



Aprendendo com histórias: narrativas de experiências de uma cidade com a loucura

Learning from stories: narratives of experiences in a city with madness

Aprendiendo con historias: narrativas de experiencias de una ciudad con la locura

Samara Pimenta Monecchi

Maria Elizabeth Barros de Barros

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Heliana de Barros Conde Rodrigues

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

A cidade de Cariacica-ES foi sede do primeiro hospital psiquiátrico público do estado - local que produziu marcas na memória de uma cidade, que se acostumou a manter a loucura à distância, trancafiada nos muros do manicômio. Com as lutas provenientes da Reforma Psiquiátrica, os manicômios tiveram seus muros abalados e a proposta de um cuidado territorial começou a ser posta em prática: a loucura passou a habitar outros espaços da cidade. O presente artigo foi construído a partir de uma experiência investigativa que utilizou como método a História Oral, no intuito de conhecer, a partir de relatos de experiências de moradores e profissionais da saúde mental, os modos como a loucura foi acolhida em Cariacica-ES para além do espaço manicomial, a partir dos Serviços Residenciais Terapêuticos, após a abertura dos muros físicos do antigo Hospital Aداuto Botelho.

Palavras-chave: Cariacica; Hospital Aداuto Botelho; Loucura; Território; História Oral.

Abstract

The city of Cariacica-ES was the headquarters of the first public psychiatric hospital in the state, a place that produced marks in the memory of a city used to seeing madness far away, excluded and locked in the walls of the mental institution. With the struggles arising from the Psychiatric Reform, the asylums had their walls knocked down, and the proposal for territorial care began to be put into practice: madness began to inhabit other spaces in the city. This article was made from an investigative experience which used Oral History as a method to know, from the experiences of residents and mental health professionals, how madness was welcomed in Cariacica city beyond a mental asylum space, and from the Therapeutic Residential Services, after the opening of the physical walls of the former Aداuto Botelho Hospital.

Keywords: Cariacica; Aauto Botelho Hospital; Madness; Territory; Oral Stories.

Resumen

La ciudad de Cariacica, situada en el estado de Espírito Santo, fue sede del primer hospital psiquiátrico público, un lugar que dejó huellas en la memoria de una ciudad acostumbrada a ver la locura desde la distancia, encerrada en los muros del hospital. En virtud de las luchas surgidas de la Reforma Psiquiátrica, los manicomios tuvieron sus muros derribados y se empezó a poner en práctica la propuesta del cuidado territorial, la locura comenzó a habitar otros espacios de la ciudad, componiéndolos. Este artículo se construyó a partir de una experiencia investigativa que utilizó la Historia Oral como método, con el fin de conocer, a partir de relatos de experiencias de residentes locales y profesionales de la salud mental, cómo la locura fue acogida por la ciudad, más allá del espacio hospitalario, a partir de los Servicios Residenciales Terapéuticos, tras la apertura de los muros físicos del antiguo Hospital Aauto Botelho.

Palabras clave: Cariacica; Hospital Aauto Botelho; Locura; Territorio; Historia Oral.

Introdução

Parafraseando Portelli (1997), em meio à pluralidade de histórias que permeiam as cidades, contaremos neste artigo algumas dimensões, alguns traços do que conseguimos aprender sobre uma cidade chamada Cariacica, a partir de suas experiências com a loucura fora dos muros manicomial, habitando diferentes espaços urbanos. Nesse sentido, histórias do processo de desinstitucionalização na cidade que foi sede do primeiro hospital

psiquiátrico público do estado do Espírito Santo nos interessaram de maneira singular.

Ao longo do século XX, durante muitos anos o Espírito Santo lidou com os chamados alienados internando-os em quartéis de polícia, asilos ou mesmo transferindo-os para o Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro (Jabert, 2001). Em 1954, contudo, surge o primeiro hospital psiquiátrico público capixaba, o Aauto Botelho, que, por sinal, ao longo de seus mais de quarenta anos de atuação, internou muito mais do que apenas aqueles

estritamente diagnosticados como doentes mentais.

As referências bibliográficas presentes neste artigo (Jabert, 2001; Lima, 2005; Carrion, Margoto & Aragão, 2014) nos apontam que, qual em inúmeras outras cidades brasileiras, em Cariacica, animada pela perspectiva de urbanização e ‘progresso’, o movimento de higienização se fez fortemente presente, o que implicou limpá-la daqueles que destoavam de tal perspectiva dominante.

Vale ressaltar a atuação do movimento higienista no cenário brasileiro a partir do século XIX, sob forte influência do discurso médico, atrelado à reforma urbana das cidades. Devido às péssimas condições sanitárias dos espaços urbanos da época, vários surtos epidêmicos os acometeram, como os de cólera, varíola e febre amarela. No intuito de conter a propagação das doenças, os governos utilizaram-se de medidas preponderantemente autoritárias e

repressivas, se comparadas ao aumento de investimentos e a efetivas melhorias nas condições de saneamento básico; ou seja, houve, notadamente, um controle maior nas habitações coletivas, a partir do suporte da força policial. Cumpre também dizer que as intervenções médicas passavam, muitas vezes, por uma vigilância de caráter moral do comportamento dos habitantes - a solução para os supostos problemas era a “limpeza” das cidades, ou seja, a expulsão da população pobre de determinados espaços (Resende, 1997).

A população pobre era vista como perigosa, portanto, não apenas por seus “maus hábitos” de higiene, que aumentariam o risco de contágio, mas igualmente por outro possível “contágio” associado a seus pretensos vícios (alcooolismo, drogas, doenças diversas). Nesse movimento de higienização e ordenamento social, a construção de estabelecimentos como o hospital psiquiátrico foi vista como medida

apropriada para ocultar, das cidades, as experiências destoantes (Resende, 1997).

A história do Hospital Aداuto Botelho reflete esse cenário higienista que perpassava as cidades capixabas. Eram levados para esse hospital, entre outros, alcoolistas, sífilíticos, mulheres rejeitadas pelos maridos e/ou que lhes poderiam causar prejuízos financeiros no processo de partilha de bens. Isso mostra que o tão sonhado hospital moderno, local presumidamente especializado na cura dos doentes mentais, constituía efetivamente um dispositivo de produção de afastamento e abandono daqueles que poderiam perturbar a ordem de uma cidade que sonhava com um ‘progresso desenvolvimentista’ pautado na racionalidade científica.

O manicômio – denominação que decerto se justifica pelas breves considerações anteriores – marca a memória dos moradores de Cariacica que residem em seu entorno, mas,

principalmente, a daqueles que perderam anos de suas vidas aprisionados nesse, sem eufemismos, calabouço. Em 1996, fruto das intensas mobilizações que vinham ocorrendo no Brasil com o movimento da Reforma Psiquiátrica, o Aداuto Botelho inicia o processo de desospitalização daqueles que, por longo período, ficaram trancafiados, dando a partida, assim, ao processo de desinstitucionalização da loucura no Espírito Santo.

Desinstitucionalizar, no entanto, não equivale a unicamente desospitalizar. Segundo Venturini (2016), é um processo contrário à lógica manicomial, pois coloca em questão dicotomias como saúde/doença, loucura/norma, dependência/autonomia, entre outras. Desse modo, falamos de um processo que envolve não apenas a retirada dos usuários dos hospitais, mas a desconstrução de todo um aparato manicomial, paralelo à construção de condições efetivas de um cuidado

comunitário para todos os que demandem, dos serviços, acolhimento e tratamento.

A desinstitucionalização, portanto, envolve inúmeras experiências de vida e múltiplos atores da comunidade extramanicomial, incluindo os serviços de saúde, as políticas culturais, as instâncias educacionais, entre outros. Desinstitucionalizar é quebrar barreiras instituídas, possibilitando que diferentes modos de vida possam existir e ser afirmados (Rotelli, 2001). A cidade tem papel fundamental nesse processo, pois é a partir da composição dos espaços da urbe que se viabilizam tais quebras e tais criações de formas outras de existência.

Nessa linha, é preciso entender por instituições os sistemas de regras que atravessam pessoas, grupos e organizações sociais: “Produzidas pela história, as instituições acabam por aparecer como fixas e eternas, como algo dado, condição necessária e trans-histórica da vida das sociedades” (Lourau, 2004, p. 73). Cumpre

frisar, porém, que compõem as instituições as dimensões instituídas e instituintes, que se interpenetram a todo momento, em uma união-tensão permanente. A dimensão do instituído se refere a um aparato de normas, valores, saberes, formas de vida etc. que, apresentando-se como imutáveis e universais, têm por finalidade estratégica manter determinada ordem social. Já a dimensão do instituinte escapa a essas formas padronizadas: produz aberturas, contesta as formas naturalizadas e inventa novas formas.

Afirmando política e teoricamente esta perspectiva desinstitucionalizante, a presente pesquisa buscou justamente conhecer como a loucura tem sido acolhida na cidade de Cariacica a partir da queda dos muros, ao menos físicos, do manicômio e da consequente entrada do louco em novas esferas urbanas. A criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos tornou possível a existência de casas, distribuídas pelo cenário da cidade, para ex-internos de

hospitais psiquiátricos. Que histórias são contadas a partir desse novo encontro entre loucura e cidade?

Fruto de uma experiência que integra as investigações realizadas por um grupo do diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), a pesquisa apoiou-se em procedimentos da História Oral, notadamente sob as perspectivas de Portelli (1997; 2010) e Rodrigues (2005). Tais autores ressaltam a singularidade das fontes orais, vendo-as como algo distinto de meras substitutas, inevitavelmente pouco confiáveis, para casos em que não existem documentos escritos disponíveis. Entre outros aspectos, as fontes orais possuem, ainda segundo os autores citados, uma credibilidade singular, pois trazem à cena aquilo que as pessoas experienciam em processos socio-históricos – o que, sem dúvida, tem igualmente uma história. Fundamentalmente, tais experiências emergem a partir de memórias; melhor

dizendo, de relatos sempre repletos dos mais diversos significados e que resultam de uma construção dialógica, conjunta, de pesquisadores e narradores. Com efeito, se a memória tem uma história – ela é também uma instituição –, eventualmente resiste às cristalizações do instituído e desencadeia novos modos de vida, ao reinventar o que pode ser rememorado e, inclusive, comemorado.

Nessa perspectiva, foram realizadas entrevistas com moradores e profissionais da saúde mental que vivenciaram (e ainda vivenciam) o processo decorrente da desinstitucionalização psiquiátrica em um conjunto residencial localizado no bairro Santana, em Cariacica. Esses moradores e profissionais trazem histórias acerca do modo como a cidade tem lidado com tal processo. O que nos conta, portanto, a cidade?

Uma cidade e as marcas de um manicômio

A existência de um hospital psiquiátrico público que abrigou uma variedade de indesejados deixou marcas em Cariacica: escolhida para sediar o tão desejado hospital, a cidade carrega múltiplas memórias ligadas à presença do primeiro manicômio capixaba.

O que fazer com os loucos? – até o fim da Primeira República, o Espírito Santo não definira como responder a essa pergunta. Entre quartéis de polícia, abrigos e envio dos ditos insanos para o Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, o Estado oscilava, embora já cogitasse ser necessário um local próprio para abrigá-los (Jabert, 2001). Inúmeras tentativas foram articuladas ao longo dos anos para a instauração do desejado estabelecimento, mas somente em 1954 surge, no Espírito Santo, um hospital psiquiátrico público, o Adauto Botelho - denominado, a partir de 2010, Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC)¹. À época da inauguração, o

Adauto Botelho foi considerado um avanço na área de saúde mental capixaba, mas rapidamente revelou sua função primordial, talvez exclusiva: a de afastar do tecido citadino os corpos que incomodavam a ordem – entre outros, internavam-se loucos, alcoolistas, sífilíticos na fase terciária, mulheres indesejadas no casamento e incômodas na partilha de bens (Carrion et al., 2014).

Fincado em um cume de um acidentado relevo de Cariacica, o acesso ao calabouço manicomial era quase inviável: estradas de terra, desaconselháveis para o trânsito de automóveis e implicando um longo percurso a percorrer caso se optasse por ir a pé. A própria localização do Adauto Botelho mostrava o processo de isolamento e abandono a que estariam destinados aqueles que para lá fossem encaminhados.

Corpos indesejados na cidade, cindidos da família, do trabalho, enfim, corpos ditos improdutivos, ou mesmo perigosos, sua loucura perturbava a paz

social: o que poderiam oferecer senão a desordem? Foi preciso, pois, expulsar a loucura da cidade.

“Como chegavam ao hospital?” Expulsos. “Quem expulsava?” A família, o trabalho, a cidade, a produtividade, as fábricas, as casas, as lavouras, a assepsia. A família também higienizada, o homem e a mulher produtivos, os desvios do tempo sufocados. Uma cidade que, ansiando por pessoas e famílias produtivas, precisava isolar aqueles que não produziam. Famílias que, lutando para sobreviver nessa cidade, compartilhavam da ânsia por um espaço que abrigasse para sempre aqueles que incomodavam (Carrion et al., 2014, p. 1336).

A ideia transmitida pela ciência psiquiátrica aos familiares e estendida a outras dimensões sociais era a de que o "doente mental" necessitava ser internado, pois constituía um risco para si próprio e

para a sociedade. Também para os hospitais as internações eram vantajosas: quanto mais se internava, mais dinheiro era repassado a esses estabelecimentos (Lima, 2005). Com isso, ao longo dos anos, foi se formando, na sociedade capixaba, um certo entendimento sobre a loucura: quase sempre a ligava à periculosidade, gerando desconfiança, medo e distanciamento nos demais, ditos sãos. Não pretendemos, porém, nos estender sobre a história do Aduato, porque optamos, no presente artigo, por focalizar o modo como a cidade nos conta seu encontro (ou reencontro) com a loucura após a abertura, ao menos física, dos calabouços manicomial.

A cidade higienizada, ordenada, padronizada, docilizada, nos leva ao encontro do que Foucault (2005) define como tecnologias do poder disciplinar, que emergem na Europa ao longo dos séculos XVII e XVIII, e estão voltadas, principalmente, para o corpo individual. O poder disciplinar utiliza-se de mecanismos

de adestramento, docilização, correção, distribuição dos corpos no espaço e no tempo. O corpo individual, sob as tecnologias disciplinares, precisa ser vigiado, esquadrinhado, inspecionado. Para tanto, emergem estabelecimentos que operam com essas tecnologias, como os quartéis e, posteriormente, as escolas, as prisões, os hospitais, os hospitais psiquiátricos, etc. Notadamente a partir do século XIX no contexto europeu, no entanto, Foucault aponta a emergência de uma nova tecnologia de poder, que se combina com a disciplinar, e que ele denomina biopolítica.

Essa nova tecnologia, tendo a vida como principal objeto, opera, diz Foucault, mediante uma lógica do “fazer viver e deixar morrer”. Nas palavras do autor, diferentemente de uma política voltada ao corpo individual, “vemos aparecer [...] algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma ‘biopolítica’ da espécie-humana”

(Foucault, 2005, p. 289). Aspirando a conferir maior clareza ao exposto, cumpre dizer que Foucault (2005) fala de três tecnologias de poder que se complementam, com diferentes dominâncias em diversos períodos históricos: poder soberano, poder disciplinar e biopoder. No fundamento do poder soberano, que imperou no pensamento político ocidental por longo tempo, era a figura do monarca aquela que decidia sobre a vida e/ou a morte dos súditos, uma vez que estas eram efeito de sua vontade. Tal poder operava por uma lógica de “fazer morrer e deixar viver”, pois era pelo poder de matar que exercia algum poder sobre a vida. Já o poder disciplinar, conforme antes mencionado, tem seu foco no engendramento de um certo corpo individual, operando através da docilização e do esquadrinhamento. O biopoder, por sua vez, não anula o poder soberano, tampouco o disciplinar, mas os penetra e complementa, operando mediante controle,

e eventual modificação, de eventos inerentes à vida das populações, como o nascimento, a morte e os processos de adoecimento, entre outros. “É uma tecnologia que visa, portanto, não o treinamento individual, mas pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos” (Foucault, 2005, p. 297).

Os hospitais, como o Adauto Botelho, são exemplos de estabelecimentos predominantemente conduzidos pelas técnicas do poder disciplinar, bem como pelas do novo poder que ascende para incorporá-lo e complementá-lo, o biopoder. Em sua tese, *História da Loucura*, entre outras problematizações, Foucault (2002) discorre sobre o momento de entrada da loucura no campo da psiquiatria, assim como sobre a necessidade de destinar espaços específicos para os agora “doentes mentais”. A partir da metade do século XVIII/início do século XIX, os hospitais psiquiátricos tornam-se, na Europa, os principais espaços de

confinamento e cisão dos doentes mentais quanto ao meio social – medidas essas identificadas à própria terapêutica. Possessão demoníaca, ilusão, saber trágico e cósmico, entre outros atributos a ela eventualmente associados, a loucura passa, na contemporaneidade, a ter o status de doença mental, e a psiquiatria é criada exatamente ao direcionar seus esforços para a cura de tal enfermidade, por meio do presumido restabelecimento da razão humana. Para tanto, as tecnologias de poder se utilizam da norma, pois é através dela que se regulamenta, organiza e classifica, mas igualmente se isola, sequestra e abandona.

Foucault explicita que a norma se aplica tanto a corpos que se deseja disciplinar quanto àqueles que se quer regulamentar. Nesse sentido, uma sociedade de normalização não é entendida apenas por suas instituições disciplinares, mas como uma sociedade onde se articulam, ortogonalmente, “a norma da

disciplina e a norma da regulamentação” (Foucault, 2005, p. 302). Desse modo, o biopoder se encarrega dos fenômenos da vida os mais diversos - orgânicos, biológicos, populacionais, etc. -, a partir desse “jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra” (Foucault, 2005, p. 302).

Da cidade da razão, a loucura foi separada, afastada: corpos padronizados, modos de vida endurecidos nas fôrmas do poder – em tais fôrmas não cabem os destoantes. Logo, estes últimos são descartados, suas existências apagadas da cidade. Foucault (2005) ainda enfatiza a questão da norma quando indaga de que modo a morte pode operar em uma forma de poder que se coloca a favor da vida: se é assim, como tal poder pode matar, como tanto tem matado no mundo contemporâneo, física e/ou simbolicamente, direta ou indiretamente? E responde pontuando a emergência do

racismo como mecanismo do Estado, racismo que incentiva a morte de alguns em prol da vida de outros. Para Foucault (2005), é mediante o racismo que o biopoder estabelece a cisão entre aqueles que devem viver e aqueles que precisam morrer para que os primeiros vivam uma vida plena. Não se fala aqui, decerto, apenas de uma morte entendida como morte direta, física, mas igualmente de uma exposição à morte: “o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (Foucault, 2005, p. 306).

Por intermédio da hierarquização das raças, o biopoder adentra a esfera populacional, segmentando-a em subgrupos. Em uma sociedade regida pela busca de uma regulação vital de ordem superior, o racismo é condição para que certas vidas sejam tiradas em favor de outras. Assim, o racismo estabelece uma relação biológica, no sentido de que a morte

das raças entendidas como degeneradas, anormais, entre outras, é o caminho para que a vida se torne mais sadia e pura; ou seja, não se trata apenas de uma lógica de “segurança pessoal”, já que a morte da raça “ruim” possibilita a existência de uma espécie mais saudável, isenta dos perigos que aqueles pertencentes à primeira poderiam veicular (Foucault, 2005, p. 305).

Em uma perspectiva foucaultiana, vê-se o quanto a vida é atravessada e regulada por determinadas tecnologias de poder, fazendo com que o eventual encontro com tudo aquilo que desvia, rompe e escapa, produza, no mínimo, estranhamento. Em uma sociedade de normalização, essa lógica de destruição ou de abandono do que difere do metro padrão perpassa nossa experiência com a loucura. Quando a loucura habita a cidade, talvez ainda predominem tais forças de dominação e encarceramento; mas, com certa intensidade, também irrompem as que

produzem bifurcação, inventam, escapam, como veremos adiante.

A cidade, nesse sentido, é o campo das contaminações e deslocamentos fortuitos, em que as lutas se fazem à revelia dos esforços de classificação que ordenam e apaziguam. Concebida como campo minado, não há como nela caminhar sem riscos que abalam o nosso próprio modo de viver e agir. Ela exige de nós o exercício de uma atenção conectada ao fortuito, ao intempestivo dos encontros pequenos que ainda insistem, rompendo a malha fina da privacidade e do isolamento de um ‘eu’ ou de um nome próprio, estremecendo-os, liberando outras formas de contar as histórias que nos constituem (Baptista et al., 2020, p. 348).

O "Adauto" era símbolo da necessidade de concerto ou reparação, bem

como dispositivo, por mais que fracassado, de tal efetuação. Nas memórias de uma época juvenil, recordam-se brincadeiras entre adolescentes a dizer que certo comportamento, considerado estereotipado, remetia “aos doidos” do "Adauto", e que, para "tratar" os comportamentos desviantes da norma, a solução era a internação. Já para os mais religiosos, a possessão demoníaca e/ou a necessidade de um cuidado divino constituíam a explicação para a existência dos já internados ou para a daqueles que acabariam por ser levados para o hospital.

Por volta de 1996, as portas (físicas) do calabouço Adauto começaram a ser abertas, uma vez que o Brasil, desde a segunda metade da década de 1970, vivenciava movimentos de reforma psiquiátrica que buscavam o fim das internações e propunham alguma forma de cuidado em liberdade. Deu-se início, assim, ao processo de desospitalização e, inclusive, de eventual desinstitucionalização para aqueles e

aquelas que, durante parte de suas vidas, haviam permanecido trancafiados no hospital.

A implementação e funcionamento dos serviços e equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi fundamental para a quebra do modelo hegemônico manicomial que operou no Brasil e no município por muitos anos. Tais serviços têm a finalidade de promover um cuidado extra-hospitalar e comunitário. Nesse movimento, a criação, em 1998, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Moxuara, na cidade de Cariacica, serviço esse anexo ao próprio hospital e construído a partir de iniciativas de alguns dos funcionários, foi de fundamental importância para o caminhar do processo de retorno dos ex-internos a outros espaços da cidade. Alguns profissionais (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros), no próprio hospital, já vinham desenvolvendo, com os pacientes, atividades com a proposta de

ressocialização. Eram realizadas, nesse sentido, algumas tarefas do dia-a-dia, como arrumar a cama ao acordar, escolher a roupa a vestir, cuidar da aparência e higiene, além de oficinas terapêuticas e de geração de renda, entre outras, que anteriormente não faziam parte da rotina hospitalar e que possibilitaram o retorno, ainda que gradativo, dos internos ao convívio na cidade (Espírito Santo, 2004; Espírito Santo, 2007; Gomes, 2020).

A partir desses primeiros movimentos, iniciados no interior do hospital, outros programas e estratégias foram sendo criados, como o Programa Municipal de Saúde Mental, no ano de 2004, para ofertar atendimentos de caráter psicossocial nas Unidades Básicas de Saúde (Bela Aurora, Cariacica Sede e Jardim América) dos municípios de Cariacica (Cariacica, 2013). Nesse mesmo ano, foram criados os primeiros Serviços Residências Terapêuticas do Estado do Espírito Santo, que compõem a RAPS do município. Os

antigos moradores do manicômio de Cariacica-ES passam a compor a cidade de uma nova forma, não mais trancafiados, mas compartilhando o espaço com os demais habitantes. Antes isolada “a sete chaves” no cume das ladeiras, a loucura começa a ser vizinha, pois os ex-internos do antigo Adauto passam a viver em residências situadas na cidade: agora a loucura tem sua casa² e esta não é mais o hospital psiquiátrico. O que a cidade de Cariacica tem a nos contar sobre essa experiência com a loucura-vizinha ao lado?

Aprendendo um “pouquinho”: história oral como apoio metodológico

No intuito de conhecer essas experiências da cidade com a loucura, de acessar seus dizeres, a presente pesquisa se propôs a realizar entrevistas com pessoas que experienciaram esse processo, sob inspiração metodológica da História Oral, entendida especialmente a partir das leituras

em Alessandro Portelli. Foram tais leituras, inclusive, que serviram de ideia para o título da presente seção. Nesse sentido, vale ressaltar que ao falarmos em uma proposta de pesquisa que buscou aprender “um pouquinho”, fazemos menção ao artigo “Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na História Oral” (Portelli, 1997), no qual o autor explicita que esse “pouquinho”, em História Oral, não deve ser compreendido de uma forma que desqualifique o método, o processo de pesquisa ou a chamada “coleta de dados”, mas como um indicativo de que as histórias sobre uma dada realidade são infundáveis, constituindo um tremendo equívoco achar que conseguiremos conhecer tudo sobre ela em nossas pesquisas.

Trabalhar com fontes orais, portanto, é distanciar-se de uma busca pela construção de uma história única, acerca da qual poderíamos dizer “É isto, isto que vos conto é a verdade de tudo o que aconteceu”,

uma vez que nossa memória e a memória de nossos entrevistados são perpassadas pelo tempo e por diversos processos sócio-históricos, em constante atualização. Sendo assim, Portelli (1997) afirma que, em História Oral, o pesquisador deve-se “contentar” com o “pouco” que conseguiu, com o que os entrevistados gentilmente se dispuseram a contar, não no intuito de colocar um ponto final na história, mas no de afirmar que uma história se constrói enquanto se conta.

Acredito que devemos nos esquecer do mito de obter as informações totalmente completas, ou de esgotarmos nosso assunto com os entrevistados. Sabemos que ninguém consegue obter todas as informações a nosso respeito, portanto, porque o faríamos com eles? Invariavelmente conseguiremos um fragmento daquilo que sabem, um fragmento daquilo que são. E acredito que

deveríamos nos dar por felizes em consegui-lo (Portelli, 1997, p. 46).

Em História Oral, narradores e pesquisadoras compõe, juntos, o trabalho de investigação, pois ambos evocam, em suas narrativas, memórias atravessadas pelo tempo, por um meio social dinâmico; ou seja, o mais interessante em História Oral é o modo singular como cada narrador conta a história. Está em relevo a subjetividade do falante – algo extremamente importante, uma vez que fontes orais “contam-nos não apenas o que o povo fez, mas o que queria fazer, o que acreditava estar fazendo e o que agora pensa que fez” (Portelli, 1997, p. 31). Melhor dizendo, em História Oral, a subjetividade faz parte da história, aquilo em que os narradores acreditam também faz parte da história e a forma como sistematizam suas narrativas diz respeito às suas relações com a história da qual falam.

Apostamos, pois, na memória dos cidadãos cariaticuenses como espaço de criação de significados dessa experiência

com a loucura, da memória como espaço de lutas (Portelli, 1997). É por intermédio da memória, ou seja, daquilo que narramos ou banimos do relato, que a experiência e seus significados emergem (Rodrigues, 2005). Compõem essa pesquisa, portanto, algumas histórias provenientes de um Conjunto Residencial localizado no bairro Santana, que hoje conta com cinco residências terapêuticas.

Para a definição dos critérios de seleção dos participantes, cumpre enfatizar que, em História Oral, os discursos daqueles que falam são atravessados por uma pluralidade de vozes: não somente falam aqueles que narram, mas também aqueles presentes nas narrativas (Portelli, 1997). A partir dessa reflexão, optamos por realizar três entrevistas, adotando, como critério, a seleção de pessoas que experienciaram (e ainda experienciam) esse cotidiano da loucura com a cidade de Cariacica, no Conjunto Residencial situado em Santana.

Nesse sentido, como já sinalizado, a pesquisa é fruto de uma experiência que integra as investigações realizadas por um grupo do diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPQ), de onde partiu, após as discussões iniciais e apresentação da proposta de pesquisa, a primeira indicação de um futuro entrevistado: um psicólogo, trabalhador e ex-coordenador do CAPS Moxuara, que acompanhou a instalação das residências terapêuticas no conjunto residencial e a saída dos ex-internos do hospital para habitar o bairro. Realizamos o contato via telefone, quando foi possível apresentar a proposta de pesquisa e realizar o convite à participação.

A partir de então, empregamos a técnica “Bola de Neve”, muito utilizada em pesquisas sociais, em que os participantes iniciais indicam novos participantes, e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (Alves, 1991) – o que, vale lembrar, em História

Oral não significa a obtenção de uma história única, totalizada e definitiva, mas uma versão situada, parcial e modificável, análoga ao próprio processo histórico. Assim, nosso primeiro entrevistado nos indicou, a partir do critério adotado para a pesquisa, outros dois possíveis participantes: um morador do conjunto residencial em Santana e uma psicóloga, ex-funcionária de uma empresa que faz a gestão das residências terapêuticas por todo o estado e que acompanhou a inserção dos pacientes do hospital no bairro. Estabelecemos contato, explicamos a proposta da pesquisa e realizamos o convite à participação, aceito por ambos. Todos os participantes receberam, via e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi devidamente assinado e enviado para o e-mail das pesquisadoras. Realizamos as entrevistas de modo remoto, utilizando uma ferramenta de reunião *online*, o *Google Meet*, em virtude dos tempos de pandemia pelo novo

coronavírus (COVID-19). Iniciamos cada conversa, com duração mínima de uma hora, solicitando a nossos narradores que falassem de sua experiência com a loucura no Conjunto Residencial Santana.

Assim, novamente evocando Portelli (1997) e Rodrigues (2005), enfatizamos que as histórias presentes nessa pesquisa são tanto as das pesquisadoras, que se misturam às de Alberto, Tenório e Ana³, como inúmeras outras, presentes em nossas narrativas. Alberto é morador do Conjunto Residencial Santana há mais de trinta anos, e experiencia a inserção dos ex-internos no bairro desde as primeiras instalações das residências terapêuticas, em 2004. Tenório é psicólogo, trabalhador e ex-coordenador do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Moxuara, localizado em Cariacica, com mais de dezoito anos de atuação no campo da saúde mental. Acompanhou a implementação das residências no bairro, bem como os trabalhos realizados com os pacientes para a ressocialização. Ana é

psicóloga e ex-funcionária do Instituto Vida e Saúde⁴ (INVISA), onde atuou por mais de sete anos. Este órgão faz a gestão das residências terapêuticas do estado do Espírito Santo desde 2011. Ana acompanhou a implementação das novas casas e a chegada de novos ex-internos do hospital no bairro.

No presente artigo, portanto, procuramos reunir as múltiplas memórias narradas, a fim de compor um único texto. Tal texto só pôde ser construído pela pluralidade de vozes que o compõem, uma vez que cada narrativa nos ensina um pouco mais, integrando ao discurso, eventualmente, não apenas aqueles que efetivamente falaram, mas igualmente os que estavam presentes nas narrativas (Portelli, 2010). Assim, nos lançamos a contar o “pouquinho que aprendemos” dessa experiência do que foi e tem sido viver, na cidade, a loucura-vizinha ao lado.

Histórias de experiências: a loucura- vizinha ao lado

A abertura dos portões do manicômio chacoalhou a ordem de uma cidade acostumada a encarcerar os destoantes, supostamente perturbadores da ordem urbana. Receber a loucura nos espaços da cidade não foi e não é tarefa fácil, pois as próprias memórias raramente ajudam: muitas estão permeadas por estigmas, preconceitos, medos e estranhamentos. Mas...não haverá outras?

Nas narrativas, de início emerge uma cidade que se inquieta com a chegada da loucura. “Como assim? Vão vir pra cá?” – perguntas que Alberto, morador do conjunto residencial, diz terem-se tornado frequentes quando se espalharam boatos, por Santana, de que o estado já estava em contato com proprietários de casas para alugar e, a seguir, trazer os ex-internos do hospital para morar no conjunto residencial. Com isso, para muitos de seus residentes,

ele passou a ser chamado de “conjunto de doido”.

As (oficialmente) “residências terapêuticas”, conforme compartilha Alberto, não são conhecidas por este nome em Santana, e sim por “casinhas do Adatao” ou “casa dos doidinhos”. As marcas do manicômio capixaba ainda são fortes: apesar de a loucura habitar, hoje, os espaços da cidade de uma forma que não mais é a do hospital, ainda parece ser uma batalha lidar com as marcas manicomiais depositadas sobre os corpos daqueles que perderam tantos anos de vida naquele terrível lugar. A ideia presente na comunidade, como também ressalta Alberto, era a de que muitos daqueles que estavam no hospital deveriam tal condição ao fato de terem praticado algum crime, de estarem “envolvidos com a justiça”.

Já nas conversas com Ana, psicóloga e ex-funcionária do INVISA, que acompanhou o processo de entrada dos ex-internos do Adatao em Santana, optamos

por compartilhar as revelações feitas por Alberto, indicativas das dificuldades que estariam envolvidas no estabelecimento de residências terapêuticas no conjunto. Em resposta, Ana narrou as inquietações da vizinhança quanto à chegada dos “novos” moradores. No processo de mudança de uma casa para outra, por exemplo, burburinhos de uma cidade inquieta podiam ser escutados: “O nosso bairro não é mais o mesmo, o comércio não está do mesmo jeito, está desvalorizando o comércio local” – falas que, de acordo com Ana, eram frequentemente ouvidas em relação à permanência das residências no conjunto.

Ana também revelou que, ao longo das tentativas de alugar casas para estabelecer as residências terapêuticas, os proprietários jogavam o preço para bem acima do valor de mercado, aparentemente para que se desistisse do projeto. Como justificativa dessa recusa em alugar, os proprietários alegavam que os novos moradores, por serem ex-internos de um

hospital psiquiátrico, iriam destruir a casa, e que ninguém mais desejaria morar num lugar em que tinham residido pacientes do manicômio. A cidade se recusava a acolher a loucura?

Formas de exclusão “requintadas”, como aponta Mizoguchi (2009): não é mais por meio do próprio estabelecimento manicomial que opera a prática divisória entre saúde e loucura, mas pelo erguer de outros muros, menos visíveis, que impedem o encontro, que não permitem experimentar possibilidades outras de compor a/com a cidade. Exclusões requintadas que se atualizam em nós, cotidianamente. A pesquisadora cujo nome aparece em primeiro lugar na autoria do presente artigo reside há muitos anos em Cariacica; por isso, carrega memórias de vivências na cidade e, principalmente, no Conjunto Residencial Santana. Memórias de quando adolescente, ao circular pelo conjunto e viver esse contato primeiro com a loucura, bem como experiências, já formada em

psicologia, em eventuais visitas. Consequentemente, nas conversas com Ana e Alberto, ocorreu o compartilhamento de memórias de uma época que ainda se atualiza hoje: memórias do caminhar pelas ruas de Santana e das inquietações da comunidade frente à experimentação com a loucura. Nas andanças pelas ruas, era frequente que, em relação a uma casa em especial – residência terapêutica feminina –, as moradoras fossem apelidadas de “escandalosas” devido a seus incansáveis gritos de “bom dia” que provocavam incômodo nos que passavam em frente. Rastros de pontes invisíveis eram então desenhados pelas ruas, ligando uma calçada a outra e, assim, proporcionando uma certa (e segura) distância da residência em questão. Ao cumprimento “bom dia”, muitos se negam a responder; já as moradoras em muito se negam a silenciar. Vencem algumas dessas batalhas pela insistência e talvez, com isso, quebrem a indiferença.

Em uma das visitas ao bairro, em 2019, partilhamos uma experiência interessante: ao esperar, durante algum tempo, o horário do compromisso agendado, justamente na calçada em frente a uma das residências terapêuticas femininas, uma vizinha sentou-se um pouco mais à frente, na mesma calçada. Na conversa travada, ao saber de nosso ofício de psicóloga, essa moradora, apontando para a residência terapêutica, lançou o seguinte questionamento: “Não tem perigo a gente viver com eles aqui não?” – pergunta que nos leva ao encontro do que Ana e Alberto contaram acerca das experiências no momento de chegada das residências terapêuticas a Santana. Vemos ainda uma vez, nesse caso, atualizarem-se o medo, o preconceito e o estigma em face do contato com a loucura.

A inquietação com a chegada das “casinhas do Adatao”, o preço elevado no aluguel de uma residência para não abrigar os “doidos”, o medo de residir ao lado de

ex-internos de um hospital psiquiátrico revelam, na infinidade de histórias que conta a cidade de Cariacica, as marcas da existência do manicômio. A noção de periculosidade ainda parece ser muito presente, os discursos de uma pretensa ordem e normalização atravessam nossa experiência com a loucura, revelando que, para além dos manicômios físicos, operam os manicômios mentais (Pelbart, 1990).

Os manicômios mentais são justamente as exclusões “requintadas” e operam, muitas vezes, de modo sutil, em função de estarem instituídos, nas relações sociais, certos discursos e práticas com relação à loucura; ou seja, entendimentos de que o dito louco é perigoso e deveria ser afastado do convívio social por oferecer perigo a si próprio e aos demais, ditos são. Esses discursos, que foram (e ainda são) muito usados pela psiquiatria, são tomados como verdades para além do espaço hospitalar (Foucault, 2015), o que pode redundar em medo, indiferença ou em uma

“sensação de insegurança” ao nos depararmos com a loucura-vizinha ao lado. Igualmente no aumento de preços nos alugueis e no atravessar a rua para evitar os cumprimentos de “Bom dia”. Eis algumas das muitas versões dos muros invisíveis dos manicômios mentais que parecem ainda se presentificar na experiência cotidiana.

Mas a cidade é palco de batalhas infundáveis, tensões insolúveis, “esquiva-se de ser o bálsamo das agruras de uma utopia fracassada”, entendida como uma lâmina fria, “decepa a solidez de valores ou a clareza de horizontes” (Baptista, 2019, p. 29). A partir dessa reflexão, começamos a pensar se nessas histórias de contato seria possível encontrar, parafraseando Deleuze (1992), um pouco de possível, para não sufocarmos. Outros relatos podem emergir, que não somente os de recusa à experimentação? Narram-se histórias de modos outros de habitar a cidade?

Mas o que estamos tentando dizer, efetivamente, ao reivindicar “um pouco de

possível”? Para explicitá-lo, é importante apresentar a noção de *acontecimento* em Deleuze e Guattari (2015, p.119). Para os autores, um acontecimento “é uma bifurcação, um desvio em relação às leis, um estado instável que abre um novo campo de possíveis”. Nesse movimento, “o possível não preexiste, é criado pelo acontecimento. É uma questão de vida. O acontecimento cria uma nova existência, produz uma nova subjetividade (novas relações com o corpo, o tempo, a sexualidade, o meio, a cultura, o trabalho...)”. Com efeito, histórias de possíveis são histórias que revelam esses movimentos de bifurcação, de desvio daquilo que parece ser imutável; melhor dizendo, desvios da indiferença, do medo e da recusa, para, alternativamente, criar campos de experimentação, de convívio, de produção de relações com a loucura para além das previamente consolidadas, cristalizadas, instituídas. Esse seria um pouco de possível para não sufocarmos.

A cidade é cenário de disputas, é composta por forças que se atravessam a todo momento, para além do que se pode perceber de imediato. “Passos na rua ressoam lutas, desejos de ordem, sandices, planos e acasos” – dizem Ribeiro e Baptista (2016, p. 376). E segundo os mesmos autores, na cidade os imprevistos nos contagiam, nos transformam, abrem espaço, eventualmente, para produções de existência que não os individualizantes, normalizadores e excludentes. Conseguiremos ter acesso a eles, com nossos procedimentos de pesquisa nada onipotentes?

Na cidade dos embates, entre jogos de força, um pouco de possível é decerto possível. Para além do medo e do estranhamento, Ana nos fala de lembranças dos eventos nas praças da comunidade, de um forró, de uma festa junina e, no que parecia um deserto de desesperança, começam a nascer brotos de possibilidade. “Acabava que os próprios vendedores que

tinham medo, depois iam perdendo um pouco disso, o morador ia lá na padaria e quem servia falava: você gosta do café com mais açúcar, né? Isso era muito bonito de ver”. Na urbe percorrida por muros invisíveis, outros modos de compor loucura e cidade eventualmente se atualizam, nem que seja em lampejos. Na cidade, vale a pena insistir, nada passa despercebido.

Os rostos até então invisíveis começam então a ter nome, tornam-se conhecidos, até mesmo amigáveis. Relata Tenório: “Depois de alguns anos de implantação, já começou, realmente, a ter esse movimento muito interessante da vizinhança, ao ajudar, acolher, conhecer as pessoas, chamar pelo nome. Então nas idas à padaria, que é um local de encontro, todo mundo já conhecia, por exemplo, os homens das residências masculinas; aí chamava pelo nome, batia papo, tomava café, pagava um café também; enfim, começou a ter uma convivência mesmo”.

Muitas vezes, a partir de um café, de um encontro na padaria, numa mesa de bar, outros possíveis podem emergir. Na barbearia do bairro, Ana conta que os moradores sempre passavam para tomar um cafezinho, ainda que não fossem fazer a barba. “Então a gente foi negociando ali, de levar o pó de café, açúcar, porque eles iam ficar lá, passando pra tomar um cafezinho, o dia todo, direto, então eles contribuía. Estreitaram mais os laços, sabe? Isso foi muito bacana, de ter eles transitando melhor pelo bairro, participando da comunidade, do comércio”.

A loucura vai percorrendo as ruas, os espaços, compondo cada ínfimo lugar de Cariacica. Tenório conta que os produtos fabricados pelos usuários nas oficinas de tapeçaria do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Moxuara eram levados até as feiras da cidade e vendidos pelos próprios oficineiros-artistas como forma de geração de renda. “Eu me lembro que tinham produtos que vendiam bastante,

que era a tapeçaria, que a gente recebia doações de fuxico e restos de tecido de fábricas de tecido lá de Vila Velha, e eles faziam vários tipos de tapeçaria, combos trançados desses tecidos, e realmente era muito bom, vendia tudo nas feiras”.

A loucura vai abalando as barreiras apenas aparentemente inabaláveis da indiferença, do medo, da recusa à experimentação; vai compondo os espaços da cidade também com sua arte, e é no processo de composição dos espaços da urbe que formas de existência são criadas e também desmanchadas. A cidade é palco dos acontecimentos - a qualquer momento os possíveis se criam, novas relações são forjadas. Conta Alberto das festas realizadas pelos moradores das residências na pracinha do conjunto e que envolvem toda a vizinhança: “Eles sempre fazem as festinhas deles, é muito bacana, tem a festa junina, a festa do final de ano, que seria uma coisa mais para fechar o ano, natal, né? E tem a marchinha de carnaval que a gente já

esteve com eles lá, e, é muito bacana, muito bacana mesmo”.

A cidade expressa os paradoxos que lhe são inerentes, nada passa despercebido: utopias de uma pretensa ordem, formas de existência individualizadas estão sempre suscetíveis a desmanches, algo pode acontecer ou já estaria acontecendo (Baptista, 2019). Entendida como “campo minado” (Baptista, Candido & Ávila, 2020), por vezes ela coloca nosso eu enrijecido em questão, quebra formas de vida engendradas por um biopoder que visa controlá-la para dela extrair o máximo possível e, nesse sentido, vê brotar a resistência criadora, produzindo possibilidades outras de ser, estar e habitar. A vida resiste. A vida insiste. Nesses tensionamentos, somos expostos à quebra dos modos de vida que acreditávamos imutáveis, desafiados a produzir outros possíveis.

É no próprio processo de habitação dos espaços da cidade de Cariacica que o movimento de desinstitucionalização vai sendo construído. Conforme vimos a partir do compartilhar das memórias, o processo de sensibilização, ou seja, de desmanches e criações de outras relações com a loucura, se deu no cotidiano. Não partiu de nenhuma ação específica, protocolo ou programa predefinido de políticas de saúde do município. A cidade, no dia a dia, vai aprendendo a conviver com a loucura de outra forma, ou seja, há experiências com a loucura que foram e continuam sendo construídas no processo de compor os espaços-tempos de Cariacica - em um estande de tapeçaria na feira do bairro, nas idas à barbearia, nas conversas na padaria enquanto se toma um café, nas marchinhas de carnaval, entre outros.

Na mesma urbe que ergue muros manicomiais, sejam físicos e/ou invisíveis, tal processo também pode desmoronar. Nela, nada é imutável: se, por um lado,

vimos o evocar de exclusões requintadas, se muros invisíveis bloquearam a experimentação, também pudemos ver (e ainda iremos ver) os castelos de areia da imutabilidade desmoronarem. É nela, cidade, que o Conjunto Residencial Santana vai construindo possíveis para compartilhar espaço com a loucura. Um pouco de possível, porém a cada dia, todos os dias. A cidade continua a contar infindáveis histórias.

Para não concluir: reflexões sobre os calabouços manicomiais

A partir dos relatos de experiências de encontro (ou melhor, reencontro) e composição da loucura em outros espaços da cidade de Cariacica, pudemos aprender que estar na cidade e nela compor espaços de liberdade torna-se estratégia fundamental para o processo de desinstitucionalização, para quebra do estigma, do medo e da indiferença muitas

vezes instituídos na memória e que perpassam nossa experiência cotidiana com a loucura. Perpassadas também nós, pesquisadoras, por essas pré-concepções e estigmas presentes em nossa memória, fomos levadas a pensar, por momentos, que essa cidade, sede do primeiro hospital psiquiátrico público do estado, só nos traria histórias de rejeição e recusa à experimentação face ao transitar/habitar da loucura por seus espaços.

Entretanto, para além das histórias de inquietações quanto à chegada da loucura aos espaços do conjunto residencial em Santana, das recusas a alugar uma casa, do medo ligado ao estigma de periculosidade, vimos paralelamente emergir histórias de experiências que realçam as produções de possíveis, a paradoxalidade da cidade, os imprevistos que o transitar pela rua provoca e que nos contagia e transforma - histórias de construção de amizades, solidariedade e cooperação, seja na padaria ao tomar um

café, na barbearia do bairro ou ainda nas marchinhas de carnaval.

Essas histórias trazem à cena as tensões intermináveis de uma cidade que ora é produtora de cerceamento e divisão, ora é afetada pelo desmoronamento dos muros que ela própria produz. Entendida como “campo minado”, se, por um lado, a cidade é cidade da razão, pavimentada pelo trânsito dos modos de vida padronizados, por outro, nos seus arredores, nos seus escombros, nos cantos das ruas, nas calçadas, vemos resistências aflorando, se infiltrando, pedindo passagem. Afirmar a potência da cidade, da habitação e composição de seus espaços para além dos modos normalizados de produção e consumo é, portanto, afirmar a cidade como lugar de relações e de conflitos, espaço onde os manicômios mentais, que também podemos chamar de “manicômio em nós”, podem sofrer desmanches. Que cidade queremos? Que cidade temos construído?

Que relações temos produzido face ao encontro com a diferença?

Nesse processo de pesquisa, ao aprendermos “um pouco” sobre essas infindáveis experiências da loucura com a cidade, e vice-versa, experimentamos deslocamentos, convocadas a refletir acerca dos manicômios mentais instituídos em nós, ao nos deparamos com nossas múltiplas versões dos “atravessamentos de calçadas” para evitar o contato com a diferença, ao nos deparamos com nossa preocupação frente à provável ameaça que o encontro com modos de vida que diferem podem provocar em nossos modos de vida enrijecidos e individualizados.

Em uma reflexão que completou 30 anos, mas ainda se mostra bastante atual, Peter Pál Pelbart aponta que enquanto estivermos aprisionados no cárcere da racionalidade, tentando ajustar a ruga social que acreditamos ser a loucura a partir de uma “plástica sócio-política”, a destruição dos manicômios físicos e a saída dos loucos

para o convívio em comunidade não será suficiente; pois, se retirarmos os loucos dos manicômios, mas mantivermos outro manicômio, o “manicômio mental” onde aprisionamos a desrazão, torna-se impossível acolher a loucura (Pelbart, 1990, p. 134). Segundo o autor, quebrar efetivamente os portões dos manicômios só será possível na medida em que quebrarmos as grades do cárcere da racionalidade em que vivemos, recusando-nos assim ao completo mergulho no império racional e produzindo possibilidades para o ato de pensar desarrazoadamente. Pois, como tentamos partilhar no presente artigo, “liberar a subjetividade das amarras da verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável”. (Pelbart, 1990, p. 137).

Aliando-nos às palavras do autor, e também às contribuições de Venturini (2016), podemos caminhar por uma lógica

de desinstitucionalização, e não simplesmente parar numa insípida desospitalização. Trata-se, com efeito, de ousar pensar para além da patologia. Estar na cidade e, em meio a ela, compor espaços de liberdade é afirmar um processo de desinstitucionalização em curso - afinal, vivemos jogos de força que ora tendem a encarcerar, regular e normalizar a vida, ora produzem desmanches, escapes, bifurcações quanto a esses “destinos” aparentemente inevitáveis. Nesse movimento, compor espaços de liberdade é nos deixar contagiar e transformar pelos acasos, pelos encontros com multiplicidades que o transitar pela cidade nos proporciona - encontros com multiplicidades que diferem em nós e de nós (Lavrador, 2006). As experiências aqui relatadas nos contam desses contágios que produziram outras relações a partir da ocupação e composição dos espaços da cidade. Outras tantas experiências continuam a acontecer nessa urbe viva,

mostrando que a cidade conta outras histórias, que são, por sua vez, histórias outras.

Nesse sentido, pensando a partir de Portelli (1997), as histórias do processo de desinstitucionalização em Cariacica são infundáveis, justamente porque nossa memória se atualiza no tempo, a partir dos acontecimentos sócio-históricos que experienciamos. A presente pesquisa buscou contar algumas dessas histórias e insistimos na importância de outras pesquisas para contar outras tantas histórias desse processo, no intuito de trazer novas provocações acerca da relação da cidade com a loucura e do caminhar do processo de desinstitucionalização.

Por fim, problematizar os calabouços manicomiais em nós é também nos defrontar com outros modos de existência possíveis – modos de existência louco, homossexual, negro, mulher, primitivo, animal, criança, entre outros –, pois, ao mesmo tempo que com a lógica

dominante inferiorizamos e controlamos, dela sofremos as ações normalizadoras.

“Em outras palavras, ora sofremos os seus efeitos e ora os acionamos através das ações de dominação, de subjugação, de classificação, de hierarquização, de opressão e de controle, desde os mais explícitos até os mais sutis” (Lavrador, 2006, p. 157).

A luta contra os manicômios mentais não é tarefa simples, mas a vida afirma a diferença: ela escapa dos aprisionamentos, os cárceres são minados por sua força que pulsa, que difere, que pede passagem para formas outras de existência. Ainda segundo Lavrador (2006, p. 160), “resistir é afirmar a potência do possível”; logo, é facultar que aquilo que difere de nós e, talvez primordialmente, em nós, seja duplamente afirmado: dupla afirmação da diferença, como existência e como possibilidade de a própria diferença existir.

Notas

¹ Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), o HEAC tem hoje por objetivo a área de urgência em

saúde mental, oferecendo leitos para pacientes que necessitem de cuidados especializados ou para atender às necessidades dos demais hospitais das redes de saúde (Espírito Santo, 2010).

² As casas aqui mencionadas dizem respeito aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), garantidos a partir da portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 como parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta dos SRTs é oferecer moradia para egressos de internações de longa permanência, tanto em hospitais psiquiátricos quanto em hospitais de custódia, oferecendo suporte e cuidados em saúde e em saúde mental aos moradores (Brasil, 2004). As casas, que compõem o cenário urbano, são divididas, a depender da modalidade e da necessidade de cuidados, em SRTs tipo I e tipo II. Ambos são destinados a moradores em processo de desinstitucionalização, porém o tipo II destina-se a moradores com necessidades de cuidado elevadas e/ou permanentes (Brasil, 2004). A partir da portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017, ambos os tipos passaram a acolher um máximo de dez moradores (Brasil, 2017).

³ Optamos por atribuir nomes fictícios aos narradores, no intuito de evitar a identificação dos entrevistados, para supostamente protegê-los. O eventual “acerto” dessa decisão não depende exclusivamente de códigos de ética oficializados, como se torna facilmente perceptível ao constatar que, paralelamente, os nomes das pesquisadoras não são fictícios. Sobre o tema do segredo em pesquisas e na prática clínica, ver Despret (2011).

⁴ O Instituto Vida e Saúde (INVISIA) é uma instituição privada e tem parceria com o governo do estado do Espírito Santo. Oferece serviços de gestão hospitalar, gestão de serviços de saúde (Estratégia de Saúde da Família - ESF e Centro de Apoio Psicossocial - CAPS, por exemplo) e oferta de serviços em assistência social. O instituto opera na gestão de cerca de dezoito Residências Terapêuticas no estado, atuando desde 2011 (Faria, 2017).

Referências

Alves, A.J. (1991, maio). O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. *Caderno de Pesquisas*, 77(1), 53-61. Recuperado de https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/177329/mod_resource/content/1/11.%20%20Planejamento%20

- [de%20Pesquisas%20Qualitativas%20em%20Educacao.pdf](#)
- Baptista, L.A.S. (2019) Para que serve a cidade? In: Bosi, M.L.M; Prado, S.D & Amparo-Santos, L. (Org). *Cidade, corpo e alimentação: aproximações interdisciplinares*. (pp. 21-33). Salvador, Brasil: Edufba.
- Baptista, L.A.S., Candido, M.C.C.M. & Ávila, R.F. (2020, abril). A cidade do anônimo: experimentações éticas. *Psicologia em Revista*, 26(1), 336-353. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/22744>
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2004). *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Recuperado de <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministério. (2017). *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Recuperado de https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- Carrion, C.T.P., Margotto, L.R. & Aragão, E.M.A. (2014, outubro). As causas das internações no Hospital Adauto Botelho (Cariacica, ES) na segunda metade do século XX. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, 21(4), 1323-1340. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vDYYbmq8FLxq5YdgbYmW4bP/abstract/?lang=pt>
- Deleuze, G. e Guattari, F. (1992). *O que é a Filosofia?*. São Paulo, Brasil: Editora 34.
- Deleuze, G. e Guattari, F. (2015, janeiro). Maio de 68 não ocorreu. *Trágica: estudos de filosofia da imanência*, 8(1), 119-121. Recuperado de <https://revistas.ufrj.br/index.php/tragica/article/view/26807>
- Despret, V. (2011, janeiro). Leitura etnopsicológica do segredo. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23(1), 5-28. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/fractal/a/PrCzqTS6tPt4W6Fjbw8Zqzq/abstract/?lang=pt>
- Espírito Santo, Secretaria de Estado da Saúde. (2004). *Secretaria de Saúde inaugura residências terapêuticas*. Recuperado de <https://saude.es.gov.br/secretaria-de-saude-inaugura-residencias-tera>
- Espírito Santo, Secretaria de Estado da Saúde. (2007). *Centro de Atenção Psicossocial Moxuara promove inclusão social*. Recuperado de <https://saude.es.gov.br/centro-de-atencao-psicossocial-moxuara-promov>
- Espírito Santo, Secretaria de Estado da Saúde. (2005). *Residências Terapêuticas superam as expectativas*. Recuperado de <https://saude.es.gov.br/residencias-terapeuticas-superam-as-expectati>
- Espírito Santo, Secretaria de Estado da Saúde. (2010). *Governo inaugura Hospital de Atenção Clínica para pacientes crônicos e de urgência em Saúde Mental*. Recuperado de <https://saude.es.gov.br/governo-inaugura-hospital-de-atencao-clinica>
- Foucault, M. (2002). *História da loucura*. São Paulo, Brasil: Perspectiva.
- Foucault, M. (2005). Aula de 17 de março de 1976. In: M. Foucault (Org.). *Em Defesa da Sociedade*. (pp. 285-315). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Foucault, M (2015). *A sociedade punitiva. Curso dado no Collège de France (1972-1973)*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Gomes, L.C.M. (2020). *Projeto Memória CAPS Moxuara – 20 anos –*

- Resgate e Exposição. 1998 a 2020.* Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=xnwAVFwFdw>
- Jabert, A. (2011). *Da nau dos loucos ao trem de doido: as formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do Espírito Santo*. 2001. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5355>
- Lavrador, M.C.C. (2006). *Loucura e Vida na Contemporaneidade*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, Brasil.
- Lima, M.F. (2005). “*Nos caminhos da psicologia capixaba*”: notas para a história da psicologia, da psiquiatria e da saúde pública no Espírito Santo. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.ufes.br/handle/10/6663>
- Lourau, R. (2004). O instituinte contra o instituído. In: S. Altoé (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral* (pp. 47-65). São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Mizoguchi, D. H. (2009). *Segmentariedades: passagens do Leme ao Pontal*. São Paulo, Brasil: Plêiade.
- Pelbart, P. P. (1990). Manicômio mental: a outra face da clausura. In: A. Lancetti (Org.), *SaúdeLoucura 2* (pp. 131-138). São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Portelli, A. (1997, fevereiro). O que faz a história oral diferente. *Projeto História*, 14(1), 25-39. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/11233>
- Portelli, A. (2010). História oral e poder. *Mnemosine* 6(2), 02-13. Recuperado de https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41498/pdf_183
- Portelli, A. (1997, abril). Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na história oral. *Projeto História*, 15(1), 13-49. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/11215>
- Prefeitura Municipal de Cariacica, Secretaria Municipal de Saúde. (2013). *Programa de Saúde Mental atende mais de dois mil pacientes por mês*. Recuperado de <https://www.cariacica.es.gov.br/noticias/13084/programa-de-saude-mental-atende-mais-de-dois-mil-pacientes-por-mes>
- Resende, H. (1997). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S.A & Costa, N.R (Orgs), *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil* (pp. 15-73). Petrópolis Brasil, Editora Vozes.
- Ribeiro, E.S. & Baptista, L.A. (2016, agosto). Ruídos e silêncios de um corpo na cidade: paradoxos da produção da diferença no contemporâneo. *Psicologia em Revista*, 22(2), 374-391. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9523.2016V22N2P374>
- Rodrigues, H.B.C (2005). Alucinando Portelli. Celebração do amor entre um historiador (oral) e seu leitor. *Mnemosine*, 1(1), 152-195. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41366>
- Rotelli, F., Leonardi, O. & Mauri, D.

(2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo, Brasil: Hucitec.

Venturini, E. (2016). *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.

1ª avaliação: 21/09/2021

Aceite: 03/11/2021

Samara Pimenta Monecchi é mestranda em Psicologia Institucional pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Email: samara.monecchi@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0393-0775>

Maria Elizabeth Barros de Barros é professora titular do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo. É doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com estágio pós-doutoral em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Email: betebarros@uol.com.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1123-4374>

Heliana de Barros Conde Rodrigues é professora associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, vinculada ao Instituto de Psicologia/Departamento de Psicologia Social e Institucional. É doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo, com estágio pós-doutoral em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Email: helianaconde@uol.com.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4687-3646>

Submissão: 16/08/2021