar a campanha, como foi o caso da necessidade de diálogo sobre a supervisão do CAPS. Embora isto tenha acontecido, como houve continuidade entre a gestão municipal e a gestão da secretaria de Saúde, não houve tantas mudanças para os serviços de Saúde na gestão seguinte. Sobre a segunda gestão de Ilário Marques, Alcides Miranda qualifica como “Mais gerir do que gerar” (MIRANDA, 2014, p. 15).

Paralelamente a Quixadá, Rômulo Carneiro foi lançado como candidato a prefeito em Choró.

Porque eu trabalhava no Choró como médico plantonista no hospital e eu era muito bem quisto lá. Então ele [Ilário] queria me lançar como prefeito. Só que, lá, existia outra liderança no PT que era a irmã Cleide e houve um atrito interno no PT porque o Ilário queria me lançar e a irmã Cleide não queria. Então, houve um atrito, houve uma eleição interna e nessa eleição interna, os eleitores do PT escolheram a irmã Cleide como candidata. Mas, a irmã Cleide veio conversar comigo pra eu ser vice. Eu disse pra ela que para ser vice eu não iria, eu queria pra ser candidato. Então, voltei pra Quixadá e fui trabalhar em Quixadá (CARNEIRO, 2013b, p. 04).

A equipe passou a contar com uma estagiária de Psicologia, Milena de Holanda Oliveira Bezerra. Milena Bezerra morava em Quixadá, mas cursava a UNIFOR. Ela foi a responsável por esta abertura de campo de estágio, pois, até então, os estagiários de clínica precisavam fazer estágio no próprio serviço da UNIFOR. Ela acredita que essa possibilidade de abertura se deu tanto pela sensibilidade quanto a sua situação – morar em Quixadá – quanto pelo fato de o CAPS de Quixadá ser um serviço

de referência e bem conceituado. “Eu acho que se fosse qualquer serviço, eles não deixariam. Mas, aqui, eles concordaram, então, fiz meus três estágios na clínica aqui no CAPS” (BEZERRA, 2013, p. 01). Ela ficou na condição de estagiária até 2006.

Com a saída de Carlos Magno da coordenação do CAPS, Luisa Nara assumiu. Houve uma mudança quanto a este cargo porque, até então, a coordenação do serviço era algo muito interno. Quando Ilário Marques reassumiu a prefeitura, houve uma reorganização da secretaria de Saúde, em termos de organograma. A função de coordenador passou a ser legitimada na secretaria, inclusive recebendo gratificação. Para Luisa Nara (SILVA, 2013d), a partir daí, a função passou a sofrer mais interferência da gestão, embora também tenha passado a ter mais visibilidade perante os outros serviços.

Sobre este período, Luisa Nara disse que, embora houvesse um bom trabalho com as psicoses, existiam alta demanda e lotação no CAPS, que faziam com que os agendamentos dos retornos demorassem mais de um mês. Além do crescimento da cidade, Luisa Nara (SILVA, 2013d) acredita que este aumento de demanda também esteve vinculado ao aumento dos casos de dependência química em Quixadá, ao pequeno número de profissionais do CAPS e à desarticulação do PSF. Quando ela ingressou no CAPS, não existiam mais as reuniões semanais da Saúde. Quanto ao funcionamento do CAPS, se existiram períodos em que estava aberto de segunda a sábado, neste momento, ele estava aberto de segunda à sexta-feira, porém, na sexta, apenas até o meio dia. De dois psiquiatras e dois técnicos de Enfermagem, passou-se a um. A única assistente social precisava também se dividir com as tarefas de coordenadora. Os atendimentos em Psicologia eram oferecidos de segunda a sábado e passaram a ser oferecidos apenas de segunda a sexta-feira meio dia. A pedagoga, Ivana Mara, saiu do CAPS e nunca foi contratada outra pedagoga para dar continuidade aos serviços oferecidos.

A diminuição quanto aos técnicos de Enfermagem se deu a partir do pedido de Eunice Souza para sair do serviço. Na verdade, Eunice Souza era concursada do município no hospital Eudásio Barroso e, no

CAPS, ela estava como prestadora de serviço, recebendo hora-extra. “E como essa hora extra, ela não estava me satisfazendo, eu não estava sendo bem paga, eu resolvi sair” (SOUZA, 2013).

Antônio Weimar também saiu da equipe. Ele havia recebido uma proposta de outro município que cobria duplamente o salário que ele ganhava em Quixadá.

Mas eu não queria sair de Quixadá, primeiro por todo esse envolvimento com a minha cidade. Meus pais moravam em Quixadá, eu ficava em casa quando eu ia a Quixadá, então eu tinha todos os motivos pra permanecer em Quixadá. Valorizando o meu trabalho, eu trabalhava dia de sexta e sábado, já dois dias. Então, eu recebi essa proposta e conversei com a secretária na época e disse pra ela que tinha recebido essa proposta, mas eu não queria sair de Quixadá. Portanto, eu ficaria em Quixadá, mas eu queria pelo menos um reajuste, mesmo que fosse metade da proposta que eu tinha recebido, porque estava muito defasado. E ela disse que iria conversar com o prefeito e me daria uma resposta. E os dias passaram, as semanas passaram e passando, eu sem a resposta, esperando, porque eu não queria ir mais atrás pra saber. Mas, casualmente a gente se encontrou numa agência do Banco do Brasil, num sábado de manhã e eu, já quase um mês depois que eu tinha conversado com ela e ela tinha ficado de me retornar logo, uma semana, e ela me disse que havia conversado com o prefeito, mas que não ia ser possível, o reajuste naqueles valores que eu estava pedindo porque se desse pra mim tinha que dar pra todos os outros. Eu achei mais do que lógica a resposta, se ia onerar tanto assim o poder público do município por minha causa... Foi muito difícil (SANTOS, 2014, p. 26).

Os relatos de Nazaré Fraga e de Antônio Weimar se aproximam bastante no tocante a uma dificuldade ou ausência de comunicação entre a secretária de Saúde e os trabalhadores. Nesse sentido, um diferencial em relação à primeira gestão de Ilário Marques parece ser a disponibilidade e a proximidade dos secretários de Saúde anteriores, Odorico Monteiro e Alcides Miranda, no que diz respeito aos trabalhadores.

Para dar continuidade aos atendimentos em Psiquiatria, foi contratado Nestor Mainiere da Cunha Pinto. Nestor Pinto fez sua graduação no Rio Grande do Norte. Com três anos de formado, veio trabalhar no IPC e no São Vicente de Paulo. Depois, passou a atuar em CAPS também, nos municípios de Itapipoca, Marco, Cascavel, Canindé, Quixadá, Ocara. Estava trabalhando na Casa de Saúde São Gerardo quando Marluce Alves de Oliveira o convidou para trabalhar no CAPS de Quixadá. Segundo ele (PINTO, 2013), ela teria recebido o convite para trabalhar lá e, não podendo assumir, indicou-o. Nestor Pinto trabalhava três dias por semana no CAPS e foi convidado para dar aula de Neurologia na FCRS. Mudou-se para Quixadá e passou a trabalhar aos sábados na São Gerardo, até que ela fechasse. Para ele, a reforma psiquiátrica foi um modismo de fechar a todo custo e às pressas os hospitais psiquiátricos, e aumentando as filas de internamento nos únicos hospitais que passaram a ser credenciados pelo SUS, o HSMM e o IPC.

Como Carlos Magno estava se afastando do CAPS de Quixadá, houve uma tentativa de que passasse a ser supervisor da equipe, que acabou não funcionando. Para Carlos Magno, porque

Eu estava num movimento de saída. Apesar do gosto, do ego, de ser supervisor de Quixadá, mas eu estava no meu movimento de saída. E eu achava que eu tinha que sair mesmo pra refrescar, para ver se a cria era possante mesmo ou se eu precisava estar ali sempre amamentando e tal (BARROSO, 2013, p. 10).

Segundo Luisa Nara (SILVA, 2013d),

Então, foi nesse momento em que ele teve certa distância do dia-a-dia do serviço que ele assume a supervisão e que a gente percebeu que poderia dar certo, já que ele se afastava (...). Mas, ao mesmo tempo, ele era equipe, então ele caminhava com a gente. Eu acho que a dificuldade esteve aí. Ele mesmo, uma vez chegou para o grupo e reconheceu que: “não, aqui eu contribuo mais como equipe que como supervisor. Porque vocês estão junto comigo, então como supervisor vai ser difícil eu ir além, estar além da equipe porque vocês já caminham comigo” (p. 24).

A XIII Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania teve como título **CAPS, Humanização e Excelência na Atenção**, fazendo referência ao projeto **Acolher Cidadão**, de práticas de humanização. Este projeto foi uma parceria entre Prefeitura Municipal de Quixadá e Universidade Estadual do Ceará, por meio do seu Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS e financiado pelo MS. Seu objetivo era uma formação ampla dos trabalhadores no tocante ao SUS, “buscando a incorporação dos seus princípios de forma integrada e solidária, bem como a produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho para a implementação da humanização da saúde pública” (FERNANDES, 2006, p. 11).

No ano de 2006, Irene Barros saiu do CAPS. Ela disse (BARROS, 2013) que a princípio, ela e Carlos Magno se davam bem, mas que com o tempo, passaram a discutir muito.

Eu estava num momento muito difícil. Eu estava aqui com meus clientes, aí o Carlos Magno chegava e pedia pra eu sair para outra terapeuta atender no meu local. Eu saía com as vasilhas rodando, tinha mãe que dizia assim: “Eu estou percebendo que está tendo muita dificuldade de atender isso aqui”. (...) Com isso, eu percebia que eu não tinha mais acesso às visitas, porque o Carlos Magno dizia que pra eu fazer uma visita (...) eu tinha que pedir para a outra que liberasse o carro (...). Aí, ficou muito difícil, e, às vezes, eu estava atendendo e ela chegava e dizia que ia atender. Aí, eu digo: “Olhe, já está marcado, é meu ambiente, é meu horário”. E ele vinha e dizia que eu tinha que sair, e eu saía (BARROS, 2013, p.12).

Irene saiu do CAPS, optando por trabalhar de modo integral na Educação, onde já tinha um turno. No concurso da Prefeitura Municipal de Quixadá, ocorrido em 2003, foram aprovadas uma psicóloga, Lívia Cidade e duas terapeutas ocupacionais: Marta Emília de Oliveira Nobre e Rejane Rodrigues Barbosa Castelo. Rejane Castelo é natural de Quixadá. Embora tenha feito faculdade na UNIFOR, ainda quando

estudante fez um estágio voluntário no CAPS de Quixadá, por um mês, durante um período de férias. Ao se formar, voltou a morar em Quixadá, começando a trabalhar como prestadora de serviços no CRISCA. Ficou lá até 2006, quando assumiu o CAPS. Estas foram as primeiras técnicas que entraram no CAPS como concursadas. Para Rejane Castelo (CASTELO, 2013), no cotidiano, a diferença entre concursados e contratados não era sentida. A diferença se dava nas mudanças de gestão, quando havia a possibilidade dos profissionais contratados que vinham atuando no plano terapêutico do paciente, de repente, serem demitidos. As suas primeiras impressões sobre o CAPS eram que as visitas domiciliares estavam bem estruturadas, embora existisse uma carência muito grande em relação aos grupos, especialmente por causa da necessidade de recursos para sua realização. A falta de material para os grupos terapêuticos foi algo que perdurou desde a entrada de Rejane Castelo no CAPS até o final do período pesquisado. Uma queixa que faz em relação ao modo de funcionar da equipe é que

Às vezes, a gente tem alguns problemas de dinâmica, o próprio problema da falta de recursos e a gente acaba dando um jeitinho, a gente acaba não trazendo muito à tona. Aí, a gente acaba sendo visto como uma instituição, como um serviço que não é muito problema pro município. Muitas vezes, a gente é visto como o serviço que funciona melhor. E, assim, eu queria até mesmo questionar que, muitas vezes, não é isso. Que a Saúde Mental, o CAPS daqui de Quixadá, como qualquer outro serviço, ele merece uma atenção, ele precisa de uma atenção dos gestores, dos nossos superiores. Que esse serviço, ele só funciona realmente, se houver uma parceria de profissional, gestor, prefeito (CASTELO, 2013, p. 06).

No entendimento de Rejane Castelo, a visão que se tem do CAPS é que, tendo ou não tendo as condições, a equipe dará um jeito de realizar as tarefas. A falta de apoio por parte da gestão, então, acaba desgastando e desmotivando os profissionais.

Marta Emília se formou pela UNIFOR, na segunda metade da década de 1990. Na sua época, existia a disciplina de Terapia Ocupacional aplicada à Psiquiatria, que era toda teórica. A partir do sétimo semestre, passou a participar do Programa Universidade Solidária, criado pelo Governo Federal, que levava estudantes para fazerem ações diversas, especialmente em Saúde e Educação, em localidades socialmente vulneráveis. Marta Emília considera esta a sua primeira aproximação com a Saúde Pública (NOBRE, 2013). Durante a sua formação, ela não chegou a conhecer a realidade de um CAPS. No último semestre da faculdade, ela estagiou na São Gerardo e no HSMM. Na São Gerardo, sua experiência foi no Hospital Dia.

Eu gostava. Eram dinâmicas, trabalho em grupos, então, eu gostava bastante. Quando era o dia de nós irmos pra oficina dentro da internação, todo dia eu amanhecia com dor-de-barriga, porque eu não me sentia bem, eu não me identificava, eu tinha medo das pacientes. Eu não sei se foram os professores, que aterrorizavam muito a gente. Mas, eu tinha medo. (...) [Os professores diziam:] Tenham cuidado, não deem as costas. A gente sentava em cima das tesouras. Menina, era um terror!!! (NOBRE, 2013, p. 02).

Ao se formar, Marta Emília (NOBRE, 2013) foi orientadora de estágio no asilo de idosas Casa de Nazaré, substituindo uma professora que estava gestante; substituiu uma professora da UNIFOR na atuação em estágios; passou a dar aulas na pós-graduação em Psicopedagogia da UVA. Como demorou muito a ser convocada, iniciou o curso de Direito. Precisou interrompê-lo por causa da convocação. Anos depois, fez uma especialização em Psicomotricidade.

É interessante observar que Nestor Pinto e Marta Emília também possuíam afinidade com as atividades acadêmicas. Entretanto, na primeira gestão de Ilário Marques, o município oferecia cursos, especializações e residências que faziam parte de um grande programa de capacitação para o SUS. Neste período histórico, as especializações se davam ou não a partir da vontade do próprio profissional e na temática com

que se identificavam, e não dentro de um projeto de governo. O registro que se tem do apoio da gestão à capacitação dos profissionais é o caso de Perúcio Torres. Segundo ele, Francimeiry Amorim achava que ele devia regulamentar sua profissão, já que era pedagogo, mas trabalhava no CAPS como arte-terapeuta.

Então, eles entenderam que isso era uma riqueza muito grande para o município e me mandaram para Fortaleza por dois anos e eu fiz essa formação de Arte-Terapia no Instituto Alchilae, com Raimundo Severo, que é um dos mentores intelectuais dessa reforma antimanicomial e desse modelo de Saúde Mental através do CAPS aqui do Brasil (SILVA, 2013c, p. 04).

Ao assumir o concurso público, Marta Emília foi para o CAPS e para o CRISCA. Rapidamente, percebeu que a fragmentação de carga horária prejudicava os serviços. Com o afastamento de Rejane para uma licença maternidade, passou a ficar integralmente no CAPS.

Foi ótimo, porque a gente tinha alguns problemas com a equipe lá do CRISCA, que não são fáceis. Assim, não sei como é que está hoje. Eu procuro sempre me dar bem com todo mundo, mas, lá é um ambiente estressante de trabalho. Aqui, não. Aqui, por mais que tivéssemos todas as crises, e tal, eu me sentia bem. Sentia-me profissional. O Carlos Magno, como supervisor, valoriza muito a Terapia Ocupacional. É tanto que, no primeiro ano que nós estávamos aqui, eu e a Rejane, ele botou logo a gente pra apresentar um trabalho na jornada. Então, a gente ficou super nervosa, sabe, porque a gente estava iniciando, não sabia nem o linguajar, ainda, da Saúde Mental. Sabia pouca coisa. Esse mesmo trabalho eu aproveitei e levei pro congresso de Goiânia (...) e foi bem bacana (NOBRE, 2013, p. 05).

O trabalho era sobre a atuação da Terapia Ocupacional durante uma crise psicótica. Sobre esta atuação, Marta Emília relata:

Na crise aguda mesmo, aquela de medicar e tudo, a gente dá só suporte. Mas, o paciente, em vários momentos em crise, ele vai saindo daquela crise. Nesse momento, o quê que a gente fazia? Nós tínhamos o aconselhamento psicossocial, principalmente com aqueles pacientes do luto. (...), e também a gente faz aquele acompanhamento na casa do paciente, quando ele está em crise, vê as atividades da vida diária, vê como é que ele está na higiene dele, orienta a questão da medicação, traz para cá pro CAPS, leva pra um local, outro local. Então, assim, dependendo da crise, claro, não dá para o paciente correndo levar ele pro Cedro. Não. A gente também tem que ter discernimento. E, assim, uma característica aqui do CAPS que eu gosto, que me faz ficar até hoje, é, exatamente, essa questão do grupo, sabe? Eu acho que todo mundo tem vez e voz. Todo mundo é escutado. Todo mundo dá sua opinião. Não é porque eu não sou médico, eu não posso dar uma opinião sobre medicamento, sabe? Então, essa questão do respeito, de escutar cada profissional, é muito interessante. Eu gosto. Eu me senti muito valorizada aqui. Tive outros empregos, mas, aqui sim, eu me senti valorizada. Mas, é claro que, no início, a gente está com toda empolgação, aquela coisa: “ai, que bom”. “Trabalha onde?” “No CAPS de Quixadá”. Só que vai chegando um tempo em que a gente vai cansando. As administrações vão mudando, e a gente vai tendo aquelas dificuldades e começam algumas frustrações, principalmente, assim, uma coisa que a gente bate muito aqui é na questão do material, para a gente da Terapia Ocupacional. Eu sei que não justifica, mas facilita o nosso trabalho. A própria estrutura, que a gente tem. Embora, a coordenação, sempre tenha feito tudo para que o profissional tenha condição de trabalhar, de fazer uma formação. Tipo assim, a gente tem que fazer visitas domiciliares, mas como, se não tem o carro, né? Mas, assim, sempre a gente dá um jeito. Não culpo nem a coordenação, porque é a coisa muito mais além. A coordenação está para organizar o serviço e ela tenta fazer com que aconteça. Então, assim, fizemos trabalhos, fiz vários grupos. Aí comecei a atender crianças, aqui. No início eu tive dificuldades, por falta de recursos (...) (NOBRE, 2013, p. 06).

Na primeira gestão de Ilário Marques, a ausência quase completa de estrutura anterior e o investimento na estrutura das UBS foram a justificativa para o não investimento para a construção do prédio do CAPS. Na gestão de Francisco Mesquita, os programas foram fortemente atacados e a questão da continuidade do serviço se colocava de maneira primordial em relação à questão da infraestrutura. Mas, na segunda e terceira gestões de Ilário Marques, não houve avanço neste ponto. Era apenas um CAPS, vitrine política, para uma cidade que havia necessidade de mais equipamentos e, mesmo esse, não teve sua sede própria. A indisponibilidade pontual de transporte para realização das atividades externas, nas três gestões de Ilário Marques, afetavam os profissionais do CAPS como um todo. Mas, a questão do material de expediente afetava diretamente as terapeutas ocupacionais. Isto não foi um problema na primeira gestão de Ilário Marques, pelo que se apreende da fala de Irene Barros, que realizava oficinas diversas. Mas, foi muito recorrente a partir da segunda gestão de Ilário Marques, até o final do período estudado por esta pesquisa. Sobre suas três gestões municipais, Ilário se posiciona da seguinte maneira em relação à infraestrutura em Saúde:

Nós sempre conseguimos ter, satisfatoriamente. Às vezes, quando a gente avançava muito nos direitos, tínhamos problemas financeiros, ou seja, quando dava demais. Mas, a gente sempre conseguiu, satisfatoriamente, atender as necessidades médico-hospitalares com material, isso daí a gente sempre teve sobrando. Nunca chegou a faltar essas coisas. E melhorou mais depois que o Lula assumiu, porque na época do FHC nós tivemos aí uns cinco anos sem ter uma alteração na tabela, nada. Além do quê, nós tínhamos uma forte discriminação política dos tucanos aqui do Ceará. Não tínhamos nada. A gente conseguia fazer com as nossas economias e com as nossas prioridades. Claro, sacrificamos algum investimento em infra-estrutura, alguma coisa, mas isso era prioridade (MARQUES, 2013a, p. 09).

De fato, em todas as entrevistas, não houve queixas em relação ao material médico-hospitalar nas três gestões de Ilário Marques. Sobre o transporte durante as gestões de Ivonete Dutra, ela explica:

Eu acho que um dos serviços que tem sofrido menos desgaste é o da Saúde Mental. Claro que teve grandes prejuízos porque, por exemplo, nós tínhamos uma prioridade, a Secretaria tinha um recurso, o melhor carro, na época, era o carro do CAPS que era uma Doblò, porque cabia mais gente. Então, eu como secretária, às vezes, pedia o do CAPS emprestado [sorri] pra alguma viagem, porque, na realidade, o melhor carro era o de lá. Apesar da estrutura física não ser uma boa estrutura. Aí, a gente sempre teve muita prioridade. Então, eu acho até que algumas coisas continuaram, continua a questão de manter um supervisor, continuou a questão da autonomia deles, acho que isso também teve alguns percalços, mas mantêm-se muita coisa, assim, ainda, pelo que eu conheço, ainda tem. Mas, poderia estar melhor porque eu acho que não avançou do ponto de vista de trabalhar mais com a comunidade e eu acho que esse espaço de autonomia não permaneceu o mesmo. Manteve num nível menor. É uma coisa que ainda mantêm, mas em um nível bem menor, pelo que eu vejo dos trabalhadores (FERNANDES, 2013, p. 09).

A não exclusividade do carro no serviço afetou o cotidiano de trabalho e a atenção aos pacientes nas três gestões de Ilário Marques. Sobre a rede de Saúde, desde quando entrou no CAPS até o final do período estudado nesta pesquisa, Marta Emília (NOBRE, 2013) entendia que o serviço sempre tentou trabalhar em rede, embora houvesse muitas dificuldades no PSF e no hospital. No primeiro, por direcionar qualquer problema de Saúde do usuário ao CAPS, pelo fato de ele possuir algum transtorno mental e, no segundo, ainda resistências à aceitação do paciente psicótico.

Quanto às internações em hospitais psiquiátricos, os dados de 2006 da própria equipe (BRASIL, 2006, p. 8) são de que o serviço teria conseguido reduzi-las de 240 para menos de uma dezena por ano, a partir de 1998. Entretanto, segundo dissertação apresentada por José Gledson Oliveira da Páscoa (PÁSCOA, 2008), as afirmações precisam ser relativizadas, pois há diferença entre o que afirmam os trabalhadores

do serviço e os registros das secretarias estadual e municipal de Saúde. No levantamento deste pesquisador, as internações em hospitais psiquiátricos de Fortaleza eram ao redor de duzentas por ano, antes da implantação da política de Saúde Mental municipal e, no período de 1997 a 2006, variaram entre 11 e 37 internações ao ano, sendo 11 em 1997, 37 em 2001 e 26 em 2006. Mesmo assim, tais dados apontam para uma significativa redução deste tipo de internações. Destaque-se, entretanto, que o serviço mantém os dados dos moradores de Quixadá, enquanto os registros das secretarias tomam a naturalidade como indicador de localização e existem muitos nascidos em Quixadá que moram em muitos outros municípios.

Sobre o cotidiano do serviço, em 2006, o paciente Evandro Luís de Souza Arraes relata a existência de grupos para dependentes de tabaco e para dependentes de álcool.

Então, tinha o dia do fumante, que tinha lá os adesivos, os remedinhos deles, e tinha o dia da gente. A gente entrava numa sala lá, reunia todo mundo e todo mundo conversava. Aí, depois a doutora falava com cada um, particularmente, pra saber só sobre o medicamento que ia tomar. Eu sei que, nessa época, eu tinha conseguido dar uma controlada, que eu não tinha mais para onde correr. Uma coisa que eu não queria ir era pros Alcoólicos Anônimos (ARRAES, 2014, p. 05).

Mesmo sem existir CAPS especialmente dedicado à questão das drogas, o CAPS Geral já realizava programas específicos para dependência química, com grupos terapêuticos, atendimento médico e orientações para os usuários. Entretanto, para Vidélma de Oliveira, naquele momento, o serviço não possuía busca ativa de usuários com dependência química e nem acompanhamento da frequência às consultas. Não havia trabalho com as famílias: “E os profissionais não sabiam como conduzir toda essa coisa” (OLIVEIRA, 2013b, p. 10). A fala de Vidélma de Oliveira coincide com a narrativa de Evandro Luís. Em alguns momentos, ele abandonou o tratamento no CAPS Geral, em outros foi

internado no Hospital Geral por conta de complicações decorrentes do alcoolismo e, nessas situações, a equipe não entrou em contato. Ao relatar os tipos de acompanhamento que recebeu no CAPS, não faz nenhuma menção à atuação junto a sua família (ARRAES, 2014). Eunice Souza faz a narrativa de que o CAPS Geral também fez parceria com a polícia, com palestras, reuniões e eventos, de forma a sensibilizá-la para tratar os usuários sem violência, ajudando a equipe, quando necessário. No hospital Eudásio Barroso, os pacientes eram atendidos pelo médico clínico e por ela, pelo fato de ela ter proximidade com a Saúde Mental e conhecer a técnica de contenção. O paciente era tratado até sair da abstinência. “Embora, assim que ele saísse, ele voltasse pra fazer a mesma coisa” (SOUZA, 2013, p. 11). Sobre os grupos que aconteciam no CAPS Geral, Eunice Souza diz que eles começavam grandes, mas, aos poucos, os pacientes iam abandonando. Os casos de mais sucesso, no que diz respeito à abstinência, eram com os pacientes tabagistas. Quanto ao álcool, havia casos de sucesso, mas isto era mais difícil no caso das drogas ilícitas.

Neste período, o CAPS recebia pacientes de outros municípios, pactuados para atendimento em ambulatório. O município de Banabuiú é um deles. Francisca Edileusa Gomes da Silva é ACS em Banabuiú, no distrito de Pedras Brancas. Ela fez o ensino médio em Fortaleza, na escola Presidente Médici, onde teve um professor de Matemática que abordava Educação Política. Aí, engajou-se no movimento estudantil. Retornou para Banabuiú, fez o curso de auxiliar de Enfermagem e, em 1992, foi selecionada para trabalhar como ACS. Ia às conferências de Saúde, chegando a ser eleita até a Conferência Nacional de Saúde Mental - CNS. Compara o início da década de 1990 com o início da década de 2000 da seguinte maneira:

Esse movimento está morrendo, enfraquecendo. Eu até falei no curso que o controle social está corroído, ele já esteve muito forte, mas a política de hoje enfraquece o controle social, porque corrompe. As pessoas precisam realmente de trabalho e eles começam a puxar pra lá, contrato pra cá, dá um cargo aqui, outro acolá. É minha maneira de ver.

(...) Eu enxergo no meu município. Quixadá está pior do que no meu município. (...) O enfraquecimento não foi de agora, agora estão sofrendo pelo enfraquecimento. O enfraquecimento da rede veio antes disso, porque se não estivesse enfraquecido, estariam lutando. Se estivessem fortes, estariam mudando esse quadro. Não enfraqueceram agora não, eles foram corroídos nesses últimos dez anos ou doze. (...) Então, no meu município, na minha regional e por que não dizer no Brasil, porque isso que estão fazendo nas ruas não é movimento, isso é outra coisa que eu não sei. Porque eu participei do movimento estudantil (SILVA, 2014a).

Especificamente sobre o movimento antimanicomial, Francisca Edileusa considera que, no início, em Quixadá, ele deu muita qualidade de vida às pessoas que viviam trancafiadas e isoladas.

E que hoje são pessoas que não têm uma qualidade de vida por muitos não serem higienizados, mas eles são livres. Eles estão medicados, eles não são ofensivos, eles não agri-dem, só sofrem muito preconceito. (...) Porque a família abandona, ele não se veste bem, está sempre amarrotado, roupinha mal lavada, está mal banhado. [O preconceito] É da sociedade em si. Ainda vejo um desrespeito de não compreender quando ele está bem, de deixá-lo em paz, não se importar com tudo o que ele diz (SILVA, 2014a, p. 07).

Ela considera que esse problema poderia ser solucionado com a existência de um albergue ou uma casa de apoio que recebesse essas pessoas. Outra dificuldade que Francisca Edileusa acredita que Quixadá tinha neste período histórico é o excesso de demanda do equipamento, que fazia com que o paciente fosse atendido, mas que não conseguisse agenda para dar prosseguimento aos atendimentos adequadamente.

Sobre a situação do município de Banabuiú quanto à atenção Psicossocial, Francisca Edileusa considera que sua única conduta é a de transferir pacientes para o CAPS de Quixadá. O município não contava com nenhum psicólogo dedicado a fazer terapia. Na Saúde, havia apenas

um psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Assim, os pacientes são atendidos pelo médico do CAPS em Quixadá, mas não têm como fazer terapia porque não possuem condições de se deslocarem frequentemente para o CAPS e nem possuem assistência no próprio município. Como o pacto é só em relação ao atendimento ambulatorial, as visitas domiciliares e capacitações das equipes de Saúde do município não acontecem. O máximo que já aconteceu, segundo Francisca Edileusa (SILVA, 2014a) foi, ao redor do ano 2006, quando o município de Quixadá ofereceu seminários de capacitação em Saúde Mental e abriu vagas para o município de Banabuiú. Como o município tem autonomia para fazer internações psiquiátricas, não há controle e nem acompanhamento por parte do CAPS de Quixadá sobre isso.

O município de Quixadá não tem o dever de se responsabilizar pela Atenção Psicossocial em Banabuiú. No entanto, este exemplo ilustra uma dificuldade dos municípios de pequeno porte que, na verdade, acabam reproduzindo uma forma de funcionar em Saúde anterior ao SUS. Sem uma equipe própria, os cuidados se restringem basicamente ao ambulatório médico e à internação em hospital psiquiátrico, em Fortaleza. Ao mesmo tempo, a existência de ambulatório no município vizinho não força a disponibilização de profissionais próprios no município. As soluções acabam acontecendo por via do espontaneísmo e da motivação dos profissionais. Francisca Edileusa já realizava um trabalho de diagnóstico em Saúde Mental do território ao qual faz parte. Posteriormente, criou um grupo de mulheres vítimas de violência. A partir da implantação do NASF e do PSF, e sua instrumentalização em Saúde Mental, essa quanto aos transtornos mentais, essa realidade começou a mudar.

No ano de 2007, Marta Emília precisou se afastar do CAPS e só retornou no ano seguinte. O serviço também ficou seis meses funcionando sem enfermeiro. Francisca Cláudia Sousa da Silva havia estudado Enfermagem na UVA de Sobral, formou-se em 2006.2. Natural de Quixadá, deixou o currículo tanto em Fortaleza quanto em Quixadá. Na semana seguinte, Luisa Nara, na qualidade de coordenadora do CAPS, ligou para que ela fosse entrevistada. Francisca Cláudia nunca tinha cogitado

trabalhar em Saúde Mental. Segundo ela (SILVA, 2014b), além dela, havia quatro pessoas pleiteando a vaga. Todos já possuíam experiência na Saúde Mental e ela não. Entretanto, em Sobral existia uma rede construída de Saúde Mental e, quando aluna, na disciplina de Saúde Mental, ela chegou a estagiar em um CAPS. Além disso, quando fez o estágio em Atenção Primária, passou por muitos matriciamentos e realizava visitas aos pacientes com transtornos mentais. Na seleção para o cargo de Enfermeira do CAPS, houve uma distribuição de casos para que os candidatos dissessem qual seria a condução mais adequada. Este é o primeiro relato de um processo seletivo para o CAPS. Até então, o ingresso dos profissionais havia sido por convite ou por concurso público.

Francisca Cláudia foi a candidata selecionada. Ivonete Dutra a chamou para conversar,

ela disse que queria dar uma cara nova ao CAPS. Era muito enfocada só a questão da medicação, a enfermeira ficava muito com a receita, então ela confiava em mim. (...) Ela disse que queria que eu implementasse a Enfermagem dentro do serviço. Lá, não tinha uma assistência, sistematização da assistência certa. Então, foi um desafio grande. Porque tinha uma equipe média de Enfermagem, só o técnico Wellington, que está até hoje e ele me ajudou muito. Tinha a Eunice, que também era técnica de Enfermagem, hoje está no hospital, mas trabalhava vinte horas lá e eles tinham o conhecimento deles. Só que quando se tem aquela coisa: chegou a enfermeira do serviço e a enfermeira não sabia de nada? Então, tinha que chegar com muita humildade pra poder ir aprendendo. Wellington me ajudou muito e eu acho que também ajudei a mudar um pouco a cara, porque precisava daquela cara da Enfermagem. Embora eles tenham toda a parte técnica, mas precisava daquele olhar mais acadêmico, que, realmente, é uma das coisas que eu mais questioneei quando cheguei, era a questão da receita. Que realmente eu cheguei, bati o pé e disse: não vou ficar horas e horas sentada, só transcrevendo receita. Não saí da faculdade para fazer isso. (...) Porque já se estava fazendo isso. E nem vou ficar preenchendo

APAC, que era aquele negócio de medicamento. Então, na época, a Eunice ficava muito sobrecarregada, porque era papel dela só preencher as receitas e todo mundo da cidade que não tinha médico ia para o CAPS buscar receita. Só que não tinha um acompanhamento, não tinha prontuário no serviço, se era paciente neurológico, se era depressivo como estava, se estava com pensamento suicida. Então, a gente, nas rodas de gestão, (...), eu falei do meu ponto de vista. Eu, como profissional, não ia aceitar - que estava colocando o meu conselho, a minha profissão numa coisa que eu poderia estar fazendo muito mais. Então, coloquei a sistematização da assistência de Enfermagem, a consulta de Enfermagem. A gente começou a fazer os agendamentos, aqueles que não estavam marcados para o médico viriam para a enfermeira. Tinha uma agenda, então eu via, a Eunice pegou alguns casos mais leves pra ela também. Aí, eu fazia toda aquela anamnese de saber. Às vezes, vinha uma família buscar receita, fazia muito tempo que aquele usuário não ia, necessitava de visita (SILVA, 2014b, p. 02).

O relato de Francisca Cláudia aponta para uma desorganização do PSF, que aumentava a demanda do CAPS para atendimentos que não eram de sua atribuição. Além disso, uma compreensão equivocada sobre o papel da Enfermagem em uma equipe de Saúde.

Segundo Nestor Pinto (PINTO, 2013), existia um esforço da secretária de Saúde Ivonete Dutra de integração entre CAPS e PSF, inclusive de que os trabalhadores participassem das reuniões nas quartas-feiras à noite que, neste período, aconteciam uma vez por mês.

Francisca Cláudia iniciou a fazer visitas domiciliares e avaliações clínicas com Nestor Mainieire. Segundo ela (SILVA, 2014b), foi um grande desafio de mudança cultural, porque os pacientes estavam acostumados a não marcar atendimento, irem ao CAPS e apenas pegarem novas receitas. Eles se colocavam a questão: “Como é que aquela enfermeira, de repente, vai e tira a minha receita?” (p. 03). Era preciso convencê-los de que o que estava em jogo não era tirar a receita, mas sim, realizar um melhor atendimento. “Aí eu coloquei a questão das APACs

para o pessoal da administração, eu ficava supervisionando a quantidade de medicamentos, que são as medicações controladas de alto custo” (SILVA, 2014b, p. 03). Suas visitas também ocorriam com outros profissionais, especialmente, da Terapia Ocupacional. Assim que entrou, a psicóloga, Lívia Cidade, estava saindo do serviço. Era um grupo de queixas difusas, formado só por mulheres, que não se sentiram à vontade para continuar o grupo com Júlio Ischiara. Com isso, Francisca Claudia precisou assumir o grupo, o que encarou como um grande desafio.

Francisca Cláudia entrou no serviço em março e, em agosto, foi convidada pela FCRS para ser preceptora em Saúde Mental. 2007 foi também o ano em que ingressou a nova supervisora do CAPS, Marluce Alves de Oliveira, que havia se formado pela UFPB e trabalhado 15 anos na Casa de Saúde Santa Mônica, na Bahia. Foi médica plantonista e, posteriormente, diretora, responsável por fazer o processo de reforma psiquiátrica, no período de 1991 a 1997.

Aí, na época, no auge desse processo de reforma, eu coloquei pra diretoria que estava na hora de reduzir os leitos. Isso, em 1996. Que a gente já tinha conseguido reestruturar o hospital e agora era hora de reduzir os leitos. Eles discordaram, achavam que não era o momento de começar a redução dos leitos e eu achava que era. Como houve essa discordância, eu pedi demissão da diretoria do hospital. Aí, a gente abriu um serviço extra-hospitalar, eu diria que foi o primeiro CAPS privado, serviço hospitalar tipo CAPS, para a rede suplementar, em Salvador. O ICEP – Instituto de Convivência, Estudo e Pesquisa Nise da Silveira, foi fundado em 1997 (OLIVEIRA, 2013a, p. 04).

Vandick Ponte, em uma visita ao Instituto de Convivência, Estudo e Pesquisa Nise da Silveira - ICEP, convidou Marluce de Oliveira para conduzir o processo de reforma da Casa de Saúde São Gerardo, em Fortaleza. A princípio, ela ficou desconfiada sobre a real disposição do médico em realizar a reforma, porque, a partir de sua experiência anterior, acreditava que a intenção dos donos de hospitais psiquiátricos era

maquiar os hospitais para que eles sobrevivessem às novas exigências do MS. Mesmo assim, aceitou o desafio (OLIVEIRA, 2013a).

Ao chegar ao Ceará, procurou Jackson Sampaio, que já era uma referência para ela quando ainda morava na Bahia. Marluce de Oliveira compreendia

que era prematuro, naquela época, em 91, 97, fechar todos os leitos, como uma bandeira da luta, sem a gente ter passado pela experiência da rede extra-hospitalar. Sem ter a certeza que essa rede ia funcionar no Brasil, pela fragilidade da democracia brasileira, da participação popular e da garantia dos serviços. Além disso, eu não estava convencida de que as propostas da rede extra-hospitalar eram suficientes, porque eu entendia que o transtorno mental era como qualquer outra doença do ser humano. E que todas as outras patologias do ser humano, em algum momento, precisam de internação e, também, na Psiquiatria, precisa de internação. Então, eu discordava, a gente precisava do espaço da internação. Então, eu era contra o fechamento de todos os leitos, era a favor de redução de leitos, de tempo de permanência (OLIVEIRA, 2013a, p. 06).

Marluce de Oliveira (OLIVEIRA, 2013a) compreendia também que a reforma psiquiátrica foi uma luta por uma boa assistência ao portador de transtorno mental grave. Quando ela assumiu a função de supervisora em Quixadá, a má assistência, o hospitalismo, o modelo biomédico e a atenção ao psicótico não eram mais as grandes questões. A dependência química, a depressão, os transtornos ansiosos e o suicídio compunham o quadro que ela chamou de “crise de uma época”. Por isso, sua supervisão se focou, inicialmente, nos estudos e no cuidado dos trabalhadores, pois eles se envolviam demais com o seu objeto de estudo e trabalho e acabavam adoecendo. Neste período, de acordo com Luisa Nara (SILVA, 2013d), houve forte intercâmbio de estudos com a UECE e com o Instituto Vandick Ponte, dirigido por Marluce Oliveira. Começou-se a se discutir, no município, a possibilidade de criação de um CAPS AD.

Luisa Nara, Marluce de Oliveira e Francisca Cláudia iniciaram uma pesquisa no CAPS Geral fazendo um levantamento sobre os diagnósticos dos pacientes, que subsidiou o projeto para a criação do CAPS AD. A criação do CAPS AD partiu do interesse dos técnicos, mas também da gestão, já que o MS estava incentivando os equipamentos nessa área. Era também uma forma de ampliar a equipe de Saúde Mental do município. Segundo Francisca Cláudia (SILVA, 2014b) e Luisa Nara (SILVA, 2013d), o nome Casa Norte foi pensado no sentido de nortear, como um lugar que pudesse ressignificar a vida das pessoas. A ideia era fazer um CAPS para a comunidade, em que vinte horas seriam de assistência intra-muros e as outras vinte para discussões e ações intersetoriais.

Na visão de Marluce de Oliveira,

Nós colocamos que o CAPS AD não é a saída. O equipamento, por si só, não era a saída, mas era necessário pra ajudar, inclusive, a dobrar a equipe, inclusive pra ter mais um local, um espaço pra estar dando conta dessa demanda, (...) desde que fosse uma equipe para não ser apartada, não ser uma equipe dicotomizada, que essa equipe fosse integrante da rede de Saúde Mental de Quixadá. (...) Eu acho que, em Quixadá, ele nasceu exatamente como a gente acha que é a forma correta de nascer, vindo não com uma solução. Vindo como uma pactuação com a cidade, vindo como espaço coletivo de debate para o enfrentamento dessa epidemia da dependência química em todos os aspectos (OLIVEIRA, 2013a, p. 18).

Sobre o projeto do CAPS AD, Francimeiry Amorim acrescenta:

O CAPS AD, o projeto dele, foi na gestão da Ivonete. Nós elaboramos o projeto em 2008 e, antes, em 2007, ele começou a ser pensado como uma necessidade. Nós tínhamos medo de abrir um novo equipamento sem financiamento, dadas as dificuldades. Foi na época da perda do FPM, o Fundo de Participação dos Municípios diminuiu muito. A maioria dos serviços começa sem financiamento, aí você institui a equipe, dá as condições, credencia, e o

serviço começa a receber financiamento. Então, manter o CAPS com financiamento próprio é uma decisão política de muito peso. Mesmo assim, o projeto ficou pronto, em 2008 (SILVA, 2013a, p. 12).

O CAPS AD só foi inaugurado, no entanto, na gestão seguinte. Sobre a terceira gestão Ilário Marques, Francimeiry Amorim diz:

Acabou mais mantendo o que tinha. Já não tinha mais tanta inovação a fazer ou não se buscou. Acho que ter tem sempre. (...) Tinha alguns compromissos grandes que foram enterrados por vários motivos da própria estrutura da cidade. A questão do Pólo do Eurípedes, que até hoje está lá por terminar, a reforma do Eudásio Barroso era uma questão de grande importância pra cidade, que não [foi feita]. Mas, assim, os processos que a gente esperava que avançassem, na gestão, eles não avançaram. Do ponto de vista da co-gestão, por exemplo, na Saúde, que era uma coisa que a gente esperava, não aconteceu. Nós não conseguimos avançar para isso. E várias conquistas dos trabalhadores. O plano de cargos e carreiras foi iniciado, mas não se conseguiu terminar. Algumas discordâncias que nós tivemos. Nós, do grupo da Saúde, tínhamos uma característica peculiar, que as outras secretarias não tinham. Ivonete não tinha pretensões políticas de ser candidata a nada. Então nada, na secretaria de Saúde, passava pelo viés político. Ela nunca teve interesse, de empregar ninguém, de colocar ninguém, de favorecer ninguém. (...). Isso era uma coisa diferente de outras secretarias onde algumas pessoas tinham muitos vícios. Não era porque era do Partido dos Trabalhadores que não tinham alguns vícios. Tinha as discordâncias, então assim, o pessoal da Saúde não concorda com isso. A gente não concordava. Já tinha mais esse desgaste (SILVA, 2013a, p. 10).

É consenso entre os trabalhadores que a segunda e a terceira gestão de Ilário não apresentaram muitas inovações, especialmente, na Saúde. O ano de 2008 era de eleições. Ilário Marques não poderia mais ser candi-

dato. Segundo Francimeiry (2013a), o candidato inicialmente trabalhado para ser candidato era Cristiano Goes, do PT, que foi secretário de Cultura, Turismo e Desporto de Ilário na segunda gestão e vice-prefeito na terceira.

Ele era o candidato tido como natural. Só que, aí, houve um processo de desgaste da gestão. Quando Ilário sofreu o acidente, em 2005, Cristiano assumiu a prefeitura, durante (...) esse tempo que Ilário passou de licença. E todo início de gestão, você toma algumas medidas que são muito antipáticas, administrativas. Isso aconteceu, aconteceu com Cristiano. No processo de discussão, Rômulo acabou se revelando uma pessoa mais carismática, que tinha maior penetração junto à população. Então, o apelo eleitoral de Rômulo era maior que o de Cristiano. Aí, conta-se – eu nunca vi essa pesquisa – que houve uma pesquisa prévia, onde apontava o Rômulo como sendo a pessoa com a maior possibilidade de vencer a eleição, e aí o partido aposta no Rômulo. (...) Então, esse processo foi traumático porque provocou a saída do Cristiano. Ele não concordou com a ida do Rômulo para cabeça de chapa e ele se afastou. Também não aceitou ser o candidato a vice-prefeito, que acabou sendo o Airton [Buriti], e houve esse rompimento, algumas pessoas saíram. Então, assim, isso foi um processo traumático (SILVA, 2013a, p. 11).

O ano termina com uma quebra no PT de Quixadá e a eleição de Rômulo Carneiro. Na Saúde Mental, tem-se a realização da XVI Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania; o II Colóquio Internacional de Saúde Mental do Semi-Árido, e ainda o II Encontro dos Supervisores do Estado do Ceará, em 10, 11 e 12 de dezembro, comemorando os 15 anos do CAPS. Seguindo o novo direcionamento que tomava o CAPS, a partir da supervisão de Marluce de Oliveira, os temas da jornada giravam em torno das formas de sofrimento psíquico na contemporaneidade e afastaram-se das temáticas recorrentes nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica. Nesta jornada, foi convidado o professor universitário, filósofo e psicanalista Miguel Benasayag. Desde 2006, Miguel Benasayag,

Umberto Galimberti, também professor universitário, filósofo e psicanalista e Marcelino López, psiquiatra e sociólogo da *Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental* – FAISEM, tinham parceria com o Instituto Vandick Ponte e os grupos de Pesquisa Vida e Trabalho e o LHUAS, da UECE. Em 2009, Miguel Benasayag retornou ao Ceará para ministrar o mini-curso **O Sofrimento Psíquico na Contemporaneidade**, participar do lançamento do Observatório de Política de Saúde Mental do Ceará e da primeira Universidade Popular de Saúde do Brasil - UP, em Quixadá (DOECE, 2009).

A segunda e a terceira gestões de Ilário Marques foram, portanto, uma tentativa de reconstrução dos programas de Saúde criados em sua primeira gestão. Entretanto, em outro contexto histórico e com personagens que, em sua maioria, não tinham o histórico de militância na Saúde Pública. Foram reorganizados os mecanismos de participação popular e controle social. Nacionalmente, o cenário era mais favorável, com os financiamentos para o PSF e o CAPS. Ao mesmo tempo, a adoção do modelo das APACs prejudicou as ações em Saúde Mental, forçando o serviço a adotar um estilo mais ambulatorial. Não houve oferecimento de especializações e residências pelo município, sendo a oferta de capacitações localizada. A rotatividade de profissionais no serviço e a saída de Jackson Sampaio como supervisor causaram uma crise. A partir da entrada de Marluce de Oliveira como supervisora, passou-se a priorizar a discussão sobre formas de sofrimento psíquico na contemporaneidade, em detrimento dos temas clássicos da reforma psiquiátrica. O município investiu nas jornadas, inclusive realizando dois colóquios internacionais. A equipe de Saúde Mental foi diminuindo, enquanto a população do município aumentava, causando dificuldades no atendimento. O Hospital Eudásio Barroso se encontrava em condições precárias, necessitando de reforma; o CAPS permaneceu sem sede própria e os trabalhadores da saúde sem PCCV.

### 3.2.4 O PERÍODO 2009-2012. RUPTURA NO PT DE QUIXADÁ, INVESTIMENTOS EM INFRAESTRUTURA E AFASTAMENTO DO POVO

Apesar da ruptura que houve no PT no período pré-eleitoral, ainda havia o entendimento de que a gestão de Rômulo Carneiro seria uma continuidade com a gestão Ilário Marques. Na opinião de Francimeiry Amorim (SILVA, 2013a), no entanto, os processos começaram a se diferenciar, inclusive, na Saúde.

A falta de critério em algumas questões da Saúde, na marcação das consultas. (...) Aí, começa a preparação conjuntural para o rompimento. (...) Ao mesmo tempo, ele [Rômulo Carneiro] desaparece da gestão. (...) Ele (...) não se reúne com os secretários. Quando se reúne, é uma vez perdida. Passa a haver uma grande ingerência da família dele na gestão, principalmente do pai e do irmão, que era presidente da Câmara. A irmã já era secretária de Saúde. A esposa dele, que não tinha cargo, não participava da gestão, não fazia parte, ela reunia os secretários e definia o que ela queria. (...) Ao mesmo tempo que a gestão do Rômulo consegue passar para a população, através das rádios, que todos os erros que o Rômulo cometeu na gestão ou que ele não conseguia fazer nada porque o Ilário não deixava. (...) Ele não ia pras conferências. A secretaria de desenvolvimento social fez quatro conferências num ano só. Eu participei de todas, porque eu era do conselho da criança e do adolescente. Eu era presidente do conselho da criança e do adolescente. Depois fui do conselho da mulher, fui do conselho do idoso. E ele não participou de nenhuma. Que gestor de uma cidade se recusa ou se omite de participar de uma conferência? Uma conferência setorial que vai discutir questões importantíssimas, principalmente numa secretaria de desenvolvimento social? Não entendo isso. Muitas vezes, ele ia pra abertura, por exemplo, tinha uma jornada do CAPS, fazia o discurso de abertura, e não aparecia mais nem lá. Nas conferências de Saúde, nas reuniões do PSF. Então, ele desapareceu da gestão (p. 11-12).

Francimeiry Amorim foi convidada por Ana Valéria para ser auditora em Saúde.

Só que chegou um momento em que não havia mais possibilidade. Havia uma divergência de como conduzir as coisas. Não em relação à Valéria, nunca tive nenhum problema. Mas algumas pessoas da equipe dela, uma pessoa, especificamente, de dificuldades de trabalhar os relatórios, a programação. De estar interferindo no que eu já fazia há dez anos. Não era criticando, abertamente: “Ah, é melhor fazer assim”. Não. Isso aí é outra história. Era deixar os papeis na gaveta. Era uma programação que você fazia e ficava na gaveta. Não, aí não dá. (...) Eu avalio que houve uma grande perda de poder de discussão dentro da gestão. Inclusive, na Saúde Mental (SILVA, 2013a, p. 28).

Segundo Rômulo Carneiro (CARNEIRO, 2013b), houve alguns conflitos de interesse político que fizeram com que ele saísse do PT e se filiasse ao Partido Socialista Brasileiro – PSB. Não teria sido um conflito partidário, mas, um conflito interpessoal entre ele e Ilário Marques, mas, que não teria afetado a gestão. Inclusive, Rômulo Carneiro teria continuado fazendo parte da base do PT. “Até porque as pessoas que me apoiavam dentro do Partido dos Trabalhadores, que eram o José Nóbrega Guimarães e o Pimentel, continuaram me apoiando, continuaram mandando recursos pra Quixadá” (CARNEIRO, 2013b, p.05). Com esse auxílio dos políticos do PT e os programas do Governo Federal, segundo ele, foi possível construir quatro creches durante a gestão. Antes de Rômulo Carneiro, não existiria nenhuma. O município teria recebido nove ônibus do programa federal Caminho da Escola e, ainda, uma academia, uma Praça do Esporte e da Cultura.

Sobre a relação entre gestão e trabalhadores, Rômulo Carneiro disse que foi criada uma comissão formada pelo secretário de Finanças, a controladora do município, o procurador do município e a secretária de Administração. Essa comissão fazia a ponte entre o movimento sindical e o prefeito, analisava a pauta de reivindicação e o prefeito daria a palavra final. Segundo Rômulo Carneiro, as contas do município eram sempre

mostradas para os representantes do movimento sindical, inclusive a folha de pagamento, INSS, as questões próprias ao instituto de previdência municipal. Sobre sua relação com a população, disse Rômulo Carneiro:

Na realidade, eu nunca fui político na minha vida e nunca tive essa intenção de ser político. Mas, eu acho que quando você entra numa coisa, tem que fazer bem feita. Então, administrativamente, o município foi muito bem administrado. Nós passamos por duas crises horríveis. (...) E, mesmo assim, nós mantivemos os nossos salários em dia, nós mantemos a nossa capacidade de investimento. Eu peguei o município com 70 milhões de orçamento. O Ilário pegou o município com 16 milhões. Com oito anos, ele deixou com 70. Eu peguei o município com 70 milhões e estou deixando ele com quase 120 milhões de investimento-ano. Então, nesses mandatos foi um crescimento grande no município, apesar de não ter experiência. Eu nunca tive um trato assim direto com a população porque eu achava que, administrativamente, era que importava. É tanto que hoje, Quixadá tem 86% da sua cidade saneada. Mas a população não reconhece, porque acha que a cidade está esburacada, mas não sabe que ali foi um benefício que foi feito para melhorar a Saúde Pública do município. Outra coisa importante é que Quixadá, esse ano, estaria entrando num colapso de água. Nós estaríamos numa cidade com 90 mil habitantes passando por necessidade, correndo o risco de ser abastecida com carro pipa. No nosso governo, conseguimos trazer uma adutora que vai nos dar pelo menos 20 anos de garantia de crescimento sem ter que faltar água (...). Então, foram duas grandes obras estruturantes que vão dar uma estrutura, uma qualidade de vida que Quixadá, pra você ter uma ideia, cresceu o IDH dela 1.2% só com o saneamento que nós fizemos. Nós pegamos o município com 51% de saneamento, estamos deixando ele com 86% saneado. Pegamos o município com colapso de água e estamos deixando ele com 20 anos de investimento sem se preocupar com a falta de água. Então, pra mim, essas foram as duas grandes obras que o município de Quixadá teve. Não foram as quatro

creches, não foi a Biodisel, não foram as faculdades que também são importantes. Mas você garantir o futuro pra população nesses dois sentidos vale muito mais do que você fazer obras mirabolantes que, na realidade, só vão encher seus olhos e não vão trazer muito crescimento pra população. E eu garanti indústria pra Quixadá, porque quando você trás água você tem a possibilidade de trazer indústria (CARNEIRO, 2013b, p. 10).

As falas de Francimeiry Amorim e de Rômulo Carneiro se aproximam no que ele chama de trato direto com a população. Rômulo Carneiro entendia que o principal era a administração do município e focou suas ações em obras de infra-estrutura. Mesmo a relação com os trabalhadores era mediada por uma comissão, enquanto que a tradição das gestões de Ilário Marques, especialmente da primeira, era ter um contato mais próximo da população e dos trabalhadores. Há registros de sua participação na reunião do CMS de 08 de setembro de 2009, como demonstra a ata do CMS, para posse dos novos conselheiros. Sua ausência foi sentida pelos demais trabalhadores.

O Rômulo só teve um defeito, na minha opinião (...). Ele se afastou do povo. Ele se afastou do povo, mas foi boa [a gestão], os pagamentos em dia, remédio não faltou. Tinha dificuldade, tinha, não vou dizer que não tinha. Podia faltar uma coisinha a qualquer hora, e ia depois aparecer. Mas, foi boa a administração dele. Não foi melhor porque ele se afastou do povo. Não faltava o soro, não faltava injeção, o sangue eu pegava todo dia nos postos, levava para o hospital pra fazer exame de sangue (LIMA, 2014, p. 07).

O distanciamento também foi uma crítica recebida pela secretária de Saúde, Ana Valéria. Seria muito difícil encontrá-la para tratar dos assuntos relativos aos serviços (MATOS, 2013).

Na gestão de Rômulo Carneiro, foi inaugurado o Polo Universitário. Ilário Marques havia deixado doados os terrenos para sua realização. Antes do Polo Universitário, havia uma casa em que funcionavam o IFCE e a UFC. Com a doação dos terrenos, o município fez a terra-

-planagem, levou água e internet, dando a infra-estrutura necessária para as obras. O município também aumentou a quantidade de ônibus para fazer o transporte de alunos, de dois para cinco. Com esses investimentos, o número de alunos, que era ao redor de 90, quando os cursos ainda funcionavam na casa, passou para mais de mil. Quixadá também passou a ser um polo da Universidade Aberta do Brasil, sistema do Governo Federal criado para oferecer cursos de nível superior e de pós-graduação à distância; e receber cursos da UVA (CARNEIRO, 2013b).

Hoje, nós temos mais de 3600 alunos estudando e morando em Quixadá. Então, isso foi um incremento muito grande que nós fizemos, também, pra estarmos exportando saber a partir de Quixadá. Isso é o que é importante também e que vai deixar Quixadá com uma infraestrutura criativa, de exportar saberes, fazer projetos, tudo a partir de Quixadá (CARNEIRO, 2013b, p. 11).

Segundo Rômulo Carneiro (CARNEIRO, 2013b), embora Ilário Marques tenha deixado o PCCV da Educação concluído e votado, a implementação se deu em sua gestão. Ficaria muito difícil implementar dois PCCV em uma mesma gestão, embora ele compreendesse que seria necessário criar o PCCV da Saúde e o da Administração. Então, ele teria se proposto a fazer o PCCV da Saúde e deixaria o da Administração para a próxima administração. Pensou em fazer em 2012, após o período eleitoral, porque compreendia que fazê-lo antes poderia ser um problema político. O PCCV teria sido apresentado em dezembro para a Câmara dos Vereadores, mas não chegou a ser votado. O investimento nos trabalhadores da Saúde teriam sido, fundamentalmente, os esforços para não ter atraso nos pagamentos e a realização de concursos públicos durante a sua gestão.

Durante a gestão Rômulo Carneiro, foi entregue um consultório odontológico para o distrito Tapuiará; foram construídos o Centro de Referência da Mulher e uma lavanderia para o hospital; adquirido um aparelho de Raio-X novo e o Governo Federal enviou um tomógrafo, os dois passando a fazer parte do então criado Centro de Imagem, que também

conta com eletroencefalograma; a Emergência do Hospital Eudásio Barroso foi reformada e ampliada, de seis para dezessete leitos; foram comprados nove carros, distribuídos entre PSF e NASF (CARNEIRO, 2013b).

Segundo Rômulo Carneiro (CARNEIRO, 2013b), a secretária de Saúde, Ana Valéria, foi escolhida não pelo fato de ser sua irmã, mas pela sua trajetória de coordenadora das ACS na região do Sertão Central e de coordenadora do PSF no município. Por essa experiência de gestão, foi feito o convite, de motivação técnica, e não nepotista. Durante esta gestão, o CMS funcionou. Entretanto, sua presidenta era a secretária de Saúde Ana Valéria, segundo livro de atas do CMS, o que poderia debilitar o seu poder de controle social.

Por ser, a princípio, uma gestão em continuidade com as anteriores, as dificuldades que Ana Valéria encontrou também estavam presentes desde antes do início do mandato. Ainda quando ela era coordenadora do PSF, e depois, quando virou secretária, havia muita dificuldade em relação aos profissionais médicos. Para ela (CARNEIRO, 2013a), havia mudado muito o perfil destes profissionais, especialmente a partir do momento em que o programa se estendeu ao restante do país, inclusive por ser outro momento histórico.

Momento de implantação é aquele momento da empolgação, de coisas novas e, depois, quando a coisa vai se tornando mais estável, vão surgindo outras dificuldades. Aí, a gente começou com dificuldades com o profissional médico, de ampliação das equipes que desde que estava na coordenação, a gente passava. (...) Não tinha mais profissional que quisesse vir pra morar no distrito. Ele vinha, fazia o atendimento e voltava (...). Que é muito bonita a filosofia do PSF na questão do vínculo do profissional com as famílias, e a gente sentia dificuldades por não estar mais existindo esse vínculo, até pela rotatividade desses profissionais e isso prejudicou um pouco. Eu acho que não tinha mais aquela qualidade que tinha quando a gente iniciou o processo. Isso, na minha visão, permanece até hoje, que ainda não se encontrou uma solução de como resolver esse problema (CARNEIRO, 2013a, p. 06).

Segundo Ana Valéria, houve uma tentativa de sensibilizar os profissionais por meio de conversas, porém improdutivas, pois a questão seria nacional, tendo a ver com momento histórico e mercado de trabalho.

Na época em que fui gestora, eu estava conversando aqui com um profissional, para contratá-lo, falando do nosso interesse de tê-lo no município, dizendo o que a gente pensava de como deveria se conduzir o profissional, do vínculo que era importante ele ter e tal. O profissional estava preocupado, porque no município vizinho estava pagando cinquenta reais a mais, porque o município vizinho dava combustível pra ele ir e voltar ou transporte. E acabou virando essa grande concorrência. Eu acho que isso descaracterizou o serviço. Eu acho que é importante a gente ter uma política salarial nacional pra o PSF, pra deixar de existir isso (CARNEIRO, 2013a, p. 06).

Ana Valéria acredita, ainda, que hoje em dia os profissionais entram no PSF com intuito de passar pouco tempo, apenas o período necessário para que sejam aprovados para um programa de residência médica, já que o especialista ganha mais e trabalha menos que o médico de PSF. No caso da especialização em Saúde da Família, ela não é tão valorizada quanto as demais. Portanto, por mais que a gestão tenha recebido o município com uma boa estrutura física das unidades já construídas, teria sido impossível ampliar as equipes.

Porque Quixadá é um município que precisa ter um número significativo de equipes pra desafogar a atenção secundária, mas, infelizmente, a gente não conseguiu fazer isso. Quando a gente conseguia formar as equipes já existentes, pra abrir outra equipe, aí no mês seguinte já saía um profissional (CARNEIRO, 2013a, p. 07).

Esta argumentação se aproxima da argumentação de Alcides Miranda, segundo a qual uma experiência pioneira não é replicável, e se pode acrescentar: nem pelo mesmo gestor. Na primeira gestão de Ilário Marques, os profissionais foram cuidadosamente convidados para tra-

balhar em Quixadá e o fizeram por um compromisso ético e político, deixando os lugares em que moravam, anteriormente. Eram militantes da reforma sanitária e psiquiátrica, no Brasil. Este movimento que Ana Valéria via já enquanto era coordenadora do PSF, nas segunda e terceira gestões de Ilário Marques, também foi apontado por ele:

Porque, com a massificação dos CAPS e a massificação do PSF, é claro que aquela ideia de um compromisso maior, de uma vivência maior dentro do sistema e com as pessoas, portanto, uma relação muito humana na questão da Saúde, ela se deteriorou (MARQUES, 2013a, p. 06-07).

A ausência de profissionais no PSF causou dificuldades ao município em 2009, segundo ata do CMS, pois existiam localidades que estavam sem atendimento médico. Por desarticulação da rede, quando os pacientes tentavam ser atendidos diretamente no Hospital Eudásio Barroso, eram proibidos, ficando sem atendimento. Foi realizada tentativa de solucionar esse problema indicando todas as áreas que enfrentavam este problema e permitindo o atendimento no hospital.

O CAPS permaneceu um híbrido, porque ainda tinha alguns profissionais desta primeira gestão, que, segundo os dizeres, contagiavam os outros; mas, ao mesmo tempo, foi chegando um novo perfil de profissionais, tecnicamente qualificados, que ingressaram no serviço por concurso, mas sem vivência política.

Ana Valéria (CARNEIRO, 2013a) disse que sempre admirou o CAPS no município de Quixadá, desde sua fundação, por ser um serviço muito organizado, independente da gestão e com uma equipe muito coesa. “Sempre quando a gente, enquanto gestor, colocava um profissional aqui, de repente o profissional adquiria aquele perfil realmente de trabalhador do CAPS” (p. 07). Este perfil estaria ligado à humanização do atendimento. Segundo ela, em sua gestão, nunca recebeu nenhuma reclamação do CAPS. Pelo contrário, quando havia algum encontro, os pacientes elogiavam muito o serviço. As dificuldades que encontrou foram quanto ao seu financiamento. Segundo Thiago Sousa Félix (FÉLIX,

2013), psicólogo que veio a trabalhar no município, Ana Valéria participava das reuniões de avaliação e planejamento de Saúde Mental, dizendo o que pensava, mas também escutando a equipe.

Com a entrada de Marluce de Oliveira na supervisão do CAPS e sua leitura própria dos fenômenos sociais, especialmente a partir da interlocução com Miguel Benasayag e Umberto Galimberti, o CAPS ampliou e modificou as suas atividades de rotina. As principais mudanças foram: a criação da Universidade Popular de Saúde, em 2009, em cuja fundação participou o próprio Miguel Benasayag, e o Laboratório Social - LS, programa realizado já no contexto do CAPS AD Casa Norte. Especialmente no CAPS AD Casa Norte, houve mudanças nos processos de trabalho, sendo o mais destacado a não participação dos profissionais de nível fundamental e médio em parte das reuniões.

Segundo a Carta aos trabalhadores de Saúde Mental do Ceará (CARTA, 2009), a proposta era criar a Rede da Universidade Popular – UP e os Laboratórios Sociais – LS em Fortaleza e no estado do Ceará, em articulação com a rede de laboratórios sociais e universidades populares que trabalham com o *Collectif Malgré Tout* na França e na Itália. Tanto as UP e os LS visavam o desenvolvimento de experiências locais, como forma de territorializar questões e problemáticas ditas globais, e de reapropriação das próprias vidas e da sociedade. Constituir-se-iam, portanto, como meio de experimentação de novas formas de sociabilidade, desejo e pensamento. Articular-se-iam com as pesquisas voltadas para o trabalho concreto das pessoas que os comporiam.

Em termos concretos, a equipe escolheu um distrito de Quixadá para ser um piloto. O critério para esta escolha foi de não ser nem um bairro muito problemático, que poderia facilmente frustrar a equipe, e nem o contrário, que fosse equilibrado em demasia, pois poderia dar a ilusão de uma atuação fácil. Iniciou-se pelo distrito de Juatama, que além de cumprir estes requisitos, tinha uma importância simbólica e histórica pelo fato de ser o local onde se implantou a primeira equipe de PSF, em Quixadá. Segundo Francisca Cláudia (SILVA, 2014b), lá, o CAPS já desenvolvia a atividade de matriciamento e a equipe, que aceitou bem a proposta, era mais sólida.

Neste momento, segundo Francisca Cláudia, a equipe do CAPS estava se frustrando e estava muito cansada, porque eram muitos atendimentos. Atendia psicóticos, mas

não sabia atuar na crise, mais aquele sofrimento psíquico, a busca do Benzodiazepínico, a lista de espera da Psicologia, a agenda do psiquiatra é enorme. Às vezes, você estava em março e só tinha agenda pra outubro, lotado, então precisava, realmente, fazer alguma coisa (SILVA, 2014b, p. 08).

Então, a equipe do CAPS, junto com a equipe do PSF de Juatama, criou um instrumento para detectar os usuários que procuravam o PSF constantemente com dores crônicas, cefaleia, problemas gastrointestinais, mas, que não estivessem associados a diagnósticos bem definidos. Eram queixas que chegavam de Saúde Mental, de pessoas que tomavam medicações controladas, mas, que não tinham resposta no PSF e que eram encaminhadas para o CAPS (SILVA, 2014b; SILVA, 2013d). Convidaram essas pessoas para participarem dos encontros mensais da Universidade Popular, em que falariam sobre sua saúde, suas necessidades, suas vidas. Segundo Luisa Nara (SILVA, 2013d), a princípio eles só falavam de receitas e medicamentos, com a expectativa de que conseguissem receitas médicas nesses encontros. Estas queixas foram sendo trabalhadas e redirecionadas no sentido de uma reflexão sobre a própria forma de viver na sociedade e com o tempo eles passaram a tratar do que os afetava, nesse sentido social: “a questão com a dependência química, a violência, problemas de saneamento, falta de trabalho e renda, ociosidade, falta de lazer” (SILVA, 2014b, p. 08). Foi solicitado que eles escolhessem três problemas para serem enfrentados, quais sejam: saneamento básico, geração de renda e lazer. Com as preferências temáticas definidas, foram criados três grupos.

Vamos ver o quê que tem aqui na comunidade? Tinha costureiras que estavam paradas, que poderiam voltar à fábrica de costura. A questão de se fazer o saneamento já estava no processo, então vamos fazer ofício, ir até o prefeito, ver como está o andamento (SILVA, 2014b, p. 08).

Entretanto, segundo Marluce de Oliveira (OLIVEIRA, 2013a) e Francisca Cláudia, havia uma expectativa, por parte da comunidade, de que os profissionais de Saúde levassem a frente as ações, e não ela própria. Com isso, começou a haver uma desmobilização e desmotivação do grupo. “Começaram nossos primeiros encontros, o público maior, depois um público menor, depois tinha mais profissional de Saúde, porque tinha os Agentes de Saúde. Tinha o pessoal do NASE, as equipes do NASF” (SILVA, 2014b, p. 08). Com isso, também os profissionais de Saúde foram se desmotivando. Na visão de Luisa Nara (SILVA, 2013d), a população ainda realizou muitas atividades, como a entrega de ofício para o prefeito solicitando a resolução do problema da água. Mas, existia a expectativa da equipe de que se medisse se essa atuação comunitária produzia um ganho para a saúde daqueles que participaram do projeto. Segundo Luisa Nara, havia o relato da equipe do PSF de que, enquanto eles participavam das atividades, frequentaram menos a unidade, entretanto, não foi feita nenhuma pesquisa sistematizada para averiguar esta informação.

Era um projeto muito ousado, porque trabalhar as questões de autonomia, de responsabilidade social, que as pessoas sejam sujeitos da sua história é andar um pouco na contramão mesmo do que é a sociedade, de como nós somos educados pra ser, do que a nossa organização política também favorece. Mas é uma experiência muito interessante de que a comunidade tem um potencial de produzir saúde entre eles. Que se se trabalhar dessa forma, ele pode não chegar ao posto de Saúde, ele pode não chegar ao serviço de Saúde Mental. Era essa a ideia, era depois a gente poder analisar se aqueles encontros, onde se falava de si, se falava da vida, se falava da vida em comunidade deles, se aqueles encontros traziam potencial de saúde pra eles. Se o bom encontro fazia com que eles se sentissem melhor (SILVA, 2013d, p. 14).

Para Marluce de Oliveira, a UP em Saúde não alcançou os resultados que se esperava alcançar, pois nossa cultura política é muito diferente, nossa experiência democrática é mínima e truncada. Francimeiry

Amorim participou do início da atuação, foi a alguns encontros, mas não pôde dar continuidade por causa da sua atuação no PSF. Na sua avaliação,

A proposta da Universidade Popular exigia muita formação política. (...) A Universidade Popular tem uma proposta de discutir a vida das pessoas, onde elas moram, com todas as questões. Que é a proposta do território (...). Se você ler “Uma Agenda para a Saúde”, do Eugênio Vilaça Mendes, a proposta do território da Estratégia de Saúde da Família, da ação dela no território, não tem como você não ver a vida das pessoas, não estar trabalhando com isso. Essa é a proposta original da Estratégia de Saúde da Família. Que, ao longo desses anos todos, ela vem sendo cada vez mais relegada a um plano que eu não saberia nem classificar qual. Por várias razões. Pelo perfil dos profissionais, pela formação. Talvez, também, porque nós não conseguimos superar o modelo biomédico da consulta, ou a formação, não sei se mudou muito de lá pra cá. Várias questões, então, interferiram nisso. Houve toda uma cultura, no país, uma indústria de equipamentos que ganham muito dinheiro com isso, com medicamentos, que ainda faz com que as densidades tecnológicas sejam confundidas com as complexidades. Então, tudo isso fez com que a Universidade Popular fosse uma proposta que exigia mais do profissional como cidadão do que como técnico, na minha avaliação. Isso não foi possível, principalmente porque sobrecarregou duas pessoas: a Cláudia, enfermeira, e a Luísa Nara, e elas acabaram não dando conta. Na minha avaliação, ainda, também pelas questões de vida dela. Questões de formação. Formação política e tudo. Várias questões. (...) Vivência. São pessoas, que não tiveram, pelo menos que eu saiba, a oportunidade de vivenciar o que, por exemplo, o grupo de 93 vivenciou. Talvez a Universidade Popular com aquelas pessoas... Não porque eram elas, mas pela experiência que elas tinham de militância mesmo (...). A Universidade teria, talvez, conseguido dar esse passo que a gente esperava. (...) E ficava difícil, de fato, pras meninas que não vivenciaram esse processo, que

são muito jovens. O movimento estudantil, da década de 80, era uma coisa completamente diferente do que foi na década de 90 e do que é hoje, (...) porque nós estávamos saindo de uma ditadura. Então, nós tínhamos a preocupação de discutir a democratização do país, da Universidade. Teoricamente, a Democracia já existe no Brasil.(...) Então, elas não vivenciaram o que nós vivenciamos na década de 80. Essa é a grande diferença. Isso interfere na forma como você trabalha, eu avalio. A minha formação de respeito às pessoas, à cidadania e à forma como eu trabalho [se emociona] não foi da Universidade (SILVA, 2013a, p. 30).

No ano de 2009, a equipe do CAPS realizou matriciamento em todas as equipes da Zona Rural, de acordo com Francisca Cláudia (SILVA, 2014b). As menções ao trabalho do CAPS na zona Rural também estão nas atas do CMS de 07 de julho de 2009 e 11 de agosto de 2009. Também há menção aos altos gastos com combustível para os carros do município, incluindo o do CAPS, o que é mais um indício de que esta atuação, realmente, foi bem intensa. Com o matriciamento, os laços entre as equipes do CAPS e os do PSF da zona rural teriam ficado muito próximos. Além disso, foi possível diminuir os encaminhamentos para o CAPS. Entretanto, na zona urbana, o matriciamento não foi possível, segundo Francisca Cláudia (SILVA, 2014b), pelo excesso de demanda do CAPS. Isto também fazia com que, frequentemente, a equipe trabalhasse além do seu horário. Luisa Nara foi conselheira do CMS na gestão 2007-2009, segundo seu livro de atas. A ata do dia 07 de julho de 2009 traz a informação de que Nestor Pinto iria tirar férias e que, portanto, os pacientes deveriam pedir suas receitas antes de seu afastamento. Ou seja, durante as férias do profissional, não existia sua substituição, ficando os pacientes sem atendimento. No dia seguinte, nova reunião do CMS aponta dois fatos importantes: Selene de Melo Bandeira, assessora de Saúde do município, informou que havia recebido um ofício do Tribunal de Contas da União – TCU em que este realizaria uma visita ao CMS de Quixadá, tido como um dos mais atuantes do estado. Deve-se destacar também a realização de projetos na temática drogas que eram

feitos por outros atores do município que não o CAPS, como o projeto *Crack X Craques*. As discussões sobre a temática drogas foram uma constante no CMS este ano, inclusive com a cobrança pelo CAPS AD; com a sugestão de trabalho de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no PSF. Houve concurso público municipal, em 2009 e em 2010.

No concurso público de 2010, foram aprovados Tonigerley Silveira de Sousa para o cargo de agente administrativo, lotado na secretaria de Saúde do município e responsável pelos bancos de dados dos sistemas de Saúde de Quixadá; e Francisco Robson Silva de Sousa, para o cargo de auxiliar de serviços gerais. Francisco Robson era auxiliar de produção em uma fábrica de calçados em Horizonte e, ao ser aprovado no concurso, foi trabalhar no CAPS. Embora assustado, a princípio, com o fato de lidar com pacientes em sofrimento psíquico, foi muito bem acolhido pela equipe e logo passou a gostar do serviço e dos pacientes (SOUSA, 2013b). Foram aprovados neste concurso a assistente social Heleina Filgueiras de Almeida Carneiro, três terapeutas ocupacionais, sendo a terceira colocada Lílian Oliveira Lima Matos e três psicólogos: o primeiro não assumiu a vaga, a segunda era Milena de Holanda Oliveira Bezerra, que já tinha sido estagiária do CAPS e passou a trabalhar lá e o terceiro foi Thiago Sousa Félix (FÉLIX, 2013).

Thiago Félix se formou pela UNIFOR, em 2006.2. Havia sido bolsista no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, equipamento de Saúde onde os estudantes da UNIFOR realizam suas práticas. Ao se formar, recebeu o convite para trabalhar no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS da cidade de Russas. Permaneceu trabalhando no NAMI e no CRAS. No CRAS de Russas, teve suas primeiras experiências de intervenções intersetoriais. Fez o concurso para Quixadá pela comodidade, já que as provas foram aplicadas em Fortaleza, mas também porque tinha a expectativa de docência e sabia que Quixadá era uma cidade universitária. Entrou, primeiramente, para trabalhar na zona rural, pelo NASF, onde ficou um ano e meio. Uma vez por mês, a equipe se reunia com a equipe do NASF da sede. Sobre a realidade encontrada neste período, Thiago Félix relata:

eram gritantes a apatia, a violência, o descaso com o povo da cidade, a desintegração social dos bairros da periferia, no caso de Quixadá e das comunidades rurais, onde a gente era muito acolhido. Onde havia muita pobreza, mas muito respeito pelos profissionais de Saúde (FÉLIX, 2013, p. 02).

O cotidiano dos profissionais do NASF era estar a cada turno em um distrito diferente. Em sua atuação no NASF, Thiago Félix participou da Universidade Popular, onde conheceu os profissionais do CAPS.

Porque Quixadá se orgulha muito de ser um dos berços da Atenção Básica, do PSF do Brasil, de ser o terceiro CAPS do Ceará (...). Então, eu também tinha orgulho de fazer parte daquela história, tentando fazer o NASF dar certo, tentando puxar para o NASF, usando o CAPS Geral como uma referência para o NASF. Olha, a gente tem aqui, a gente vai dar certo se a gente copiar, se a gente se espelhar em experiências boas (FÉLIX, 2013, p. 03).

Então, eu via uns luxos do CAPS Geral. A gente, de forma boa, invejava. A gente queria uma supervisão, também, na atenção básica, as reuniões que fechavam o serviço do CAPS. A gente queria, também, parar um dia pra se reunir. Posso dizer: alguns métodos do CAPS, da equipe de Saúde Mental eram respeitados (FÉLIX, 2013, p. 04).

Para Thiago Félix (FÉLIX, 2013), os profissionais do NASF agiam muito de acordo com suas especialidades, e ele sentia falta de que houvesse uma integração de saberes, especialmente na área de Saúde Mental. Quanto à supervisão, Francimeiry Amorim (SILVA, 2013a) fez referência que, no passado, as equipes de atenção primária também se inspiraram no CAPS e lutaram para que ela existisse. Chegou-se a ter dois supervisores do PSF na primeira gestão de Ilário Marques: Alcides Miranda e, posteriormente, Carlos Magno. Entretanto, a experiência não teria funcionado por conta dos compromissos de ambos. O primeiro, porque estaria muito atarefado com a perspectiva do doutorado e o se-

gundo, com as supervisões de CAPS em outros municípios e os convites gerados pela militância na área de Saúde Mental. Depois disso, não houve novas iniciativas para que o PSF tivesse supervisão.

Outra análise que Thiago Félix (FÉLIX, 2013) faz sobre o NASE, em comparação com o CAPS Geral, é que ele é mais vulnerável à gestão municipal, em termos de saída e entrada de servidores. Acredita que, na Saúde Mental, isso não acontece porque a equipe é mais coesa, aglutina-se e não permite estas mudanças, além de ser tecnicamente mais respeitada. “A gente [equipe de Saúde Mental] se respeita, internamente, e passa esse respeito para o gestor e a população sente esse respeito e as outras equipes do município respeitam também” (p. 04). Com uma postura ativa na UP, Thiago Félix foi convidado para fazer parte das supervisões do CAPS, participou das jornadas desde seu ingresso no município e, com esta empatia criada, ele passou a ser sondado para fazer parte da equipe do CAPS (FÉLIX, 2013). Entretanto, só passou a atuar na Saúde Mental com a criação do CAPS AD Casa Norte.

No ano de 2010, o CMS de Quixadá tomou como uma de suas prioridades a discussão de seu Regimento Interno. Na Saúde Mental, a XVIII Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania abrigou o III Colóquio Internacional de Saúde Mental do Semi-Árido, que contou com a participação de Franco Rotteli, que havia sido diretor do departamento de Saúde Mental de Trieste; do ator e diretor Claudio Misculin e de Cinzia Quintiliani, gestora e diretora artística, ambos da associação cultural *Accademia della Follia*, com sede no departamento de Saúde Mental de Trieste. O Colóquio contou com o espetáculo Extravagância, da *Accademia della Follia*.

Mesmo com estes grandes investimentos financeiros nas jornadas de Quixadá, a sensação do prefeito Rômulo Carneiro era de que o CAPS não só não tinha evoluído nos últimos anos, mas que estava “parado”.

O CAPS, praticamente, estava servindo só pra fazer receita. Então, ele não tinha o trabalho externo, não tinha o trabalho de reuniões. Eu me lembro bem que, basicamente, ele tinham duas festas no ano: uma era uma festa

de confraternização no CAPS e a outra é o congresso do CAPS que todo final do ano tem. Então, basicamente, ele tinha isso (CARNEIRO, 2013b, p. 06).

Nós sentimos muita falta daquela pessoa que implementou o programa CAPS. (...) Isso já no segundo ano do meu mandato. Eu achei que não era aquilo que eu conhecia por CAPS. Então, nós fizemos uma proposta para o doutor Carlos Magno de reestruturá-lo, apoiá-lo. Ele faria um projeto e nós o apoiaríamos, no sentido de ele reassumir o cargo dele, a chefia do CAPS Geral (CARNEIRO, 2013b, p. 05).

A ideia de Ana Valéria, secretária de Saúde, era a mesma.

Não seria nem o supervisor, mas o orientador. Só que, assim, o que eu percebi era que o tempo dele sempre foi muito restrito, mas, ele dava um suporte muito bom, de reunir equipes. Tinha várias reuniões na casa dele, chamava a equipe todinha, conduzia muito bem isso. Ele não era só um psiquiatra clínico, sempre conduziu muito bem o grupo com a questão da organização do serviço também. Então, a minha intenção, na verdade, se ele tivesse mais disponibilidade, era que pudesse ficar no atendimento, como ele gosta, mas que ele pudesse ficar, também, um pouco na supervisão. Só que o tempo dele era muito reduzido (CARNEIRO, 2013a, p. 10).

Ana Valéria readmitiu Carlos Magno como psiquiatra em meados de 2011, mas, como ele podia ficar poucos dias no município, não o contratou como supervisor. Rômulo Carneiro e Ana Valéria supunham que era a ausência de Carlos Magno que fazia com que o CAPS estivesse com as ações mais limitadas. Esse entendimento acabou criando um problema de hierarquia no cotidiano do serviço, porque, em teoria, Carlos Magno assumiria uma posição de chefe e iria reestruturar o CAPS. No entanto, o direcionamento das ações do CAPS seria realizado em supervisão, em diálogo e consenso com a equipe, e Marluce Oliveira continuaria como supervisora.

Aí, nós temos uma situação difícil. (...) Teve, no último ano, quando Carlos voltou a Quixadá, um grande embate entre ele e Marluce. Divergências, até que Marluce fez uma retirada diplomática e de avaliação, também [risos]. (...) Que foi bom, pra ela, e eu acho que foi necessária, naquele momento. Então, eram condições diferentes na discussão sobre as próprias questões do adoecimento. Ele não aguenta nem ouvir essa expressão: o “sofrimento psíquico na contemporaneidade”. Mas, não era só isso. São formas de trabalhar também algumas questões (SILVA, 2013a, p. 28).

De fato, as discussões do CAPS Geral eram mais focadas nas temáticas próprias da reforma psiquiátrica e de seus teóricos, enquanto Marluce de Oliveira se inspirava em outros teóricos, especialmente psicanalistas e filósofos, que subsidiavam sua forma de desenhar as atividades do serviço, em especial a UP e o LS. Tanto que estes projetos foram abraçados pela equipe da Casa Norte, mas, não tiveram grande influência sobre o CAPS Geral.

Em janeiro de 2011, foi contratada a psiquiatra Ana Cláudia Gonçalves. Ana Cláudia se formou na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, em 2004.2. A princípio, a possibilidade de trabalhar como psiquiatra era descartada para ela, devido à formação que teve na faculdade. Suas práticas foram no Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano: “Então, era uma coisa horripilante, um castelo dos horrores, chocava”. Formou-se em 2004.2 e em 2005, foi criado o primeiro CAPS, na cidade onde seus pais moravam, Ouricuri/Pe. Foi convidada para trabalhar lá como médica generalista e aceitou. Aí, teve o primeiro contato com o que chamou de “o real da Psiquiatria”. Embora fosse um início, na cidade próxima de Orocó já havia um CAPS e a equipe foi extremamente solícita em auxiliar a equipe de Ouricuri. Além disso, a equipe contou com capacitações em Recife e foram feitas visitas em outros CAPS. Tudo isso contribuiu para que Ana Cláudia tivesse uma nova percepção sobre a Psiquiatria e se interessasse pela área, vindo a fazer residência no Hospital de Saúde Mental de Messejana de 2008 a 2010. Ao terminar a residência, foi vendo as cidades que tinham CAPS, onde poderia trabalhar. Chegou a Quixadá pelo fato de ser próxima

à Fortaleza e se ofereceu para trabalhar lá, sem ter nenhuma referência sobre a atuação do município em Saúde Mental (GONÇALVES, 2013).

Sobre a realidade que encontrou, Ana Cláudia destaca que a casa em que funcionava o CAPS Geral possuía a estrutura física muito precária. Ela trabalhou apenas uma semana com Nestor Pinto e, logo, ele se afastou do município. Ana Cláudia alega (GONÇALVES, 2013) que muitas vezes não existia registro médico algum no prontuário do paciente, porque o psiquiatra que trabalhou antes dela registrava os atendimentos em seu computador pessoal e, quando saiu, deixou o serviço sem os dados. Havia pacientes que eram atendidos e tinham uma lacuna de anos nos seus registros médicos, embora houvesse os registros dos outros profissionais. Além disso, quando Ana Cláudia assumiu, o CAPS Geral tinha em torno de sete mil prontuários. Ana Cláudia acredita que destes, apenas em torno de mil pacientes, efetivamente, iam ao serviço. Mesmo assim, quando um paciente era atendido em crise, muitas vezes, não tinha como retornar porque já não havia mais nenhuma possibilidade de encaixá-lo na agenda, que se estendia em meses. O município tentou agendar uma central de agendamento, mas, foi ainda pior, porque as consultas ficavam ainda mais espaçadas e, dependendo do número, encerravam-se as marcações. Poderia acontecer de, quando as marcações retornavam, pacientes com tempo de espera menor, conseguissem logo o agendamento, em detrimento dos que esperavam há mais tempo.

Além disso, avalia que o que causava muitas dificuldades neste período era a falta de apoio do PSF.

Às vezes, estabilizava o paciente, e tudo, iniciava e dizia: olhe, vá pra o PSF, fazia uma cartinha lá de referência pedindo só pra manter o tratamento. Muitas vezes, o paciente dizia: “doutora, eu não vou. Ele chega lá e não sabe o que fazer. Então, eu prefiro continuar aqui”. Muitos ficam em subdoses de medicações, porque não conseguem retornar ao CAPS, não conseguem marcar uma consulta. Enfim, ficam tomando remédio, às vezes, indefinidamente, sem um tratamento adequado, porque a gente também não tem como ver todo mundo (GONÇALVES, 2013, p. 07).

Em 2011, havia uma intenção de que se escolhesse um dia para que o CAPS fizesse o matriciamento dos PSF. Na prática, isto não funcionava pela ausência de médicos no PSF. Quando Ana Cláudia entrou no serviço, a princípio, trabalhariam dois profissionais. Com apenas uma semana de trabalho, Nestor Pinto saiu do serviço. Segundo ele (PINTO, 2013), saiu porque, por conta da alta demanda, ele ficava sobrecarregado, sem ter sequer o horário de almoço respeitado.

Eu fiquei a princípio quarenta horas, larguei [dois dias], depois, para ficar em Ocara, não aguentava. (...) Até pra pressioná-los a contratar outro palhacinho, ops, outro psiquiatra, pro circo, né? Só que não fizeram isso, botaram tudo nas costas do palhaço. Quando se pega um sabonete e aperta com força, escapa, como um peixe. Escapa. Eu escapei (PINTO, 2013, p. 05).

Além da falta de outro psiquiatra, Nestor Pinto considera que na gestão de Ivonete Dutra foi feito um bom trabalho de matriciamento, portanto, este problema não era tão sentido.

Casos mais leves, blá blá blá, blá blá blá, eles resolviam. Então, a demanda era menor. Só chegavam no CAPS coisas quase graves e crônicas, assim. Depois, não. Voltou a chegar chifre, chique, dor de cabeça, vômitos, cachorro, pato, marreco, Neurologia, epilepsia, aposentofrenia - que eu criei essa palavra - e, por aí, vai (PINTO, 2013, p. 05).

Um mês após sua entrada, Ana Cláudia recebeu o convite para trabalhar um dia em Quixeramobim e o aceitou. Posteriormente, diminuiu a carga horária ainda mais, ficando apenas três dias em Quixadá. O serviço, portanto, que já estava com apenas um profissional, passou a ficar ainda mais limitado e, na prática, afetou bastante a sua atuação. Participou de poucas supervisões, por coincidência com o dia de Quixeramobim. Concentrou-se na alta demanda ambulatorial e no diálogo com o Conselho Tutelar. Visitas domiciliares e participação nas reuniões de equipe foram sufocadas. A solicitação do Hospital Eudásio Barroso para

acompanhar internamento era atendida, depois do expediente no CAPS, mas, identificou vários problemas: o psiquiatra deixou de ser consultor e passou a ser assistente, especializando o processo, desnecessariamente. “Eu estava lá e o médico disse: ‘ah, esse paciente não é meu, ele é da Psiquiatria’. Tipo assim, se a Psiquiatria não o visse, o paciente também não seria visto. Isso é complicado” (GONÇALVES, 2013, p. 14).

Quando Ana Cláudia chegou, houve a demanda, ainda, de que ela preenchesse as APACS. O correto era que o médico o fizesse, mas para isso ela solicitou que um turno seu de trabalho fosse para o preenchimento das APACS. Esse turno não foi liberado e chegou a preencher as APACS no hotel.

Em uma semana, eu fiquei levando prontuários pra lá. Acho que a primeira vez que eu fiz e, aí, eu disse: “olha, eu não vou mais fazer isso, primeiro, porque não posso estar passeando por aí com prontuário de ninguém, segundo, pra mim, é extremamente exaustivo passar o dia aqui e chegar em casa à noite pra ainda ter que fazer isso. Se é algo que tem que fazer, então vamos parar um horário. Wellington, realmente, viu e me ajudou muito nessa questão e disse: “não, doutora, concordo plenamente”. Era quem mais ficava comigo; todo mundo ia embora e ele ficava comigo até o horário de eu ir. Era quem mais dava força nesse sentido. Acabou que voltou a ser, depois de um tempo, o esquema que funcionava antes, porque não tinha condições (GONÇALVES, 2013, p. 16).

Isso também aconteceu com as receitas médicas, no caso das medicações controladas, que mesmo que o médico do PSF pudesse e soubesse prescrever, era necessária a transcrição do psiquiatra.

Eles alegavam que era pra ter um maior controle, porque como eram medicações de alto custo, então, era pra gente realmente ver se tinha necessidade daquele paciente tomar aquele tipo de medicamento. Só que não tinha como você ver todos. Havia pacientes que nem eram acompanhados pelo CAPS, que eram pacientes que tomavam, por exem-

plo, Topiramato pra enxaqueca e, meramente, pegavam lá a receita. Eu disse: “olha, eu não vou ficar transcrevendo isso aí. Os que forem aqui do CAPS, que eu possa ver, aí tudo bem, eu me responsabilizo, agora, um paciente externo que não sei quem é que toma remédio não sei para quê, eu não vou fazer isso, aí a Secretaria que se resolva com eles” (GONÇALVES, 2013, p. 16).

Quanto aos pontos positivos do que encontrou em Quixadá, Ana Cláudia (GONÇALVES, 2013) destacou a liberdade de atuação que o profissional possuía, o respeito e a abertura da equipe em conversar sobre o cotidiano da atuação, dando sugestões construtivas. A gestão também a deixava à vontade para atuar da forma com que achava melhor.

Carlos Magno retornou ao CAPS Geral, como psiquiatra, em meados de 2011, dando apenas dois dias de expediente. Com isso, o CAPS voltou a atender de segunda a sexta-feira. Como os psiquiatras se revezavam, segundo Ana Cláudia (GONÇALVES, 2013), praticamente, não havia comunicação entre eles. Por isso, Marluce de Oliveira sugeriu que a supervisão fosse à noite, para que toda a equipe pudesse participar. Entretanto, isto já foi próximo à saída de Ana Cláudia do município. Ela saiu em dezembro.

O projeto do CAPS AD Casa Norte já vinha tramitando desde 2008 nas instâncias necessárias para a sua aprovação pelo Ministério da Saúde. Paralelo a isso, a equipe do CAPS Geral fez seminários, discussões com a gestão, com a Segurança Pública e com a população como forma de mobilizar a cidade para uma nova forma de lidar com a questão das drogas, que levasse em conta os aspectos sociais envolvidos. Para Ana Valéria, o CAPS AD não iria resolver o problema das drogas, pela complexidade do problema. Mas, era uma forma de o município dar um suporte (CARNEIRO, 2013a). O objetivo era que o CAPS AD Casa Norte não fosse apenas um lugar de tratamento, mas, um espaço que propiciasse a discussão sobre os determinantes sociais que favorecem o uso, abuso e dependência de drogas. O CAPS AD deveria ser um espaço articulador da política municipal de álcool e drogas. Por isso, a equipe elaborou um projeto de lei que criaria um conselho municipal anti-drogas, interse-

torial, como espaço legítimo de representação social. Entretanto, este conselho não foi aprovado (SILVA, 2013d). Entendia-se, também, que para a condução de uma política municipal de Saúde Mental, as equipes do CAPS Geral e do CAPS AD deveriam estar integradas.

Segundo Ana Valéria (CARNEIRO, 2013a), a Casa Norte só foi implantada no último ano da gestão pela dificuldade em colocar um médico clínico no serviço, já que este profissional estava em falta, inclusive, no PSF. Quando da criação do CAPS AD, alguns profissionais que já tinham uma trajetória do CAPS Geral foram remanejados para lá, como Luisa Nara e Francisca Cláudia. Elas ficaram responsáveis por montar a equipe. A supervisão também seria única, como forma de não fragmentar a política. Assim, Marluce de Oliveira (OLIVEIRA, 2013a) compreende que a Casa Norte era uma continuidade do que já se fazia no CAPS Geral.

Em agosto de 2011, o agente administrativo Francisco Matheus Barros dos Santos foi contratado para trabalhar na Casa Norte. Primeiro, ele foi para o CAPS Geral conhecer a realidade do serviço de Saúde Mental, já que este era o seu primeiro emprego. Participou de reuniões e supervisões (SANTOS, 2013). Videlma de Oliveira, que já era técnica de Enfermagem do município, foi convidada por Ana Valéria para trabalhar na Casa Norte (OLIVEIRA, 2013b) e Tonigerley Silveira de Sousa, agente administrativo, também (SOUSA, 2013c).

Segundo Ana Valéria (CARNEIRO, 2013a), todo o processo de criação da Casa Norte foi conversado com os profissionais. Carlos Magno teria sugerido a ela que Wellington Peixoto assumisse a coordenação do CAPS Geral, para que Luisa Nara o fizesse na Casa Norte. Esta decisão, aceita por todos, fez com que em Quixadá se criasse a realidade de que um profissional de nível técnico fosse o coordenador da equipe, demonstrando a permeabilidade para a abertura de inovações que visavam diminuir a hierarquia entre profissionais.

Na reunião em que Luisa Nara e Francisca Cláudia anunciaram a inauguração da Casa Norte às equipes dos PSF e dos NASF, Thiago Félix foi convidado para fazer parte da equipe da Casa Norte. Ao mesmo tempo, tomava posse em outro município, por isso não pôde assu-

mir imediatamente porque não sabia como conciliar os dois empregos. A primeira psicóloga da Casa Norte passou apenas um mês, foi Maria Lucivânia Lopes de Sousa Larcercda, que anteriormente trabalhava no NASE, com carga horária de vinte horas semanais. Depois disto, Thiago Félix assumiu (FÉLIX, 2013).

Em 1º de setembro, tomou posse do cargo no qual tinha sido aprovada em concurso de 2010, a terapeuta ocupacional Lílian Matos, que iria para a Casa Norte. Ela havia se formado em Terapia Ocupacional em 2001.1. pela UNIFOR e, embora tivesse aproximação com a Psiquiatria já na sua graduação, o contato com a atuação quanto à dependência química aconteceu em um estágio voluntário que realizou depois de formada, na comunidade terapêutica Desafio Jovem, em Fortaleza. Depois, ela acabou sendo contratada. Posteriormente, foi convidada para participar da equipe que inaugurou o CAPS AD de Icó. Passou quatro anos lá, chegando a ser coordenadora do serviço. Saiu por conta das condições precárias de trabalho, especialmente no âmbito trabalhista. Foi trabalhar em Fortaleza em uma clínica de imagem, prestou concurso público para Quixadá e, sete meses depois, foi convocada.

Fiquei muito feliz, porque já sabia da competência de todos os profissionais de Quixadá. Já sabia, porque frequentava as atividades culturais de Quixadá, que eram as jornadas, as palestras, essas coisas. Então, sempre Quixadá foi uma referência na Saúde Mental, que eu acompanhava, mesmo de longe (MATOS, 2013, p. 03).

Lílian Matos começou a trabalhar em Quixadá poucos dias antes da XIX Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania. Assim, do mesmo modo que o CAPS Geral foi inaugurado junto com a I Jornada, o CAPS AD Casa Norte o foi por ocasião da XIX, com programação especialmente dedicada ao tema das drogas. O município recebeu do Ministério da Saúde o recurso para implantação, que serviu para comprar equipamentos e o carro. No entanto, a Casa Norte não foi credenciada como CAPS AD pelo MS pelo fato de nunca ter tido uma equipe

completa, com um psiquiatra com carga horária mínima de vinte horas semanais e um médico clínico geral. O município precisou arcar com os gastos de seu funcionamento. Ademais, o serviço não aceita referência de outros municípios.

Na fundação do CAPS Geral de Quixadá, sequer existia linha de financiamento específico para CAPS pelo MS, como atualmente. Também, naquela ocasião, o município assumiu a responsabilidade de financiá-lo. A Casa Norte nasceu em outro contexto, em que já existia financiamento próprio. No entanto, não se investiu na formação de uma equipe para consegui-lo. Se o CAPS Geral foi inaugurado com dois psiquiatras, funcionando de segunda a sábado, as condições de funcionamento da Casa Norte eram, comparativamente, muito precárias.

A primeira coordenadora da Casa Norte foi Luisa Nara. Manteve-se a rotina de supervisões mensais e de reuniões de equipes semanais. Conforme ata da primeira reunião de equipe, ocorrida em 26 de setembro de 2011, pôde-se observar que os profissionais de nível fundamental e médio também participavam das reuniões. Neste primeiro momento, a equipe esteve dedicada a avaliar as pendências de materiais e equipamentos, organização dos espaços e dos serviços: como seriam os atendimentos, agendas, corpo funcional, horário de funcionamento e acordos referentes a rotinas, questões éticas, responsabilidades. O serviço funcionaria de segunda a quinta-feira, de 08 às 12h e das 14 às 18h, e na sexta-feira, apenas no expediente da manhã. Nesta primeira reunião, o serviço ainda não contava com um médico. As APACs ficaram sob a responsabilidade do agente administrativo Francisco Matheus. Ficou estabelecido que qualquer pessoa poderia procurar o serviço por demanda espontânea e que os usuários tabagistas deveriam participar por avaliação de médico clínico no PSF. Nesta reunião, Luisa Nara comentou sobre a sugestão de Marluce de Oliveira de se utilizar prontuário eletrônico.

Na segunda reunião da equipe, já estava funcionando um grupo para os tabagistas. Segundo ata, havia poucos usuários procurando o serviço, o que motivou os profissionais a fazerem atividades externas, informativas, junto à Secretaria de Desenvolvimento Social. A maior

parte das pessoas que procurava o serviço era de dependentes de tabaco ou álcool e, como o serviço continuava sem médico, havia o temor da equipe de que os pacientes abandonassem o acompanhamento pela ausência do profissional na unidade. Nesta reunião, foi realizada a escala de acolhimento, envolvendo os profissionais de nível superior e surgiu a proposta de se realizar o denominado Laboratório Social.

Os Laboratórios Sociais, como pensados por Miguel Benasayag, são experiências realizadas na França e na Itália de dispositivos de pesquisa-ação que partem de experiências locais e buscam dar conta de fenômenos sociais, como o sofrimento, o alcoolismo, a violência, questões relativas à paternidade. Esses problemas são tratados coletivamente, a partir dos saberes populares. Através dos Laboratórios Sociais, busca-se encontrar estratégias de resolução dentro da própria comunidade, como uma forma de empoderá-la (BENASAYAG, 2011).

No caso de Quixadá, objetivava-se discutir o problema da dependência química e de adoecimentos diversos com a sociedade. A princípio, ele aconteceria mensalmente, com pequenos grupos. Chegou-se a se pensar em incluir os ACS no Laboratório Social. No entanto, começou-se o trabalho com profissionais do CRAS e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Posteriormente, os encontros passaram a ser mensais. Após um ano de experiência, como forma de ampliá-la, iniciou-se uma atuação junto à Secretaria de Educação, com seu corpo gestor, coordenadores pedagógicos e diretores de escola. Foi escolhida uma escola para servir de piloto, da sede municipal, para facilitar acesso, porque, mesmo com a Casa Norte tendo recebido do MS um carro para seu uso exclusivo, frequentemente, ele era usado para outras atividades e a equipe ficava com sua atuação restrita. Outro critério era que na escola já houvesse a identificação de casos de dependência química. Com isso, escolhida a escola, professores, secretários e auxiliares passaram a ser instrumentalizados quanto à questão da dependência química e contribuía com a sua experiência sobre esse fenômeno. Buscava-se atingir, indiretamente, o público jovem, que, pela experiência da equipe, eram os que mais se envolviam com drogas ilícitas.

Nós fizemos uma avaliação, no final do ano [2012], desse projeto, dentro da escola, porque a gente queria perceber como eles se sentiam em relação ao projeto. Foi muito interessante eles terem colocado que, primeiro, eles se sentiam muito isolados, que a gente sempre falava de trabalhar Saúde, Educação e Assistência Social, mas, na prática mesmo, ninguém conseguia tomar iniciativa nenhuma. Esse tinha sido um projeto importante nesse sentido de a gente ter dado a iniciativa de estar, de fato, discutindo (SILVA, 2013d, p. 18).

Ter um olhar de fora sobre o fenômeno fazia com que o grupo da escola passasse a enxergar o aluno como um todo, e não apenas o problema que ele apresentava. Além disso, eles relatavam que estas discussões acabavam tendo um caráter terapêutico, já que, muitas vezes, o cotidiano da escola os deixava aflitos (SILVA, 2013d). O Laboratório Social possibilitou ainda uma maior articulação com a rede de equipamentos do município (MATOS, 2013). Especialmente, em relação aos CRAS e aos CREAS, já que estes estão espalhados pelo território. Assim, a Casa Norte conseguia se manter próxima à equipe da Assistência Social que acompanhava a família no cotidiano e trocar informações (SOUZA, 2014). Em casos que envolvessem atores sociais diferentes, como, por exemplo, a Polícia, ela também era convidada a participar (OLIVEIRA, 2013b). Buscava-se que o LS tivesse um cunho de prevenção em Saúde Mental (FÉLIX, 2013), embora não haja registros sobre sua eficácia, neste sentido. Foram convidados coordenadores de grupos de alcoólicos anônimos e de uma comunidade terapêutica de Quixadá, para ter assento no LS, mas, eles nunca participaram (OLIVEIRA, 2013b).

Sobre o ano de 2011, a ata do CAPS AD da supervisão de 20 de outubro aponta para o fato de que até então ainda não se tinha definido um fluxograma de atividades e já aparecia a primeira queixa sobre ausência de transporte para atividades externas. Nesta data, o serviço contava apenas com 33 pacientes, sendo, a maioria, tabagistas. Luisa Nara comentou que havia muita demanda social por internamento. Ainda segundo a ata, Marluce de Oliveira discordava de que o tabagismo fos-

se tratado na Casa Norte, devendo ter acompanhamento realizado pelo PSF; casos de alcoolismo deveriam ser tratados nos grupos de alcoólicos anônimos e os CAPS AD deveriam tratar os casos relacionados às demais drogas. Ao mesmo tempo, defendia que a atuação não deveria ser focada na questão das drogas em si, mas, no sofrimento psíquico. A internação voluntária de usuários deveria acontecer no hospital clínico, e, para isso, seria preciso fazer reuniões com ele. Sugeriu que fossem feitas planilhas para fins de estatística do serviço e cobrou o fluxograma. Nesta data, o serviço continuava sem médico clínico.

Em 22 de novembro de 2011, há o primeiro registro de Thiago Félix como membro da equipe. Nesta data, há uma maior sistematização das atividades a serem desempenhadas: a criação de um grupo de prevenção à recaída para os dependentes de álcool; a criação de um grupo de tabagismo no período noturno para os usuários que trabalham e a manutenção do grupo matutino para os usuários que moram nos distritos; a criação de uma farmácia viva; e discutiu-se a possibilidade de criação de um grupo de sala de espera e de consultórios de rua. Registrou-se, ainda, a ida de Francisca Cláudia para uma Jornada Cearense de Psiquiatria.

Na semana seguinte, há o primeiro registro de pedido para que a equipe de nível médio, com exceção de Videlda de Oliveira, saia da reunião. São tratados assuntos diversos, como visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, falta de transporte e discussão de casos. Neste momento, começa a se criar uma forma de atuação que se difere bastante do CAPS Geral e que pareceu contribuir para a ausência de sentimento de equipe e vinculação com o serviço na Casa Norte, entre os trabalhadores de nível fundamental e médio. No CAPS Geral, o investimento em capacitação do nível fundamental e médio e a compreensão de que eles também eram profissionais do cuidado, auxiliares de Saúde Mental, fazia com que houvesse uma maior identificação com o serviço; com que se construísse um discurso comum; e uma relação de proximidade, inclusive afetiva, com os colegas, tidos como iguais.

No caso da Casa Norte, chamou a atenção a quantidade de trabalhadores que não quiseram dar entrevista, alguns, claramente, afirman-

do que não possuíam propriedade para tal. Enquanto, no CAPS Geral, houve relatos de pessoas que tinham problemas em outros setores e que conseguiram se integrar à equipe, no caso da Casa Norte, há o relato sobre o desinteresse de alguns profissionais de nível fundamental e médio ou que, ainda, são pessoas que não possuem perfil para aquela atuação (MATOS, 2013). A impressão, no entanto, a partir das práticas, é que não havia, nos processos de trabalho, mecanismos de integração destas pessoas. Pelo contrário, nesta reunião, ficou claro que profissionais que estavam presentes foram solicitados a se retirarem. A hierarquia entre os profissionais aparece, inclusive, nas palavras utilizadas. Érica Lyzandra Vieira Menezes, que veio a trabalhar em julho de 2012 como agente administrativa na Casa Norte, embora seja técnica de Enfermagem de formação, assim se refere a essas reuniões: “essas reuniões são só pros líderes” (MENEZES, 2013, p. 03). Esse fato aparece em entrevistas de outros trabalhadores (SANTOS, 2013; MATOS, 2013). As figuras do Auxiliar em Saúde Mental e do terapeuta emergente, criadas ainda no início do CAPS Geral, permaneceram, por lá, nestes vinte anos de história, mas não houve reprodução deste modelo de trabalho no CAPS AD. Osmiclea Cavalcante Brito Silva entrou no CAPS Geral em agosto de 2012 e ainda teve este tratamento. Quando chegou ao serviço, foi recebida por Wellington Peixoto, que era coordenador.

Porque ele disse para mim que a gente, nós que trabalhamos aqui no CAPS, além de ser auxiliar, muitas vezes a gente também passa a ser psicólogo, psiquiatra, até porque tem pacientes que se identificam muito com a gente. Existe aquele paciente que muitas vezes chega, mas não quer acordo com aquela outra pessoa, já procura a gente. A gente também, é nesse tipo de coisa, quando eu, além de fazer o meu serviço, muitas vezes eu procuro ajudar em outros setores, dessa forma (SILVA, 2013g, p. 01).

Porque todos aqueles que vêm aqui, eles vêm em busca de ajuda. Eu vejo que não só do psiquiatra, não só do psicólogo, mas, sim, das pessoas que aqui se encontram, sabe?

Como da auxiliar que eu sou até o psiquiatra. (...) Eu vejo dessa forma, é aquele entrosamento, aquela equipe unida, aquele povo que só pensa em somar, para poder melhorar a vida deles (SILVA, 2013g, p. 03).

Em relação à Casa Norte, Tonigerley de Sousa chegou a dizer que existiam duas reuniões – uma administrativa, na qual participava toda a equipe, e uma clínica, em que só participavam os profissionais de nível superior. Sua fala parece descrever o processo que acontece com os demais profissionais. Ele disse que tinha vontade de participar das reuniões clínicas, no início, mas como não era permitido,

Com o passar do tempo, a gente percebeu que talvez fosse uma informação que não ia acrescentar muito à gente. Porque, no dia a dia, a gente não atende, a gente não escuta. O máximo que a gente escuta é quando o paciente senta lá fora e, às vezes, está carente ou está precisando de atenção e ele puxa conversa com a gente, começa a conversar sobre os problemas dele, desabafa talvez até a mesma coisa que ele desabafa dentro do consultório. Mas, no decorrer do tempo, a gente passou a achar que talvez fosse irrelevante, que a gente não ia ter autoridade pra dizer isso ou aquilo sobre um caso que quem está ali pra fazer é o médico ou o psicólogo (SOUSA, 2013c, p. 05).

Com isso, os profissionais deixam de estar empoderados e sobressai o discurso da categoria profissional. Esse foi um movimento da própria equipe, mas, que não se repetiu nas supervisões, que continuaram sendo feitas com os trabalhadores de diversos níveis de escolaridade. Entretanto, se, a princípio, foi pensado em um momento de supervisão com as equipes dos dois CAPS, em 2011, adotou-se o seguinte modelo: em um turno, a supervisão do CAPS Geral, em outro, a da Casa Norte e, à noite, todos reunidos com o PSF (OLIVEIRA, 2013a). Segundo Thiago Félix (FÉLIX, 2013), nestas reuniões estavam presentes os dois psiquiatras, Carlos Magno, do CAPS Geral, e Tatiana Pinho Carvalho, que veio a ser psiquiatra da Casa Norte em 2012; as equipes do PSF e do NASF.

Em relação às reuniões, segundo Thiago Félix (FÉLIX, 2013), com o tempo, elas foram escasseando. Nas palavras de Lílian Matos:

Até mesmo porque a gente, às vezes, não tem tempo de se reunir, fazer aquela reunião, não. A gente, por exemplo, está na sala de um profissional, aí vêm os outros, aí começa a conversar sobre aquele paciente. “Ó, o paciente tal, ele veio aqui na unidade”, aí, a gente vai colocando a par. Aí, os outros profissionais vêm pra sala (MATOS, 2013, p. 11).

Em de maio de 2012, fez-se uma tentativa de repactuar as reuniões da Casa Norte, obedecendo ao calendário mensal de uma reunião administrativa, uma de estudo de caso e duas dedicadas à atividade do Laboratório Social. No período anterior a esta reunião, mesmo quando aconteciam os encontros, não eram mais escritas suas atas. Segundo Thiago Félix (FÉLIX, 2013), também não se conseguia discutir todos os projetos terapêuticos, conjuntamente. Na prática, discutiam-se os casos mais complexos, especialmente, os que demandavam internação. Esta era outra questão que, em suas palavras, chocava os profissionais de Saúde Mental de Quixadá. No caso das psicoses, os pacientes não desejavam se internar, isto era uma expectativa familiar e social. No entanto, no caso do público da Casa Norte, era constante que os próprios usuários pedissem para se internar.

Ainda em 2011, há dois registros no livro de atas do CAPS AD de profissionais que pediam a presença de um segurança, porque tinham medo de ficar na Casa Norte. Este também era um diferencial em relação ao CAPS Geral. Enquanto, no primeiro, uma das lutas era contra o estigma de periculosidade associado à loucura, no caso do CAPS AD, existem realmente casos de pessoas que são acompanhadas e que se envolvem em crimes. Mesmo assim, Thiago Félix posicionou-se contra o que chamou de patrulhamento. A posição de Marluce de Oliveira foi que se devia pensar na situação fatídica como possibilidade, e que, portanto, era preciso planejar formas de agir nas emergências. Neste período, elaborou-se um protocolo para as visitas da equipe e há a menção para realização de pesquisa em serviço.

Na primeira reunião de 2012, o serviço continuava sem equipamentos de cozinha, carro e material de Enfermagem. Em relação aos insumos, desde a fundação da Casa Norte, disse Lílian Matos:

Eu nunca recebi um papel, uma caneta: “Tome, isso aqui é da Terapia Ocupacional”. Então isso dificulta muito a minha profissão, a minha atuação. Mas, mesmo assim, eu criei a horta, criei o grupo de prevenção a recaídas (...). A gente trabalha por amor mesmo, na verdade. (...) Inclusive, na gestão passada [a de Rômulo], eu pedia sempre materiais bem básicos, mesmo. Cartolina, sabe, coisas bem básicas mesmo que: “Não, isso aqui, não é possível que eles não me dêem”. Nunca recebi. Infelizmente, tem gestores que não se comprometem (MATOS, 2013, p. 06)”.

Com isso, as atividades da Terapia Ocupacional ficavam limitadas a ações que dependessem, unicamente, da fala, como grupos terapêuticos e dinâmicas, em detrimento das oficinas. Sem o carro, não era possível fazer trabalhos na comunidade, busca ativa e visitas domiciliares: “Então, ficou só no papel e só na vontade também” (MATOS, 2013, p. 06).

Novos profissionais entraram nas equipes em 2012, como Anatacha Silva Souza e Tatiana Pinho Carvalho, na Casa Norte e Heleina Filgueiras de Almeida Carneiro, no CAPS Geral. Heleina Carneiro se formou em 2000 e sempre desejou trabalhar na área hospitalar, o que conseguiu, por muitos anos. Sua família é de Quixadá. Em 2007, o hospital em que trabalhava fechou e ela foi procurar emprego em Quixadá. A princípio, foi lotada na Secretaria de Desenvolvimento Social e, a pedido, foi para o Centro de Referência da Mulher e de Cidadania de Quixadá. Foi o período em que houve o concurso público em que foi aprovada, sendo convocada apenas em fevereiro de 2012, para trabalhar no CAPS Geral. Heleina Carneiro passou a fazer encaminhamentos, orientações para outras políticas setoriais. Havia alta demanda em relação aos benefícios previdenciários. Sobre o cotidiano do serviço, Heleina Carneiro faz menção à grande demanda de atendimentos, marcações e consultas, o que causava prejuízo às atividades de grupo. Quando esteve

lá, o grupo de Queixas Difusas estava sem acontecer por esse motivo (CARNEIRO, 2013c).

Tatiana Pinho Carvalho (CARVALHO, 2013) era formada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará e concluiu a residência no HSMM em janeiro de 2012. Ao sair de Quixadá, Ana Cláudia a indicou para o serviço. Tatiana Carvalho tinha muito interesse em trabalhar em CAPS, além disso, o fato de Quixadá ser perto de Fortaleza contou para que aceitasse o convite. Iniciou trabalhando nos dois CAPS. Sobre o cotidiano da atuação, embora reconhecesse a importância da reunião de equipe e buscasse participar delas, nem sempre conseguia, por conta da demanda do serviço. “Você tem que optar entre participar da reunião ou assistência” (CARVALHO, 2013, p. 03). Segundo ela, também os outros profissionais não conseguiam fazer atividades externas devido à alta demanda. Atribui tal fato à equipe reduzida e ao fato de que Quixadá ainda recebe os pacientes das cidades próximas. Segundo Tatiana Carvalho, mesmo assim, ela conseguia participar das supervisões de Marluce de Oliveira. “É uma pessoa cheia de ideais, cheia de vontade de fazer coisas diferentes. Então, eu gostei muito, principalmente por essa vontade de fazer muito, de fazer mais. Então, eu me identifiquei logo muito com ela” (CARVALHO, 2013, p. 04).

Sobre a situação com a qual se deparou, como o excesso de demanda, Tatiana Carvalho (CARVALHO, 2013) não considera que sejam problemas inerentes a Quixadá, mas sim, ao SUS. Ela corrobora a posição de que, neste momento, o CAPS não conseguia suprir a demanda de atendimentos psicológicos. Além das supervisões e de algumas reuniões de equipe, ela fazia as visitas aos pacientes que estavam internados no hospital geral. Não conseguia fazer as visitas domiciliares por conta da alta demanda no serviço e pela ausência de transporte em ambos os CAPS. O CAPS Geral tinha um carro, mas com vários problemas, que passava muito tempo no conserto, enquanto o carro que era do AD foi logo utilizado para outros setores e não foi mais devolvido. Isto também impossibilitava a busca ativa de usuários. A alta demanda por atendimento psiquiátrico chegou a gerar fila de espera de seis meses.

Tatiana Carvalho considerava importante que toda a equipe fosse treinada (CARVALHO, 2013). De fato, segundo Tonigerley de Sousa (SOUSA, 2013c), quando havia reuniões de avaliação e planejamento, ela se articulava com a coordenação do serviço para realizar capacitações para a equipe, voluntariamente. Para Tonigerley de Sousa, esses momentos foram muito importantes, além daqueles que aconteciam através do convívio com os outros profissionais, em que, observando, ia-se aprendendo.

Agora, assim, mesmo elogiando o trabalho dos colegas, que eles fazem, voluntariamente, de capacitar os funcionários, eu também queria aproveitar e fazer uma crítica. Acho que a gestão devia dar mais esse suporte aos funcionários de capacitar de fato com treinamentos, até fora (...). Quando é um profissional de fora que vem, na maioria das vezes, o retorno, o aprendizado é até maior (SOUSA, 2013c, p. 02).

Quanto à Anatacha Souza, ela é enfermeira, formada pela FCRS, com especialização em Enfermagem do Trabalho e no Programa Saúde da Família. Durante sua graduação, foi estagiária do CAPS Geral. Formou-se em 2009.2. A princípio, não pôde trabalhar, por questões pessoais. Formada, estagiou na 8ª CRES por um ano, quando recebeu o convite de Luisa Nara e Wellington Peixoto para trabalhar na Casa Norte. Embora tenha achado muito assustador, especialmente por se tratar de um CAPS AD, aceitou o convite e assumiu, imediatamente, a função de coordenadora do serviço. Segundo ela (SOUZA, 2014), Wellington Peixoto teria lhe dito que ela tinha perfil e formação para trabalhar no serviço. Novamente, valorizando a pessoa sem experiência, já que ela seria construída pelo trabalho, “então, eu ia desabrochar o sentimento da militância, o amor e a vontade de lutar por direitos e deveres dos nossos usuários” (SOUZA, 2014, p. 03).

No seu primeiro registro no serviço como coordenadora, Anatacha Souza já aparece como incentivadora da participação da equipe na Jornada Científica do HSM, o que, de fato, levou à participação de Lílian Matos no evento. Neste momento, ainda conviviam as duas enfermei-

ras, Anatacha Souza e Francisca Cláudia. Nesta data, Francisco Matheus disse que encontrou informalmente uma paciente que disse que não voltaria ao serviço porque uma funcionária havia lhe tratado mal. Esta queixa também esteve presente no relato de Maria de Lourdes da Silva, familiar de um usuário do serviço. O seu familiar era atendido desde 2003 no CAPS Geral e, com a abertura da Casa Norte, ele passou a ser atendido lá. Quando perguntada sobre qual a diferença que via entre o tipo de atendimento prestado nos dois CAPS, ela localizou a diferença nas pessoas, que seriam mais atenciosas no CAPS Geral. Especialmente, falou sobre uma atendente: “mas, no início, a gente percebia a diferença, bem umas três mães que vinham aqui atrás de alguma consulta, ou então pra marcação, ela nunca estava atendendo a gente bem” (SILVA, 2014c, p. 08). Segundo Maria de Lourdes, após falar com a responsável pelo serviço, aparentemente, houve uma reunião com a funcionária e ela passou a tratar as pessoas bem.

Ainda nesta reunião, a equipe se dispôs a ir para Fortaleza participar de um encontro do Pacto pela Vida, movimento que tem por objetivo promover a paz social. Sugeriu-se que a Casa Norte realizasse campanhas educativas em todas as datas festivas; em bares da cidade e em Igrejas. Há a primeira menção ao *blog* da Casa Norte. De fato, segundo Thiago Félix (FÉLIX, 2013), a única campanha realizada foi no carnaval, com a produção de um *folder* que foi distribuído na cidade.

Antes de ser servidor de Quixadá, Tonigerley de Sousa realizou formação técnica na área de informática e em manutenção e supervisão de sistemas. Segundo ele, mesmo trabalhando na área administrativa, em tudo que fazia já pensava num modelo de sistema digital para agilizar as atividades. Um dos pontos positivos que viu ao trabalhar na Saúde Mental era a maior possibilidade de criação do que apenas a realização de trabalhos burocráticos e administrativos, na Secretaria de Saúde. A equipe sempre acolheu muito bem as suas ideias e, ao mesmo tempo, sempre lhe solicitou ajuda nesta área. Assim, sentia-se bem relacionado com os colegas. A sua formação específica possibilitou alguns incrementos tecnológicos, como as inscrições das jornadas realizadas por internet, em

2012, o próprio blog do serviço, a filmagem das jornadas e a transmissão em tempo real (SOUSA, 2013c).

Na final de março, há menção em ata ao fato de funcionários faltarem ou se atrasarem sem avisarem a coordenadora do serviço. O serviço continuava sem carro e foram discutidas as cargas horárias dos profissionais: Francisca Cláudia, que precisava cumprir quarenta horas em quatro dias e Lílian Matos, que precisava cumprir 30 horas em três dias. Esses assuntos ficaram de ser levados para discussão com a secretária de Saúde, mas, na prática, acarretaria mais uma diminuição da equipe, que nunca funcionou integralmente. Nesta data, tratou-se pela primeira vez da realização de estágios no serviço, que seriam de Psicologia e acompanhados por Thiago Félix. Há o registro de um novo psicólogo, formado pela FCRS, Leorne Menescal, que trabalharia 20 horas. Em abril, a equipe discutia a necessidade de levantamento de dados epidemiológicos sobre drogas; de prevenção ao uso de drogas nas escolas; de acidentes e mortes relacionadas ao uso de substâncias químicas, nos hospitais; e de instituições da rede para as quais a Casa Norte possa encaminhar.

Na reunião do dia 15 de maio, é apresentada a carta de desligamento da supervisora Marluce de Oliveira. Na ocasião, Luisa Nara disse que a equipe passaria por um período muito difícil, com maiores responsabilidades e repercussão na rede de Saúde Mental do município. Nesta data, há uma referência ao fato de que o CAPS Geral apresentava fila de espera para os atendimentos em Psicologia, enquanto a Casa Norte não passava por esse problema. Ainda enquanto Nestor Mainiere trabalhava no CAPS Geral, ele acreditava que apenas para lá seriam necessários dois psicólogos ou mais no serviço (PINTO, 2013).

Em julho, há o registro de que Luisa Nara participaria do curso de supervisores clínico-institucionais da Escola de Saúde Pública do Ceará e ainda, por parte de Francisca Cláudia, o estímulo para que os profissionais participassem da jornada de Saúde Mental de Capistrano. Em junho, Thiago Sousa Félix participou do III Congresso Brasileiro de Saúde Mental, apresentando um trabalho sobre a política de Saúde Mental de Quixadá.

A Casa Norte possuía dois leitos para internação no Hospital Geral Eudásio Barroso. Na opinião de Videlma de Oliveira (OLIVEIRA, 2013b), a existência da Casa Norte não mudou a atuação do Hospital Geral em relação aos dependentes de drogas. As condutas continuaram as mesmas, o que mudou foi a medicação.

Eu ia medicar o paciente e sempre era aquele medicamento pra emergência, pra ele ficar calmo. Muito parecido com os que estavam psicotizando também. Pronto, não existia outra medicação, porque quando ele vai encaminhado, o psiquiatra já manda aqueles medicamentos específicos, até de alto custo, toda essa coisa que foi aparecendo. Pronto, a diferença foi mesmo a questão de medicação (OLIVEIRA, 2013b, p. 13).

Com a Casa Norte, entretanto, passou-se a fazer a referência para este serviço, após a alta do paciente. Socialmente, Videlma de Oliveira (OLIVEIRA, 2013b) acreditava que, após a criação da Casa Norte, há menos internações compulsórias de dependentes químicos. Na gestão Rômulo Carneiro, começaram a aparecer algumas dificuldades que se agravaram na gestão posterior (OLIVEIRA, 2013c). Segundo o paciente Evandro Luís (ARRAES, 2014), nem sempre havia medicamentos. “Algumas vezes ou a gente comprava do bolso ou ficava sem, caso não pudesse (...). Às vezes, faltava um ou outro desses remédios. A doutora Tatiana foi a última psiquiatra a me consultar. (...) Às vezes, ela sentia minha necessidade e pegava até amostra grátis, que ela tinha nas coisas dela, e me fornecia para eu não ficar sem” (p. 08). Leiliana dos Santos Silva, que tem um parente que foi o primeiro paciente da Casa Norte, fez a mesma queixa (SILVA, 2014d).

Para Rômulo Carneiro (CARNEIRO, 2013b), nos últimos anos, especialmente no seu mandato, o Governo Federal passou a fazer menos investimento nos CAPS Gerais. Os princípios da reforma psiquiátrica foram abandonados, não se avançou na política de Saúde Mental para os psicóticos, e os esforços ministeriais se centraram nos CAPS AD. Tanto que se teria recebido dinheiro para a construção da sede da Casa Norte, enquanto a prefeitura teria doado o terreno; mas não houve recurso para

a construção da sede do CAPS Geral, que é muito mais antigo. O Governo Federal não equipa os CAPS com brinquedos para ludoterapia, por exemplo. “Eu acho que você tá desvirtuando o que era pra ser uma coisa de complementação, não de uma nova proposta. (...) Porque queira ou não queira, quem começou a tratar esses pacientes também foi o CAPS Geral” (CARNEIRO, 2013b, p. 03).

A gestão teve um investimento na continuidade dos profissionais da rede, especialmente, na ampla realização de concursos públicos. O concurso público, embora selecione pela capacidade técnica do profissional, não tem como avaliar a dedicação ao serviço e a militância política. O discurso dos mais antigos, especialmente Wellington Peixoto, é que isso pode ser estimulado pelo cotidiano da equipe. O concurso público não afetava, no entanto, os psiquiatras, que continuam trabalhando por contratos. Em todos os casos, neste período, nenhum deles trabalhava quarenta horas em um mesmo serviço. Essa realidade prejudicava os atendimentos, já que a demanda ambulatorial aumentava, e, ainda, a realização de atividades em outros formatos. Houve alta rotatividade de profissionais neste período, pelo ingresso dos concursados, pela saída dos profissionais do CAPS Geral para a Casa Norte, pelo pouco tempo que os psiquiatras permaneceram e pela desistência de profissionais que não se identificavam com o serviço. Aparentemente, se comparado ao primeiro período histórico, a motivação ideológica é mais importante para fixar profissionais, mesmo que com vínculo precarizado. Outro fator que contribuiu para a fragmentação das equipes foi que, como não houve aumento na remuneração da equipe de nível superior, a maioria dos profissionais partiu para soluções individuais, como o acúmulo de trabalhos, negociando a diminuição de carga horária em cada um deles. No caso do CAPS, entre os contratados, houve um respeito da gestão em manter os profissionais que vinham das gestões anteriores.

Na verdade, os profissionais do CAPS, sempre, passou gestão, entrou gestão, eles não foram mexidos, até então. (...) Porque não é qualquer profissional que pode assumir uma rede psicossocial (...). Na minha visão, por que eu não mu-

dei? Porque acho que eram todos profissionais capacitados para aquele serviço e, se a gente fizesse uma reviravolta aqui, a qualidade do serviço iria cair, a qualidade do serviço. Eu acho que esse é o pensamento de outros gestores, também, porque trabalhar com paciente psicótico, enfim, tem que ser uma pessoa qualificada. Eu acho que, também, politicamente, a equipe do CAPS sempre foi muito sensata. Eu acho que é uma equipe que sempre se comportou independente de quem está na gestão ou não, qual seja a política partidária, eles sempre foram muito profissionais. Isso também faz com que uma coisa junto com a outra faça com que a gente não tenha aquela mudança tão brusca. Já saíram e entraram pessoas muito boas, mas, na minha visão, não foram questões políticas, foram realmente profissionais que preferiram passar um tempo em tal canto. Carlos Magno já veio, já voltou (CARNEIRO, 2013a, p. 10).

Porém, esse entendimento não se estendeu a todos os profissionais da Saúde Mental, novamente estando mais fragilizados os de menor escolaridade. Segundo Eurico Lima (LIMA, 2014), no final desta gestão, fora do horário de expediente, Ana Valéria tentava convencê-lo a votar no candidato que apoiava. “Só que eu não concordei, porque eu achava que era um desastre (...). O João ganhou em outubro, no dia 7, quando foi no fim do mês, ela me botou pra fora” (LIMA, 2014, p. 01).

Nesta gestão, teve início uma tentativa de realizar o matriciamento, mas, segundo Ana Valéria (CARNEIRO, 2013a), não foi possível retornar a todos os distritos e fazer uma avaliação da situação após o primeiro encontro. Quanto à estrutura, os CAPS continuaram acontecendo em casas alugadas. Houve problemas com equipamentos, mas, especialmente, com transporte e material de consumo, queixa recorrente no caso das terapeutas ocupacionais, pelo fato de atingir diretamente o seu trabalho. Segundo Ana Valéria (CARNEIRO, 2013a), fez-se um projeto para construir uma sede para o CAPS, mas até o final da gestão, não tinha sido liberado o recurso. Conseguiram-se recursos para reformar os PSE. Houve uma disputa política entre os municípios para a construção de um hospital regional, mas quem efetivamente o conseguiu foi Quixeramobim.

Na opinião de Marluce de Oliveira (OLIVEIRA, 2013a), esta gestão foi uma grande apoiadora da política de Saúde Mental de Quixadá. Em relação às jornadas, entretanto, houve investimento diferenciado em cada ano, sendo a última, a mais difícil (SILVA, 2013a; MATOS, 2013).

Essa jornada que a gente realizou (...), ela foi realizada quase toda só com a boa vontade da gente. Que a gente não teve ajuda, insumos, da prefeitura, porque já era o período pré-eleitoral. Então, a gente não tinha como, tudo foi arranjado (...). Foi no peito e na raça mesmo, (...) só a boa vontade mesmo da gente. Só isso mesmo. Que a dedicação é muito grande, que eu acho que é o que faz o trabalho acontecer, na verdade, essa dedicação, isso vem da equipe (MATOS, 2013, p. 12).

Novamente, repete-se a realidade de que as atividades das prefeituras são muito prejudicadas em ano eleitoral. Luisa Nara acredita que a Casa Norte foi especialmente prejudicada na sua implementação porque foi criada no final de 2011 e 2012 era ano de campanhas eleitorais. “Parte do ano é totalmente dedicado a isso. Então, eu acho que isso atrapalhou um pouco o encaminhamento das questões, as mudanças que foram acontecendo em relação a isso” (SILVA, 2013d, p. 16). Em relação à jornada, a própria Ana Valéria confirmou esta situação.

A jornada aconteceu pelo esforço e a dedicação deles. Porque se fosse pela situação que a gente estava em final de gestão, financeiramente, a gente não tinha feito. Eles foram pra rua, conseguiram, fizeram ofício, conseguiram doações, enfim, a jornada foi feita e foi muito bonita. Então, é isso que digo, porque se não tem recurso aqui, eles vão buscar em outro canto, mas o que eles querem é que a coisa aconteça. Por isso que eu citei, assim, que achava um serviço muito independente (CARNEIRO, 2013a, p. 08).

Se, na maioria das falas, esta postura da equipe aparece de forma heroica e mitológica, ela também gera desconforto, como no caso de Rejane Castelo (CASTELO, 2013), que acredita que isso pode levar à ausência de investimentos da gestão nos serviços.

Após a saída de Marluce de Oliveira da supervisão, até o final da gestão, não se contratou outro supervisor. Na opinião de Francimeiry Amorim (SILVA, 2013a), isto deve ter se dado pelo fato de Carlos Magno ter experiência como supervisor e, apesar de não ocupar oficialmente esta função, acabar exercendo-a. Este entendimento se aproxima das falas de Rômulo Carneiro e Ana Valéria, de que tinham a expectativa de que ele assumisse a condução da política de Saúde Mental de Quixadá.

Finalmente, pode-se dizer que em relação a esta gestão, foi um momento em que a política de Saúde Mental do município enfrentou dificuldades. No caso do CAPS Geral, não houve inovação. As novas formas de atuação estavam fundamentalmente ligadas à Casa Norte, que, no entanto, não contou com as condições necessárias para o desenvolvimento de muitas das atividades.

### **3.3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE QUIXADÁ, ADOTANDO COMO PARÂMETROS AS CATEGORIAS DE AUTONOMIA E CIDADANIA**

Só é possível analisar os avanços da política de Saúde Mental de Quixadá no que tange à cidadania compreendendo que ela não possui marco legal próprio, que se criou a partir de ações administrativas e sociais. Portanto, ela é uma política gerencial, profundamente suscetível às mudanças de gestão, conforme comprovaram os dados.

Na primeira gestão de Ilário Marques, o contexto histórico nacional era o processo de redemocratização do país e implantação dos diversos mecanismos que possibilitassem a cidadania. Portanto, houve um forte investimento da gestão neste sentido, independentemente da questão da Saúde Mental.

Quanto às especificidades da Saúde Mental, duas questões mais graves precisavam ser enfrentadas, no âmbito da reforma psiquiátrica em Quixadá: os casos de cárcere privado e as internações em hospitais psiquiátricos. A primeira pôde ser enfrentada pelas condições que o município ofereceu: o envolvimento das ACS e dos PSF e a disponibilidade

de transporte, a maior parte do tempo, para que os profissionais realizassem as buscas ativas dos casos. Quanto às internações em hospitais psiquiátricos, a orientação ideológica, a capacitação técnica, a motivação da equipe, o acompanhamento domiciliar, as orientações aos familiares e a integração com o Hospital Municipal Eudásio Barroso permitiram que elas fossem diminuídas drasticamente.

Além disso, pela compreensão que os gestores possuíam sobre a necessidade da reforma psiquiátrica, foi possível integrar as políticas públicas em prol da cidadania, especialmente, dos psicóticos. As políticas de geração de emprego e renda eram pensadas de forma a incluir os usuários do CAPS (MARQUES, 2013b). Além da política municipal, os profissionais do CAPS intervinham caso a caso, buscando mediar a inserção dos usuários em trabalhos formais ou informais (BARROS, 2013; GALVÃO, 2013).

O município oferecia diversas oficinas para toda a população e a equipe do CAPS tratava de viabilizar a participação dos usuários do CAPS nestas oficinas, fosse por meio de incentivo à participação, ou com o acompanhamento pelos profissionais. A UECE também teve uma importante atuação, que se iniciou nesta gestão, mas que perdurou por praticamente todo o período histórico dos vinte anos, especialmente, através dos seus projetos relacionados a linguagem, aprendizagem e alfabetização dos psicóticos.

No que tange ao cotidiano do serviço, o entendimento que se criou era que era preciso expor o psicótico à cidade. Era a cidade que precisava acabar com o preconceito. Portanto, boa parte das atividades de que participavam os usuários fazia parte do seu plano terapêutico, mas eram desenvolvidas em qualquer lugar, assim como eles eram incentivados a participar de atividades comuns, do cotidiano da cidade. O que se compreendia é que a ausência de manicômio não gerava automaticamente a necessidade de que o paciente precisasse ficar no CAPS (BARROSO, 2013). A atuação do Serviço Social foi muito importante, em todos os momentos, para garantir o acesso dos usuários do CAPS a todos os direitos trabalhistas, previdenciários e de assistência social que eles possuíam.

Quixadá não criou, ao longo destes 20 anos estudados, nenhum mecanismo de participação dos usuários quanto às deliberações do serviço. Também não fomentou a criação de associações de usuários ou familiares ou de cooperativas de trabalhadores. Não há nenhum registro sobre o incentivo para que participassem dos conselhos ou conferências locais. A participação nas jornadas era geralmente pontual, especialmente nos momentos culturais, mas, nunca, em uma mesa de debates. Não há dados de serviço sobre quantos pacientes conseguiram estudar, trabalhar. Não foram desenvolvidos instrumentos que mensurassem a inserção e participação social do seu público. Assim, restam os depoimentos, que não são suficientes para se ter clareza sobre a eficácia do serviço, em sentido amplo, mas, apenas, para casos pontuais.

Para Antônio Weimar, houve vários exemplos de pessoas que foram resgatadas para a vida e para a cidadania, mas ao mesmo tempo, “É pouco para o que a gente queria, nós sonhávamos em fazer isso em larga escala” (SANTOS, 2014, p. 22). Então, a equipe aponta os casos de sucesso do serviço: o paciente que passou a fazer shows na cidade; o que passou a vender broa; o que passou a vender picolé; o que conseguiu um emprego no mercado. São casos pontuais, geralmente localizados neste primeiro período histórico, e que não servem como parâmetro para se avaliarem os avanços dos outros sete mil usuários cadastrados.

Para Irene Barros (BARROS, 2013), conseguiu-se que alguns pacientes viessem a trabalhar, outros não. Para Humberto Farias (SILVA, 2013b), os pacientes geralmente voltavam a fazer suas atividades anteriores. Às vezes, os demitidos conseguiam entrar em outro trabalho. Havia muita resistência a estes trabalhadores, mas ele acredita que as campanhas da equipe nas rádios e na comunidade favoreceram uma maior aceitação. Vanda Saraiva (SARAIVA, 2013) situa a cidadania em um momento muito anterior, que seria o de ser aceito pelos outros e ter convivência familiar. Nesse sentido, para ela, isto era conseguido de acordo com as possibilidades e limites de cada um e das condições de sua comunidade. Relata que, quando o paciente conseguia uma estabilidade quanto à sua saúde, começava-se a trabalhar a inserção social pelo trabalho.

a gente fazia os encontros, aí convidava o pessoal do CDL, apresentava às pessoas com condição, e onde era possível a gente fazer uma inserção (...) de trabalho pra essas pessoas. (...) Tinha escola artesanal que fazia croché, bordado, e que eles recebiam dinheiro pelo seu trabalho. As mulheres, muitas pessoas passaram a trabalhar. Como eu tinha um conhecimento e tinha já trabalhado lá, era uma das fundadoras dessa escola, então eu já encaminhava pra lá (SARAIVA, 2013, p. 05).

Para Ana Érika (GALVÃO, 2013), os próprios pacientes se interessavam muito pela questão do trabalho e conversavam sobre isso com os profissionais. Ela não se lembra da equipe trabalhar diretamente a questão da inserção nos espaços sociais, mas os via, especialmente, nos eventos da prefeitura.

Porque eles se sentiam membros da prefeitura. Eles sabiam que eles tinham sido acolhidos pela prefeitura, que o CAPS é da prefeitura e que eles, portanto, tinham sido acolhidos por ela. Então, em todo evento da prefeitura, os pacientes do CAPS estavam. Sejam eventos festivos, sejam eventos solenes. As jornadas, eles iam. Alguns como convidados, ativos, outros, mesmo, porque gostavam, queriam estar perto da gente, perto do povo. Nas praças, eles sempre estavam, nos *shows*, eles sempre estavam. (...) Eu acho que quando a gente colocou o CAPS, e os outros programas inovadores, como o PSF, e os Agentes de Saúde - que todos eles são serviços que tentam abraçar, sem nenhuma megalomania, a comunidade. Abraçar no sentido de serem mais democráticos, mais presentes, ir lá ao local deles. Eu acho que isso gerou um sentimento na prefeitura de uma maneira geral de que os pacientes do CAPS, particularmente, eram especiais. E eu acho que eles percebiam isso e também retribuíaam a isso. (...) Não era uma política explícita, não, mas estava por debaixo da política de Saúde (GALVÃO, 2013, p.12).

Gorete Barros, usuária do CAPS Geral e irmã de outra usuária desde a fundação até o momento, disse que nunca participou de ativi-

dades como conselhos locais e conferências tanto porque não gosta, mas também porque nunca foi convidada a participar (BARROS; BARROS, 2013). Para Antônio Weimar, as mudanças de gestão também prejudicaram nesta questão, com desmotivação da equipe: “a gente parava parte do trabalho e tinha que sobreviver fazendo outra, não recebíamos estímulos para impulsionar outras atividades” (SANTOS, 2014, p. 23).

A mudança mais prejudicial foi mesmo a da primeira gestão de Ilário Marques para a segunda de Francisco Mesquita, porque foram desativados todos os mecanismos de participação popular. A oferta de oficinas na cidade também diminuiu drasticamente. O que afetava a todos os cidadãos, afetava especialmente a integração dos pacientes psicóticos com o restante da população. “Aquele equipe que motivou uma energia tão grande foi desfeita, os próprios profissionais do PSF foram embora, essa coisa que vai minando um trabalho desse tipo [de desenvolvimento da autonomia e da cidadania]” (SANTOS, 2014, p. 23). Como reação a este cenário, a equipe do CAPS criou novas estratégias:

Existia uma abertura. Porque, o que é que tinha acontecido? O CAPS tinha ido à comunidade. Quando houve esse movimento de retração, a gente trouxe a comunidade pra dentro do CAPS. Porque também ficou, assim “os doidinhos do CAPS”. Passaram a receber esse rótulo. Então vamos trazer o CAPS, agora, para poder acolher a comunidade, dentro do CAPS. O ensaio que teve de trazer os cursos de Psicologia da Aprendizagem para dentro do CAPS veio a atender muito isso. Que não era só o espaço do CAPS, do doidinho do CAPS e dos seus familiares. Eram os usuários do serviço que estavam também nas escolas, eram os professores, os profissionais de Saúde que iam vivenciar ali. (...) Ficou essa ideia, sabe, de desconstruir e pôr outra ordem. O CAPS passou a ser uma coisa legal na cidade. Não só o usuário do CAPS é legal, mas, também, a própria instituição, também, é legal (GURGEL, 2014, p. 18).

Com o retorno de Ilário Marques ao cargo de prefeito, houve a retomada do investimento nos mecanismos de participação popular.

Entretanto, nestas duas gestões, a oferta de oficinas na cidade não foi tão intensa quanto na primeira gestão (BARROS, 2013). Para Ivonete Dutra (FERNANDES, 2013), a relação das pessoas com transtornos mentais com a sociedade foi um ganho que se manteve graças ao serviço, que fazia com que a família valorizasse o paciente e isso geraria um efeito dominó: “a família valorizava mais, então o vizinho valorizava mais, a sociedade valorizava mais” (p. 08).

Neste período histórico, o CAPS Geral criou um grupo dedicado à temática cidadania, destinado aos pacientes psicóticos. Discutiam-se textos de interesses do grupo, com o objetivo de fazer reflexões e de mostrar para os pacientes que era possível estar em uma reunião, representando as suas ideias. Segundo Marta Emília (NOBRE, 2013), um ou dois dos pacientes deste grupo vieram a participar de outros espaços, como jornadas ou conferências de Saúde Mental. Houve uma tentativa de criar uma caixa de sugestões para que os pacientes tivessem um mecanismo para dar a sua opinião sobre o serviço, mas a equipe achou que não foi um bom instrumento e deixou de utilizá-la.

Ivana Mara (BARROSO, 2014) fez o relato de um caso bem sucedido de uma criança que foi atendida por ela no CAPS e que conseguiu avançar nos estudos, chegando à universidade. A maioria, ela acredita, realiza serviços técnicos, mas, também, não houve uma pesquisa longitudinal para saber como estão essas pessoas, hoje. A equipe fica sabendo informalmente, quando os encontra ou encontra seus familiares. Alguns não teriam sido alfabetizados.

Francisca Edileusa, que teve uma familiar usuária do CAPS Geral neste período, desejava que ela fosse aposentada por invalidez, porque como os empregos municipais são muito influenciados pela gestão, ela temia que sua familiar perdesse o emprego ou tivesse a carga horária reduzida por conta do seu quadro. “Eu procurei o médico dela, ele disse assim: ‘olhe, eu não a incapacito para a vida. Ela precisa de uma função, porque ela fica eufórica e deprê, então, ela não pode ser isolada’” (SILVA, 2014a). Francisca Edileusa foi incentivada pelo médico e pela assistente social a lutar pelos direitos de sua familiar e não permitir que ela fosse

punida pela sua condição sanitária. De fato, a paciente não foi punida no trabalho pela sua condição.

Maria Aurineide Lopes de Sousa (SOUSA, 2014) acompanha um conhecido que ingressou no CAPS Geral em julho de 2008. Ele havia sido preso pela polícia civil, desapareceu, e quando conseguiram encontrá-lo, estava quase morto, por ter sido severamente espancado. Depois disso, passou a ter surtos psicóticos. Antes desse episódio, era muito trabalhador. Depois, não trabalhou mais e passou a ter medo de andar na rua. É paciente do CAPS Geral até hoje e, segundo Maria Aurineide, nunca houve intervenções do CAPS no sentido de fazer atividades para que ele perdesse o medo de sair na rua ou intermediações para que ele voltasse a trabalhar. Ela própria pediu para um conhecido que arranjasse trabalho para ele, porque ele tem vontade de trabalhar. Mas, no primeiro dia, ele não se sentiu bem e não foi mais. Não houve, por parte do CAPS, nenhum seguimento sobre este episódio.

No caso dos dependentes químicos, a questão fica mais complexa. A resistência parece ser maior para recebê-los em um local de trabalho e, ainda, há o medo de que o dinheiro do trabalho seja usado com drogas (SILVA, 2014c). Este problema da cidadania do dependente químico já aparecia desde quando ele era tratado no CAPS Geral, entretanto, aparentemente, não foi criada nenhuma estratégia de enfrentamento à situação, ao contrário do que aconteceu no caso dos psicóticos.

Em relação ao último período histórico, as falas dos entrevistados apontaram para questões sociais mais amplas no contexto de Quixadá; para a gestão e para o cotidiano do serviço. Para Ana Cláudia (GONÇALVES, 2013), em relação ao trabalho, as dificuldades eram encontradas para qualquer cidadão de Quixadá, independente de sua condição de Saúde, já que grande parte dos empregos vem do município, onde ainda existiam práticas clientelistas. Parte da renda dos quixadaenses vem da agricultura familiar, que também é uma realidade difícil, independente das questões de Saúde Mental. Para o paciente em tratamento, tem ainda a dificuldade das faltas ao trabalho para poder frequentar o equipamento de Saúde. Portanto, o problema do emprego em Quixadá seria algo que

estava posto para todos. No caso específico do paciente do CAPS, isso gerava um desejo de resolver o seu problema de renda por via de algum auxílio do INSS, mesmo que ele tivesse condições sanitárias de realizar alguma atividade.

Na opinião de Nestor Pinto (PINTO, 2013), trabalho e renda estão profundamente ligados ao que o poder público oferece. Citou o exemplo de outras cidades em que havia escolas profissionalizantes que aceitavam o público do CAPS. Mas, também acredita que isto tem a ver com a competência do serviço. No caso do CAPS Geral, acredita que ele nunca tenha tido a iniciativa de criar, por exemplo, uma cooperativa de trabalho, porque a equipe estava sobrecarregada com a demanda de ambulatório. Também não acreditava que, em um mundo essencialmente capitalista, os donos de empresas comuns iriam contratar pessoas em sofrimento psíquico.

Para Milena Bezerra, a atual realidade do incentivo fiscal das empresas que contratam pessoas em sofrimento psíquico não teria afetado a realidade de Quixadá. Em relação à ocupação dos espaços de debate sobre Saúde, como conferências e conselhos, Milena Bezerra (BEZERRA, 2013), acredita que esta ainda é uma deficiência da política de Saúde Mental de Quixadá. Não vê a participação dos usuários, a não ser nas jornadas, quando são convidados. Nem mesmo em associações de bairro. Ao mesmo tempo, situa esta realidade dentro de um contexto mais amplo, de desmobilização da população como um todo. Também acredita que o preconceito nas ruas contra o paciente psicótico ainda é forte. Assim, contingenciada por essas questões, a fala de Rejane Castelo (CASTELO, 2013) aponta para avanços no âmbito doméstico, de pacientes que tiveram boa evolução e se integraram às suas famílias, mesmo com os preconceitos que ainda existem.

Na época de criação do CAPS Geral, o contexto de grande quantidade de pessoas em cárcere privado e com muitos anos de internação em hospitais psiquiátricos fez com que o trabalho em relação à autonomia do usuário do CAPS se desse em relação às atividades da vida diária, de forma muito mais elementar. Foram cruciais, portanto, as ações da tera-

peuta ocupacional Irene Barros. As ações se davam desde atos mínimos, como ensinar a abrir uma embalagem de bala; aos cuidados de higiene; à entrada nos espaços sociais, como ir a um restaurante, aprender a pedir uma comida em um cardápio; ou ir a um banco para compreender onde se retirava o benefício social. Para ela (BARROS, 2013), a maioria dos pacientes evoluía, conseguia passar a fazer sós essas atividades. Outros continuavam precisando de sua ajuda. No caso da paciente Isabel Cristina, segundo sua irmã Gorete Barros (BARROS; BARROS, 2013), foram feitas muitas tentativas para que ela participasse das atividades do CAPS, internas, ou dos passeios, mas, ela não gostava. Ao longo dos anos, diminuiu cada vez mais suas atividades, e hoje passa praticamente todo o tempo em casa. Gorete Barros atribuiu muito valor às festividades realizadas no CAPS, por serem uma forma de distração, de a equipe manifestar preocupação com os usuários, oferecendo lazer. Embora diga que se diverte nestas ocasiões, isto não faz com que participe de festividades que ocorrem em outros espaços da cidade.

Para Perúcio Torres (SILVA, 2013c), que entrou no serviço durante a segunda gestão de Mesquita, uma das principais metas do CAPS Geral é a autonomia do paciente. Nesse sentido, os avanços foram especialmente das pessoas que passaram muitos anos em hospitais psiquiátricos e voltaram às suas famílias e, mesmo, aquelas que passaram a conseguir viver sozinhas. Não seria só a construção da autonomia, mas, da própria individualidade.

Nas segunda e terceira gestões Ilário Marques, uma política pública que teria favorecido a autonomia teria sido o programa popular de habitação, que era integrado à política de Saúde Mental, de forma que estes pacientes pudessem ter suas casas (MARQUES, 2013b). Nesse período histórico, segundo Luisa Nara (SILVA, 2013d), casos de cárcere privado eram raríssimos, o que significava tanto uma conquista do CAPS, quanto outra realidade de trabalho que se colocava para a equipe.

Para Rejane Castelo (CASTELO, 2013), especialmente no caso dos pacientes antigos, era possível observar bem sua evolução, embora a sociedade ainda tenha muito preconceito. Já para Marta Emília (NO-

BRE, 2013), quando entrou no serviço, a princípio, ela se sentia muito frustrada porque não conseguia evoluções rápidas nos seus pacientes. Com o passar do tempo e ouvindo os membros mais experientes, especialmente Wellington Peixoto, espelhava-se nos casos bem sucedidos para prosseguir com os demais. Uma questão que coloca é que nem sempre o problema que o paciente apresenta permite grandes avanços. Nas impressões de Nazaré Fraga (FRAGA, 2013), os pacientes circulavam muito bem pelo serviço, à vontade e com autonomia.

Durante a gestão Rômulo Carneiro, para Tatiana Carvalho (CARVALHO, 2013), a desinstitucionalização era uma questão que o CAPS Geral de Quixadá conseguiu vencer. O desafio de então era a reabilitação funcional dos pacientes psicóticos, já que a maioria deles estava estabilizada, sem alucinações e delírios, mas passava o dia em casa sem fazer nada.

Para Heleina Carneiro e Marta Inácio (CARNEIRO, 2013c; OLIVEIRA, 2013c), a autonomia dos pacientes estava ligada ao tipo de transtorno que possuía. Heleina Carneiro relacionava isso ainda ao apoio recebido pela família. As falas dos profissionais desse período são contraditórias. Para alguns, a maioria dos pacientes não consegue viver de forma autônoma (SOUSA, 2013b; CARNEIRO, 2013c; OLIVEIRA, 2013c), enquanto para outros, há clara evolução (CARVALHO, 2013; BEZERRA, 2013). Outra situação que apareceu nas falas (BEZERRA, 2013; SILVA, 2013g) é de pacientes que se tornam dependentes do CAPS. “Alguns, infelizmente, já cronificaram aqui, eles têm a necessidade de estar aqui dentro, quando a gente fala pra eles que tem que ter o desligamento, que eles precisam seguir adiante sozinhos, eles não querem, não conseguem” (BEZERRA, 2013, p. 07). Milena de Holanda se refere a pacientes que mesmo tendo condições físicas e mentais de realizar atividades cotidianas sozinhos, preferem que sejam feitas pelos profissionais do CAPS. Uma justificativa possível que ela dá a esse fenômeno é o fato de que dentro do CAPS eles são bem tratados, acolhidos, respeitados. Então, mesmo sem ter a necessidade de ir para o serviço, sentem-se bem e ficam lá.

No caso do CAPS AD, o público do serviço é bem diferente. A autonomia não costuma ser um problema. Geralmente, são pessoas que desempenham bem as atividades da vida diária, a não ser nos casos em que à dependência química se somem outros problemas, como de mobilidade (LINO; FERREIRA, 2014) ou transtornos mentais graves (SILVA, 2014c). As questões, quanto à autonomia, dizem respeito não à capacidade do paciente de fazer as atividades da vida diária, mas, à possibilidade que seus familiares dão de realizá-la. As incursões na cidade e a administração de dinheiro geralmente são vistas como oportunidades de que o usuário volte a comprar drogas, por isso, são limitadas. A autonomia do paciente envolve administração da sua própria vida, das recaídas, dos momentos de abstinência, das internações (SOUSA, 2013c). A medicação utilizada, entretanto, pode ter o efeito de deixar o paciente sonolento, pouco disposto ou mesmo incapaz de caminhar (SILVA, 2014d).

Freqüentemente, a escolha de procurar o serviço não é do paciente. São os conhecidos que, incomodados pelos problemas causados, trazem-no. A Casa Norte, na condição de CAPS, ainda carrega o estigma de “lugar de doido”, aumentando a recusa do dependente químico em procurar o serviço, por não compreender que este seja destinado a um tratamento específico para ele. Quando é o próprio dependente químico que procura o tratamento, o prognóstico costuma ser bem melhor. Geralmente, são pessoas que já atingiram situações-limite, e por isso, procuram, espontaneamente, o serviço (MATOS, 2013).

Este público, geralmente, teve um histórico escolar e laboral (ARRAES, 2014; LINO; FERREIRA, 2014; SILVA, 2014d; SILVA, 2014c; SOUSA, 2014). Quando se dá espontaneamente, em um momento de abstinência, o retorno ao trabalho costuma ser mais simples, pelo fato de que a pessoa já tem as capacidades para desenvolver a atividade. No entanto, são as recaídas no uso das substâncias que costumam provocar as saídas do emprego. A tentativa por parte da equipe da Casa Norte parece dificultar a consecução do emprego. Anatacha Souza (SOUSA, 2014) fez o relato de uma tentativa da equipe de escrever uma espécie de carta de apresentação do serviço, com a história clínica de um paciente que

se encontrava com uma boa evolução e que necessitava de uma oportunidade de emprego e que, depois de lerem a carta, os empregadores desistiram da contratação. Para ela, é necessário haver uma política para a reinserção dessas pessoas no mercado de trabalho e a equipe precisa fazer ações que mostrem aos comerciantes os descontos que eles recebem nos impostos por estas contratações, além da questão humanitária. O CRAS poderia ser um parceiro nesta reinserção. Quanto à criação de oficinas de geração de renda, elas não foram realizadas por ausências de parcerias que as viabilizem.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Minoletti (2011), é importante reconhecer que determinados momentos históricos possuem uma maior permeabilidade à incorporação de temas de Saúde Mental na agenda de políticas públicas, como aconteceu na redemocratização do Chile, da Espanha e do Brasil. Seriam momentos em que as sociedades estariam se tornando, progressivamente, mais tolerantes e inclusivas. Complementarmente, Saraceno (2011) estabelece que, para se começar um processo de reforma psiquiátrica, em qualquer momento e lugar, é necessária a presença de um ou mais dos seguintes fatores:

- Um líder carismático proveniente do setor psiquiátrico;
- Uma vontade política de mudança não gerada pelo setor psiquiátrico, senão pelos dirigentes locais ou nacionais da Saúde Pública;
- Um movimento pelos Direitos Humanos originado pelo setor jurídico ou por associações de base de familiares ou, em geral, por militantes dos direitos humanos.

De fato, o CAPS de Quixadá foi criado em um momento histórico nacional, estadual e municipal favorável, como fruto da redemocratização brasileira, alinhado às novas constituições federal e estadual e, só foi possível porque o Brasil passou a contar com o Sistema Único de Saúde. Nacionalmente, a necessidade de mudança se expressava no movimento de reforma sanitária e no MBRP, que eram a tônica das discussões no movimento estudantil da época, especialmente, nos cursos de Medicina. Assim, alunos do curso de Medicina da UFC participaram ativamente neste processo, fosse nacional ou estadualmente. O Ceará contava com a experiência e o apoio do coordenador de Saúde Mental do estado, Nilson de Moura Fé, que se dedicou, integralmente, ao apoio da criação dos CAPS no Ceará. Quixadá contou com o conhecimento do prefeito

Ilário Marques sobre políticas públicas de Saúde; a expertise de Odorico, sua experiência prévia bem sucedida em Icapuí e seu carisma pessoal; e a trajetória reformista de Jackson Sampaio, com as experiências anteriores no HSMM e no UHPAB, e sua vasta leitura dos autores que subsidiavam os debates de então: Fanon, Basaglia, Moffat, Goffman, Foucault, Hochmann. O Partido dos Trabalhadores estava em seu início, muito voltado para as questões de desenvolvimento do poder local. Assim, o CAPS de Quixadá nasceu num contexto mais amplo de construção de cidadania.

Esta construção foi muito rica no primeiro período histórico não só pelos esforços da gestão, mas pela característica peculiar de Odorico Monteiro ter convidado para assumirem os cargos técnicos profissionais oriundos do movimento estudantil, habituados à vivência democrática, que, como grupo coeso, conseguiram enfrentar as resistências às mudanças culturais propostas. CAPS e PSF foram criados e pensados neste grupo, a princípio, evoluindo juntos. O bom funcionamento dos PSF neste período favoreceu o bom funcionamento do CAPS, assim como o recém-criado programa dos ACS. A capacidade de convencimento de Odorico também solucionou, temporariamente, um grande problema nas cidades do interior, que é a dificuldade de atrair profissionais da Saúde, especialmente, os bem qualificados.

Iguatu, com seu primeiro CAPS, iniciou a tentativa de um modelo alternativo ao hospital psiquiátrico, em que foram testadas as experiências de atuação interdisciplinar, visitas domiciliares, territorialização; oficinas oferecidas pelo município em espaços diversos. Portanto, o fato de dois dos psiquiatras da experiência de Iguatu serem os mesmos a participarem da criação do CAPS de Quixadá possibilitou uma continuidade de modelo, que se fortificou a partir da realização das jornadas de Saúde Mental. Também chama a atenção que Raimundo Severo, Antônio Weimar e Carlos Magno fizeram formações diversas em Psicologia e nas Humanidades, afastando-se do padrão do psiquiatra restrito às intervenções biomédicas. Neste sentido, pode-se dizer que a Psicologia Comunitária e, especialmente, César Wagner, contribuíram para uma reforma psi-

quiátrica cearense com uma episteme mais plural, ainda que amparada nos autores clássicos da reforma psiquiátrica, espelhada na experiência de Santos, e contando com a assessoria de Ernesto Venturini.

Além das questões políticas e ideológicas, a criação do CAPS Geral de Quixadá só foi possível pela adoção da gestão semi-plena de financiamento. O modelo de financiamento repercutiu diretamente na possibilidade de abrir ou não um CAPS e sobre as atividades que serão executadas. Este foi o momento com mais liberdade de atuação, posteriormente prejudicado pelo modelo produtivista das APACs.

O incentivo à qualificação e à pesquisa na primeira gestão Ilário Marques proporcionou um grande banco de dados sobre o período, com um sistema de Saúde criado para atender a uma realidade específica. A formação em Saúde Pública era um projeto de gestão, viabilizado por cursos, especializações e capacitações específicas. A FECLESC possibilitou, desde o início, o intercâmbio entre CAPS e Academia, o que não foi abalado pelas mudanças de gestão. Alguns avanços neste âmbito não resistiram às mudanças de gestão, como a realização de levantamentos epidemiológicos. O CRUTAC e o MINAC possibilitaram que alunos que não tinham interesse pela Psiquiatria, por conta da formação hospitalocêntrica recebida na faculdade, optassem por esta formação, pelo fato de conhecerem uma forma de atuação diferenciada. O CAPS era responsável por realizar seminários internos, externos, jornadas, capacitações. Ao longo dos períodos históricos, isto ficou, basicamente, reduzido às jornadas. Mesmo assim, elas têm importância no cenário estadual. Quixadá é o único município do Ceará que realiza suas jornadas, anualmente, desde sua inauguração.

Alguns processos de reforma psiquiátrica pelo mundo foram caracterizados por suas primeiras fases mais centradas em transformar o mundo que interpretá-lo, com escassa atividade de pesquisa e publicações de caráter mais anedótico que científico (FAISEM, 2012; SARACENO, 2011). No caso de Quixadá, havia um posicionamento claro, desde o início, de que era necessário provar o que era afirmado a partir dos dados de serviço. A publicização destes dados em eventos científicos e eventos

da luta antimaniconial, no primeiro período histórico, projetou a experiência de Quixadá para o resto do Brasil.

As estratégias e atividades, nesse primeiro período histórico, foram desenvolvidas com base nas leituras, nas trocas de experiência, mas, também, por tentativa e erro. A experiência de coordenação rodiziada não funcionou porque a necessidade de mudança de coordenação em um curto intervalo de tempo causava uma quebra na condução do serviço. As triagens em grupo serviram para diminuir a espera, independentemente de serem conduzidas por dois profissionais, sendo um médico, como originalmente proposto. Aparentemente, as capacitações mais importantes ocorreram no cotidiano do trabalho, com um colega mais experiente. Assim, foram treinados os funcionários do hospital geral. Tudo parece indicar que a redução do número de internações em hospitais psiquiátricos foi possível pelo treinamento dos funcionários do hospital geral, mas, também pela continuidade de cuidados no CAPS; as visitas e internações domiciliares e o investimento em um modelo comunitário. A figura do Auxiliar em Saúde Mental no CAPS Geral possibilitou a diminuição do estigma em relação ao doente mental; a diminuição interna da hierarquia entre os profissionais; a constituição de todos os trabalhadores em profissionais do cuidado; maior vinculação e satisfação com o trabalho e com os demais trabalhadores. Embora tenha sido uma experiência exitosa, que tenha resistido em todos os períodos históricos, não foi realizada na Casa Norte. Uma das principais tarefas no primeiro momento foi a modificação cultural, tanto entre os próprios profissionais de Saúde anteriores aos forasteiros, no sentido de uma atuação mais comunitária e menos hospitalocêntrica; mas, também, com a própria população, que estava acostumada a ir aos postos de Saúde apenas para receber a receita médica, sem um atendimento real. Embora esta questão tenha sido forte no início, ela não foi totalmente resolvida. Este trabalho se mostra uma atuação contínua, pela alta rotatividade dos profissionais, mas, também, pela herança do modelo biomédico ainda ensinado nas universidades. A alta demanda de pacientes foi um problema que o CAPS Geral enfrentou durante todo o período estudado. Especialmente

a partir da segunda gestão Ilário Marques, agravando-se na gestão Rômulo Carneiro, houve momentos em que o atendimento a grande parte dos pacientes se transformou em expedição de receitas. Este quadro poderia não ter acontecido caso o plano, na primeira gestão Ilário Marques, de ter aberto três CAPS Geral tivesse acontecido.

Aparentemente, a motivação ideológica foi a responsável por trazer e fixar os técnicos em Quixadá. Isto não se repetiu nos períodos históricos posteriores, mesmo quando Ilário Marques voltou ao poder. As estratégias utilizadas para fixar os profissionais em sua segunda e terceira gestões e na gestão Rômulo Carneiro foram os concursos públicos. Ao longo do tempo, entretanto, os salários foram perdendo seu poder de compra e os profissionais passaram a tomar saídas individuais para o problema: negociando a diminuição de carga horária para acumular empregos, com conseqüente fragmentação do trabalho e diminuição da oferta de serviços para a população. Os concursos públicos nunca afetaram os psiquiatras, que, também, ao longo do tempo, foram diminuindo sua carga horária na cidade. Muito era feito por voluntarismo e desejo, acolhido pela equipe e, posteriormente, abraçado pela gestão; como no caso dos profissionais que foram trabalhar voluntariamente no CAPS ou realizar oficinas em sua própria casa, passando depois a receber apoio do município. Por todos os períodos históricos, há relatos de muita abertura da equipe em acolher novas propostas de ação, o que causa maior satisfação do trabalhador no ambiente de trabalho. Entretanto, normalmente, quando o trabalhador responsável pela atividade se afastava, a atividade era interrompida. Muitas ações eram, portanto, personalizadas, sem adoção orgânica na política de saúde mental municipal.

Desde o início do CAPS Geral, a questão das drogas já era uma preocupação da equipe. Existiam ações específicas para dependentes químicos e foi realizada pesquisa organizacional sobre o uso de drogas no município. Naquele momento, as ações realizadas eram os grupos terapêuticos, atendimento médico e orientações para os usuários, sem ainda realizar busca ativa de usuários e acompanhamento familiar. Em relação à abstinência, os casos de mais sucesso não mudaram de acordo

com a intervenção do CAPS Geral ou da Casa Norte: em primeiro lugar, estavam os pacientes tabagistas; em segundo, os alcoolistas e, por último, os dependentes de drogas ilícitas. Não parece haver em todo o período estudado uma discussão sobre qual a meta primeira no caso da dependência química: a abstinência? A redução do risco social? A redução de danos? No que diz respeito à Casa Norte, entender a dependência como uma das manifestações de sofrimento psíquico mais a aproximava do CAPS Geral do que a afastava, fazendo falta metas específicas do serviço especializado.

Nilson Moura Fé foi o grande impulsionador da Comissão de Saúde Mental do Município. Embora ela tenha sido criada, teve existência breve. A ausência de comissão, somada à ausência de marco legal da política de Saúde Mental de Quixadá podem tê-la deixado mais suscetível às mudanças de gestão. Embora Francisco Mesquita, em sua primeira gestão, representasse a mudança em relação ao revezamento de poder entre grandes proprietários e empresários locais, em sua segunda gestão houve um forte ataque ao que representava o sucesso da primeira gestão de Ilário Marques: especificamente, os PSF e CAPS. A passeata dos forasteiros foi o marco para a destruição do PSF, com a expulsão simbólica dos profissionais, que ocasionou a saída real. Depois disto, as equipes nunca foram totalmente recompostas. No caso do CAPS, a equipe optou por esperar a expulsão real.

Alves (2007) afirma que as instituições, para sobreviverem às crises e aos ímpetos dos governos, precisam ter apoio popular e apoio externo. De fato, o CAPS não foi extinto e Carlos Magno não foi expulso devido às intervenções diretas da UECE e de Jackson Sampaio. A supervisão de Jackson Sampaio permitiu uma continuidade na política de Saúde Mental de Quixadá nos seus primeiros dez anos, embora as ações tenham variado de acordo com as condições de atuação existentes. O CAPS Geral de Quixadá foi o primeiro a já contar com a figura do supervisor antes mesmo de sua inauguração, o que possibilitou a estruturação conjunta de metas de serviço no âmbito de sua organização e sistematização, da assistência e da pesquisa. Com a saída de Jackson Sampaio, buscava-se

que os demais supervisores tivessem um perfil de compreensão da política de Saúde Mental como uma política de Estado, fossem militantes, conhecessem o CAPS de Quixadá e tivessem alguma ligação com a história do CAPS.

Sem os mecanismos de participação popular, a oferta de oficinas na cidade, a abertura da gestão a inovações, os serviços de Saúde ficaram mais restritos às ações ambulatoriais. Particularmente, para a Saúde Mental, isto é ruim, porque diminuí a entrada do paciente psicótico nos espaços da cidade. A estratégia de combate ao estigma foi, portanto, trazer as pessoas da cidade para o CAPS, como forma de provocar esta integração. Mesmo em contexto adverso, o modelo comunitário desenvolvido pelo CAPS ainda serviu de inspiração para o modelo comunitário para penas e medidas alternativas, adotado, hoje, nacionalmente.

A partir da segunda gestão Ilário Marques e nos períodos históricos seguintes, houve grande número de ingresso de profissionais por concurso público. O concurso público é uma bandeira de luta nas CNSM. No entanto, os dados mostram que, especialmente na Saúde Mental e na Saúde Pública, existe um perfil de militância que não pode ser garantido por concurso público. Ao mesmo tempo, o modelo de contratos torna o vínculo empregatício frágil, passível de ser atacado nas mudanças de gestão. Aparentemente, o melhor modelo seria a mescla entre os dois: a contratação de lideranças na área, a partir de sua trajetória e mérito; e a realização de concursos públicos, que garante capacidade técnica e continuidade nos serviços, a despeito das mudanças de gestão.

A criação do CAPS AD Casa Norte foi pensada em um momento de forte investimento do Ministério da Saúde nas políticas públicas para álcool e outras drogas. Foi entendido, também, como uma possibilidade de ampliar a equipe de Saúde Mental do município, estando em continuidade com o CAPS Geral. No entanto, o CAPS AD não tornou menos crítica a situação da alta demanda do CAPS Geral. Especialmente, como o serviço nunca funcionou contando com todos os profissionais em período integral, o CAPS Geral continuou sendo o suporte mesmo para este público específico, quando eles não conseguiam atendimento

médico no CAPS AD. Além disso, o número de pacientes prontuariados em um e outro serviço era muito discrepante: mais de 7000 no primeiro e, aproximadamente, 300 no segundo.

As segunda e terceira gestões de Ilário Marques foram uma tentativa de reconstrução do sistema de Saúde no município, mas, este período se qualificaria, segundo as palavras de Alcides Miranda (MIRANDA, 2014), mais como um momento de gerir do que de gerar. Nacionalmente, o cenário era mais favorável às experiências do tipo PSF e CAPS. Entretanto, a massificação dos programas fez com que o perfil dos seus trabalhadores mudasse para mais técnico que militante. A entrada de Marluce de Oliveira na supervisão modificou o olhar da equipe sobre os fenômenos, com o afastamento das temáticas mais próprias à reforma psiquiátrica e a dedicação ao estudo das diversas formas de sofrimento psíquico na contemporaneidade. Novas estratégias de atuações foram implantadas, como a Universidade Popular e o Laboratório Social, com maior importância para a Casa Norte.

Os CAPS de Quixadá nunca tiveram um prédio próprio e, muitas vezes, funcionaram em casas alugadas. Aparentemente, isto não afetava diretamente o serviço. O que afetava era a ausência de transporte e de material para a realização de oficinas. Embora a equipe tente atuar por vias alternativas, o atendimento aos usuários é, diretamente, prejudicado.

O CAPS Geral possibilitou a maior autonomia dos pacientes cronificados pelas internações em hospitais psiquiátricos e em cárcere privado, através do desenvolvimento da capacidade de realizar as atividades da vida diária. Em relação à cidadania, houve incentivo para que os pacientes frequentassem os espaços sociais, embora pouco para que participassem das instâncias de controle social, das jornadas como debatedores, do cotidiano do serviço por meio de assembleias ou qualquer outro mecanismo. Resolvida a questão da desinstitucionalização do paciente psicótico, não houve avanços no desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial. Não foram desenvolvidas escalas de avaliação dos progressos para que se tenham dados de serviço e nem acompanhamento longitudinal sobre a reinserção dos pacientes, por exemplo, nos âmbitos

educacional e laboral. Em relação à Casa Norte, o período estudado foi pouco mais de um ano, prejudicado pela ausência de equipe completa, de carro, de insumos, por um ano eleitoral e ainda, pela saída precoce da supervisora. Portanto, torna-se difícil realizar a avaliação do êxito das ações, porque também carece de instrumental de avaliações das ações do serviço. As questões que se colocam para o público da Casa Norte são, claramente, diferentes do primeiro público do CAPS Geral e, portanto, é possível desenvolver novas tecnologias e estratégias de atuação.

Conclui-se que a política de Saúde Mental de Quixadá teve uma grande importância, especialmente pelo CAPS Geral, no sentido da desinstitucionalização do psicótico; em desenvolver tecnologias de horizontalização das relações entre os profissionais, criando um ambiente produtivo e criativo de trabalho; e na intervenção social. Neste momento, cabe avançar no sentido de criação de novas metas pensadas para o público que não é mais aquele cronificado pelos hospitais psiquiátricos ou em cárcere privado. Inclusive, é necessário esclarecer metas, estratégias e formas de avaliação de resultados no caso dos pacientes da Casa Norte. É preciso modernizar os serviços, tecnologicamente; mas também gerencialmente, através da gestão dos processos de trabalho, revisar a oferta de serviços, especialmente no caso da Casa Norte; voltar a realizar pesquisas cientificamente validadas que avaliem o impacto das ações.

Comprovou-se a tese de que, embora a atual política municipal de Saúde Mental de Quixadá não possua formalização legal, a disposição da gestão local do período de sua implantação, associada à atividade conjunta com a Universidade Estadual do Ceará - UECE, possibilitaram uma atuação diferenciada em relação às demais políticas municipais do estado do Ceará. O diferencial em relação às demais experiências deu-se em cinco dimensões: pela integração com as políticas sociais; pela reflexão crítica dos trabalhadores sobre suas teorias e práticas; pelo intercâmbio prática/pesquisa científica; pela atuação política na comunidade; e pela diminuição das hierarquias dentro da equipe de Saúde e entre esta e o paciente, com consequências sobre a qualificação da cidadania e autonomia dos pacientes. Sua atuação social, nas dimensões macro e micro

da práxis política, possibilitaram a qualificação do sistema municipal de Saúde. Entretanto, estas características foram mais marcadas no primeiro período histórico, sofrendo grande influência de acordo com as diferentes gestões municipais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, p. 5-20, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Kongan, 2006.

ALMEIDA, M. T. de.: **depoimento**. [01 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral de Quixadá. 1 arquivo digital mpg (27min26s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

ALVES, F. A. P. **O processo de interiorização da UECE no Sertão Central**. Fortaleza: EDUECE, 2007.

ANDRADE, L. O. M. de. **Rede de solidariedade**: município ajudando município. Radis: comunicação em saúde, n. 9, p. 9-11. 2003.

ANDRADE, L. O. M. de; GOYA, N. (orgs.) **Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte**: a resposta de Icapuí. Fortaleza: Expressão, 1992.

ARAÚJO, G. N. de. **O PT pelo PT de Quixadá**: Partido dos Trabalhadores e do Povo em discursos escritos (1980-1992). 2012. 124 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em História e Culturas). Departamento de Ciências Humanas, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2012.

ARRAES, E. L. de S.: **depoimento**. [02 jul. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Casa Norte. 2 arquivos digitais mpg (1h26min59s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

ASSUNÇÃO, M. A. **Escravidão em Fortaleza**: um estudo a partir dos inventários post-mortem (1850-1884). 2002. 105 f. Dissertação (Mestrado em História), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2002.

ÁVILA, M. M. M. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 159-168, 2012.

AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: CAMPOS, R. O. *et al.* **Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 27-67.

AZEVEDO, M. Â. de (Nirez). **Cronologia ilustrada de Fortaleza: roteiro para um turismo histórico e cultural**. Fortaleza: Casa de José de Alencar - UFC; Banco do Nordeste, 2001.

BARBOSA, N. P. Práticas historiográficas no interior do Ceará: memorialistas e cronistas. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA: CONHECIMENTO HISTÓRICO E DIÁLOGO SOCIAL, XXVII, 2013, Natal. **Anais**. Disponível em: <[http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1364357111\\_ARQUIVO\\_artigo-Copia.pdf](http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1364357111_ARQUIVO_artigo-Copia.pdf)> Acesso em: 04 mar. 2013.

BARRETO, I. C.H. C. **Utilização de autópsias verbais na investigação da causa básica de óbitos de crianças menores de um ano de idade em três municípios do Ceará**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, O. M. de.; DE NEGRI FILHO, A. Nascimento, óbito e cidadania. In: ANDRADE, O. M. de; GOYA, N. (orgs.) **Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte: a resposta de Icapuí**. Fortaleza: Expressão, 1992. p. 91-141.

BARROS, I. de O.: **depoimento**. [19 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Escola Estadual. 3 arquivos digitais mpg (1h14min36s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

BARROS, M. G. S.; BARROS, I. C. da S.: **depoimento**. [21 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Residência de Maria Gorete Silva Barros e Isabel Cristina da Silva Barros. 1 arquivo digital mpg (13min26s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

BARROSO, C.M.C.: **depoimento**. [22 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral de Quixadá. 6 arquivos digitais mpg (1h17min27s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

BARROSO, C.M.C.: **depoimento**. [19 jan. 2015]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Por internet. 2 arquivos digitais adts (2mins26s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2015.

BARROSO, I. M. R. C.: **depoimento**. [11 jun. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral de Quixadá. 2 arquivos digitais mpg (1h19min06s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

BENASAYAG, M. El elogio del conflicto. Entrevista a Miguel Benasayag. Topía. 2011. Disponível em: < <http://www.topia.com.ar/articulos/elogio-del-conflicto-entrevista-miguel-benasayag>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

BEZERRA, M. de H. O.: **depoimento** [22 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 1 arquivo digital mpg (39min14s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

BRAGA, V. A. B.; SILVA, G. B. da. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. **Rev Latinoam Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 13-21, 2000.

BRASIL. **Decreto n. 1.132, de 22 de novembro de 1903**. Reorganiza a Assistência aos Alienados. **Lex**: Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>> Acesso em: 01 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990. **Lex**: Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em 26 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria/MS nº 545, de 20 de maio de 1993.** **Lex:** Disponível em: <siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\_20\_05\_1993.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informação, educação, comunicação. Uma proposta para o SUS.** Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1996.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex:** disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 07 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça, Central Nacional de Apoio e Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas. **Manual de Monitoramento das Penas e Medidas Alternativas.** Brasília: Secretaria Nacional de Justiça, Central Nacional de Apoio e Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas Manual de Monitoramento das Penas e Medidas Alternativas, 2002a. 146 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria/MS/GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** 2002b. **Lex:** disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria/SAS nº. 189, de 22 de Março de 2002.** 2002c. **Lex:** disponível em: <http://www.mp.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde:** PNASS. Edição 2004/2005. Brasília, 2004. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNASS\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos\\_saude\\_2004\\_2005.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNASS_programa_nacional_avaliacao_servicos_saude_2004_2005.pdf)>. Acesso em: 06 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Boas Práticas de Humanização na Atenção e na Gestão do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2006. 13 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Previdência da República. **Despacho do Secretário Especial, de 12 de fevereiro de 2007.** Brasília: Diário Oficial da União, 2007.

\_\_\_\_\_. **Parecer CNE/CES nº. 257/2014**, aprovado em 06 de novembro de 2014. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=16742&Itemid=](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16742&Itemid=)>. Acesso em: 21 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. s/d. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=231130>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

BURKE, P. **A Revolução Francesa da historiografia: a Escola dos *Annales* (1929-1989)**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1991.

\_\_\_\_\_. (org.). **A escrita da História: novas perspectivas**. São Paulo: UNESP, 1992.

CAMPOS, R. O. *et al.* **Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, dez. 2008.

CARNEIRO, A. V. N. B.: **depoimento** [17 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 2 arquivos digitais mpg (1h06min24s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013a.

CARNEIRO, H. F. de A. **depoimento** [23 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Hospital Eudásio Barroso. 1 arquivo digital pdf. 5f. Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013c.

CARNEIRO, R. N. **depoimento** [09 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Farmavida. 1 arquivo digital mpg (47min09s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013b.

CARTA de Quixeramobim. Mimeografada. 2003.

CARTA aos trabalhadores de Saúde Mental do Ceará. Fortaleza, 24 de abril de 2009. 2009. Disponível em: <<http://malgretout.collectifs.net/spip.php?article199>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

CARVALHO, T. P.: **depoimento** [06 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Tatiana Pinho Carvalho. 1 arquivo digital mpg. (37min10s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

CASTELO, R. R. B. C. **depoimento** [20 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 2 arquivos digitais mpg (32min59s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

CEARÁ. **Decreto do Estado do Ceará, n. 22.026, de 02 de julho de 1992**. Altera o prazo de recolhimento do ICMS dos contribuintes domiciliados no município de Quixadá. **Lex:** Disponível em: <<http://www.fiscosoft.com.br/index.php?PID=139508&amigavel=1>>. Acesso em: 24 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º. 12.151, de 29 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. **Lex:** Disponível em: <<http://www.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis93/12151.htm>>. Acesso em 06 ago. 2012.

CENSO demográfico. **Censo demográfico 1991**. Famílias e domicílios: resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1991. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/default\\_censo1991.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/default_censo1991.shtm)>. Acesso em 26 fev. 2015.

CONSELHO Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará. **Carta de Ytaceranha**. Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará: Sobral, 2000.

CONTAGEM da população 2007. **Contagem da população 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/>>. Acesso em 26 fev. 2015.

CORREIO do Ceará. **Professor afirma que o caso da “juventude transviada” é apenas a ausência dos pais.** 1961. Disponível em: <[http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=40230&catid=594&Itemid=101](http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=40230&catid=594&Itemid=101)>. Acesso em 01 jul. 2014.

COSTA, L. F. A. da; BEZERRA, L. M. P. de S.; PIO, M. da C. **Fragmento do passado e do presente: 60 anos do Serviço Social no Ceará.** Fortaleza: EDUECE, 2010.

COSTA, M. C. L. Teorias médicas e gestão urbana: a seca de 1877-79 em Fortaleza. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 11, n. 1, p. 57-74, jan.-abr. 2004.

DATASUS. **Coefficiente de Mortalidade Infantil por Ano segundo município. Brasil, 1989 a 1998.** s/d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/mortinf/municbr.htm>>. Acesso em: 21. Jan. 2015.

DIÁRIO do Nordeste. Presos com transtornos mentais: tratamento e abandono. 2011. In: **Diário do Nordeste.** Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1057453>>. Acesso em: 3 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Prédio do Hospital Mira Y López é vendido. 2012. In: **Diário do Nordeste.** Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/predio-do-hospital-mira-y-lopez-e-vendido-1.565847>>. Acesso em: 29 jul. 2012.

DOECE. **Diário Oficial do Estado do Ceará.** Série 3, ano I, n. 224. Fortaleza, 01 de dezembro de 2009. p. 23. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/5477854/pg-23-caderno-1-diario-oficial-do-estado-do-ceara-doece-de-01-12-2009>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

DUARTE, G. Pesadelo Inesquecível. 2009. In: **Diário do Nordeste.** Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=671947>>. Acesso em: 2 ago. 2012.

DUVIGNAUD, J. Prefácio. In: HALBWACHS, M. **Memórias Coletivas.** São Paulo: Centauro, 2006.

ESCOLA de Saúde Pública do Ceará. **II Curso de Princípios Básicos de Supervisão Clínico-Institucional da RAPS do Ceará – Ano 2014.** Manual do Aluno – Módulo I. Fortaleza: ESP-CE, 2014.

FACULDADE Católica Rainha do Sertão. **Projeto Pedagógico do Curso de Psicologia**. FCRS: Quixadá, 2014. 167 p.

FAISEM. **Soportes para la ciudadanía**: los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía. Jaén: FAISEM, 2012.

FÉLIX, T. S. **depoimento** [03 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Thiago Sousa Félix. 3 arquivos digitais mpg (1h29min34s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

FERNANDES, M. I. D. Construindo o sistema de saúde público de Quixadá. In: CARNEIRO, C. et al. (orgs.). **Acolher Cidadão**: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará. Fortaleza: Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde, UECE, 2006.

FERNANDES, M. I. D.: **depoimento** [07 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Residência de Maria Ivonete Dutra Fernandes. 1 arquivo digital mpg (49min59s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

FRAGA, M. de N. de O.: **depoimento** [15 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Maria de Nazaré de Oliveira Fraga. 1 arquivo digital mpg (42min55s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

FREITAS, M. C. de; GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. de F. da. Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará - a história e o projeto político-pedagógico atual. **Rev bras enferm**, v. 56, n. 4, p. 385-7, 2003.

FREITAS, R. K. B. de. A formação do discurso psiquiátrico em Fortaleza no final do século XIX. In: ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA DO CEARÁ, XII, 2010, Crato. **Anais**. Crato: URCA, 2010. Disponível em: < [http://www.ce.anpuh.org/download/anais\\_2010\\_pdf/st14/Roberta.pdf](http://www.ce.anpuh.org/download/anais_2010_pdf/st14/Roberta.pdf)>. Acesso em: 01 jan. 2015.

FREITAS, R. K. B. de. **Entre a pobreza e a loucura**: o discurso psiquiátrico, o Asilo de Alienados e as Cartas sobre a loucura (1874 a 1886). 2012. 120 f. Dissertação (Mestrado em História Social), Departamento de História, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2012.

GAGNEBIN, J. M. **Sete aulas sobre linguagem, memória e história**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GALVÃO, A. E. de. O. **O Lugar do Psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). 1997. 95 f. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1997.

\_\_\_\_\_. **depoimento** [23 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Ana Érika de Oliveira Galvão. 1 arquivo digital mpg (53min47s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

GAZETA de Notícias. **Teorias de Lombroso sobre Psiquiatria agitaram sua época**. 1960. Disponível em: <[http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47843&catid=608&Itemid=101](http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=47843&catid=608&Itemid=101)>. Acesso em: 01 jul. 2014.

GEROLOMO, M.; PENNA, M. L. F. Os primeiros cinco anos da sétima pandemia de cólera no Brasil. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 8, n. 3, set. 1999. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731999000300003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731999000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24 dez. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GÓIS, C. W. L. **Psicologia Comunitária no Ceará - Uma Caminhada**. Fortaleza: Instituto Paulo Freire, 2003.

GONÇALVES, A. C.: **depoimento** [12 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Consultório de Ana Cláudia Gonçalves. 1 arquivo digital mpg (52min50s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

GONÇALVES, D. da C. **A insuficiência da ordem**: discursos e reformas policiais (Fortaleza, 1930-1945). 2011. 170f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2011.

GONÇALVES, M. da G. M. Fundamentos metodológicos da psicologia sócio-histórica. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. da G. M.; FURTADO, O. **Psicologia sócio-histórica**: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo: Cortez, 2001. p. 113-128.

GONCALVES, M. de S.; EDLER, F. C. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 12, n. 2, June 2009 .

GURGEL, E. A.: **depoimento** [28 mai. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Secretaria de Justiça do Governo do Estado do Ceará. 4 arquivos digitais mpg (1h26min48s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

HALBWACHS, M. **Memórias Coletivas**. São Paulo: Centauro, 2006.

HEIMANN, L. S. *et al.* **A descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil**: uma proposta metodológica de investigação sobre o impacto de políticas. São Paulo: Instituto de Saúde, 1998.

IFCE-Quixadá. **Instituto Federal Ceará Campus Quixadá**. Disponível em: <<http://quixada.ifce.edu.br/>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

IPECE. **Perfil Básico Municipal – Quixadá. 2014**. Governo do Estado do Ceará: Fortaleza, 2015. Disponível em: <[http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil\\_basico/pbm-2014/Quixada.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2014/Quixada.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2015.

ISCHIARA, J. C. **Humanização da Assistência Hospitalar**: um estudo de caso em hospital público. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Estadual do Ceará UECE, Fortaleza, 2003.

ISCHIARA, J. C.: **depoimento** [08 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Clínica de Júlio César Ischiara. 2 arquivos digitais mpg (56min32s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

KHOURY, Y. A. Narrativas orais na investigação da história social. **Projeto História**: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História, v. 22, 2001.

LIMA, E. A. de.: **depoimento** [10 jun. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Casa Norte. 1 arquivo digital mpg (25min15s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

LINO, A. F.; FERREIRA, M. I. de S.: **depoimento** [10 jun. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Residência de Antônio Flávio Lino e Maria Irene de Sousa Ferreira. 1 arquivo digital mpg (21min35s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

MARQUES, J. I. G.: **depoimento** [26 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Assembleia Legislativa do Estado do Ceará. 3 arquivos digitais mpg (56min50s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013a.

MARQUES, R. X. **Saneamento Básico e Indicadores de Saúde Infantil, na Cidade de Quixadá, estado do Ceará**. 2003. 87 f. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Saúde Pública), Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

\_\_\_\_\_: **depoimento** [27 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Rachel Ximenes Marques. 3 arquivos digitais mpg (36mins44s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013b.

MATOS, L. O. L.: **depoimento** [11 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Lílian Oliveira Lima Matos. 1 arquivo digital mpg (56mins08s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

MENEZES, E. L. V.: **depoimento** [18 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Casa Norte. 1 arquivo digital mpg (15min26s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

MENEZES NETO, F. T. de. Centro de Estudos Melanie Klein (CEMK): uma experiência criativa. **Revista Cearense de Psiquiatria**, ano 1, n. 1, p. 07-10, 1979.

MINAYO, M.C. de S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: CAMPOS, R. O. *et al.* **Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 15-19.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.(org). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINOLETTI, A. Abogacía para mejorar las políticas públicas en salud mental en Chile. **Átopos, salud mental, comunidade y cultura**, n. 11, p. 84-93, jun. 2011.

MIRANDA, A. S. de.: **depoimento** [27 fev. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Hotel Mareiro. 3 arquivos digitais mpg (1h31min34s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

MONTESUMA, F. G. *et al.* C. Saúde pública no Ceará: uma sistematização histórica. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 2, n. 1., p. 6-19, jan./jun. 2006.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOBRE, M. E. de O. **depoimento** [18 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 2 arquivos digitais mpg (1h14min09s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

NÓBREGA-THERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. I. de; SILVA, M. G. C. da. Ensino de enfermagem no Ceará de 1942-1956: a memória que projeta o futuro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, fev. 2008.

O ESTADO. Instituto psiquiátrico no Ceará abandonado. In: O Estado. Disponível em: <<http://www.oestadoce.com.br/geral/instituto-psiquiatrico-no-ceara-abandonado>>. Acesso em 07 ago. 2017.

O NORDESTE. **Curso de Higiene Mental e Psiquiatria Clínica**. 1957a. Disponível em: <[http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57832&catid=636&Itemid=101](http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=57832&catid=636&Itemid=101)>. Acesso em: 01 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Curso de aperfeiçoamento para médicos**. 1957b. Disponível em: <[http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57918&catid=636&Itemid=101](http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=57918&catid=636&Itemid=101)>. Acesso em: 01 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Um psicopata matou Monsenhor Joviniano**. 1960. Disponível em: <[http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=63058&catid=642&Itemid=101](http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=63058&catid=642&Itemid=101)>. Acesso em: 01 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Pedopsiquiatria**. 1961. Disponível em: <[http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=63728&catid=644&Itemid=101](http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=63728&catid=644&Itemid=101)>. Acesso em: 01 jul. 2014.

OLIVEIRA, C. F. de. **O asilo de alienados São Vicente de Paula e a institucionalização da loucura no Ceará (1871-1920)**. 2011. 274 p. Tese (Doutorado em História). Programa de pós-graduação em História, Universidade Federal do Pernambuco, Recife. 2011.

OLIVEIRA, C. F. de; MIRANDA, C. A. C. Asilo de Alienados São Vicente de Paula, no Ceará do Século XIX: entre Fontes e Teoria. **O Público e o privado**, Fortaleza, n. 13, Jan. - Jun., 2009.

OLIVEIRA, M. A. de.: **depoimento** [18 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Consultório de Marluce Alves de Oliveira. 5 arquivos digitais mpg (1h41min32s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013a.

OLIVEIRA, M. I.: **depoimento** [01 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 7 arquivos digitais mpg (14min45s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013c.

OLIVEIRA, M. S. N. **Fatores sociodemográficos e clínicos de internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias em Fortaleza – Ceará**. 2009. 142 f. Dissertação (Mestrado Saúde Pública), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2009.

OLIVEIRA, R. da J. T. G. de. Do início da difusão dos conhecimentos psicanalíticos no Ceará. **Revista Cearense de Psiquiatria**, v. IV, n. 4, p. 5-7, 1982.

OLIVEIRA, V. J. de.: **depoimento** [18 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Casa Norte. 4 arquivos digitais mpg (1h11min45s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013b.

ORGANIZATION of American States. **Caso Damião Ximenes Lopes**. Organization of American States: Washington, 2005. Disponível em: < <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/ximenes/agescidh.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

PÁSCOA, J. G. O. da. **Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá**: contribuições para mudanças na condução da política saúde mental no nível municipal. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em planejamento e políticas públicas). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2008.

PASSERINI, L. Mitobiografia em História Oral. **Revista Projeto História**, n. 10, p. 29-40, 1993.

PEREIRA, A. Q. O centro urbano de Quixadá. In: CONGRESSO DE PESQUISA E INOVAÇÃO DA REDE NORDESTE DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA, V, 2010, Maceió. **Anais**. Maceió: CONNEPI, 2010. v. I. p. 1-7.

PICANÇO, P. E. G.; LEITÃO, V. de M. Prática psicanalítica no Ceará. **Revista Cearense de Psiquiatria**, ano 1, n. 1, p. 33-37, 1979.

PINTO, N. M. da C. P.: **depoimento** [11 mar. 2013]. Entrevistadora: Tais Bleicher. Aracati: Praça. 2 arquivos digitais mpg (38min). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

PONTES, P. A. R.; FRAGA, M. de N. de O. Reforma psiquiátrica no Ceará: descrição de um caso. **Rev. latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. esp., p. 45-50, mai. 1997.

QUINTEIRO, T.; BARBOSA, M. L. de O.; OLIVEIRA; M. G. de. **Um toque de clássicos**: Marx, Durkheim e Weber. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

QUIXADÁ. Prefeitura Municipal de Quixadá. **Lei orgânica do município de Quixadá, de 18 de julho de 1990**. **Lex**: Disponível em: < <http://www.camara-quixada.ce.gov.br/lei-organica/>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Quixadá. **Lei nº. 1.405, de 28 de junho de 1991**. Que institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 1.730, de 07 de novembro de 1997**. Dá nova redação a lei 1.405 de 28 de junho de 1991 e adota outras providencias.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 1.980, de 08 de junho de 2001.** Dá nova redação a lei no. 1.730, de 07 de novembro de 1997, altera a estrutura e a composição do Conselho Municipal de Saúde de Quixadá e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei Municipal nº 2.223, de 22 de Setembro de 2005.** Dá nova redação à lei n. 1.980, de 08 de julho de 2001, que trata da estrutura e da composição do Conselho Municipal de Saúde de Quixadá e dá outras providências.

RAMOS, A. M. P. **A Interiorização do ensino superior no Ceará.** 1990. 96 p. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1990.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I. M. (org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade:** teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2003. p. 76-97.

REVISTA INSTITUTO DO CEARÁ. 1963. Disponível em: <[http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19069&catid=315&Itemid=101](http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=19069&catid=315&Itemid=101)>. Acesso em: 01 jul. 2014.

RIGOTTO *et al.* **Análise das condições organizacionais e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos centros de atenção psicossocial do Ceará. Relatório Final.** Fortaleza, 2007. Relatório. Mimeografado. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/CE-TREDE/Analise\\_condicoes\\_org.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CE-TREDE/Analise_condicoes_org.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2015.

ROSA, L. C. dos S. **O Nordeste na Reforma Psiquiátrica.** Teresina: EDUFPI, 2006.

RÜSSEN, J. **Reconstrução do passado.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007.

SALES, T. C. **Medicina, associativismo e repressão:** o Centro Médico Cearense e a formação do campo profissional em Fortaleza (1928-1938). 2010. 150 f. Dissertação (Mestrado em História Social). Programa de pós-graduação em História Social, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2010.

SAMPAIO, J.J. C. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil:** a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. 1988. 211f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1988.

\_\_\_\_\_. **Epidemiologia da imprecisão:** processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. [Carta]. 19 fev. 2001, Fortaleza [para] MARQUES, R. X., Quixadá. 4 f. **Diagnóstico e propostas visando a retomada de qualificação, tanto do serviço como da política de saúde mental do município de Quixadá.** 2001a.

\_\_\_\_\_. [Carta]. 02 mai. 2001, Fortaleza [para] MARQUES, R. X., Quixadá. 4 f. **Desligamento da supervisão institucional do CAPS/Quixadá.** 2001b.

\_\_\_\_\_. **Depoimento do Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio à Corte Interamericana de Direitos Humanos/OEA.** Sobral, 2005. Disponível em: <<http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/ximenes/jojacosa.pdf>>. Acesso em 26 fev. 2015.

\_\_\_\_\_: **depoimento** [23 fev. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de José Jackson Coelho Sampaio. 3 arquivos digitais mpg (1h51min59s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (19932012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Manual de organização do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá.** Quixadá: 1994. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/itinerancia/fortaleza/Carcaps.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. **SANARE**, Sobral, v. 6, n. 2, p. 7-25, jul./dez. 2005/2007.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará.** São Paulo: Hucitec, 2010.

SAMPAIO, J. J. C. *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G. dos. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 127-34.

SANTA Casa de Misericórdia. **História da irmandade Santa Casa de Misericórdia**. Disponível em: <<http://www.santacasace.org.br/index.php/instituicao/historia>> Acesso em 05 jun. 2014.

SANTIAGO, C. E. P. Cenário socioeconômico de Quixadá – Contextualização básica do território. In: NOGUEIRA, S. V. B. *et al.* (orgs). **A revolução dos monólitos: pioneirismo e trajetória do desenvolvimento sustentável em Quixadá**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.

SANTOS, A. W. G. dos. **Avaliação crítica dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial no Nordeste: perfil organizacional dos serviços**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). 1997. 110 f. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 1997.

\_\_\_\_\_: **depoimento** [28 nov. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: FCRS. 5 arquivos digitais mpg (2h43min25s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

SANTOS, F. M. B. dos.: **depoimento** [18 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 1 arquivo digital mpg (15min53s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

SANTOS, L. A. P. F. dos. **A conversação de pessoas com transtornos mentais: um estudo dos turnos conversacionais, dos marcadores e do fenômeno da relevância**. 2001. 213 p. Dissertação (Mestrado em Linguística), Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

SARACENO, B. Entrevista a Benedetto Saraceno. **Átopos, salud mental, comunidade y cultura**, n. 11, jun. 2011, p. 73-83.

SARAIVA, V. G. : **depoimento** [17 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Centro de Educação de Jovens e Adultos. 2 arquivos digitais mpg (49min55s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

SEIGNOBOS, C.; LANGLOIS, C-V. **Introduction aux études historiques**. Paris: Kimé, 1992.

SEJUS. **Unidades prisionais**. Disponível em: <<http://www.sejus.ce.gov.br/index.php/gestao-penitenciaria/39-gestao-penitenciaria/69-unidadesprisionais>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

SESA. **Saúde Mental**. s/d. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/organizacao-de-servicos/atencao-especializada/44758-saude-mental>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

SEVERO JÚNIOR, R.: **depoimento**. [31 mai. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Instituto Aquilae. 2 arquivos digitais mpg (2h3min52s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

SILVA, F. A. da: **depoimento** [04 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Francimeiry Amorim da Silva. 6 arquivos digitais mpg (2h08min47s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013a.

SILVA, F. C. S. da.: **depoimento** [15 ago. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Francisca Cláudia Sousa da Silva. 2 arquivos digitais mpg (49min22s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014b.

SILVA, F. E. G. da.: **depoimento** [13 jul. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral de Quixadá. 2 arquivos digitais mpg (33min55s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014a.

SILVA, J. G.; FARIAS, K. M. O cartógrafo João Teixeira Albernaz I e o Ceará Colonial. In: ENCONTRO NACIONAL DE HISTÓRIA DO PENSAMENTO GEOGRÁFICO. ENCONTRO NACIONAL DE GEOGRAFIA HISTÓRICA, III, I, 2012, Rio de Janeiro. Disponível em: < [http://www.3hpg1gh.net/gt\\_6/GT%206%20-%20330-SILVA\\_FARIAS.pdf](http://www.3hpg1gh.net/gt_6/GT%206%20-%20330-SILVA_FARIAS.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2014.

SILVA, H. G. F. da.: **depoimento** [14 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Humberto Gomes Farias da Silva. 3 arquivos digitais mpg (1h42min). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013b.

SILVA, J. P. T. da: **depoimento** [08 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 1 arquivo digital mpg (41min01s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013c.

SILVA, L. dos S.: **depoimento** [10 jun. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Casa Norte. 1 arquivo digital mpg (51min38s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014d.

SILVA, L. N. da.: **depoimento** [20 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 3 arquivos digitais mpg (1h20min30s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013d.

SILVA, M. A. da; RABELO, M. I. N.; HAIASHIDA, K. A. Equilíbrio da mente: abordagem do projeto e da metodologia de ensino aplicada às pessoas com transtorno mental. In: FÓRUM INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA, 4, Parnaíba, PI, Realize, 2012, p. 01 – 14.

SILVA, M. J. de S.: **depoimento** [08 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 3 arquivos digitais mpg (8min17s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013e.

SILVA, M. de L. da: **depoimento** [02 jul. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Casa Norte. 1 arquivo digital mpg (49min03s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014c.

SILVA, M. M. M. da. Revolução silenciosa no sertão: ficção ou realidade? In: NOGUEIRA, S. V. B. *et al.* (orgs). **A revolução dos monólitos**: pioneirismo e trajetória do desenvolvimento sustentável em Quixadá. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.

SILVA, O. C. B.: **depoimento** [01 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 4 arquivos digitais mpg (18min42s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013g.

SOCEP. **Revista Cearense de Psiquiatria**, ano 1, n. 1, 1979.

\_\_\_\_\_. **Revista Cearense de Psiquiatria**, ano 2, n. 2, 1980.

\_\_\_\_\_. **Revista Cearense de Psiquiatria**, ano 3, n. 3, 1981.

\_\_\_\_\_. **Revista Cearense de Psiquiatria**, ano 4, n. 4, 1982.

\_\_\_\_\_. **Revista Cearense de Psiquiatria**, ano 5, n. 5, 1983.

SOUSA, F. R. S. de. **depoimento** [01 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 5 arquivos digitais mpg (11min44s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013b.

SOUSA, M. A. L. : **depoimento** [03 jul. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral. 1 arquivo digital mpg (19min05s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

SOUSA, T. S. de: **depoimento** [22 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Açude Cedro. 1 arquivo digital mpg (42min49s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013c.

SOUSA, W.P. de: **depoimento** [20 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral de Quixadá. 4 arquivos digitais mpg (1h3min51s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013a.

SOUZA, A. S. **depoimento** [14 abr. 2014]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: Casa Norte. 5 arquivos digitais mpg (1h31min22s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2014.

SOUZA, M. E. B. de. **depoimento** [19 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Maria Eunice Bandeira de Souza. 1 arquivo digital mpg (45min35s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

SULIANO FILHO, M. Contribuição para a História da Psiquiatria Hospitalar no Ceará. **Revista Cearense de Psiquiatria**, ano 1, n. 1, 1979. p. 38-44.

THOMSON, A. Rekompondo a memória: Questões sobre a relação entre a História Oral e as memórias. **Proj. História**, São Paulo, v. 15, abr. 1997.

TÓFOLI, L. F. Análise da Portaria 189/SAS de 22 de Março de 2002: incongruências conceituais internas e com a Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Mimeografado. 2003.

TRAVASSOS, L. S. M. Uma história não contada: o campo de concentração para flagelados de 1915 em Fortaleza – Ceará. In: COLÓQUIO DE HISTÓRIA. Perspectivas históricas: historiografia, pesquisa e patrimônio, V. 2011. Recife. Anais dos Colóquios de História da UNICAP. Recife: UNICAP, 2011. P. 717-730.

TRE-CE. **Eleições municipais de 15 de novembro de 1988**. Disponível em: < <http://apps.tre-ce.jus.br/tre/download/Eleicoes%201988.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UFC. **Enfermagem – histórico**. s/d. Disponível em: <[http://www.ffoe.ufc.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=25&Itemid=29](http://www.ffoe.ufc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=29)>. Acesso em: 09 jul. 2014.

UFC-Quixadá. **O campus**. Disponível em: <<http://www.quixada.ufc.br/campus-qxd.html>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

UNITÁRIO. Nas mãos do ministro da Educação o pedido da UEE para criação de uma faculdade de Medicina no Ceará. 1946. In: **Unitário**. Disponível em: <[http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=68848&catid=653&Itemid=101](http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=68848&catid=653&Itemid=101)>. Acesso em 01 jul. 2014.

VENÂNCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 35-52, dez. 2011.

VIEIRA JÚNIOR, A. O. De menino voador, Sabá e Iluminismo: notícias da Inquisição no Sertão do Ceará. **Antíteses**, v. 4, n. 8, p. 783-800, jul./dez. 2011.

WEHLING, A. Em torno de Ranke: a questão da objetividade histórica. **Revista de História**, v. 46, n. 93, p. 177-200, 2017.

## SOBRE A AUTORA



Fui formada em Psicologia, na Universidade Federal do Ceará, em um tempo em que, passados quinze anos da implantação do Sistema Único do Saúde, em nosso curso, ainda não estudávamos políticas públicas de qualquer natureza, inclusive as de Saúde e, especificamente, as de Atenção Psicossocial, e, nem sequer, **o próprio tratamento, por exemplo, das psicoses e dos autismos. Não existia, também,** em nossas aulas, o resgate histórico de como se deu o processo saúde-doença mental no estado do Ceará. As teorias e teóricos que nos chegavam, no máximo, estavam em algum país *hermano* da América Latina, ou, quando muito, no Rio de Janeiro. Quando voltei a estudar no Ceará, por ocasião do meu doutorado, ainda me causavam estranheza os trabalhos que discorriam sobre a loucura europeia, também, e, no máximo chegavam até o Rio de Janeiro, como se fosse possível transpor realidades: estudar os fenômenos destas sociedades, e, sem nenhum posicionamento crítico, fazer pesquisas no nosso próprio estado.

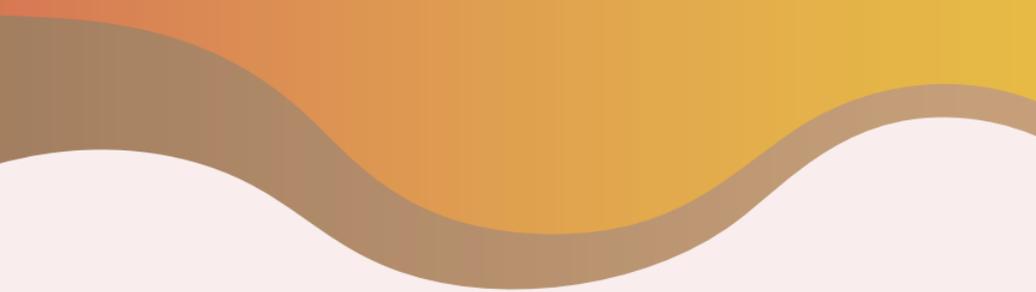
Tive a grande oportunidade de fazer o meu mestrado na Universidade de Brasília, onde pude me aproximar de um novo mundo, ainda desconhecido para mim: o do autismo. Ao retornar para Ceará, meu primeiro emprego foi um Centro de Atenção Psicossocial, no município de Acopiara. Sem uma graduação que tivesse me preparado para este ce-

nário, tive, entretanto, a sorte de começar a conhecer os personagens que fizeram a reforma psiquiátrica no Ceará possível. Estar em um Centro de Atenção Psicossocial, necessariamente, levou-me à história de Quixadá. Ter trabalhado em um CAPS que se comunicava com a história de Quixadá (nossa supervisão era com um dos membros da equipe de Quixadá), ouvir os gestores, trabalhadores e usuários de sua política de Saúde Mental foi, certamente, uma de minhas maiores escolas sobre Atenção Psicossocial que tive a oportunidade de ter, na vida. Quando, em sala de aula, falo sobre a experiência de Quixadá, trago-a em pé de igualdade com qualquer experiência internacional que tive a chance de conhecer, **já nesses mais de dez anos de trajetória na Atenção Psicossocial.**

Então, eu passei pelo Ceará, o Ceará deixou algumas marcas em mim, mas, eu também acredito que pude deixar algumas marcas no Ceará. Tive a alegria de criar e coordenar o primeiro programa especialmente dedicado aos transtornos graves do desenvolvimento do departamento de Psicologia da UFC, o **Clínica, Estética e Política do Cuidado** (em parceria com o **Centro de Referência à Infância - INCERE**), finalmente, respondendo a esta lacuna histórica do curso, no ensino da atenção às psicoses, autismos, e demais casos graves. Tardiamente, fui membro do **Fórum Cearense da Luta Antimanicomial - FCLA**, conhecendo a Saúde Mental de outro ponto de atuação – o da militância, e, por um período muito curto, fui presidente da comissão de Saúde do Conselho Regional de Psicologia – 11<sup>a</sup> região, pouco tempo antes de ir embora. Neste movimento de criar e fazer, conheci pessoas que muito me ensinaram. E, hoje, posso devolver ao Ceará o meu aprendizado na forma deste livro, que, embora seja, especialmente, dedicado à política de Saúde Mental de Quixadá – tema de minha tese que o gerou – brinda o estado com sua primeira narrativa histórica sobre o processo saúde-doença mental do Ceará, desde sua colonização até a sua reforma psiquiátrica. Afinal, veio uma paraibana, mulher macho, sim senhor, enredar-se nas histórias de sertão e mar cearenses. Apaixonei-me por cada um de meus personagens, suas tramas e por essa experiência única.

Hoje, sou professora, na Universidade Federal de São Carlos. No ano seguinte à minha entrada, alunos desta universidade de São Paulo procuraram-me, dizendo assim: “A gente queria fazer uma coisa parecida com o que foi feito em Quixadá”.

A potência de uma experiência ultrapassa todas as regionalidades. É assim, levando Quixadá comigo e pelo mundo, que eu venho encantando as pessoas.



O andar histórico deste livro começa pela recuperação das políticas de atenção psiquiátrica no Ceará, antes e depois do SUS. Telescópios foram utilizados, rastreando o movimento dos astros, até chegarmos ao campo e caso: a política de saúde mental de Quixadá, inaugurando visão própria da atenção psicossocial territorial, na transição do século XX para o XXI.

Recuperando venturas e desventuras de 20 anos de experiência, paradigmática dos mesmos 20 anos nas políticas cearense e brasileira de saúde coletiva e baseando-se na generosa fala dos entrevistados, Taís Bleicher nos oferece o monumento necessário ao destaque da atividade criativa do CAPS de Quixadá, em momento brasileiro particularmente permeável à incorporação do tema da Saúde Mental na agenda das políticas públicas, como exemplificam Chile, Brasil e Espanha.

Leiam, estudem, curtam, divulguem. É uma bela história brasileira, que ocorre naqueles momentos luminares nos quais podemos ser bons, ser muito bons.

**Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio**

Médico psiquiatra, Mestre e Doutor em Medicina Social,  
Professor Titular em Saúde Pública e Reitor da UECE

