

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MARIA ACÁCIA TIBÚRCIO**

**A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO**

**NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL:**

**Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Leste de Belo Horizonte/MG**

**Belo Horizonte**

**2013**

**MARIA ACÁCIA TIBÚRCIO**

**A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO  
NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL:**

**Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM)/Leste de Belo Horizonte/MG**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como exigência parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Cultura, Subjetividade e Modernidade

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Izabel Christina Friche Passos

**Belo Horizonte**

**2013**

Tibúrcio, Maria Acácia. A importância do ambiente construído na área da saúde mental: Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM)/Leste de Belo Horizonte/MG. / Maria Acácia Tibúrcio – Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013.

138p. il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Izabel Christina Friche Passos

1. Saúde mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Portador de sofrimento psíquico. 4. Ambiente construído. 5. CERSAM. I. Título. II. Universidade Federal de Minas Gerais.

CDD



FOLHA DE APROVAÇÃO

**A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL:  
Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM)/Leste de Belo Horizonte/MG**

**MARIA ACACIA TIBURCIO**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 05 de julho de 2013, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador  
UFMG

Prof(a). Silke Kapp  
UFMG

Prof(a). ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI  
PUCMG

Belo Horizonte, 5 de julho de 2013.

## AGRADECIMENTOS

É sempre difícil quando vamos agradecer algumas pessoas porque inevitavelmente corremos o risco de nos esquecermos de alguém que, direta ou indiretamente, esteve presente nessa fase tão interessante e delicada como a realização do mestrado, mas, mesmo assim, vou arriscar.

Início meus agradecimentos ao Hélio que, especialmente durante toda minha jornada acadêmica de Mestrado, esteve ao meu lado me apoiando e me incentivando. Ao mesmo tempo agradeço à Jade e ao Léo que, com sua alegria, me fizeram acreditar que eu daria conta desse grande desafio.

Aos meus pais que, numa outra dimensão, provavelmente estão orgulhosos da sua filha que desde muito pequena já gostava de estudar, voar alto e vencer desafios.

À minha família, especialmente Vera, Eliane, Leila e Newton. Aos cunhados Zé Carlos e Marilene, aos sobrinhos e sobrinhas que souberam compreender minha ausência nos momentos em que necessitei estar concentrada e afastada do convívio familiar.

À Professora Izabel Friche, minha orientadora, sempre disponível em ajudar nas horas de desespero e, com sua capacidade, nortear meu foco.

Amigas, colegas de trabalho e de mestrado, obrigada pela força.

Aos usuários, técnicos, ex-técnicos e pessoas que, de alguma forma, possuem um vínculo com o CERSAM Leste e o Centro de Convivência Arthur Bispo.

À Nancy, um agradecimento especial por me receber em sua casa em Prado, no Sul da Bahia, para a recarga de minhas baterias.

À professora Silvania, por entender minhas dificuldades.

A toda a equipe do Centro de Difusão da Ciência da Pró-Reitoria de Extensão da UFMG.

Finalizando, agradeço à equipe da Universidade Federal de Minas Gerais pelo apoio ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Às pessoas de quem me esqueci de citar aqui, meus agradecimentos e meus pedidos de desculpas.

## RESUMO

Este trabalho objetivou pesquisar sobre a dimensão do espaço construído materializado nos atuais serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica, focalizando um dispositivo concreto: o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Leste. Complementarmente, suscitou questões sobre a territorialidade onde o serviço de saúde mental está inserido e sobre a política de saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica e suas implicações e aplicabilidades nos espaços físicos onde o tratamento acontece. Desejou-se, ainda, indagar se em termos materiais estruturais arquitetônicos esses espaços estão em consonância com os princípios da Luta Antimanicomial. A revisão bibliográfica contou com entendimentos de especialistas da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de psiquiatras, psicólogos, filósofos e arquitetos. Houve pesquisa qualitativa por meio de entrevistas na tentativa de explorar os aspectos de opiniões e representações sobre o tema, compreensão dos mundos da vida de 14 entrevistados. Foi feita observação participante e elaborado um diário de campo sobre dois momentos do CERSAM Leste. Há um novo olhar, um descortinamento de um campo complexo de dimensões do real e, por isto, desejou-se obter vários focos a respeito do mesmo objeto, o CERSAM Leste, que registraram percepções de usuários, familiar, funcionários, ex-funcionários e outros envolvidos com o ambiente construído analisado. Neste estudo foi feita uma primeira análise, mas muitas outras seriam viáveis, não se esgotando nesta pesquisa.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Reforma Psiquiátrica. Portador de sofrimento psíquico. Ambiente construído. CERSAM.

## ABSTRACT

This work aimed to search about the dimension of the space constructed materialized in today's substitute services to psychiatric hospital in the context of the Psychiatric Reform, focusing on a specific device: the Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Leste. In addition, raised questions about the territoriality where is inserted the mental health service and about the mental health policy proposed by the Psychiatric Reform and its implications and applications in physical spaces where the processing takes place. Also wanted to ask if in architectural structural materials aspects these spaces are in line with the Anti-Asylum principles. The literature review included understandings by Mental Health and Brazilian Psychiatric Reform experts, by psychiatrists, psychologists, philosophers and architects. There have been qualitative research through interviews in an attempt to explore the opinions and representations aspects about the topic, understanding of the 14 respondents' worlds of life. One has made participant observation and a field diary on CERSAM Leste's two moments. There is a new look, a real dimensions revealing of a complex field and, therefore, one wished to obtain several outbreaks of the same object, the CERSAM Leste, which recorded perceptions of users, family, employees, ex-employees and others involved with the analyzed built environment. In this study, we made a first analysis, but many others would be viable, not running out in this research.

**Keywords:** Mental health. The Psychiatric Reform. Bearer of psychic suffering. Built environment. CERSAM.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário – Rua Anhanguera.....	57
Figura 2 –	Hall de entrada do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário .....	57
Figura 3 –	Escada de acesso ao segundo andar. É considerado um espaço perigoso para os usuários e futuramente será reformada devido ao desgaste já comprovado. ....	57
Figura 4 –	Pequeno espaço utilizado para leitura e outras atividades .....	58
Figura 5 –	Área externa do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário .....	58
Figura 6 –	Imagem de satélite – CERSAM Leste – Rua Perite 150, Santa Tereza, Belo Horizonte (detalhe) .....	59
Figura 7 –	Vista lateral do CERSAM Leste .....	60
Figura 8 –	Rampa de acesso ao segundo andar com materiais de descarte. ....	61
Figura 9 –	Recepção do CERSAM Leste Perite, vendo-se à direita a porta do Refeitório ..	61
Figura 10 –	Refeitório do CERSAM Leste Perite .....	61
Figura 11 –	Sala de espera do segundo andar. ....	62
Figura 12 –	Portão (com cadeado) do segundo andar que dá acesso à rampa para o primeiro andar .....	62
Figura 13 –	Área externa do CERSAM Leste Perite com bancos e mesinhas para jogos de damas .....	63
Figura 14 –	Área externa do CERSAM Leste Perite vista por outro ângulo.....	63
Figura 15 –	CERSAM Leste Perite na visão de U-3 .....	106
Figura 16 –	Desenho do antigo CERSAM Leste – Rua Anhanguera na visão de EXF-2 ....	106
Figura 17 –	Desenho do atual CERSAM Leste – Rua Perite na visão de EXF-2 .....	107
Figura 18 –	CERSAM Leste Perite na visão de U-1 .....	107
Figura 19 –	CERSAM Perite na visão de U-2 .....	108
Figura 20 –	CERSAM Anhanguera na visão de U-2.....	108
Figura 21 –	CERSAM Leste Perite na visão de F-1 .....	109
Figura 22 –	CERSAM Leste Perite na visão de F-2 .....	109
Figura 23 –	CERSAM Perite na visão de EXF-2 .....	110
Figura 24 –	CERSAM Leste Perite – Implantação e Fachada lateral direita .....	131
Figura 25 -	CERSAM Leste Perite – Fachadas principal, lateral esquerda e posterior .....	132
Figura 26 –	Detalhamento da fachada principal .....	133
Figura 27 –	Planta do 1º pavimento – CERSAM Leste Perite .....	134
Figura 28 -	Planta do 2º pavimento – CERSAM Leste Perite .....	135



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Informações sobre os 14 entrevistados .....	55
--------------------------------------------------------	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Categorização dos parâmetros de análise .....	69
----------------------------------------------------------	----

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 – A QUESTÃO INVESTIGATIVA.....	20
1.1 A escolha do campo de investigação.....	20
1.2 Métodos.....	26
1.2.1 Fase exploratória.....	27
1.2.2 Trabalho de Campo.....	28
1.2.3 Entrevistas com os informantes-chave.....	29
1.2.4 Observação participante.....	30
1.2.5 Diário de Campo.....	31
1.2.6 Tratamento e análise dos dados.....	32
CAPÍTULO 2 - O ACOLHIMENTO DE PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E O BEM-ESTAR DESEJADO.....	35
2.1 Uma mudança radical de enfoque sobre a ideia do acolhimento.....	35
2.2 Uma rápida retomada histórica da evolução da saúde mental no Brasil.....	36
2.3 A concretização do atendimento e do acolhimento em espaço aberto.....	42
2.4 A importância de se ter um ‘lugar’.....	47
CAPÍTULO 3 – OS DOIS ESPAÇOS/TEMPOS DO CERSAM LESTE.....	55
3.1 Configuração físico-espacial.....	55
3.1.1 Arquitetura e função do CERSAM Leste Anhanguera.....	56
3.1.2 Arquitetura e função do CERSAM Leste Perite.....	58
CAPÍTULO 4 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE OS DOIS PERÍODOS DO CERSAM LESTE.....	67
4.1 Representações sociais sobre o ambiente construído do CERSAM Leste Anhanguera (Primeiro momento).....	70
4.2 Representações sociais sobre o ambiente construído do CERSAM Leste Perite (Atual momento).....	74
4.3 Papel, Função e Qualidade do CERSAM Leste.....	77
4.4 Luta Antimanicomial e os novos espaços substitutivos ao hospital psiquiátrico.....	93
CAPÍTULO 5 – O CERSAM LESTE NA REPRESENTAÇÃO IMAGÉTICA DOS ENTREVISTADOS.....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	118

ANEXO 1 - Música Tema –U-2 – 18 de Maio/2006 .....	128
ANEXO 2 – Poema sobre CERSAM Leste Anhanguera.....	129
ANEXO 3 – PLANTAS ARQUITETÔNICAS– CERSAM Perite .....	131
APÊNDICE 1 – Roteiros de Entrevistas .....	136
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Entrevistados .....	138

## INTRODUÇÃO

Este trabalho pretendeu refletir sobre a dimensão do espaço construído materializado nos atuais serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica. Verificamos, especificamente, um dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, que compõe a rede substitutiva ao modelo asilar.

Desde a década de 1990, várias pesquisas surgiram na área de Saúde Mental focalizando os novos serviços substitutivos, mas são poucos os trabalhos que tratam especificamente da relação do espaço desses dispositivos e sua influência sobre os indivíduos que o habitam e que cotidianamente lidam com a questão da loucura.

O que percebemos na realidade é que os espaços escolhidos para a localização dos CERSAM nem sempre são adequados para seu funcionamento, pois são espaços adaptados ao novo paradigma.

Como profissional da área de psicologia, entendemos ser importante refletir sobre dois conceitos, o de ‘humanização dos espaços’ e o de ‘espaço construído’, que permeiam todo o estudo de caso desta dissertação.

Atualmente o conceito de humanização presente nas várias áreas do conhecimento é amplamente divulgado e aplicado nos projetos recentes em arquitetura da saúde, pois “representa um desdobramento de um novo enfoque em saúde centrado no usuário, que passa a ser entendido de forma holística, e não mais como um conjunto de sintomas e patologias a serem estudadas pelas especialidades médica” (Fontes, 2003).

O ambiente construído fornece a configuração e o pano de fundo no qual vivemos nossas vidas e os impactos sobre nossos sentidos e emoções, participação na vida de

comunidade e atividade física, nosso senso de comunidade e o bem-estar geral. Os significados são gerados por construções e espaços que podemos 'ler' enquanto passamos por eles. Os lugares são criados e moldados com determinados interesses, os quais afetam nosso grau de acesso e a maneira como usamos esses espaços. (Butterworth 2000).

Neste estudo assumem-se como conceitos de ambiente físico e ambiente construído os seguintes:

- 1) A qualidade física da habitação e de seu entorno em relação à posse, número de pessoas envolvidas, equipamentos comunitários, manutenção, acesso a espaços ajardinados e abertos;
- 2) O sentido de percepção de segurança e exposição à violência no entorno;
- 3) Densidade espacial/populacional local e no entorno (Clark et al. 2006).

Da mesma forma, assumem-se como termos relacionados à saúde mental os seguintes:

- 1) Saúde mental geral (transtorno psiquiátrico, doença psiquiátrica, transtorno mental, bem-estar mental, estresse mental, saúde psicológica, bem-estar psicológico, doença psicológica, saúde mental, doença mental);
- 2) Doenças mentais específicas (ansiedade, estresse, transtornos diversos, comportamento compulsivo e/ou obsessivo, humor, transtorno afetivo sazonal, depressão, depressão pós-parto, transtorno distímico, psicose, esquizofrenia, desordem por hiperatividade de déficit de atenção, hiperatividade, suicídio) (Clark et al. 2006).

Pode-se dizer que, ao longo da história, os processos históricos e filosóficos vivenciados pelas sociedades sempre imprimiram seus reflexos no ambiente construído, determinando as condições de vida do homem na sua comunidade e em suas relações com o espaço (Fontes, 2003).

A interação do ser humano com os seus diversos ambientes vem sendo

investigada pela psicologia ambiental, que tem como objeto a influência mútua de fatores ambientais e comportamentais (Corral-Verdugo, 2005), sendo tema de inúmeros estudos e pesquisas. Contudo, aqui se reflete, também, como se situa o pensar do portador de sofrimento psíquico e a forma como se relaciona com o meio em que passou a frequentar por força de seu desequilíbrio emocional/mental, especialmente no que se refere àquela territorialidade que é solicitada a assumir como sua, além do pensar dos profissionais que o atendem.

Para Ariane Kuhnen et al. (2010, p.539), “a personalização do espaço é um comportamento territorial que envolve a ação deliberada de modificar as características de um ambiente, para refletir a identidade de um grupo ou de um indivíduo”, resumindo entendimentos de Sommer (2002) e de Wells, Thelen e Ruark (2007). Para os autores, a personalização também é frequentemente associada à territorialidade. O ato de personalizar define um espaço territorial por meio de marcas pessoais, que indicam pertencimento. É um mecanismo de regulação do contato social e serve à função de defesa da identidade pessoal e de grupo.

Segundo Kuhnen et al. (2010), as pesquisas de Kaya e Weber (2003) e de Ruback e Kohli (2005) demonstram que indivíduos mais territoriais usam mais marcas de personalização e são mais apegados ao seu território. Além disso, as pesquisas que discorrem direta ou indiretamente sobre a personalização do espaço construído têm se concentrado, em grande parte, nos ambientes de trabalho e de cuidado da saúde e têm demonstrado que proporcionar maior controle ambiental às pessoas, por meio da personalização, melhora os níveis de satisfação, bem-estar, favorece avaliações ambientais positivas (Wells, 2000; Huang, Robertson e Chang, 2004; Imamoglu, 2007; Wells, Thelen e Ruark, 2007) e eleva a autoestima (Maxwell e Chmielewski, 2008).

No que se refere à arquitetura dos espaços construídos destinados à assistência à

saúde suas primeiras configurações decorreram das carências provocadas pelas primeiras experiências da vida em comunidade. A assistência aos necessitados se fundamentava nos conceitos de caridade e filantropia e era realizada em espaços vinculados às práticas religiosas, destinados ao abrigo, não só de doentes, mas também de toda a sorte de marginalizados, como ladrões, loucos e indigentes. A chamada loucura teve sua história inserida neste contexto, numa história de assistência aos necessitados (Fontes, 2003). Assim, a construção do espaço da loucura se concretizou na construção dos manicômios que, segundo Amarante (2007), se transformou na metáfora da exclusão, isolamento e do abandono.

Sabe-se que toda pessoa em situação de sofrimento mental pode, eventualmente, necessitar da atenção e cuidado de seus familiares e amigos para perceber que precisa buscar ajuda na rede de saúde mental. Constitucionalmente garantido, o direito à saúde mental é um direito fundamental do cidadão para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional (Ministério Público Federal / Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2012). A Política Pública de saúde mental é um processo político e social complexo, composto de participantes, instituições e forças de diferentes origens que acontece em diversos territórios. É um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, e é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da política avança, passando por tensões, conflitos e desafios (Rezende, 2001).

Para que a saúde mental seja um direito de fato é indispensável, portanto, que os gestores públicos contemplem em seus planos e programas de governo as ações, os serviços e os equipamentos necessários à prestação de cuidados às pessoas portadoras de sofrimento mental. Isso se deve ao fato de que os serviços e atendimentos voltados a esse grupo – inclusive os dependentes de álcool e outras drogas e os que praticaram ilícitos penais e necessitam assistência em saúde mental – devem ocorrer na rede criada pelo Sistema Único

de Saúde (SUS), em regime de cooperação e descentralização com as secretarias de saúde de estados e municípios.

Este trabalho trata da importância do ambiente construído na área da saúde mental, especialmente relacionado ao Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Leste de Belo Horizonte, um dos dispositivos de atendimento ao portador de sofrimento mental construído segundo a lógica de alternativa ao Hospital Psiquiátrico.

Os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) funcionam em Belo Horizonte desde 1993 e foram constituídos em consonância com os ideais da Luta Antimanicomial. Possuem um valor estratégico nas mudanças para a reforma Psiquiátrica Brasileira, apontando uma possibilidade diferente de tratar o portador de sofrimento mental. Eles têm sua inspiração no primeiro CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) que foi implantado em São Paulo no ano de 1987 e no NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) criado em Santos em 1989. Estes dispositivos aparecem como primeira modalidade de tratamento dentro dos parâmetros da do movimento da Luta Antimanicomial no Brasil. Eles têm como proposta o atendimento de urgências psiquiátricas e o acompanhamento de pacientes de saúde mental em crise, psicóticos e neuróticos graves, egressos ou não do sistema hospitalar tradicional.

Ao descrever os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Yasui (2010, p.115) afirma ser o principal instrumento de implementação da política nacional de Saúde Mental, (...) a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território”, entendendo que deve ser uma das estratégias de transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. O autor defende que os CAPS devem estar integrados numa rede ampla de cuidados em saúde mental, mas que não basta apenas fazer com que as pessoas sejam tolerantes com o louco, mas com que a sociedade possa mudar a sua relação com a diferença, que representa alteridade. Os CAPS se constituem meio,



caminho, mas se configuram como fim. Em outras palavras, o cuidado ao portador de sofrimento mental não se realiza apenas num único lugar, mas em uma ampla rede de alianças que incluem diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

Atualmente a Rede em Belo Horizonte é constituída de dez Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e nove Centros de Convivência (CAPSIII), onde os portadores de sofrimento mental participam de oficinas de música, teatro, pintura, literatura, culinária, marcenaria entre outras. Nos Centros também são organizados passeios, festas, assembleias, exposições e saídas para assistir a filmes nas salas de exibição da cidade. Há sessenta e cinco Equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde, que atuam com quinhentos e sete Equipes de Saúde da Família; dez Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), nas quais residem cerca de 90 usuários egressos de hospitais psiquiátricos, com laços sociofamiliares já comprometidos. Complementarmente, está disponível um Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna, (SUP) que acolhe casos novos de urgência psiquiátrica e encaminha os pacientes no dia seguinte ao CERSAM mais próximo de sua residência e nove Equipes Complementares de Atenção a Criança e ao Adolescente, atuantes nos Centros de Saúde.

Além do atendimento técnico realizado, ocorrem múltiplas ações intersetoriais envolvendo as áreas de educação e ação social, dentre as quais uma Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários, que visa à conquista do trabalho e da autonomia financeira pelos portadores de sofrimento mental e o Programa do Ministério Público ‘De volta para casa’, com 78 egressos de hospitais psiquiátricos que voltaram para suas casas e recebem uma bolsa mensal com valor estipulado por este Programa.

Nos CERSAM as equipes são formadas em geral por psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psiquiatras, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem. Recentemente foi incorporado um farmacêutico para cada CERSAM, com exceção do CERSAM Venda Nova e o CERSAM AD (álcool e drogas), que ainda não foram

contemplados com esse profissional em seu quadro de pessoal. Quem chega para ser atendido é recebido pelo profissional de plantão, sendo que dois outros são designados como referência em cada caso. Um deles geralmente é o médico psiquiatra e o outro técnico ocupa-se prioritariamente da escuta ao paciente, sendo que para cada um dos usuários é elaborado um plano de tratamento específico.

Existem casos de pacientes que estão inscritos na permanência dia, pois no final da tarde retornam para casa. Com a estabilização do paciente, dependendo do seu interesse e vontade, ele pode deixar de frequentar o serviço diariamente e, com o aval da equipe técnica, passar para o regime ambulatorial. Dessa forma, o usuário vai ao CERSAM em período definido pela equipe de sua referência para o atendimento clínico e para receber seus medicamentos.

O técnico de referência do usuário geralmente é o profissional que faz o primeiro atendimento. Sendo assim, a família do paciente, bem como os demais equipamentos dos quais seja usuário, terão nesse profissional referência em tudo que diga respeito ao paciente, desde a elaboração de seu tratamento e acompanhamento do caso até a sua alta médica.

Os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) são unidades de cobertura da rede municipal que têm como objetivo atender toda a cidade de Belo Horizonte. Localizados estrategicamente em regionais da capital, todos funcionam 24 horas todos os dias da semana, inclusive feriados, e incorporam características que vão muito além de uma proposta meramente assistencial. A começar pela localização e dimensões físicas, inseridos em prédios e bairros residenciais, trabalham reafirmando um ambiente que em muito lembra o de uma residência familiar. Lobosque (2003, p.23) revela uma arquitetura radicalmente distinta de um hospital psiquiátrico, pois “não há enfermarias, nem leitos, nem equipamentos tecnológicos”. Entretanto não é um lugar onde as pessoas moram, caracterizando por ser um espaço físico público que as pessoas frequentam e habitam no período em que estão em crise

ou dor intensa, advindas do sofrimento psíquico.

Realizados os devidos esclarecimentos, entendemos que este trabalho objetiva pesquisar como o espaço construído de um desses dispositivos — o CERSAM Leste — é percebido pelos seus usuários: pacientes, profissionais e familiar. Foram ouvidos em entrevistas três usuários, quatro ex-funcionários, três trabalhadores atuais, três outros funcionários da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e a mãe de um usuário. Também foram feitas observações sobre desenhos criados pelos entrevistados, sob solicitação da pesquisadora, bem como observações a partir de visitas ao serviço.

Nesse sentido, esta dissertação também suscita questões sobre a territorialidade onde o serviço de saúde mental está inserido e sobre a política de saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica e suas implicações e aplicabilidades nos espaços físicos onde o tratamento acontece. Desejou-se, ainda, indagar se em termos materiais estruturais arquitetônicos esses espaços estão em consonância com os princípios da Luta Antimanicomial. Nessa direção é importante, ainda que de forma sucinta, nos deter no significado da palavra ‘habitar’, tendo em vista o ambiente característico do objeto do atual estudo de caso. Segundo Felipe (2010, p.301) habitar é

um termo que transcende o conceito formal, utilitário e quantitativo das acepções de estar domiciliado e ocupar como residência. O habitar surge como própria condição essencial da existência humana, anterior, portanto a toda arquitetura. Habitar é habitar no mundo, ser no mundo, existir.

No entanto, cabe salientar que a arte de criar espaços e ambientes construídos tem o compromisso de superar a realidade concreta da matéria, a fim de criar ‘lugares’, autênticos espaços do habitar aos quais atribuímos valor e com os quais nos identificamos.

O estudo é estruturado em cinco capítulos, além dessa introdução em que o tema é contextualizado, apresentados seus objetivos e o problema de pesquisa, bem como a justificativa e relevância para seu desenvolvimento.

O primeiro capítulo aborda a questão investigativa, em que são apresentados a escolha do campo de investigação e os métodos que envolveram informações sobre a fase exploratória, o trabalho de campo, o processo das entrevistas, a observação participante, o diário de campo e a forma como os dados foram tratados e analisados.

O segundo capítulo trata do acolhimento aos portadores de sofrimento mental na literatura, considerando a mudança radical de enfoque sobre a ideia de acolhimento, uma breve reconstituição histórica da saúde mental no Brasil, a concretização do atendimento e do acolhimento em espaço aberto e a importância de se ter um ‘lugar’.

No terceiro capítulo constam informações mais objetivas sobre os dois tempos e os dois espaços do CERSAM Leste, sua configuração físico-espacial, sua arquitetura e função e a representação material dos dois momentos.

O quarto capítulo informa sobre as representações sociais dos 14 entrevistados tratadas a partir das categorias de análise estabelecidas: Ambiente Construído dos dois momentos CERSAM Leste; Papel, função e qualidade do dispositivo; e Luta Antimanicomial e os novos espaços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

O quinto capítulo é breve, mas igualmente importante. Nele constam as representações imagéticas dos entrevistados, desenhos que dizem muito sobre o que se buscou esclarecer por meio deste estudo.

Seguem-se as considerações finais obtidas, a lista de referências que possibilitaram o desenvolvimento do trabalho, três anexos (o primeiro é a letra de uma música criada por um usuário, o segundo é um poema sobre o primeiro CERSAM, publicado por uma ex-funcionária, e no terceiro constam as plantas arquitetônicas do atual CERSAM) e dois Apêndices, em que são apresentados o roteiro das entrevistas aplicadas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Entrevistados.

## **CAPÍTULO 1 – A QUESTÃO INVESTIGATIVA**

No período entre 1992 a 2005, atuamos no Programa de Educação Ambiental do Museu de História Natural e Jardim Botânico da Universidade Federal de Minas Gerais, quando convivemos com diversificados grupos e demandas. Essas vivências mobilizaram questionamentos profundos sobre a relação dos visitantes com as áreas verdes e os espaços de lazer da cidade. Os encontros, especialmente com os usuários do Centro de Referência e Saúde Mental da Regional Leste, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CERSAM/Leste/PBH) (1998 a 2005), fizeram eclodir questões sobre a convivência da loucura com a cidade e a interface entre Arquitetura e Saúde Mental, principalmente no que dizia respeito ao local em que os usuários dos Centros de Referência em Saúde Mental são acolhidos para tratamento.

Devido ao fato de a casa da Rua Anhanguera não possuir área verde, e com o objetivo de criar laços de parceria com a cidade, propiciando a inclusão dos portadores de sofrimento mental na sociedade, coordenamos a criação e o desenvolvimento do Projeto Natureza Singular (1998-2005), que tinha como atividades caminhadas pelas trilhas do Museu, a realização de oficinas temáticas (lapidação, papel reciclado, cultura de hortas, reconhecimento de plantas medicinais, dentre outras que surgiam do interesse do grupo), visitas às exposições de paleontologia, arqueologia, cultura Maxakali e ao Presépio do Pipiripau (por ocasião do Natal). A pesquisa foi suscitada a partir dessa experiência.

### **1.1 A escolha do campo de investigação**

O campo de investigação foi selecionado porque a autora o conheceu em dois momentos diferentes, um quando de seu funcionamento inicial numa casa pequena à Rua

Anhanguera, bairro Santa Inês, em Belo Horizonte e, posteriormente, quando sua demanda aumentou e já não podia atender de maneira adequada, mudou-se para a Rua Perite, nº150, no Bairro Santa Tereza.

A definição do campo de investigação foi realizada a partir de determinadas características do equipamento referentes ao espaço construído. Foi levado em consideração o fato de ele ter funcionado em dois espaços com características arquitetônicas diferentes. Desde sua inauguração, em 1996, até 2000, funcionou na Rua Anhanguera 356, Bairro Santa Inês, numa casa pequena de dois andares, sem área verde e rodeada por um corredor de cimento onde os usuários andavam de um lado para outro. Atualmente este espaço é ocupado pelo Centro de Convivência Arthur Bispo e mantém as mesmas características arquitetônicas do período anterior.

O CERSAM Leste foi pensado e idealizado pelo psiquiatra Cezar Rodrigues Campos, que atuou como Secretário de Saúde de Belo Horizonte no período de 1993 a 1996. Ele possuía como característica peculiar ser uma pessoa extremamente comprometida com a questão da Saúde Mental. Foi um dos organizadores do III Congresso Mineiro de Psiquiatria e articulador dos primeiros Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte (CERSAM), ativista do Movimento da Luta Antimanicomial desde 1987 e articulador do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Já era conhecedor de várias experiências na área de Saúde Mental fora do Brasil e seu posicionamento sobre a criação dos CERSAM foi importantíssimo, pois sugeria que os Centros contemplassem os anseios de uma sociedade sem manicômios. Esteve em Trieste, na Itália, em companhia da profissional selecionada para ser a futura gerente do CERSAM Leste, com o objetivo de se atualizar, conhecer e pesquisar sobre o trabalho idealizado por Franco Basaglia e que já estava consolidado.

Na opinião de Amarante (2001), a experiência de Trieste demonstrou ser possível a constituição de locais que funcionassem como circuitos de atenção e que, ao mesmo tempo,

oferecessem e produzissem cuidados e novas formas de sociabilidade para aqueles que necessitassem de assistência psiquiátrica. A experiência italiana foi assumida no CERSAM Leste, mas adaptada à realidade brasileira.

Conforme informações da profissional que assumiu o primeiro gerenciamento e uma das entrevistadas, neste estudo, a casa em que o CERSAM Leste funcionou no período de 1996 até 2000 foi a princípio alugada e, posteriormente, comprada pela Prefeitura com verba da Secretaria da Saúde - Saúde Mental. Era uma construção de dois andares com quartos, salas, cozinha e banheiros que outrora havia servido de residência familiar. Para que pudesse se transformar num CERSAM foi necessário adaptá-la para receber os usuários: grades nas janelas e na varanda e alguns reparos nos muros, devido ao fato de a casa estar situada em terreno triangular e de esquina. As reformas foram realizadas para que as oficinas pudessem funcionar e a clínica pudesse ser operacionalizada, propiciando maior conforto aos usuários e aos técnicos. Com os cuidados das obras, a casa continuou com características de uma casa de família inserida no Bairro Santa Inês, sem qualquer identificação que apontasse se tratar de um espaço destinado a portadores de sofrimento mental.

Depois de tomadas todas as providências necessárias para a segurança e conforto dos usuários e equipe técnica, o Centro de Referência em Saúde Mental Leste foi inaugurado em 5 de agosto de 1996. Segundo Campos (1997) sua história mostra singularidades importantes. Merece destaque a luta da Comissão de Usuários e Familiares, desde 1994, para concretização do espaço da casa da Rua Anhanguera para a realização da proposta, bem como a formação da equipe a partir do desejo de trabalhar em saúde mental de forma inovadora. Outro fator importante é que foi uma obra votada no âmbito do Orçamento Participativo, agraciado pela relevância do trabalho realizado em prol da Saúde Mental.

Yasui (2010) enfatiza que o cuidado com as pessoas se faz em determinado lugar e em um determinado território, como, por exemplo, no caso de uma doença contagiosa torna-

se necessário um espaço especial e um saber médico específico sobre aquela doença. No que tange ao atendimento da loucura no Brasil, a frase “aos loucos o hospício” enunciada em 1830 pela Sociedade Mineira de Medicina já denunciava a forma de tratamento dada aos loucos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Yasui também cita Machado (1978) e Cunha (1988), cujos entendimentos confirmam que a Sociedade citada contribuiu com seus projetos de organização do espaço urbano e da manutenção da ordem social e da construção da sociedade brasileira do século XIX e início do século XX. Nesse raciocínio, o lugar de construção da maior parte dos hospícios brasileiros possui uma mesma característica que é de serem construídos em lugares distantes do principal núcleo urbano da cidade, concretizando na Arquitetura e na localização, uma das principais funções: a exclusão dos indivíduos não adaptáveis ou resistentes à ordem social.

A psiquiatria, nesse sentido, em sua relação com a sociedade, sempre foi um dispositivo da sociedade disciplinar, que investe na normalização dos corpos, como afirma Foucault ao fazer comentários sobre um dos seus dispositivos mais eficazes, o panóptico. Desta forma, se nos colocarmos na ruptura dessa racionalidade que aponta como única solução para a loucura o isolamento e obtivermos a exclusão da disciplinarização, controle, vigilância e domesticação, conforme preconiza Yasui (2010), devemos estar atentos também para as relações entre produção de cuidado e o território no qual se insere o serviço de atendimento ao portador de sofrimento mental.

Os lugares afetam as relações sociais na medida em que eles acolhem, facilitam ou impedem, pela ausência ou inadequação, os acontecimentos. Conseqüentemente, uma construção é capaz de acolher usos e funções e implica no emprego de alguma tecnologia para acontecer (Fontes, 2003).

Ainda em Fontes (2003), mesmo cientes de que a incursão da Psicologia pelo viés da Arquitetura e dos espaços construídos seja recente, torna-se necessário entender como a



complexidade dos edifícios integra espaços, técnicas terapêuticas e indivíduos em sofrimento. Assim, a relação entre o bem estar e o ambiente construído torna-se óbvia quando se estudam as questões físicas e objetivas do conforto ambiental.

É sobre a noção de território que se alicerça o serviço ambulatorial de atendimento ao portador de sofrimento mental. Conforme citada na Portaria 336 (Brasil, 2002), que indica as características que devem ter um CAPS, pode-se ler que “caberá ao gestor local a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território”. Yasui ainda chama a atenção para o parágrafo 2º do artigo 1º, de que os CAPS deverão “constituir um serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”.

Assim, organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar, pois o território não é apenas permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural.

É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades (Yasui 2010, p.128).

Na perspectiva de Butterworth (2000, p.ii<sup>1</sup>) (tradução nossa), espaços, lugares e construções são mais do que apenas adereços na vida das pessoas, pois estão imbuídos de significado e ressonância, simbolizam pessoas e histórias pessoais, relações interpessoais e eventos compartilhados em relações pessoais estendidas. O sentido de ‘lugar’ se refere ao sentimento de acolhimento ou pertença a um ambiente físico, como um lugar ou bairro, além do senso de identidade pessoal e coletiva que vem desse sentimento.

---

<sup>1</sup> *Spaces, places and buildings are more than just props in people's lives; they are imbued with meaning and resonance, as they symbolize people's personal histories, interpersonal relationships, and shared events in people's extended relationships, families, communities and wider culture. Sense of place refers to the feeling of attachment or belonging to a physical environment, such as a place or neighborhood, and the sense of personal and collective identity that comes from this sense of belonging.*

Localizando o CERSAM geograficamente, pode-se dizer que a população estimada da região Leste é de 237.923 habitantes. Possui uma extensão de 28,52 Km de extensão territorial sendo 8.987,1 habitantes /Km<sup>2</sup>. A região leste faz divisa com as cidades de Nova Lima e Sabará e as regiões Centro Sul e Nordeste da Capital, sendo as Avenidas dos Andradas, Silviano Brandão, Contagem, Santa Terezinha e rua Conselheiro Rocha os principais corredores da região. A Região Leste possui 69 praças e 6 canteiros que são revitalizados com frequência através do Programa Bairro Vivo, assim como o atendimento às demandas de limpeza urbana e manutenção das vias. É considerada uma das regiões mais antigas e tradicionais de Belo Horizonte sendo composta pelos bairros Alto Vera Cruz, Baleia, Belém Primeira Seção, Belém Segunda Seção, Boa Vista, Caetano Furquim, Camponesa Primeira Seção, Camponesa Segunda Seção, Casa Branca, Cidade Jardim Taquaril, Colégio Batista, Colégio Batista, Cônego Pinheiro Primeira Seção, Cônego Pinheiro Segunda Seção, Conjunto Taquaril, Esplanada, Floresta, Granja dos Freitas, Grotta, Horto, Horto Florestal, João Alfredo, Jonas Veiga, Mariano de Abreu, Nova Vista, Paraíso, Pirineus, Pompéia, Sagrada Família, Santa Inês, Santa Tereza, São Geraldo, São Vicente, Saudade, Taquaril, Vera Cruz, Vila Boa Vista, Vila da Área, Vila Dias, Vila Nossa Senhora do Rosário, Vila Paraíso, Vila São Geraldo, Vila São Rafael, Vila União, Vila Vera Cruz Primeira Seção, Vila Vera Cruz Quarta Seção, Vila Vera Cruz Segunda Seção e Vila Vera Cruz Terceira Seção.

A ocupação inicial do bairro se deu por imigrantes, principalmente os italianos. Destaca-se na música no cenário nacional, com a atuação de cantores como Lô Borges, Milton Nascimento, Beto Guedes e Fernando Brant, fundadores do Clube da Esquina. Possui uma variedade de opções de diversão e de atividades culturais diversificadas, como casas de seresta, feiras de artesanato e o famoso macarrão do Bolão do fim da noite. A Praça Duque de Caxias é uma das mais famosas do bairro por ser um espaço com muito verde e sombras generosas projetadas por árvores centenárias. Atrai pessoas de todas as idades e se tornou um

lugar interessante também para a realização de shows e manifestações culturais.

Na região leste de Belo Horizonte, encontram-se também importantes instituições como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Serviço Social do Comércio (SESC), Câmara dos Vereadores, Plug Minas e colégios tradicionais (como o São José, Abgar Renault, Francisco Sales, Maximus, Frederico Ozanam, Colégio Batista e Santa Maria).

Existem ainda obras em andamento, como o Projeto de Modernização da Linha Férrea e a Via 710, via transversal que ligará a região Leste com a Nordeste, beneficiando mais de 250 mil usuários. A reforma do campo de futebol Independência e a inauguração do Shopping Boulevard na Avenida dos Andradas também aqueceram o comércio.

Como destaque nas proximidades do CERSAM Leste, há no Bairro Santa Inês o Museu de História Natural e Jardim Botânico da UFMG, onde existe uma área verde de 600.000 m<sup>2</sup>, com diversas trilhas para caminhadas, Jardim Botânico, Horto de Plantas Medicinais, diversas coleções de arqueologia e paleontologia. Além do famoso Presépio do Pípiripau. Ao final da Avenida Silviano Brandão existe o Cine Club Horto, sede do Grupo de Teatro Galpão, que tem se destacado nacional e mundialmente no cenário cultural.

## **1.2 Métodos**

Ao pesquisar a relação dos usuários e dos técnicos do Centro de Referência e Saúde Mental (CERSAM) Leste com os espaços arquitetônicos vivenciados na sua cotidianidade, lançamos mão de pesquisa qualitativa na tentativa de explorar os aspectos de opiniões e representações sobre o tema. A compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais especificados é a condição *sine qua non* da entrevista qualitativa. O que importa, nesse tipo de pesquisa, é apresentar uma amostra do aspecto dos pontos de vista de seus participantes (Becker e Geer, 1957).

Nessa perspectiva, utilizamos os recursos de entrevistas e observações

participantes para a coleta de material e inserção em campo, com subsequente confecção de diário de campo e a proposição de realização de desenhos pelos entrevistados (Figuras 15 a 23). Empregamos metodologia de trabalho em pesquisa qualitativa, tendo em vista a mesma se ocupar de um nível de realidade que não pode ou não deve ser quantificado. Ou seja, trabalhou-se com o universo dos significados.

Como preconiza Minayo (2010, p.26) a pesquisa qualitativa é realizada por meio específico, utilizando linguagem fundada em conceitos, métodos, proposições e técnicas. Ela possui um ritmo próprio e seu ciclo se faz por um processo em espiral, começando pela fase exploratória, seguida pelo trabalho de campo e fechando com o tratamento dos dados recolhidos.

### **1.2.1 Fase exploratória**

Minayo (2010, p.26) enfatiza que o período exploratório é composto pela revisão e sistematização bibliográfica. Trata-se de uma fase em que a disciplina e a crítica são fundamentais para a articulação na aplicação de conceitos na busca de uma aproximação dos conhecimentos sobre os quais se questiona se critica ou se aprofunda. É o período em que se preparam os procedimentos necessários para a entrada no campo.

Esse momento compreendeu a sistematização e organização de conceitos que iriam ser trabalhados a partir da aproximação da Psicologia com a Arquitetura, tais como: Reforma Psiquiátrica, Serviço Substitutivo, Ambiente Construído, Humanização dos Espaços, Território, Habitabilidade e Espaço Arquitetônico, dentre outros. Foi um momento em que a pesquisadora muito se esforçou devido ao fato de alguns conceitos pertencerem à seara da Arquitetura, bem como a definição do valor dessas informações a serem utilizadas, no sentido proposto pelo marco teórico e da reconstrução do material coletado, assim como a

fundamentação teórica dos mesmos.

### **1.2.2 Trabalho de Campo**

O trabalho de campo iniciou-se após a aprovação do projeto, efetivada pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas em maio de 2012 e pela Prefeitura somente em Fevereiro de 2013, fato que acarretou num enorme prejuízo de tempo para a coleta de dados (Protocolo nº 02653412.9.0000.5149 da Plataforma Brasil).

Para investigar a questão do espaço construído, foi necessária a inserção da pesquisadora no campo por meio de observação participante nos dois espaços utilizados pelo CERSAM Leste em momentos diferentes. Lançamos mão primeiramente de entrevistas e observações participantes para a identificação, na prática de como eram vivenciados esses espaços pelos usuários e técnicos dos serviços. Posteriormente foi realizado um levantamento de pessoas que seriam os informantes-chave, selecionados pelo fato de supostamente possuírem um significativo acervo de informações e importante relação com o serviço. Dessa forma esses informantes foram considerados da seguinte forma: 1 - Usuários que vivenciaram os dois momentos distintos do CERSAM e que se encontravam num momento de estabilização; 2 – Funcionários que tinham um percurso profissional nos dois espaços e que continuam na ativa; 3 – Ex-funcionários que vivenciaram os dois momentos do CERSAM, e que se denominavam como militantes da Luta Antimanicomial, e que estavam disponíveis a participar do Estudo de Caso, mesmo estando aposentados ou em outro local de trabalho; e 4- Outros funcionários da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte que participaram da criação e acompanhamento do CERSAM Leste em momentos diferentes.

### 1.2.3 Entrevistas com os informantes-chave

A técnica utilizada foi a de realização de entrevistas semiestruturadas, baseadas num roteiro previamente selecionado (Apêndice 1). O roteiro básico para os usuários e funcionários do CERSAM Leste foi composto de questões relativas aos espaços habitados na sua cotidianidade: em qual época e em que situação eles foram introduzidos no CERSAM Leste, impressões iniciais e atuais da instituição, espaços internos e externos de preferência, sugestão para alguma mudança ou preservação de algo relevante.

Bauer e Gaskell (2012) enfatizam que a entrevista individual ou de profundidade é uma conversação que tem duração entre uma e uma hora e meia. Dessa forma, em seu sentido mais elementar, a comunicação pode ser entendida como o processo de interação entre as pessoas por meio de múltiplas linguagens (Louback, 2006). Assim, a entrevista foi utilizada, tomada no seu sentido amplo de comunicação verbal e no sentido de coleta de informações (Minayo, 2010).

A entrevista começa com alguns comentários introdutórios sobre a pesquisa, uma palavra de agradecimento ao entrevistado pelo fato de ter concordado em falar, e um pedido para gravar a sessão. Foi entregue e feita a leitura a cada um dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apendice 2) assinado pelo entrevistado e pela pesquisadora, sendo que esta permanecia com uma cópia (imagem, nome e identidade estariam resguardados). No final, verbaliza-se um agradecimento por ter aceitado participar. Ressalta-se que a realização das perguntas não ocorreu na mesma ordem para todos os entrevistados, pois eventualmente os respondentes ampliavam suas respostas e envolviam perguntas posteriores. À medida que a entrevistadora percebia que sua pergunta em algum momento já tinha sido respondida, evitava ser repetida. Outro fato importante a ser colocado foi o acréscimo de alguma questão na tentativa de estimular os entrevistados a alongarem seus

discursos sobre o tema ou sobre alguns aspectos a eles relacionados.

Um dos usuários solicitou levar sua mãe na entrevista, fazendo com que a pesquisadora ampliasse seu leque de percepção e amostragem.

Foram realizadas 14 entrevistas, sendo 3 usuários, 3 funcionários ativos, 4 ex-funcionários, uma mãe de usuário e 3 outros funcionários da PBH, sujeitos considerados importantes para relatar a história e o acompanhamento dos trabalhos realizados no CERSAM Leste. A Tabela 1, apresentada na página 55, traz informações sumárias sobre esses sujeitos.

As entrevistas aconteceram nas dependências do estabelecimento e no Centro de Convivência Arthur Bispo em horários pré-acordados com os participantes. O tempo das entrevistas foi de uma hora e meia, em média. A maior parte das entrevistas foi filmada e/ou gravada, e transcrita integralmente. As análises foram baseadas no material coletado, nas observações e nas conversas informais com outros usuários que tivemos contato durante os períodos de observação e que nos procuraram espontaneamente para tirar foto, participar da filmagem ou apenas para conversar. Havia também usuários que tínhamos conhecido quando éramos funcionária no Museu de História Natural e Jardim Botânico da UFMG, que vinham nos cumprimentar e a partir daí a conversa fluía solta e agradável.

#### **1.2.4 Observação participante**

A observação participante teve como objetivo a inserção da pesquisadora no campo, no sentido de buscar auxílio para a caracterização de seu objeto de pesquisa. Assim, como o roteiro de observação, foram considerados vários aspectos do espaço pesquisado, desde sua estrutura arquitetônica, funcionamento, rotina, relação com outros recursos da rede, a utilização dos espaços do entorno e a relação com a vizinhança.

Essa técnica foi muito importante no sentido de captar uma variedade de

informações, conceitos e fenômenos que somente com a entrevista talvez não se teria acesso. Em loco observamos como os usuários se apropriam dos espaços externos e internos do CERSAM Leste e como os técnicos lidam na sua cotidianidade com uma clínica de saúde mental que se pretende aberta e substitutiva aos manicômios.

As observações foram anotadas em um diário de campo durante o período de permanência no CERSAM ou posteriormente, quando sentíamos necessidade de registrar algum sentimento ou impressão que havíamos captado. Assim, devidamente respaldadas pela instituição, as observações foram realizadas durante o tempo que precederam as entrevistas com os usuários e os técnicos, tendo sido realizadas dez observações no período que se estendeu de outubro/ 2012 a fevereiro de 2013.

Realizamos observações também no antigo espaço ocupado pelo CERSAM, ou seja, no atual Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário. Os espaços foram fotografados e solicitados aos participantes da pesquisa que fizessem um desenho do CERSAM/Leste em seus dois momentos distintos com a inclusão do que era mais significativo, bem como o que mais gostavam e do que menos gostavam nos respectivos espaços.

### **1.2.5 Diário de Campo**

A utilização de um diário de campo auxilia o pesquisador a captar de forma sutil alguma coisa do não dito, ou às vezes do que lhe foi dito sem querer, ou entre as palavras ou gestos proferidos. Ele auxilia nas análises do objeto estudado, entretanto, exige certo rigor em seu uso sistematizado desde o primeiro dia de campo até o último dia. É de caráter pessoal e traz impressões e percepções do pesquisador. Nesse sentido pudemos recorrer, em vários momentos, às anotações que havíamos realizado durante as observações ou posteriormente às entrevistas realizadas. O diário de campo foi também muito utilizado enquanto esperávamos



por alguém para ser entrevistado e de forma despretensiosa observávamos o movimento dos usuários, familiares e técnicos em seu território.

### **1.2.6 Tratamento e análise dos dados**

A trajetória da criação do CERSAM em seus dois momentos distintos foi entendida como importante justamente para evidenciar, conforme preconiza Campos (1997), sua proposta e vocação de clínica de crise iniciada a partir do acolhimento do sujeito e sua família, e continuada através de ações de uma equipe com vários saberes e instrumentos que produziram resultados visíveis e respeitáveis. Para isso foi necessário realizar um levantamento junto à Prefeitura de Belo Horizonte de sujeitos que participaram dessa construção. A partir de alguns nomes foram realizadas quatro entrevistas com pessoas consideradas fundamentais na reconstrução da história dos espaços em estudo.

Posteriormente, foi realizado um levantamento dos usuários do Centro de Referência em Saúde Mental da Regional Leste que já utilizavam o dispositivo antes da mudança de endereço para o Bairro Santa Tereza e que continuaram a ser atendidos. Levamos em conta também o fato de selecionar usuários que se encontravam em momento de estabilização. A partir daí foram selecionados alguns usuários e realizadas três entrevistas. Foi também solicitado que os entrevistados desenhassem o CERSAM Leste em seus dois momentos, mas apenas alguns os fizeram.

Na análise dos enunciados do discurso foi aplicada a Análise do Conteúdo, com o objetivo de perceber o que está por trás das palavras sobre as quais se trabalhou e foram pronunciadas pelos entrevistados. Para Minayo (2010, p. 74), a análise de conteúdo visa “descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto”. Assim,

o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou

simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos. Reiterando, diríamos que para o efetivo “caminhar neste processo, a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos, e, mesmo, “o pano de fundo” no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados e, de preferência, socializados (Puglisi e Franco 2005, p. 24).

A análise de conteúdo é considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema (Vergara 2005, p.15). Nas palavras de Bardin (2004, p.31), a análise de conteúdo constitui “uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação dessas mesmas comunicações”.

Nesse sentido, a organização da análise do material foi obtida por uma ‘leitura flutuante’ de todo o material coletado para que a pesquisadora captasse impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas presentes no corpus dos documentos analisados. Leitura flutuante consiste em tomar contato exaustivo como o material para conhecer seu conteúdo (Minayo, 2010). O termo flutuante é uma analogia à atitude de um psicanalista, pois pouco a pouco a leitura se torna mais precisa em função das teorias que sustentam o material (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo prescrita por Bardin (2011) implica em categorização, um processo que comporta duas etapas: o inventário, que isola os elementos, e a classificação, que reparte os elementos e, portanto, procura impor certa organização às mensagens.

No caso deste estudo, a análise de conteúdo consistiu em descobrir os ‘núcleos de sentido’ das entrevistas, ou seja, a compreensão das unidades de registro relacionadas às opiniões, valores, crenças e tendências dos respondentes. Conforme Bardin (2011, p.148), “classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles em comum

com os outros”, sendo que o sistema de categorias “resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2011, p.149).

O presente trabalho também se valeu de pesquisa bibliográfica, levando em conta que o texto teórico contribui para a segurança acadêmica do pesquisador e "confere um respaldo maior a suas conclusões. O autor [...] empresta um pouco do poder já adquirido a seus pares, que vão acrescentar pontos no tecido que forma aquela comunidade interpretativa” (Wielewiski 2001, p.29).

Antes de discutirmos os resultados, no próximo capítulo faremos uma digressão pelas noções de acolhimento e de espaço construído, articulando-os com as mudanças promovidas pelo atual processo de reforma psiquiátrica.

## **CAPÍTULO 2 - O ACOLHIMENTO DE PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E O BEM-ESTAR DESEJADO**

### **2.1 Uma mudança radical de enfoque sobre a ideia do acolhimento**

A proposta do CERSAM é o acolhimento e tratamento de pessoas portadoras de sofrimento mental cujo momento se configure como uma crise psíquica, agravos crônicos e persistentes. Cecarelli (2005) afirma que o acometido pela paixão, o paciente, o passivo, o portador de sofrimento psíquico, é aquele que padece de algo cuja origem ele desconhece e que o leva a reagir, na maioria das vezes, de forma imprevista.

Algumas vezes, quando a pessoa é encaminhada para um CERSAM, ocorre uma mudança em sua disposição diária com sua própria rotina de atividades, sobretudo em seu modo de interagir com os outros. A depressão é bastante comum, mas há também a euforia, que volta a agressividade não a si, mas ao outro, e há ainda as crises de pânico, manias de perseguição e alucinações. Existem muitas formas de transtorno mental, acompanhadas ou não de algum mal-estar físico, que acabam comprometendo o poder de concentração e a capacidade de realização da pessoa, acarretando baixo rendimento escolar ou no trabalho, agravamento de conflitos cotidianos e desarmonia nas relações familiares e sociais (Ministério Público Federal / Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão 2012).

Para Amarante e Torre (2007), os novos serviços e dispositivos em saúde mental para atendimento aos sujeitos com sofrimento psíquico exigem a construção de novos modos de aferir, interpretar, compreender e avaliar, o que conta é a produção de subjetividades, já que os modelos arcaicos, do louco como perigoso ou da loucura como anormalidade ou doença, são insuficientes para dar sentido aos novos projetos e objetivos.

Nesse sentido, Carvalho e Amarante (2000, p.51) sugerem que se deva

“questionar ao limite a noção de doença mental” e que seja possível, como entende Pelbart (1993), a construção de espaços-tempos singulares e não a busca das técnicas ‘bem-sucedidas’ ou a reprodução de enunciações pré-estabelecidas que de nenhuma maneira se coadunam com loucura.

Na atualidade, a ajuda para alguém com sofrimento psíquico

pode ser buscado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no caso de Belo Horizonte no CERSAM, ou em uma unidade do programa de Saúde na Família. Lá a pessoa é encaminhada para tratamento multidisciplinar com médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, além de técnicos de diversas áreas. Tomar remédios, conversar na Psicoterapia, praticar uma terapia corporal, pintar, desenhar e várias outras atividades podem ajudar. Os melhores resultados são obtidos quando esses tratamentos são feitos ao mesmo tempo e quando os profissionais trabalham de forma coordenada entre si (Ministério Público Federal / Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão 2012, p.15).

Contudo, para se chegar a essa realidade, houve um longo caminho percorrido.

Para compreender a importância da transformação espaço/temporal proposta pela Reforma Psiquiátrica não podemos esquecer como ela teve início e se consolidou por mais de um século e meio entre nós com o modelo de confinamento dos loucos e a higienização do ambiente social.

## **2.2 Uma rápida retomada histórica da evolução da saúde mental no Brasil**

A história da organização dos cuidados ao doente mental no Brasil surgiu com a criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, em 1852. Até então inexistia, no país, uma instituição especificamente destinada aos chamados ‘alienados’, embora se possa datar o início da preocupação com a loucura com a chegada da família real portuguesa em 1808 (Dal Poz, Lima e Perazzi, 2012).

Com o Rio de Janeiro transformado em capital do Império e com as transformações

sociais, econômicas e políticas decorrentes, tornaram-se necessárias algumas medidas de ordenação do espaço urbano, com a identificação e o controle das populações. A medicina participava nesse processo e em campanhas de higienização da população, incluída a medicina mental (Machado et al., 1978).

A criação do Hospício Pedro II em 1852 foi resultado de uma campanha pública liderada pelo provedor da Santa Casa de Misericórdia e da qual participaram médicos reunidos na recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia, a maioria dos quais formados na França, de onde traziam o ideal de repetir o gesto libertador de Pinel. O slogan da campanha pública, logo vitoriosa, era ‘aos loucos, o hospício’ e, assim, a psiquiatria brasileira e sua instituição símbolo (asilo ou manicômio) constituíram-se dentro de um processo de medicalização social, a partir do qual, ao caracterizar o comportamento do louco, tornou possível transformá-lo em objeto de intervenção médico-social. O louco era identificado como um elemento da desordem social e à medicina era delegada a função de zelar pela sua segregação e correção (Castel, 1978).

O primeiro esboço de política pública nessa área surgiu em 1890, com o advento da República e a criação da Assistência Médico-legal aos alienados. Essa assistência tinha como pilar e centro de referência único o ‘asilo’, cuja função social não se alterava: lugar de segregação de uma população pobre, marginalizada e sem amparo social (Machado et al., 1978).

Mantendo-se esse atendimento psiquiátrico visto como arcaico e despótico, a modernização era um fator relevante, mas seu foco deveria estar calcado no ideal liberal veiculado pelos republicanos (Dal Poz et al., 2012).

Essa modernização foi efetivamente implementada pelo psiquiatra Juliano Moreira, cujo modelo teórico não limitava mais seu discurso à loucura e às suas causas. Seguindo a tendência da época, ele ampliou o campo de intervenção partindo da concepção do

indivíduo como ser social, dotado de algum grau de periculosidade e reunindo as percepções produzidas pelas diversas instituições (polícia, justiça e família), com base em critérios que se referiam à transgressão das leis da moralidade. O saber psiquiátrico foi atualizado como uma espécie de síntese do padrão moral dominante, definindo-se o ‘desvio’ como criminalidade, degeneração ou doença (Portocarrero, 2002).

As idéias de Juliano Moreira inspiraram, em 1923, a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, cujo programa enfatizava a intervenção no espaço social com características eugênicas, xenofóbicas, antiliberais e racistas (Costa, 1976).

Os anos de 1950 e 1960 assistiram o fortalecimento do processo de psiquiatria com o aparecimento dos primeiros neurolépticos, drogas que tornaram mais efetivas as intervenções médicas na doença mental. Ao mesmo tempo, nesse período, apareceram as primeiras contestações mundiais do modelo psiquiátrico, com as propostas de Reforma ao Modelo de Assistência em Saúde Mental, conhecida como Reforma Psiquiátrica.

Segundo Amarante (2007, p.40), algumas experiências foram mais marcantes e ainda permanecem influenciando as experiências contemporâneas, podendo ser citada a Comunidade Terapêutica inglesa, e a Psicoterapia Institucional francesa, “que tinham em comum a convicção de que se poderia qualificar a Psiquiatria a partir de mudanças no hospital psiquiátrico, de tal forma que o mesmo se tornasse a instituição terapêutica almejada por Esquirol”. Outra vertente era formada pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, em que se acreditava que o modelo hospitalar estava esgotado e que deveria ser modificado a partir da montagem de novos equipamentos, tais como hospital-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde, dentre outros.

O modelo preventivista, originário da América do Norte, inicialmente proposto como alternativa ao tratamento asilar tradicional tinha a proposta de prevenção do adoecer psíquico e acabou por converter-se em um novo projeto de medicalização da ordem social, de

prescrição de normas médico-psiquiátricas para o conjunto da sociedade, constituindo parte de um processo de ‘atualização’ da psiquiatria (Castel, Castel e Lovell, 1982).

Amarante (2001, p.27) enfatiza que a antipsiquiatria, surgida na Inglaterra, e a psicoterapia democrática, surgida na Itália, esta última a partir das experiências de Franco Basaglia, instauraram rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados.

O momento italiano, vitorioso com a aprovação da Lei n. 180 da Reforma Psiquiátrica, em 1978, previu o fechamento por completo dos manicômios até o fim de 1996. Assim, os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços comunitários abertos representaram uma revolução radical e o fim de um paradigma baseado na custódia e na privação dos direitos de cidadania (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990).

Simultaneamente, nos anos 1970, eclodiu o ‘movimento sanitário’ no Brasil em prol da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, da defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços e do envolvimento dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidados. Esse movimento sanitarista vinha de algumas experiências da década anterior e iniciou propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado.

No Brasil, pode-se dizer que quando Carlos Sant’Anna assumiu o Ministério da Saúde em março de 1985, ele já vinha trabalhando na elaboração de uma lei delegada para o programa de governo de Tancredo Neves, no sentido de unificar o sistema de saúde, que era uma reivindicação do movimento sanitário. Embora o Sistema Único de Saúde não estivesse consignado, o que só viria acontecer com a Constituição Federal de 1988, já no início da Nova República, em 1985, a unificação do setor saúde já era apontada, especialmente com a



passagem do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde. Sua operacionalização, em tempo e movimento, gerou um acirrado debate com dupla face: por um lado mostrou contradições no movimento sanitário e, por outro, evidenciou sua capacidade de superação e competência para chegar, no fim, ao mesmo objetivo. O debate, que se iniciou ainda em 1985, atravessou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e se manteve por todo o período, até o final da década de 1980.

Em síntese, no decorrer de muitos anos e no mundo inteiro, o atendimento e a assistência em saúde mental foram norteados pelo entendimento terapêutico do isolamento do meio familiar e social, o que fez surgir movimentos de crítica às instituições psiquiátricas objetivando buscar alternativas no sentido de se ter um atendimento e uma assistência que valorizassem a reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, mas não havia uma sistematização.

No Brasil, paralelamente à Reforma Sanitária ocorreu o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, inserido num contexto internacional de mudanças, tendo em vista a superação da violência asilar. Esse Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira passou a objetivar a intervenção no espaço da loucura e a busca de outro ‘lugar’ para os portadores de sofrimento mental não apenas na assistência especializada, mas na própria tradição cultural brasileira. Como consequência desse processo, abriu-se a possibilidade de se assumir a construção cotidiana de outros saberes, práticas e relações para com a loucura.

Conforme Dal Poz et al. (2012), o movimento de reforma psiquiátrica apresenta alguns marcos relevantes: o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) entre os anos de 1978 e 1980, o Movimento dos Usuários nos anos de 1980, a Declaração de Caracas (OPAS/WHO) em 1990, as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001 e 2010) e a Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, mais conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica. Em conjunto, constituem referências e configuram o que

se convencionou chamar de Movimento de Reforma Psiquiátrica e Cidadania no Brasil. O lema do movimento, inspirado na reforma italiana, é ‘por uma sociedade sem manicômios’ (Amarante, 2000).

Com a Constituição Federal de 1988, as transformações decorrentes do processo de democratização atingiram todo o campo da saúde. O Estado brasileiro assumiu o compromisso segundo o qual “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (Brasil, 1988).

Ainda na década de 1990, Amarante (1994, p.43) entendia que a reforma psiquiátrica não mais se referia exclusivamente à reformulação dos serviços,

ao rearranjo do aparato assistencial-normativo, nem reestruturação do texto jurídico que trata da matéria; não significa ainda a descoberta de novas técnicas, de uma escuta ou de uma terapêutica perfeitamente qualificada e competente, de por assim dizer, definitiva. Reforma psiquiátrica no nosso entendimento, é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais.

Dessa forma, percebe-se que no cerne da questão da Reforma Psiquiátrica também há questões referentes à humanização dos ambientes para a superação do que até então tinham se constituído práticas desumanas nos Hospitais Psiquiátricos. Contudo, a Reforma, tal qual foi concebida, pretendia ir muito além, pois

busca igualmente a inserção espacial e política do portador de sofrimento mental na sociedade, segundo três princípios básicos: o da singularidade, onde o sujeito é considerado em sua diferença, sem, portanto, excluir-se do social; o do limite, não utilizando a autoridade para ajustar o paciente, mas sim, convidando a cultura a aceitá-lo e a reinventar seus limites; e o da articulação, envolvendo-se com os demais movimentos sociais na Luta pela garantia da cidadania (Lobosque, 2001, p. 31).

Logo em seguida a World Health Organization (WHO, 2001) afirmaria que ‘o

desenvolvimento não pode existir sem a saúde e esta é indissociável da saúde mental’.

No Brasil, as recomendações das organizações internacionais tiveram o condão de estimular os intentos reformistas.

### **2.3 A concretização do atendimento e do acolhimento em espaço aberto**

A Lei Federal 10.216 (Brasil 2001), reputada como uma conquista do movimento social organizado e que deu respaldo e legitimidade ao processo de Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, reconhecendo como direitos em seu parágrafo único do art. 2º: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua concordância; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A Lei 10.216 (Brasil 2001), além de propiciar a retração das instituições asilares e sua substituição progressiva por estruturas comunitárias de cuidado, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais-dia, as residências terapêuticas, estabeleceu o fim das internações anônimas. Este aspecto resultou da regulamentação da internação involuntária, sustentáculo da legitimidade jurídica do dispositivo asilar. A obrigatoriedade da comunicação à autoridade judiciária das internações contra a vontade do paciente visa a

preservar os direitos civis, resguardando-os de um ato de violência, até então banalizado pelos hospitais psiquiátricos (Delgado, 1992).

Com a lei 10.216 (Brasil 2001), o processo de substituição de leitos psiquiátricos por uma rede de cuidado na comunidade foi acelerado. Progressivamente foi sendo vencida a distância que separava a saúde mental do sistema geral de saúde, e a saúde mental passou a ser incorporada à atenção primária através de sua articulação com o Programa de Saúde da Família, que não é apenas mais um programa de saúde, mas tem a ambição de ser a estratégia de reorganização do sistema de saúde no Brasil. O avanço do programa nos últimos anos reflete a prioridade que lhe é atribuída na política de saúde: de 19 mil equipes implantadas em 2003, distribuídas por 4.400 municípios, com cobertura populacional de cerca de 62,3 milhões de pessoas (35,7% da população) passou a 33.328 equipes em 2009, distribuídas por 5.251 municípios e cobertura populacional de 96,1 milhões de pessoas (50,7% da população) (Brasil, 2011).

Na atualidade a política de saúde tem como objetivos a consolidação da rede de atenção comunitária, com a ampliação da cobertura dos CAPS e das residências terapêuticas, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a criação de leitos em hospitais gerais, o fortalecimento da saúde mental nos cuidados primários e o enfrentamento da questão do álcool, crack e outras drogas (Brasil, 2011).

Os serviços de atendimento ao portador de sofrimento mental passaram a não incorporar a repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância panóptica descritas por Foucault (2005) como características das instituições asilares modernas. Em tese, as novas instituições não asilares seriam um dispositivo estratégico de acolhimento e trocas sociais, constituindo-se lugares de sociabilidade e produção de subjetividade.

Para Pereira (2006, p.117),

o modo como Foucault relacionou o corpo com os mecanismos de poder

coloca-o numa posição de destaque quando o tema do corpo é alvo de discussão. De facto (sic), a sua contribuição para a teoria social e a sua ênfase no corpo e na política tem auxiliado o desenvolvimento do conhecimento do corpo na história, na sociologia e na filosofia política, afectando (sic) profundamente as teorias contemporâneas do corpo e do poder na modernidade.

Necessário se faz nomear o panóptico como modelo ideal característico do momento asilar em contraste com o modelo atual da Atenção Psicossocial em meio aberto. Para Foucault, o panóptico idealizado por Bentham como modelo perfeito ou quase de vigilância e disciplina

é a figura arquitetural, cujo princípio é composto na periferia com a construção em anel. No centro, uma torre, que é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel. A construção periférica é dividida em celas, sendo que cada uma atravessa toda a espessura da construção. Elas têm duas janelas, uma para o interior onde se localizava a torre, e outra para o exterior, que permitia que a luz atravessasse a cela de lado a lado (Foucault 2008, p.161).

Nesse sentido, esse tipo de construção arquitetônica permitia que a vigilância fosse total e que ocorresse a todo o momento.

Para vigiar seria necessário somente colocar uma pessoa na torre central e em cada cela trancar um louco, um condenado, um operário ou um escolar. Esse dispositivo descrito por Foucault permitia vigilância constante e o reconhecimento imediatamente o que estava fora de “ordem”. O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório de poder. Graças aos seus mecanismos de observação, ganha em eficácia e em capacidade de penetração do comportamento humano. Ele serviu como frente de poder em todas as superfícies onde este se exercia (Foucault 2008, p.164).

Pode-se dizer, então, que “o espaço arquitetônico carrega, tal qual o próprio corpo, a imagem da totalidade, através da condição natural de microcosmo particular e [...] modelo reduzido de nosso Universo” (Felippe 2010, p.300). Assim, deve-se considerar a importância de se ter um lugar.

Pinel fundou a clínica psiquiátrica, considerando a *loucura* como um distúrbio das paixões, sendo seus excessos e desmedidas os responsáveis pela *alienação mental*. Como considerava a *loucura* isenta de causas físicas, mas moral, Pinel instituiu o método do *tratamento moral* com objetivo de restabelecer a razão parcialmente perdida do *louco*, educando-o pelo castigo e punição. Ao libertar os *loucos* das correntes dos porões dos asilos, por outro lado os excluiu da paisagem social, criando uma instituição própria que se constitui na própria terapêutica: o *asilo* (Anaya, 2004).

Castel (1978) identificou o conjunto de estratégias de Pinel como *tecnologia pineliana*, reconhecida como uma das principais operações que fundaram a prática asilar, que consistia em se basear na *ordem*, caracterizando-se pelo (a) *isolamento*, pela (b) *organização do espaço asilar* e pela (c) *relação de autoridade* do médico sobre o alienado:

(a) O *isolamento* foi um princípio importante para a constituição do conhecimento científico sobre a loucura e para sua administração. Por um lado, possibilitou a observação específica do objeto a ser estudado, pois, “uma vez isolado, o objeto poderia ser mais bem observado como pré-condição para o sucesso das etapas do método científico experimental” (Amarante 2000, p.40). Por outro, isolava-se para tratar e devolver a “razão” ao *louco*, pois estando as causas da loucura no meio social, o *isolamento* era fundamental enquanto instrumento terapêutico. A partir desse momento, a **internação** assumiu o caráter médico e se justificou por outras razões: o *louco* passou a ser isolado porque era um *alienado*, um *doente*. Castel (1978, p.55) demonstra que a **internação** em um “*estabelecimento especial*” foi determinante na constituição desse *status*, pois incapaz do contrato social, o *louco* deveria ser tutelado. Portanto, a medicalização

não significou, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implicou a definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: o alienado, que a lei de 1838 fixou, por mais de um século, um completo estado de menoridade social.

Com a prática da *internação* e do *isolamento*, Pinel encontrou os meios necessários para teorizar sobre o conceito do que seria a *loucura*, configurando-a no que denominou de *alienação mental* e posteriormente *doença mental*. Na opinião de Bezerra (1992, p.118),

a criação da categoria doença mental traria consigo, portanto, como uma marca congênita, o movimento de exclusão. Através dela, a psiquiatria teria oferecido solução racional ao dilema da sociedade burguesa emergente: como conciliar os preceitos de liberdade e igualdade com os processos reais de exclusão – os loucos não são iguais, nem livres, são aliens, alienados.

Continuando, Bezerra (1992, p.118) afirma que a distinção entre *normal* e *patológico* foi determinada pela percepção moral do alienista e não por causas físicas, articulando-se entre dois saberes: o filosófico e o médico, “operação básica instruída por Pinel, a qual possibilitou a inscrição da loucura, dos desvios, das paixões e da moral no conceito de doença”.

(b) A **organização do espaço asilar** inseriu os *alienados* em uma rede ordenada de lugares, de ocupações, de hierarquias, distribuindo-os conforme o caráter, as variedades e diversos períodos e graus de *loucura*, o que supõe a possibilidade de alcançar o mais profundo conhecimento de seu processo. Transformado em espaço de “cura”, a diferença entre os outros hospitais é que o asilo se colocava na função do próprio remédio;

(c) Sendo a loucura um distúrbio das paixões, uma contradição na razão, só poderia ser restituída ao *louco* através de sua interiorização. Isso só poderia ocorrer pela **relação de autoridade** do médico sobre o doente, através de “*uma relação de força entre um polo razão e um polo não-razão*” (Castel, 1978, p.88), relação de força entre o médico, autoridade máxima, e o alienado, seu subordinado, um efetivo “*tratamento moral*” pineliano (*hierarquia, ordem, vigilância e dominação*).

A estratégia da *desinstitucionalização* de Basaglia, na Itália, contribuiu amplamente para modificar e abrir para discussão o discurso e a prática psiquiátricos sobre a loucura e o sofrimento humano, criando estratégias importantes para o campo do conhecimento. Um exemplo importante nesse sentido foi o princípio de colocar a ‘*doença mental entre parênteses*’, proposto por Basaglia, o que permitiu inaugurar um procedimento epistemológico em relação ao saber psiquiátrico, recusando aceitar a positividade desse saber para explicar e compreender a loucura e o sofrimento humano, encoberto pela concepção de *doença* (Anaya 2004).

Para Rotelli (2001, p.30), “o processo de desinstitucionalização tornou-se a reconstrução da complexidade do *objeto*, com a finalidade de trazer à cena o sujeito, o que abre a possibilidade de operar mudanças conceituais, técnicas, políticas e históricas no campo da saúde mental”.

Ainda segundo Rotelli (2001, p.36), o processo de desinstitucionalização italiano se constituiu a partir de três aspectos:

(a) da construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados; (b) da centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos ‘doentes’, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações em sociedade; C) e da construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio exatamente porque surgem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali confinados.

## **2.4 A importância de se ter um ‘lugar’**

Pode-se dizer, como Felipe (2010), que na relação pessoa-ambiente considera-se



que a realidade objetiva seja modelada pelas representações que as pessoas constroem sobre sua interação com o ambiente.

Entendido como espaço contido, dotado de valor e participe das atividades inerentes à vida, um ‘lugar’ faz referência à identidade do ser humano, ao mesmo tempo em que introduz o debate do estar seguro. Assim, pode-se dizer que uma ‘casa de habitação’ é uma concha protetora, casco, pelo, ‘terceira pele’ - expressão criada pelo artista plástico vienense Hundertwasser, que definiu as cinco peles humanas: a epiderme, o vestuário, a arquitetura, o meio social e o meio global (Restany, 1998).

Complementando, Felipe (2010) observa que

O universo da percepção espacial de um indivíduo possivelmente diz respeito a posturas de diferentes naturezas frente ao entorno. Estabelecemos, por exemplo, relações de caráter utilitário, que colocam em primeiro plano a função ou a serventia de objetos, elementos e lugares; relações nas quais nos posicionamos de maneira a evocar certas características simbólicas do espaço, carregadas de história; ou, ainda, que estão fundamentadas nas impressões ou sensações decorrentes do envolvimento direto e atual do indivíduo junto ao entorno (Felipe 2010, p.299).

Pensadores do espaço têm observado, ao longo da História, as estreitas relações entre o corpo e a arquitetura e, mais especificamente, “entre o corpo e a casa, lugar de referência do homem perante o mundo” (Chevalier & Gheerbrant, 1991, p.196; Rykwert, 1999). Organizando o espaço a partir de seu corpo, o homem teria feito da casa uma reprodução direta de suas próprias proporções.

Segundo Pol (1993), essa postura marca a diferença entre considerar o espaço concreto como único estímulo e analisar a experiência desse mesmo lugar como um elemento a mais do contexto no qual está inserido, assumindo a percepção da pessoa, sob influência das diferenças e experiências individuais, bem como das construções sociais de significado, um importante papel nesse processo. Também Tassara e Rabinovich (2003, p.340) defendem que “a percepção ambiental é um fenômeno psicossocial” e que, portanto, “não há leitura da

objetividade que não seja ou não tenha sido compartilhada; o sujeito sempre interpreta culturalmente”.

Ao cunharem os pressupostos da experiência ambiental humana, Ittelson et al. (2005) também ilustram o sentido dessa concepção de realidade, considerando que o ambiente não necessariamente corresponde ao ambiente real e objetivo:

Todos nós em algum momento olhamos para o ambiente através das lentes deformadoras de raiva, incômodo ou frustração, e esse fato pode ser mais importante na modificação de nossas ações do que as propriedades físicas daquele ambiente. (...) É ao mundo real e percebido que respondemos (Ittelson et al., 2005, p.8).

Assume-se, também, que a pessoa está em interação dinâmica com o seu ambiente: admite-se que não apenas o meio exerce influência sobre os indivíduos, mas os indivíduos, reciprocamente, exercem influência sobre o meio. Tem-se, pois, o movimento da bidirecionalidade e uma antropologia de tendência ativa, acima de tudo transacional: a pessoa não somente reage a estímulos ambientais, mas intervém sobre o meio deliberadamente para atender às suas necessidades (Ittelson et al., 2005). “Pessoa e ambiente são partes constituintes de um sistema integrado de correlações, cuja compreensão torna-se necessária para o entendimento de quaisquer aspectos da relação humano-ambiental” (Felippe, 2010, p.300).

Essa questão de espaço vivenciado encontra respaldo também em Minkowsky (1933, p.367, citado por Bollnow, 2008, p.17):

O espaço não se reduz, para nós, a relações geométricas, que determinamos como se nós mesmos, limitados ao simples papel de curiosos observadores científicos, nos encontrássemos externos a ele. Vivemos e agimos no espaço, e no espaço se dá tanto nossa vida pessoal como a vida coletiva da humanidade.

Defende-se, como Pinheiro (2003), que o indivíduo pode ser compreendido não à parte, mas inserido em seu contexto. Diante de uma epistemologia interacionista construtivista, assume-se que o conhecimento é parcialmente definido por certas qualidades

do observador, tomado como parte do evento, que sempre estará imerso no ambiente o que, em princípio, poderá significar influenciar e ser influenciado pelo contexto da investigação.

Conforme Van Dijk (2012), os contextos não são um tipo de situação social objetiva, mas construtos subjetivos de participantes socialmente fundamentados a respeito das propriedades que, para eles, são relevantes e caracterizam seu modelo mental.

O conforto ambiental em seus aspectos térmicos, acústicos, visuais e de funcionalidade é o elemento da arquitetura que mais influencia o bem-estar do homem. Os ambientes também afetam seu comportamento, mas de maneira limitada. A arquitetura não pode ser vista como um meio modificador do comportamento humano a ponto de transformar a personalidade de indivíduos, mas pode influenciar a percepção e cognição de espaços e, com isto, proporciona a satisfação do uso. O ato de projetar espaços busca criar ambientes otimizados nos aspectos de conforto, funcionalidade, economia e estética, aplicando os conhecimentos artísticos, científicos, técnicos e da psicologia ambiental. As pesquisas em metodologias de projeto desde a década de 1940 procuram estruturar a introdução do conhecimento do comportamento humano no processo criativo em arquitetura (Broadbent, 1973).

A arte de criar espaços tem o compromisso de superar a realidade concreta da matéria,

a fim de constituir lugares — autênticos espaços do habitar — aos quais atribuímos valor e com os quais nos identificamos. À imagem do ser humano, firma-se a união entre matéria e espírito, o equilíbrio que nos possibilita exercer com plenitude a condição de existir no mundo (Felippe 2010, p.301).

A diversidade de padrão de construção e uso da terra promove interação, interesse psicológico e complementar com relação ao ambiente e, assim, uma variada gama de pessoas interage nos espaços enquanto exerce suas atividades. Espaços urbanos que são inclusivos devem ser projetados para fornecer oportunidades para pessoas participarem ou usufruírem, especialmente aquelas de meios desfavorecidos ou com algum tipo de problema físico ou

mental (Butterworth, 2000).

A relação ‘ambiente construído’ e ‘comportamento humano’ está estreitamente ligada às estruturas sociais e culturais e às tecnologias de uma época. As condições geradas no ambiente alteram o modo de vida das pessoas, renovando-se com as próprias transformações face às necessidades do homem usuário (Ornstein, 1995; Kowaltowski et al., 2000).

Para Graf von Dürckheim (1932, p.389), o espaço vivenciado é para o *self* um meio de realização em carne e osso,

antiforma ou expansão, intruso ou guardião, passagem ou permanência, estrangeiro ou pátria, material, local de realização e possibilidade de evolução, resistência e fronteira, órgão e adversário desse self em sua realidade instantânea de ser e viver (citado por Bollnow, 2008, p.18).

Sobre ‘espaço construído’ é importante nos determos em seu conceito para melhor definir o objeto deste estudo. Nesse sentido e na concepção de Jodelet (2001), deve-se ultrapassar o puro objeto construído e reconhecer os valores e o mundo que o edifício torna visível.

O espaço construído define, para o sujeito, oportunidades e imposições, limitações para a ação e para a realização de seus objetivos. Ele é artefato porque é produzido pelo homem e materializa nos objetos, lugares e práticas sociais as relações e os modelos culturais de uma época e de um tempo determinado. É também matriz porque pode engendrar, por suas transformações, novos modos de vida e de relações. Transforma-se assim, em um elemento sociofísico, ao qual o indivíduo se relacionará por meio de um filtro de ideias, crenças, valores e sentimentos, cujo caráter social está vinculado, naturalmente, às de pertencimento e à sua participação social. Nessa perspectiva, o ambiente construído terá um papel na constituição da identidade pessoal e social, sob a forma, em particular, do que Harold Proshansky chamou ‘identidade dos lugares’ (Jodelet 2001, p.37).

Para entender um pouco a evolução do conceito que chamamos de ‘espaço construído e espaço arquitetônico’, faz-se necessário abordar mais detalhadamente algumas

definições sobre o tema. Conforme Bollnow (2008, p.20), a própria vida ou a existência humana “necessita de espaço para nele se desdobrar”.

Kapp (2005) entende o espaço construído como espaço modificado pelo trabalho humano gerado por processos sociais e o meio em que essas relações sociais são criadas.

Para a Health Canada (1997, p.141), “o ambiente construído abrange todos os edifícios, espaços e produtos que são criados ou, pelo menos, significativamente modificados por pessoas”, e esse processo implica a arquitetura que, segundo Kapp (2005), é um instrumento utilitário e é a forma de comunicação e de expressão de uma sociedade organizada espacialmente.

Sob essa ótica e de acordo com os princípios definidos na política de sua criação, o CERSAM deveria encarnar desde sua criação e concepção essa possibilidade de ser um lugar que acolhe os corpos com seus movimentos e que promove a socialização e que corresponda na sua estrutura aos ideais da Luta Antimanicomial, propiciando uma forma de tratamento em movimento e em consonância com a vida.

Nogueira (2005) legitima uma obra arquitetônica a partir da possibilidade de habitá-la. Não só no seu sentido físico, mas a partir da dor do indivíduo que a habita. Dor que pertence à instância do inominável, quando se sente desamparado e se necessita de cuidados. A relação da arquitetura com o ambiente, como ordenação de espaço e formação de ambiente, aparece diretamente ligada à questão psicopatológica. Dessa forma, podemos indagar que qualidades um espaço deve ter para abrigar um CERSAM que, no período em que temporariamente acolhe o portador de sofrimento mental, deverá lhe transmitir um sentimento de segurança, confiança até que sua recuperação se estabeleça?

Parafrazeando Bachelard (1962) em sua *Poética do Espaço*, a casa é um corpo de imagens que dá ao homem razões ou ilusões de estabilidade, um espaço de conforto e intimidade, um espaço que deve condensar e defender a intimidade.

Devemos pensar a casa como espaço que acolhe e que se transforma em lugar à medida que adquire definição e significado para os indivíduos. Tuan (1983, p.153) enfatiza que “o lugar é uma pausa em movimento” e assim, inferimos que o CERSAM deverá ser também um lugar em movimento, da mesma forma que Lobosque (2003) em uma *Clínica em movimento*, é uma pausa para que as possibilidades de intimidade aconteçam. Mas para que a intimidade aconteça nessa intensidade é necessário refletir que

A intimidade não requer o conhecimento de detalhes da vida de cada pessoa; ela brilha nos momentos de verdadeira consciência e troca. Cada troca íntima acontece num local, a qual participa da qualidade do encontro. Os lugares íntimos são tantos quantos as ocasiões em que as pessoas verdadeiramente estabelecem contatos (Tuan,1986, p.156).

Malard (2006) pontua a diferença existente entre projeto arquitetônico e edificação. Para ela, quando se faz referência a um projeto arquitetônico, estamos pensando na parte técnica de um elemento gráfico que se quer edificar. Já a edificação diz respeito à execução de um projeto arquitetônico que se quer construir, tratando-se de um objeto a ser ocupado para diversos fins.

Discutindo a espacialidade das coisas e sobre a questão do espaço vivido, Heidegger (citado por Malard 2006, p. 28) pondera que

O “acima” é o que está no teto; o “abaixo” é o que está no chão; o “atrás” é o que está na porta; todos os “onde” são descobertos circunspectivamente e interpretados na medida em que lidamos com o nosso cotidiano, eles são certificados e catalogados pela medição observacional do espaço.

Nesse sentido podemos perceber que todos os *onde* fazem parte da vivência cotidiana do nosso corpo no espaço. Para conhecermos um determinado lugar temos que já ter vivenciado este espaço. O ‘espaço vivido’ em Malard (2006) é o espaço de nossa experiência no mundo, das ações empreendidas pelo nosso corpo ao tomar esse mundo. Quando dizemos que os espaços são significativos queremos dizer que esses espaços contêm as espacialidades

que nos suscitaram algum tipo de emoção (alegria, tristeza, tranquilidade). Na verdade são os lugares da nossa vida, aos quais atribuímos significados.

A partir dessas perspectivas entendemos que a Arquitetura nos remete a lugares e estes nos remetem a significados. Daí a importância de o ambiente do CERSAM se constituir em lugar significativo positivo para seus usuários, tendo-se em vista que muitas pessoas que o utilizam já vivenciaram sentimentos de dor e angústia em outros espaços, como em espaços asilares.

Caminhando em direção ao objeto deste estudo e para um entendimento mais preciso sobre o que significou a mudança do CERSAM Leste para um espaço mais amplo e planejado, o próximo capítulo descreve em detalhes o campo empírico deste estudo por meio de seu espaço construído, apresentando a descrição de suas plantas arquitetônicas e colhendo a memória de funcionários, ex-funcionários, usuários e outros envolvidos, ou seja; realizamos uma análise memorial, pictórica e espaço temporal.

### CAPÍTULO 3 – OS DOIS ESPAÇOS/TEMPOS DO CERSAM LESTE

A partir de agora, referiremos nossas análises no conteúdo das falas dos entrevistados, nos documentos acessados e nas observações realizadas. A Tabela 1 abaixo caracteriza os entrevistados e informa seu tempo nos dois ambientes do CERSAM, o que permite inferir a confiabilidade de seus comentários.

Tabela 1 – Informações sobre os 14 entrevistados

		<b>Tempo no CERSAM Perite</b>	<b>Tempo no CERSAM Anhanguera</b>
USUÁRIOS	U1	10 anos	4 anos
	U2	10 anos	4 anos
	U3	3 anos	3 anos
FUNCIONÁRIOS ATUAIS	F1	4 meses	----
	F2	12 anos	4 anos
	F3	11 anos	-----
EX-FUNCIONÁRIOS	EXF-1	3 anos	4 anos
	EXF-2	2 anos	4 anos
	EXF-3	1 ano	4 anos
	EXF-4	2 anos	4 anos
FAMILIAR	FAM	10 anos	4 anos
OUTROS FUNCIONÁRIOS DA PREFEITURA DE BH	OF-1	----	----
	OF-2	----	----
	OF-3	----	----

#### 3.1 Configuração físico-espacial

Para Ornstein (1992), alguns aspectos caracterizam a qualidade, o conforto e a funcionalidade de ambientes de saúde: (a) a acessibilidade a pessoas com dificuldade de locomoção; (b) a segurança; (c) a sinalização e a comunicação visual; (d) os aspectos ergonômicos e antropodinâmicos; (e) a melhoria do conforto ambiental; (f) a intensificação da participação dos usuários; e (g) a inserção dos aspectos culturais, vernaculares e antropológicos da comunidade atendida.



### 3.1.1 Arquitetura e função do CERSAM Leste Anhanguera

O imóvel ocupado pelo primeiro CERSAM Leste, à Rua Anhanguera, era uma casa de dois andares, tinha escada. As três funcionárias da Prefeitura de Belo Horizonte que foram entrevistadas (OF-1,2,3), bastante envolvidas com o CERSAM, são unânimes em afirmar que havia dificuldades, percebidas ao longo do tempo. A casa quase não tinha área externa. O espaço para oficina e recreação era pequeno. Foram feitas adequações para atender as necessidades do serviço. Era uma casa muito pequena para uma proposta tão grande, mas funcionou como referência para outras regionais durante um bom tempo. Com a demanda crescente de usuário e de funcionários, o CERSAM teve que se mudar. No local passou a funcionar o Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário.

A percepção de uma ex-funcionária (EXF-2) é bastante similar:

Todos participaram da montagem do CERSAM Leste. Nessa casa os espaços eram muito compartilhados, o que é bem diferente do CERSAM atual. Lá a sala da gerência era muito próxima da sala de oficina, do consultório, do cafezinho. Compartilhava-se um pouco o refeitório, então era coisa muito próxima. Estruturalmente era um espaço pequeno, mas ele dava conta de responder às questões importantes, como as questões do afeto, da convivência, do aprender e da clínica, no sentido dela se renovar e ao mesmo tempo de pavimentar de certa forma o trabalho, através daquela experiência.

Criado em 1992 no Instituto Raul Soares, onde permaneceu até 1998, o Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário foi o primeiro Centro de Convivência a ser implantado. Posteriormente foi municipalizado pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e, em 2005, passou a ocupar o prédio do Antigo CERSAM Leste na Rua Anhanguera (Figura 1).

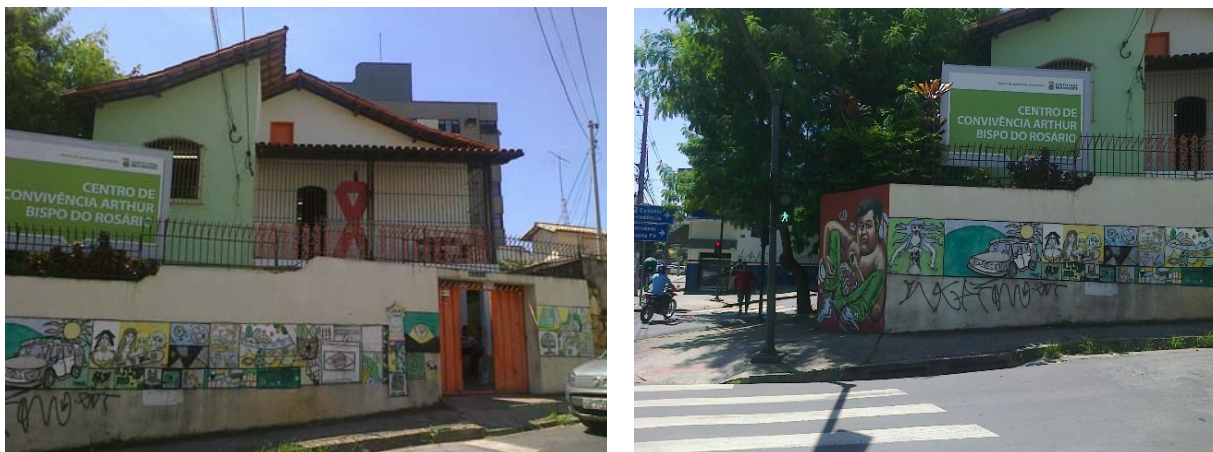


Figura 1 – Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário – Rua Anhanguera

Atualmente atende 150 usuários, 60 usuários por turno. Lá são realizadas várias atividades expressivas, recreativas e culturais. Os passeios, as idas ao cinema, teatro e a outros espaços da cidade são muito importantes e valorizados, no sentido de ampliar o processo de reinserção social e de circulação na teia urbana do portador de sofrimento mental. Conta com seis monitores contratados pela Prefeitura, a qual optou por trabalhar com artistas plásticos para ministrar as oficinas no Centro de Convivência. A casa, apesar de pequena, é extremamente aconchegante, conforme informações da sua atual gerente.

As Figuras 2 a 5 apresentam alguns ambientes internos e uma parte da área externa do CERSAM Anhanguera.



Figura 2 – Hall de entrada do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário

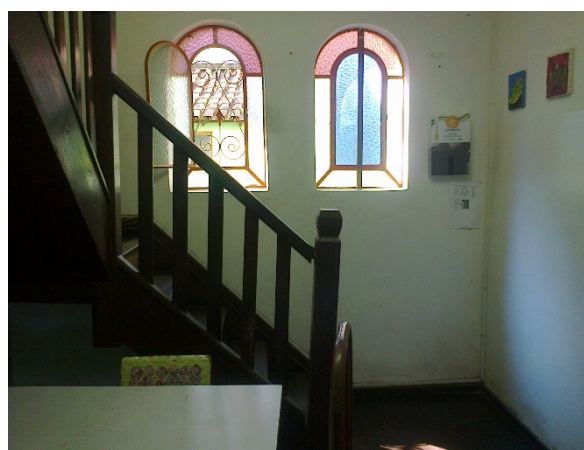


Figura 3 – Escada de acesso ao segundo andar. É considerado um espaço perigoso para os usuários e futuramente será reformada devido ao desgaste já comprovado.

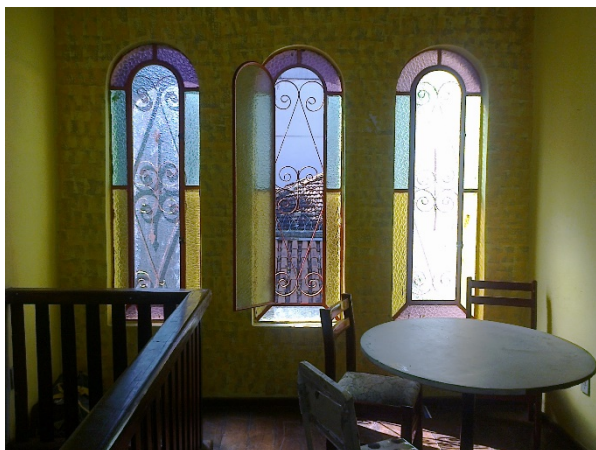


Figura 4 – Pequeno espaço utilizado para leitura e outras atividades



Figura 5 – Área externa do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário

### 3.1.2 Arquitetura e função do CERSAM Leste Perite

Existia no Bairro de Santa Tereza um espaço inacabado, quase em ruínas, que iria abrigar um Centro de Especialidades Médicas, que na época tinha o nome de Policlínica. Entretanto, com a Municipalização da Saúde e do Posto de Atendimento Médico (PAM), já havia na Regional Leste duas grandes Unidades de Especialidade Médicas, o PAM Sagrada Família e o PAM Saudade e, assim, o destino da obra inacabada no Bairro Santa Tereza não teria sentido se transformar em Policlínica de Especialidades. Pensou-se, então, que poderia se constituir uma Unidade de Pequenas Urgências, mas também na Regional Leste também já existia uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) no Bairro Esplanada, o que contrariaria o desenho da Organização da Saúde de existir apenas uma UPA para cada Regional. A UPA Leste seria contemplada se ela estivesse sob os cuidados e gerência do Estado, no caso a FHEMIG. Como não se justificava fazer grande desembolso de recursos para construir uma unidade de Urgência na Leste, surgiu a ideia de utilizar essa obra inacabada para abrigar o CERSAM Leste, cujo espaço (Anhanguera) já se encontrava insuficiente para o atendimento a que se propunha.



Apresentamos a seguir comentários sobre algumas plantas que nortearam a adaptação do prédio ao novo equipamento e, portanto, não se constitui análise aprofundada, apenas exploratória.

As plantas arquitetônicas foram obtidas apenas no início de maio de 2013, um ano e meio depois do primeiro contato para a obtenção de informações para este estudo. As Figuras 23 a 28 (Anexo 3) mostram o projeto arquitetônico das fachadas lateral direita, principal, lateral esquerda e posterior, bem como a distribuição do espaço do 1º e 2º pavimentos do CERSAM Leste Perite realizado em dezembro de 1999, prevendo 773,81 m<sup>2</sup> em 2.203 m<sup>2</sup> de terreno. O projeto foi finalizado em dezembro de 1999, mas veio a ser aprovado apenas em abril de 2003, preservando a área verde e criando um espaço de lazer com mesinhas na lateral e um campo de esportes ao fundo.

Pela Figura 6, a seguir, pode-se ver a ampla área verde que circunda o ambiente construído.



Figura 6 – Imagem de satélite – CERSAM Leste – Rua Perite 150, Santa Tereza, Belo Horizonte (detalhe)  
Fonte: GOOGLE Maps, 2013.

O equipamento faz divisa com a Rua Silvanópolis e com a edificação que

abrigava o Mercado Distrital de Santa Tereza (Figura 6).



Figura 7 – Vista lateral do CERSAM Leste

Conforme a declaração da OF-2, o CERSAM da Perite tem um ‘espaço bacana, mas tem que ter um plano de ocupação para não se tornar um lugar de ficar só deitado sozinho’.

A área externa é muito bonita, o lugar chama para o convívio. Ali não é um espaço para se trancar. Eu acho que aquele espaço convida, você está ali fora, você vê um horizonte, tem uma coisa mais aberta. Os muros são baixos, tem que ser mesmo. Você vê a vizinhança e a vizinhança vê a cozinha. Você tem uma interação com a vizinhança. Você vê que tem uma interação com a vizinhança. Acho que isso fala de um projeto. A Prefeitura queria murar tudo em volta para adequar. Não é isso, é aquele espaço daquele jeito. Então eu vejo essa qualidade no espaço. Tem que ter muro, de preferência que aquele portão ficasse sempre aberto. O nosso aqui fica. É claro que o Centro de Convivência funciona de outra maneira. Mas acho que esta é que era a lógica que a gente da casa buscava. Muros baixos, a comunicação com a vizinhança. Eu não acho que mudaria na arquitetura, mas eu faria um melhor aproveitamento do espaço. Entendeu? Então aquela área. A parte lá de dentro, eu não sei muito sobre ela. Eu não gosto dela. Acho sombreada, escura.

Quando a pesquisa foi iniciada, o CERSAM Leste apresentava a configuração espacial descrita abaixo. Segundo informações da atual gerente o espaço já havia passado por algumas reformas e algumas salas mudaram de função.

**Primeiro andar:** recepção, sala de espera, dois banheiros com chuveiros, sendo

um masculino e outro feminino. Uma sala dos técnicos, duas enfermarias, sendo que uma possui quatro leitos e a outra, que está situada em frente, possui mais dois leitos. Anexa à primeira enfermaria está a sala de enfermagem. Em frente à recepção há uma sala de almoçarifado, no corredor ao lado há um consultório de psiquiatria, uma sala onde são armazenadas as roupas e em frente à entrada existe uma rampa que dá acesso ao segundo andar. A rampa atualmente está desativada e encontra-se trancada com cadeado na porta, sendo utilizada como lugar de descarte de material (Figura 8).



Figura 8 – Rampa de acesso ao segundo andar com materiais de descarte.  
O espaço possui um pé direito de aproximadamente de cinco metros

Do lado oposto ao da recepção (Figura 9) estão situados o refeitório (Figura 10) e a cozinha. Ao final do corredor há dois banheiros de funcionários, uma sala de estar e a sala de expurgo.



Figura 9 – Recepção do CERSAM Leste Perite, vendo-se à direita a porta do Refeitório



Figura 10 – Refeitório do CERSAM Leste Perite

**Segundo andar** – Foi concebido com um grande corredor (Figura 11), em que estão distribuídos uma sala de espera decorada com dois mosaicos e um banco de madeira. Do

lado esquerdo há uma sala onde são realizadas oficinas de cabeleireiro e um almoxarifado, que dispõe de um banheiro, com lavatório e chuveiro.



Figura 11 – Sala de espera do segundo andar

A construção lembra a de um hospital. As duas portas à direita são dos consultórios. A porta à frente é da sala de reunião. A primeira porta à esquerda é da sala da gerência e, em seguida, há dois banheiros e ao final do corredor a sala de Terapia Ocupacional. Há uma sala administrativa com banheiro e chuveiro. A farmácia está situada no final do corredor, também do lado esquerdo, e fica em frente à sala administrativa. Ao lado há um consultório, a escada com uma porta gradeada, dois consultórios e uma ampla sala de reunião. Do lado direito da sala de espera encontramos uma sala ampla ocupada pela atual gerente, dois banheiros e uma sala de Terapia Ocupacional. A rampa citada dá acesso ao segundo andar pela sala de espera, onde está localizado um bebedouro (Figura 12).



Figura 12 – Portão (com cadeado) do segundo andar que dá acesso à rampa para o primeiro andar



Raramente é visto algum usuário pelo corredor ou transitando no segundo andar. Geralmente os encontramos no primeiro andar sentados na recepção ou nos bancos em frente à porta principal conversando, esperando para serem atendidos ou para fazerem alguma refeição.

Infelizmente a pesquisadora não conseguiu junto à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte uma planta arquitetônica atualizada e nem da época da inauguração do atual CERSAM para melhores esclarecimentos. Podemos ver na planta de implantação do edifício (Anexo 3) a área verde externa com os banquinhos, onde os usuários sentem prazer em permanecer. As Figuras 13 e 14 mostram a realidade.

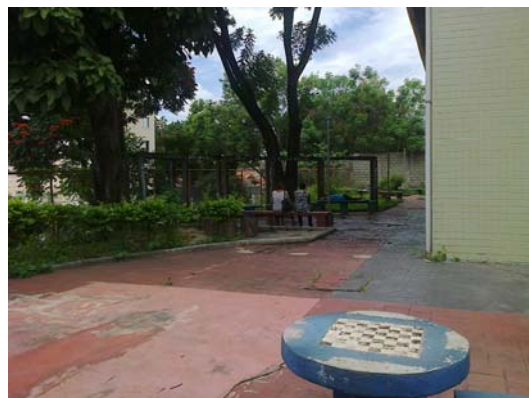


Figura 13 – Área externa do CERSAM Leste Perite com bancos e mesinhas para jogos de damas



Figura 14 – Área externa do CERSAM Leste Perite vista por outro ângulo

Quando foi informada da mudança, a EXF-1 que também idealizou o novo CERSAM:



O ideal é que fosse uma casa ampla onde não tivesse escadas, mas que de alguma forma contemplasse todas as atividades de forma confortável que até então vinham ocorrendo ofertadas pela equipe de técnicos.

Perguntada sobre as providências iniciais do CERSAM Perite, a EXF-4 fica indecisa, mas elogia o espaço construído:

Eu não sei se foi reformado ou não, mas a maior parte foi construída. Não me lembro disso. Esses detalhes eu não sei. Eu não participei dessa comissão. Talvez A e B, certamente, devem ter participado. O espaço é muito agradável.

A EXF-2 aborda a distribuição do espaço do CERSAM Leste Perite:

Quando o espaço se tornou mais ampliado, houve uma tendência das pessoas acharem que tinham que ficar num lugar e os técnicos de outro, o que não era diferente dos hospitais psiquiátricos. Isso foi se consolidando de certa forma com relação aos espaços diferenciados. As pessoas chegaram a achar que o espaço não era dos usuários transitarem e isso nunca é bom em um serviço substitutivo. O serviço foi feito para eles, tem que ter claro isso. Tem que ter espaço para técnico, mas essa coisa de você achar que o serviço foi pensado só para técnico não dá.

Para a OF-3,

O espaço físico é muito bom. É bonito, agradável e amplo. Tem espaço para tudo. O refeitório também é bom. Em cima, na parte que ficam os técnicos também é bom<sup>2</sup>. Os espaços coletivos são interessantes. A pracinha de convivência é ótima para reunir com os familiares. Tem uma sala de enfermagem onde as pessoas podem pernoitar. Enfim é um lugar agradável, arejado. Acho que o projeto contemplou a questão da luta antimanicomial.

Sobre o que já existia no espaço em que seria construído, a EXF-3 afirmou que o

CERSAM

Já estava com a estrutura toda pronta lá dentro, mas nós derrubamos parede para fazer o refeitório, derrubamos muitas paredes para adaptar o espaço. Ficou do jeitinho que a gente queria. Nenhuma parede ficou em pé, a não ser que fosse uma estrutura que não pudesse mexer. A gente tinha um espaço caindo

---

<sup>2</sup> Aqui ela percebe a divisão: técnicos no segundo andar, usuários no térreo.

aos pedaços, abandonado, mas com um terreno maravilhoso. Tinha já tudo que a gente queria lá.

A EXF-4 analisa a distribuição do espaço do CERSAM Perite e o critica:

Sobre o espaço físico, se a gente quisesse fazer show, caberiam grandes oficinas. A sala de oficina não era ruim. Quando nós fomos para lá foram modificando os lugares. Depois houve uma modificação dos espaços. Aqui era assim, agora vai ser sala para guardar prontuário. Essa tecnologia de um serviço foi ocupando espaço. Espaço para mim ele é muito assim, como eu o ocupo. Por mais que ele seja defeituoso, com 2 andares, só posso falar isso, talvez não foi planejado como a gente gostaria de ficar, subindo e descendo escada. Mas 2 andares, nós temos pacientes idosos para subir eu acho que isso atrapalha. Eu não gosto, mas é questão de gosto pessoal, não gosto muito dessa coisa de azulejo, acho muito frio, mas é um espaço acolhedor, e que os acolha na dor, o CERSAM é frio, mas é moderno.

A EXF-2 comenta sobre a distribuição do espaço no atual CERSAM e como isso pode ter prejudicado a coesão da equipe:

Acho que na época da mudança para a Perite foi pensado um pouco disso, ou seja, o espaço era para os técnicos e não para os usuários. Então eu acho que isso pode ter sido o motivo que foi criando uma cisão na equipe e no próprio projeto. Aí começou uma descrença no tratamento, se questionava a clínica e fora outras questões, o que complicou o trabalho.

Para a EXF-4,

E então qual o nosso grande desafio hoje? O espaço físico? Sim, é um deles. Mas não só o espaço físico merece algumas críticas, os dois andares, da mesma forma.

A EXF-2 também critica o sistema do CERSAM a partir de seu espaço construído e disponibilizado:

O CERSAM novo ficou muito restritivo, 'aqui não pode entrar', 'ali também não pode entrar' porque tem escada. Aí põe porta de vidro, põe uma grade, foram sendo criadas situações que ficou assim impossível, impossível, naquela

época. Hoje não sei mais como está constituído, como está sendo. É, ficou fragmentado.

Continuando, a EXF- 2 explica suas observações:

No CERSAM Noroeste você podia andar em qualquer direção, que você estava num espaço único. Já o CERSAM Leste era composto de cada pedaço. Esse pedaço era do técnico, esse pedaço era da oficina, esse pedaço era do refeitório, esse pedaço era o balcão da Recepção, esse pedaço era do descanso. Depois teve o tal do descanso médico. Então assim não era um lugar contínuo que você não podia passear como na cidade era uma área restritiva. Não era que ficava escrito, mas estava instituído.

Para o F-3 o CERSAM Leste Perite tem qualidades, mas muitos defeitos:

O espaço foi ‘acochambrado’ para fazer caber o CERSAM, mas é um espaço cinco estrelas, perto de outros espaços que atendem usuários da Saúde Mental. O espaço externo do CERSAM é muito bom, mas mal aproveitado, está desperdiçado. O prédio é um caixote rodeado por uma bela parte externa que necessita ser mais explorada e cuidada. O prédio deveria ter somente um andar, não possuir escadas e ser um espaço híbrido, onde os espaços fossem mais flexíveis quando necessitassem serem utilizados.

Também a F-1 registra pontos positivos e negativos:

A área verde externa e a presença das árvores é muito bom. Internamente, o fato da casa ter dois andares dificulta as pessoas se verem com frequência. A sala dos técnicos é muito apertada e inadequada, porque falta privacidade para preenchimento de formulários dos usuários devido ao entra e sai constante das pessoas. Na sala dos técnicos deveria ter um lavatório para higienização das mãos e um banheiro privativo na enfermaria para dar mais conforto aos usuários que tem que sair do ambulatório e irem até o banheiro mais próximo.

O equipamento abriga a equipe do CERSAM Leste, que é composta de 1 gerente, 4 psiquiatras, 5 psicólogos, 4 enfermeiros, 4 terapeutas Ocupacionais, 1 farmacêutica, 2 Assistentes Sociais, 32 Auxiliares de enfermagem, 6 da limpeza, 2 copeiras, 2 porteiros, além de estagiários. Em abril de 2013 o CERSAM Leste contava com 2 estagiários de Psicologia, 2 de Terapia Ocupacional, 2 da Unifenas, 3 Residentes da área de Psiquiatria e 3 da área Multiprofissional. Possui 226 pessoas inscritas para atendimento, sendo que por turno são atendidos de 30 a 40 usuários/dia.

## CAPÍTULO 4 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE OS DOIS PERÍODOS DO CERSAM LESTE

Segundo Moscovici (1978), a representação social é um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que forma uma teoria de senso comum inserida num universo consensual que comporta opiniões, conceitos e explicações cotidianas. O estudo das representações sociais permite, então, descrever e compreender as percepções das práticas em relação a determinadas situações.

Para Silva et al. (2011, p.234), "as representações sociais constituem uma construção coletiva, multifacetada e polimorfa, sendo relevantes e constituintes os elementos cognitivos, afetivos, simbólicos e de valores que são geradas pelos sujeitos sociais em situações de interação com a realidade na qual vivem".

Aprofundando o conceito, Moscovici e Nemeth (1974, p.48) entendem que as representações sociais são conjuntos dinâmicos, mas que seu *status*

é o de uma produção de comportamentos e relações com o meio, o de uma ação que modifica uns e outros, e não o de uma reprodução [...], nem o de uma reação a um estímulo exterior determinado. São sistemas que têm uma lógica própria e uma linguagem particular, uma estrutura de implicações que se referem tanto a valores como a conceitos [com] um estilo de discurso próprio.

Moscovici e Nemeth (1974) não as consideram como 'opiniões sobre' nem 'imagens de', mas como teorias, como ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e à construção da realidade.

As representações sociais, para Minayo (1988), são imagens construídas sobre o real e se manifestam em palavras, sentimentos e condutas que se institucionalizam, podendo ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e de interação

social. Elas devem ser analisadas criticamente porque correspondem as situações reais de vida. Nesse sentido, a visão do mundo dos diferentes grupos expressa as contradições e conflitos que foram engendradas.

Pode-se dizer que um dos processos fundamentais da gênese das representações sociais é o processo de ancoragem, que diz respeito ao enraizamento social da representação. Sua função é realizar a integração cognitiva do objeto representado num sistema de pensamento pré-existente. Dessa maneira, os novos elementos de conhecimento são colocados numa rede de categorias mais familiares. “O sistema de classificação utilizado supõe uma base de representação partilhada coletivamente” (Jodelet, 1992, p. 377), categorias socialmente estabelecidas. Pode-se dizer que o grupo exprime sua identidade a partir do sentido que ele dá à representação (Chamon, 2007).

Essa relação indivíduo-sociedade reflete sobre como os indivíduos, os grupos, os sujeitos sociais constroem seu conhecimento a partir da sua inscrição social e cultural, por um lado, e pelo outro como a sociedade se dá a conhecer e constrói esse conhecimento com os indivíduos. Em outras palavras, como sujeitos e sociedade interagem para construir a realidade, terminam por construí-la numa estreita parceria que passa pela comunicação (Arruda, 2002).

As propostas de transformação da assistência psiquiátrica encontram-se imersas em contextos sócio históricos precisos e, portanto, mediadas por jogos de interesse, relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividades (Amarante 2000).

O conceito clássico de ‘ambiente’ representa os valores da sociedade que o constrói e o reproduz. O conceito que emana de uma sociedade cumpre, também, papéis de uma representação dessa mesma sociedade. Assim, feito da distância que separa o homem das coisas, do mundo físico-biológico, dos outros homens, o conceito tradicional de ambiente se define “como uma legítima representação da cultura ocidental, moderna, contraditória,

fraturada” (Hissa, 2006, p.82).

Foram localizadas em Brandão (2008) considerações sobre os espaços habitados que muito fazem questionar sobre a construção dos CERSAM em Belo Horizonte, levando-se em conta que deve ser um lugar onde a intimidade simbólica aconteça e onde o ser humano tenha condições propícias para vivenciar sua singularidade. Isso leva à consideração de que uma habitação é algo mais que um abrigo e constitui sua habitabilidade com tempo e uso. Em si, a casa ou uma clínica onde eu me interne não criam significados. Estes surgem na medida em que os espaços se tornam vivenciados e habitados.

Para Cervini (2005, p.16), “o espaço arquitetônico deixa de ser tratado como ‘objeto’ para ser pensado como ‘território’ ou paisagem (ambiente), no qual seus habitantes procuram seus lugares”. Caminhando nessa direção percebemos que ainda são pouco exploradas as questões relevantes sobre a constituição dos CERSAM enquanto espaços físicos adaptados para o desenvolvimento da proposta preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Desta forma é consenso que a Reforma Psiquiátrica tem afetado profundamente o perfil da rede de assistência em todo o Brasil (Ministério da Saúde, 2002).

A seguir nos deteremos nas análises por categorias (Bardin, 2011) extraídas das falas dos entrevistados. O Quadro 1 demonstra a categorização dos parâmetros de análise.

Quadro 1 – Categorização dos parâmetros de análise

ELEMENTO	CATEGORIA
Ambiente construído	Percepção do ambiente construído do CERSAM Leste –Anhanguera (Primeiro momento)
	Percepção do ambiente construído do CERSAM Leste – Perite (atual)
Atividade	Papel, Função e Qualidade do CERSAM Leste
Lazer	
Relacionamento interpessoal	
Acolhimento	
Luta Antimanicomial	Luta Antimanicomial e os novos espaços substitutivos aos hospitais psiquiátricos

#### **4.1 Representações sociais sobre o ambiente construído do CERSAM Leste Anhanguera (Primeiro momento)**

Falando do espaço e da equipe, a EXF-2 ainda se lembra que o CERSAM Leste era um dos CERSAM que foi muito investido de cuidados, era composto de pessoas muito boas.

Eu tenho a felicidade de dizer que pude trabalhar com várias pessoas que eram do movimento. Um CERSAM que teve uma trajetória tão interessante, acabou sendo desconstruído. Eu falo isso, pela minha experiência no CERSAM Noroeste, que é um CERSAM mais antigo, ele se constrói com o tempo e as pessoas têm um esforço de construção. O CERSAM Leste Anhanguera teve essa característica, que para mim foi de desconstrução, então ele foi se desconstruindo e na medida em que alguns gestores foram assumindo ficou mais evidente. Pode ser que ele venha a ter novamente um processo de construção, mas aquela equipe, aquele projeto, aquelas pessoas que eram tão legais, que deram tudo para caminhar para frente, tudo mudou, a coisa retrocedeu de uma forma muito peculiar.

No mesmo sentido, declara a EXF-1 que a Anhanguera era um espaço que pulsava, era como viver um sonho idealizado, tudo era possível.

Qualquer obstáculo era resolvido pela disponibilidade da equipe que desfrutava dos mesmos ideais de uma sociedade sem manicômios. Todos faziam de tudo um pouco. Os espaços, ideias e dificuldades eram sempre compartilhados. O espaço era pequeno, mas dava conta de responder a questões importantes como a do afeto, questões da convivência, do aprender e da clínica, no sentido dela se renovar e ao mesmo tempo de pavimentar essa experiência. Eu acho que a alegria era estar começando uma coisa nova, a clareza que essa construção coletiva trazia para todos, embora só alguns de nós tivéssemos participado dela. A gente tinha muita facilidade para transmitir isso para as outras pessoas da equipe. Os colegas conseguiam passar a experiência de sua breve passagem no CERSAM Noroeste, então a relação nesse primeiro momento foi uma relação muito boa.

Pode-se constatar, pelas falas acima, que o CERSAM Leste é percebido pelos ex-funcionários como um espaço idealizado, em que ‘tudo dava certo, a equipe era ótima’, ou seja, o passado era melhor do que o presente.

O bem estar no CERSAM Leste Anhanguera é também citado pelo U-1:

Depois que eu passei a frequentar o CERSAM, faz quinze anos que frequento o CERSAM da Anhanguera. Depois que nós viemos para cá parei de internar, tem 15 anos que eu não interno. Tenho muitas internações nas costas, Pinel, Raul Soares, Galba Veloso, Psico-Minas, quase que eu morro de depressão. Tentei fugir quatro vezes da Pinel e do Galba Veloso. Tive depressão na cabeça.

A F-2 se lembra do primeiro ambiente do CERSAM Leste:

Passei pelo treinamento no CERSAM Noroeste e posteriormente fui para a Rua Anhanguera. Lá tinha entusiasmo, um excelente trabalho, vitalidade e aconchego que a casinha propiciava.

Percebe-se, nesse sentido, que o tempo, em sua duração, não é assimilado como uma quantidade mensurável, mas com uma qualidade associativa e emocional, que remete às representações que os membros de um grupo fazem sobre sua identidade e sua história (Candau, 2011).

Quanto à filosofia presente no CERSAM Anhanguera, a F-2 observa:

Conheci o CERSAM quando ele funcionava na casinha da Rua Anhanguera e era um trabalho que pulsava, tinha muita intensidade. A equipe foi escolhida a dedo e era um momento de nascimento dos serviços substitutivos em Belo Horizonte, mas ao longo do tempo o trabalho foi se desgastando, se perdendo, inclusive com a saída de muitas pessoas.

Perguntados sobre a impressão que o CERSAM Leste Anhanguera causava sobre os usuários, percebemos ter ele possibilitado o entendimento de uma forma de tratamento aberto e mais humano, apesar do espaço apertado e pequeno, e que possuía uma equipe ‘muito bacana’ na definição de um dos usuários. Para os funcionários e ex-funcionários era um



momento em que a mudança de paradigma estava no seu apogeu e toda criatividade e invenção de moda eram bem vindos. A equipe era coesa e idealista no sentido de estar vivenciando os princípios da Luta Antimanicomial. Era um espaço pequeno, mas que dava conta de responder à questão do afeto, da convivência, do aprender e da ‘clínica em movimento’, na expressão de Lobosque (2003), uma das idealizadoras do projeto inicial.

Temos que admitir que “o processo de criar e modificar lugares para propósitos sociais é dinâmico e dialético, sendo que as formas arquitetônicas são moldadas na experiência vivenciada, seja no espaço, seja na distância e no tempo” (Malard 2006, p.52).

Como afirma Candau (2011, p.100), quer se trate de um indivíduo apenas ou de todo um grupo, “a força das memórias dependerá da coerência geral do campo memorável, quer dizer, da estruturação mais ou menos homogênea do conjunto de lembranças a partir de um momento de origem e de uma sucessão de fatos”.

No período em que a casa passou pela reforma, uma pequena equipe do CERSAM Leste já estava escolhida, mas ainda não estava completa. Os primeiros profissionais passaram a receber treinamento dentro da nova concepção de Saúde Mental no CERSAM Noroeste, o segundo CERSAM a ser implantado em Belo Horizonte em 1995 (o primeiro foi o CERSAM Barreiro, criado em 1993). Para complementar a equipe, a EXF-3 relata que durante seu contato com os candidatos a compor a equipe procurou saber, além da experiência pessoal, “o real desejo” das pessoas em trabalhar num serviço substitutivo, tendo em vista se tratar de uma nova experiência oposta ao sistema asilar, porque “o CERSAM nunca foi lugar para gente medrosa. Para estar num lugar desses, você tem que estar em constante contato com a vida e com as pessoas”.

O usuário 1 (U-1) afirma seu encantamento:

Eu gostei demais. Eu sabia que eu não ia ficar preso, que eu ia sair no mesmo dia. Fiquei seis meses preso na Pinel, sem receber visitas. Terrível. O Hospital Psiquiátrico é terrível, depressivo, deplorável. O hospital psiquiátrico é

depressivo. A depressão falta matar a gente. Pinel, Raul Soares, PsicoMinas, Galba Veloso. Já passei por todos os hospitais, terrível, depressão, acho que é nuvem na cabeça. Agora tá tudo perfeito. Tudo nos trinque. Não mudaria nada. Aqui a gente pode andar, pode desabafar.

O U-2 pensa da mesma maneira do usuário acima e declara:

O que mudou? Para mim, o que mudou é que aqui tem mais espaço, tem mais perspectiva de ter mais terapia. Não só terapia, mais espaço para a gente. O acesso melhorou muito. Aqui tem mais espaço para a gente conversar, para fazer terapia. Agora tem mais espaço para andar, para caminhar, para fazer Terapia Ocupacional.

Pelas falas acima, constata-se que o U-1 e o U-2 fazem uma continuidade no tempo, a marcação independe do local. Para eles, não há Anhanguera e Perite, mas apenas o manicômio e o espaço em liberdade. Não existe o antes e o depois, como fazem os funcionários e ex-funcionários.

Com a percepção similar, o U-3 aborda o conforto:

Melhorou muito agora com a parte verde. Eu não gosto de tratar mal as pessoas. Eles agora estão me tratando melhor. Lá eu gosto de tudo. O pátio. Tem uns banquinhos, tem uns negócios de sentar lá.

Para os funcionários, o marcador temporal diz respeito aos princípios da Luta Antimanicomial que, na percepção da maioria, estão hoje comprometidos.

Os outros funcionários da Prefeitura de Belo Horizonte ((PBH), envolvidos permanentemente com os CERSAM acham o espaço aberto para o convívio muito agradável, mas, ao mesmo tempo, sugerem

uma ação de ocupação para que não se torne um espaço para se ficar só deitado e sozinho. Eu acho aquela parte externa bonita, aquela entrada, aquele caminho, o lugar chama para o convívio, para as pessoas estarem juntas fazendo coisas. Acho que a mudança para lá foi muito feliz nesse sentido. Só acho que as pessoas têm que serem cutucadas e quem faz isso é a gerente do serviço. As pessoas têm que circularem mais, sair mais e ficar menos tempo no CERSAM.

## 4.2 Representações sociais sobre o ambiente construído do CERSAM Leste Perite (Atual momento)

Sobre o CERSAM Leste Perite é unanimidade entre os usuários que o espaço construído é muito melhor, possui uma área verde significativa e propicia a realização de encontros e festas. As salas são maiores e há muito mais espaço de locomoção. Entretanto, entre os funcionários existem controvérsias: dois consideram o espaço de bom a excelente, a presença da área verde é considerada como fator positivo para criação de espaços aconchegantes, mas o terceiro considera o prédio como ‘um caixote escuro no meio de um jardim’, fazendo com que a clínica não circule. Os ex-funcionários, que vivenciaram os dois espaços e participaram da elaboração do projeto, demonstram que anteriormente a relação da equipe já estava começando a se desgastar. Havia dúvidas sobre as condutas referentes ao tratamento dos usuários. O espaço ficou muito compartimentado, gerando um distanciamento na equipe e entre usuários e profissionais.

No sentido acima exposto, pode-se citar Graf von Dürckheim (1932, p.390)<sup>3</sup>: o espaço concreto é diferente de acordo com o ser de quem ele é espaço, e de acordo com a vida que nele se realiza. Modifica-se com o homem que nele está, modifica-se com a atualidade de determinadas posturas e orientações que – mais ou menos instantaneamente – dominam todo o *self*.

O *self* define a pessoa em sua individualidade e subjetividade, ou seja, sua essência. Para Taylor (1996, p.239), a expressão do *self* é o resultado de interpretações do mundo feitas pelo agente humano. Ao interpretar o mundo, o agente interpreta seu próprio *self*. O mundo aparece não como reflexo da pura subjetividade do agente, mas como fonte expressiva para que essa possa construir a sua própria identidade expressiva.

---

<sup>3</sup> Citado por Bollnow, 2008, p.19.

Assim, apesar de ser um espaço maior, pensado e adaptado sobre um prédio em construção planejado para abrigar uma policlínica, pois atualmente conta com área externa ampla, arborizada e mobiliada, inclusive com mesinhas para jogos de dama, as respostas não foram totalmente positivas. Os respondentes declararam que o trabalho ficou comprometido, pois a equipe ao longo do tempo não foi capaz de aplicar, na prática, os preceitos da Luta Antimanicomial. Como consequência, ao invés de se tornar um complexo adequado, acabou se tornando um espaço aonde as pessoas têm ido para receber medicação. Na atualidade quase não existem oficinas e outras atividades, (apesar de existir uma equipe para realizá-las), ficando os sujeitos impossibilitados de vivenciar sua subjetividade nesse espaço.

Contudo, como se viu em Bollnow, será que a razão do marasmo não seria de responsabilidade de cada um? Por que razão ‘a equipe’ ficou desunida e desmotivada? Também Heidegger (2002) confirma que o homem em sua vida é sempre e necessariamente determinado por sua atitude em relação a um espaço circundante. Para Aristóteles (citado por Bollnow, 2008), ‘na natureza cada direção é individualmente definida’.

Alguns usuários, ao apontarem o que mais gostam no CERSAM Perite, nomeiam a liberdade que sentem em ir pra o tratamento e depois voltar para a casa. O contato com a equipe de técnicos, a área externa e o espaço das oficinas são também muito valorizados por eles. Isto se dá porque “o espaço guarda uma relação radical com a nossa existência, com a consciência que temos de nós mesmos. É no espaço que percebemos nossa realidade concreta” (Schmid, 2005, p.43).

Entre os funcionários e ex-funcionários há controvérsias. Ao mesmo tempo em que um diz que os espaços são bons e que os espaços coletivos são ótimos e grandes, outro diz que o espaço foi adaptado para caber o CERSAM, e outros ainda consideram que como consequência desses espaços muito grandes houve um distanciamento entre técnicos e usuários. Outra contradição é que uma ex-funcionária declara que o espaço ficou da forma

que a equipe queria, mas muito fragmentado, cheio de ‘pedaços’. A ocupação não aconteceu como era de se esperar, gerando certo acomodamento da equipe, visivelmente percebido. As pessoas que prestaram algumas informações referentes à história do CERSAM e que não acompanharam o cotidiano da clínica se prenderam somente a aspectos físicos do espaço e não na sua vivência cotidiana.

Pelo acima exposto, retomamos Bollnow (2008), quando o autor declara ser comum falarmos de uma carência de espaço, de um aproveitamento vantajoso de espaço ou também de um desperdício de espaço. Gostemos ou não, o espaço só existe em referência a um movimento compreendido como vivo, refere-se a uma vida que nele se desenvolve.

Quanto ao questionamento ‘se você tivesse que mudar alguma coisa no CERSAM, o que mudaria?’, constatamos que usuários parecem ter se acomodado e não sentem falta das atividades, tendo em vista que lá encontram seus amigos para bater papo. Outros falam claramente da necessidade de se programar mais atividades, mesmo assim acham que é um lugar especial. Para os funcionários, existe um desejo de se ajustar o trabalho aos preceitos da Luta Antimanicomial e uma vontade que o trabalho realizado até então cresça e se consolide. Acreditam que o atual momento é de se dar um salto de qualidade através de muito investimento na equipe técnica, uma vez que várias pessoas já demonstram sinais de cansaço e desgaste como consequência do árduo trabalho que realizam.

Os funcionários atestam o ambiente do CERSAM Leste, declarando:

Os espaços são interessantes, o refeitório também. A parte de reunião de familiares, que fica do lado de fora, um lugar bem agradável. A pracinha de convivência. Tem uma recepção ampla. Uma sala de enfermagem onde as pessoas podem dormir quando houver necessidade. A permanência noite. É um lugar agradável, claro e arejado, gostoso de ficar.

Conforme Bollnow (2008, p.73), “cada lugar é portador de significados especiais”, mas nem todos os ambientes construídos têm o caráter de habitabilidade, pois espaços vazios têm efeitos gelados.

Complementando, Minkowski (1933<sup>4</sup>) afirma que “a habitação habitável de outrem não apenas nos cativa em sua magia, mas nos transforma, pois, na atmosfera de sua intimidade, somos levados de volta para nós mesmos”.

Não é o que o CERSAM Leste pretende? Levar os usuários para si mesmos?

### **4.3 Papel, Função e Qualidade do CERSAM Leste**

Malard (2006, p.36) enfatiza a necessidade do desejo e das ações no sentido de ser e estar no mundo, afirmando que, na sua condição de “ser no mundo”, o indivíduo lida com as coisas e age em direção a elas movidos por intenções, que tem origem no desejo. Ao realizar atividades na sua vida diária de “ser no mundo”, o indivíduo faz acontecer no espaço (especialização) suas intenções e seus desejos.

O U-2 afirma seu prazer em poder contar com o equipamento onde é atendido:

Eu acho que muita coisa mudou para o bem e muitas coisas mudou para mal. Mas aqui continua sendo o lugar que mais gosto de ficar, além da minha casa. Tanto aqui no CERSAM, como no Centro de Convivência, minha primeira, minha segunda casa.

A mãe de um dos usuários (FAM), que quis participar das entrevistas, manifesta-se comparando a função do CERSAM Leste atual com o anterior:

Sobre a atual ação do CERSAM e sobre as mudanças no quadro de pessoal, também fico triste. Eu já não me sinto mais tão forte como era antes. Tinha sempre uma coisa para fazer, uma brincadeira com os familiares, com os pacientes e também com os funcionários. Sabe eu adoro fazer brincadeira,

---

<sup>4</sup> Citado por Bollnow (2008, p.164).

sorteio de bombom. Eu acho que isso faz parte, sabe? Eu faço isso para animar a gente. Em reunião só falando de doença, então a gente tem que ter esperança.

Conforme a OF-2,

mesmo no internamento dia a pessoa pode ir na padaria comprar alguma coisa e voltar. Então, eu acho que a mudança para lá, para o CERSAM, foi muito feliz nesse sentido. Só que eu acho que as pessoas têm que ser cutucadas para aproveitar o que a gente tem no entorno. Então eu acho que o pessoal tem que ser cutucado e quem faz isso é o gerente, não sei se as pessoas não fazem. Ser cutucado para essa coisa do “para fora”. Circular mais, sair mais, e ficar menos no CERSAM.

Como seu filho é portador de sofrimento mental há mais de 15 anos, FAM comenta sobre a necessidade de apoio por parte da equipe de profissionais disponível e a presença de maior número de familiares no processo de recuperação dos usuários:

Faz falta a reunião. Não pode ficar sem. Nós precisamos estar por dentro de como estão cuidando do tratamento de nosso filho e também para os filhos saberem que nós estamos ali participando. Eu gosto de estar presente. Eu sempre estive presente.

A EXF-1 afirma que é uma das missões do CERSAM fazê-los falar durante a crise, se organizar, por isso existe a Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental (ASSUSSAM).

As famílias têm que ter espaço no CERSAM para que possam se organizar, falar, queixar e também construir. Aí é que eu acho que tem coisas que a gente já está “pincelando” de importante que é isso, ter garantido o espaço de cidadania desse sujeito no CERSAM. As assembléias desses pacientes, reuniões de família, o que eu só acho é que essa concepção essa vigilância que nós vamos ter que fazer, essa resistência, ela só vai funcionar também com os movimentos sociais. Quando eu falo movimentos sociais não é só técnico não. É a ASSUSSAM, é a família podendo falar, é a organização desse sujeito que a gente está atendendo, o portador de sofrimento mental.

Pode-se constatar que a fala dessa ex-funcionária quase reproduz a fala da mãe do U-2. Pode-se notar, também, que nas falas acima o espaço aparece como espaço social e não apenas como espaço físico.

Conforme a EXF-2, uma gerente ia sair e essa transição da saída dela não foi feita de uma forma muito tranquila, gerando várias consequências:

Para gerenciar o CERSAM, a pessoa precisa ter um perfil. Não é só querer ser gerente na rede de Saúde Mental. A pessoa precisa ter um perfil porque ela vai lidar com muitas questões dos pacientes, da equipe e da própria pessoa. Se a pessoa não tiver um cuidado se tratando, ela pode ficar muito perdida num emaranhado.

Para a EXF-3 havia alguns problemas de gerenciamento:

Na época a gente não tinha ainda o Centro de Convivência da Regional Leste, então os usuários eram mandados para o Centro de Convivência da Nordeste, que era muito bom. Alguns técnicos mandavam, outros não, ficavam bem ociosos mesmo.

Já o F-3 aborda a importância do trabalho em equipe em benefício do bem estar dos usuários:

O trabalho em equipe é importante, amenizador de dificuldades e balizador dos espaços. Quando existe coleguismo e um grupo se apoiando, a clínica circula e o trabalho árduo com os usuários se torna mais ameno, o que não é característica do trabalho atual do CERSAM Leste.

Para a OF-3, o CERSAM Leste tem passado por algumas reestruturações, tentando retomar sua proposta inicial.

Acho que ele deu uma perda dessa proposta inicial e a gente vem agora trabalhando no sentido de retomar com a equipe, com os usuários, com a comunidade toda, a missão de que o CERSAM Leste atende essa proposta de uma reinserção do paciente na vida social e na comunidade. Acho que a mudança é mais de processo de trabalho da equipe



No mesmo foco, a F-2 constata a inexistência da previsão de maiores atividades para os usuários:

Atualmente não existe nenhum projeto de aproximação da vizinhança, embora o CERSAM esteja situado num bairro tradicional de Belo Horizonte, que tem por tradição a realização de eventos na Praça e carnaval de rua, entre outras atividades culturais que, de tempos em tempos, acontecem.

Sobre o papel atual dos CERSAM e CAPS, declara a EXF-2:

Eu acho que os CERSAM e os CAPS deveriam ter a possibilidade de se repensar, porque com o tempo, não é pelo fato dele ser CERSAM que ele não é antimanicomial. O CERSAM é uma lógica e essa lógica tem que estar sempre na nossa mira, porque de repente você pode estar fazendo uma coisa que pode ser pior que no hospital psiquiátrico. Então as pessoas têm que estarem revendo o tempo inteiro suas posturas, o projeto, o que está repetitivo e cansativo, criando coisas novas. Eu acho que o espaço do CERSAM é de renovação. Essa renovação se dá com a renovação gerencial. Acho que em todo serviço o gerente é fundamental, então a troca dele tem que ser feita com muito critério, muito cuidado mesmo.

Percebemos, nas falas acima, que existe atualmente um processo de se pensar o CERSAM como um todo e como um espaço social.

Pode-se dizer que todas as nossas certezas ficam fora de lugar quando adentramos um território novo, com o qual não estamos acostumados. Além disso, a equipe de saúde mental ainda tem outra particularidade, que contribui para afetar a estabilidade dos profissionais, que é o contato com a loucura. O fato de estar trabalhando num serviço do tipo hospital-dia registra novo tipo de atitude, pois os profissionais não se encontram mais isolados dos pacientes pelas barreiras físicas. Entretanto, o próprio grupo reconhece que, apesar de todas estas dificuldades, também pode surgir a criação, a inovação, em que vê o os caminhos por onde seguir em suas conquistas diárias, nas suas invenções frente ao caos e, então,

O grupo vai construindo um território rico de experiências que merecem ser valorizadas. Como uma rede infinita interligada esses caminhos se cruzam, se fundem. A escolha por qual deles seguir é uma mistura de decisões e acaso.

Também não são imutáveis, eles se formam e se modificam à medida que caminhamos. A cada passo que damos um novo trecho surge. Bifurcações nos saltam aos olhos por todos os lados: e se ao invés deste caminho tivéssemos tomado aquele? Nunca saberemos. Mas podemos dizer ‘este caminho não me serve mais, vou dobrar à direita. O que vamos encontrar lá também não sabemos, só nos resta andar para ver. Durante o trajeto encontramos, também, fluxos e limites, estados em transição. Se formos só fluxo, não existimos. Se formos só limite, morremos. Afetar e deixar-se afetar, talvez seja essa a tarefa mais difícil que enfrentamos. Criar limites, mas sempre provisórios, e tendo o cuidado de deixar frestas por onde passem os fluxos. Muitas vezes o grupo se surpreende quando isso aconteceu, pois descobre potências que nem sequer imaginavam existir. Durante as oficinas os integrantes do grupo pintam, criam poesias, embora, muitas vezes, nem acreditassem que isso fosse possível (Silveira & Braga, 2004, p.435).

O U-1 se sente bem atendido pela equipe de profissionais do CERSAM Leste:

Sobre a equipe que me atendia na Rua Anhanguera, eram pessoas boas. A equipe de lá era de pessoas muito boas, mas aqui (na Rua Perite) elas trabalham muito mais com a gente. Aqui tem mais gente para olhar a gente, pra cuidar da gente. Só os amigos que continuam até hoje me deixam feliz, a A, a B e a C. Tudo minhas amigas.

Também o U-2 registra a mesma percepção quanto ao relacionamento com a equipe:

Acho o tratamento dos enfermeiros ótimo para a gente. O pessoal da cozinha também e os médicos também. Às vezes os enfermeiros fazem muito mais o papel de médico que os próprios médicos. Os médicos não podem dar atenção toda hora. Eles (os enfermeiros) estão sempre conversando com a gente. O pessoal da limpeza também trata a gente muito bem.

Já o U-2 se ressentia das mudanças da equipe, afirmando:

Sobre as mudanças de gerência, a saída de três técnicos e do enfermeiro que eu gostava tanto. Fico chateado de ir muitas pessoas embora. Já foram muitas pessoas embora para chegarem outras. A gente cria vínculos com as pessoas, como a família, né? Aí nós acostumamos muito com o pessoal mais antigo. Aí a gente fica chateado quando vai embora.

A mãe de um usuário (FAM) compara as equipes da Anhanguera e da Perite:

Os profissionais eram muito bons, mas deu assim uma caída, sabe, não vou negar, eu era piolho aqui no CERSAM, sabe? Eu me afeiçoei muito à turma e aos profissionais. A gente praticamente, assim, quando tem reunião, é um encontro de família, acho que transforma a vida das famílias porque a gente vai convivendo tanto com o pessoal, o profissional, com os pacientes que a gente vai formando uma família.

Para a EXF-3, que permaneceu mais um ano quando da mudança do CERSAM para a Perite, declara:

A equipe do CERSAM Leste Anhanguera era uma equipe muito afinada, apesar de brigar muito, o pau quebrava, era muito afinada com a proposta. Tínhamos uma reunião toda quinta feira e eu obrigava todos os funcionários a participarem. Aí essa reunião clínica passou de 15 em 15 dias a ser uma supervisão do trabalho. O nosso primeiro supervisor foi o próprio Cezar Campos. O Cezar era uma pessoa maravilhosa e incentivava nos profissionais de sempre batalhar e não desistir dos usuários. Acho que é por isso que a gente gostava tanto dele, sempre tentando e arriscando. A gente não tinha medo de correr riscos na vida. Ele foi um grande amigo. Eu acho que se não fosse o Cezar, a gente não tinha caminhado tanto naquela época. A saúde mental de modo geral não tinha caminhado tanto também.

Essas falas remetem a entendimentos de Carvalho e Milagres (1999, p.23), de que a prática do CERSAM é composta “por uma multiplicidade de atos tão heterogêneos entre si quanto dirigir uma pergunta, medicar, registrar uma anotação em prontuário, fazer um corte de cabelo, produzir uma escultura, escutar o delírio, acolher uma emergência, ir ao cinema”.

Muitos saberes atravessam essa prática, é difícil, complexo, a singularidade de cada caso muitas vezes subverte a lógica e a função. Em outras palavras, o desafio é imenso, deve-se “inventar uma clínica de tratamento do Outro, colocando em cena outra alteridade que seja alternativa ao Outro primordial do sujeito” (Carvalho & Milagres (1999, p.29).

Conforme a F-1, o posicionamento vai mais além e aborda a questão salarial:

As mudanças na Instituição são importantes para dar uma sacudida na equipe. É sempre bom renovar. Até para as pessoas serem mais produtivas, senão a gente vai se acomodando. As próprias instituições despertam essa acomodação na gente. Outro fator que propicia certo acomodamento é a questão salarial.

Quem trabalha no CERSAM recebe um pouquinho a mais. Aí aquela pessoa que um dia gostou de trabalhar no CERSAM acaba se cansando e não tem coragem de sair porque seu salário vai ser rebaixado.

Contudo, “se os problemas da sobrecarga são justamente aquelas do nosso ofício, há que pensar uma estratégia para lidar com eles. Deixar-se sobrecarregar certamente não é um bom manejo e queixar-se disto menos ainda” (Fábregas et al, 1999, p.30).

A F-2 se ressentiu do excesso de trabalho, o que a impede de realizar atividades com os usuários:

Como poderíamos realizar uma atividade se não dispomos de tempo? Por que projetar um espaço de CERSAM em que as pessoas não dão conta de ficar no seu interior? E não tem tempo para percorrer o seu exterior? Qual o sentido de se ter uma área arborizada com bancos e com mesas de jogos se meus parceiros ou seus acolhedores não estão disponíveis para conversar e os ouvir?

Também a F-2 observa sobre a alta carga de trabalho:

Estou cansada e muito atarefada. Ultimamente tenho realizado poucas atividades porque as tarefas do dia a dia absorvem muito. Gostaria que tivesse mais atividade e oficinas para os usuários, mas a equipe é pequena e as urgências cotidianas são muitas. Hoje existe desvitalização do trabalho no CERSAM e na Rede de Saúde Mental como um todo. Tenho entusiasmo, mas com uma ponta de cansaço. O trabalho é difícil, e existe desvalorização das pessoas que trabalham com Saúde Mental.

Contudo, mesmo com as dificuldades em relação à frequência de atividades, o U-2 se sente ‘em casa’ no CERSAM:

Além de tocar flauta, desenhar e de cantar, o contato com os médicos e pacientes. Rever os amigos, jogar dama no pátio. Tem vezes que eu conto piada para os médicos.

Contudo, o U-2 reclama do atual CERSAM e se lembra das atividades da Anhanguera:

Devia ter mais terapia. Ter mais passeios para a gente, terapias e ocupações aqui dentro do CERSAM. Mas lá no Centro de Convivência tem mais paciente que aqui, apesar de lá ter menos espaço. Lá tem mais ocupação. Lá propriamente são só ocupações para a gente. Aqui é mais ambulatório. Já ganhei duas vezes o Concurso do samba enredo da música do Desfile de 18 de Maio e uma vez o concurso de cartaz.

A U-3 acredita que as atividades são idênticas e afirma:

Quase a mesma coisa daqui, da Perite, fazia tapete na Anhanguera.

Para a FAM, o mais favorável do CERSAM Perite é a natureza, as árvores, e garante que a área verde faz muito bem ao seu filho:

Agora também uma coisa muito importante, é que aqui tem muita coisa para mexer com a cabeça dele. O mexer com a terra. Plantar um jardim, uma hortazinha, que nem uma dúzia de pé de couve para eles saberem que está indo para a cozinha o que eles plantaram.

Identificamos em todos os dois usuários e no familiar que eles apontam a área externa do CERSAM Leste como o espaço mais gostoso de ficar. É lá que as conversas acontecem, é onde podem rever os amigos, e é onde se pode participar de festas. Entretanto, como disse a U-3, é também onde as pessoas ficam deitadas passando mal, é onde a crise se revela e é onde o abandono mostra sua face mais cruel. Os usuários entendidos no colchão ao ar livre acabam por nos remeter aos antigos manicômios, embora com mais conforto, mas a inércia do corpo diz de uma clínica inerte, que não circula e não os envolve. Os usuários parecem não ter voz nem vez, ficam à mercê do tempo, vendo-o passar. Que vivências significativas têm esses sujeitos com o espaço?

A EXF-4 manifesta seu desagrado sobre o que vê no CERSAM Perite e a ausência de atividades para os usuários:

Infelizmente, as últimas vezes em que fui ao CERSAM, eu vi vários colchõezinhos no chão. Eu trabalhei em hospitais psiquiátricos, os pacientes deitados naqueles colchões no sol, sendo que no CERSAM tem sombra, tem

tudo para se fazer ali. Tem tinta, tem profissionais. Todas as pessoas que entraram para trabalhar, ela chamava e pedia para desenvolver uma atividade coletiva. Então todo dia tinha. Não significava que o paciente era obrigado a ir. Ele não tinha só a opção de deitar no colchonete. Tinha ofertas para ele. Coisa que atualmente só tem oferta de atividades de terapia ocupacional através dos estagiários e de ir ao cinema porque a gente pega os convites e deixa lá com a coordenação. Os ingressos estão lá, tem que levar né?

Contudo, para a EXF-2, o que falta à equipe da Perite é interesse no usuário:

Daquele grupo que tinha ficado na Perite ninguém achava que oficina era importante. Era importante para o outro fazer e nunca para a própria pessoa fazer. Ninguém pensava que o paciente ficava lá o tempo inteiro e que ele precisava ter opções. Se ele ia fazer ou não a escolha deveria ser dele. Mas nós, enquanto serviço tínhamos que oferecer.

No mesmo foco, a EXF-3 apresenta sugestões de atividades:

Hoje eu proporia no CERSAM um tipo de oficina em constante movimento funcionando. Um carro à disposição, várias opções lá dentro. Você pode pintar, fazer tapete, você pode brincar com lama. A argila é um material de uma riqueza incrível. Um jardim, uma horta comunitária.

O que uma pessoa com sofrimento mental representa no lazer corresponde ao que ele observa e vivencia em seu cotidiano e este, nada mais é do que uma parte da totalidade. Percebe-se a importância do lazer à medida que entendemos sua negação pela sociedade, ele é pura espontaneidade. O lazer não se leciona, ele inclui e democratiza o lúdico, humanizando o tempo, o espaço e a vivência. Ele não especializa, ele amplia o mundo de movimento, de relações, de reflexões dos indivíduos, ele possibilita trocas objetivas, o lazer não robotiza, ele pode ser espontâneo, livre e também promover a inclusão (Cruz & Barreto, 2002).

O U-1 se ressentido do lazer no atual CERSAM Perite, declarando:

Muito difícil. Muito difícil. Acabaram os passeios. Não tem mais não. Só uma vez por ano nos vamos ao passeio. Nós fomos com ônibus em Ouro Preto, Serra da Piedade, Gruta Rei do Mato. Todo ano nós fazemos um passeio. Todo ano. Esse ano nos já saímos. Ano que vem nós vamos sair. O A já falou com B. Para nós andar, o C arrumou um passeio para nós. Acho que em Sete Lagoas, na Gruta de Maquiné.

O U-3 fala de seu prazer com a área verde e as festas:

Agora eu gostei mais do espaço lá fora quando tem festa, né? É muito bom quando tem festa. A área é grande. Só que tem muita gente lá que fica deitado. Isso é ruim, sabe? Passando mal, mas tem muita gente lá que só fica olhando. Eu gosto quando é festa lá. Quando é festa lá é muito melhor. Quando tem festa eles dão canjica.

Confirmando a programação de lazer no CERSAM Perite, FAM se ressentiu de sua redução:

A quadrilha, por exemplo, a gente dançava junto, participavam os funcionários com os pacientes, sabe? Era muito importante. Agora eu vou notando que vai diminuindo cada vez mais.

No tocante à programação para o lazer os usuários, a EXF-3 coloca em sua fala toda a sua experiência com portadores de sofrimento mental:

Se a gente deixar eles ficam deitados. Se você não ficar atento, de repente tá todo mundo deitado amontoado, é uma marmota. Então existe a questão das oficinas, e eu sempre bato nessa tecla. A gente colocou o nome de Oficina, mas o que é oficina? É um lugar aonde as pessoas vão para fazer coisas interessantes ou vão para se interessar por alguma coisa diferente. A pessoa já está medicada, já fica meio pastel, já tem a questão da doença. Então tem que ter alguma coisa para fazer. Vamos fazer o que? Vamos para a cozinha fazer bolo, vamos para o cinema.

O acolhimento é uma questão importantíssima no atendimento ao portador de sofrimento mental e uma das funções de um CERSAM. Para Schmid (2005), “o conforto no contexto psico-espiritual tem seu nível de alívio na domesticidade – o consolo de estar em casa – e na leveza (elimina tensões)”.

Basta verificar a fala de um dos entrevistados (U-1), que já esteve confinado num manicômio, e tem o CERSAM como um lugar significativo:

Não tem nada ruim no CERSAM não. O CERSAM é uma mãe para mim. Aqui a gente pode andar, pode desabafar.

A ideia de acolhimento está divulgada por muitos autores, mas encontrou-se em Schmid (2005, p.29) a mais relevante para um ambiente como o do CERSAM: “a ideia de estar acolhido enfatiza o elemento protetor do conforto. Remete, em última análise, ao útero materno, talvez o local de maior proteção de que já desfrutamos”.

A mãe de um usuário (FAM) fala com propriedade sobre o acolhimento no CERSAM Leste:

O CERSAM para nós foi muito importante. No início o ABC não aceitava não. Mas com o passar do tempo ele foi aceitando o tratamento, porque viu que estava sendo bom para ele. Levou tempo para ele acostumar, mesmo depois que passou para cá (Rua Perite), ainda demorou para ele se adaptar.

Comentando sobre o acolhimento e sobre o tipo de gestão existente no CERSAM Perite, a EXF-4 se posiciona:

Quando nós mudamos, as pessoas não conseguiram passar direito isso, e às vezes a saúde mental bem intencionada pensou que como era uma questão da sociedade, que talvez o gerente não precisasse ser da saúde mental. Acho muito legal isso, mas as questões desse acompanhamento da questão do serviço substitutivo, eu acho que ainda estava no início, sabe? A pessoa não entende o que é, a importância daquilo (criação dos lugares) num serviço como o CERSAM.

Continuando, a EXF-4 percebe algumas falhas quanto ao acolhimento dos usuários:

A coisa fica assim... muito gerencial mesmo, não se entende o que é importante, o que é diferente da Luta. Então eu vejo que tem falhado é como que eu tenho que ocupar esse espaço. Como eu tenho que cuidar desse espaço também (eu leio o espaço como o que tem sido feito nele – leio o ambiente).

Valorizando o perfil da equipe da Anhanguera, a EXF-2 afirma que o foco principal deveria ser o bem estar dos usuários:

Preservaria os próprios usuários, eles não estavam satisfeitos com os técnicos, com o serviço, com a forma que os técnicos estavam tratando os pacientes. Então, eu não sei. Eu acho que o projeto ficou um projeto esvaziado, que não



se sustentou. Acho que é isso. Acho que eles deixaram essa herança para as pessoas novas que foram chegando. Então isso nos faz pensar que é que a gente fez? Não sei. É tão difícil pensar em algo que a gente já desconhece.

Conforme relata a EXF-1:

Então, por exemplo, essa estruturação cotidiana do convívio, eu já te dei o exemplo da sala dos técnicos, então ficar parada na sala dos técnicos conversando enquanto o pau ia comendo lá fora seria uma coisa impensável no CERSAM antigo, era impossível porque já estava cheio de usuário. Nesse segundo momento passou a acontecer e ele desabrocha, explode, eclode na mudança. Daí esse distanciamento de usuários, que é favorecido por ser um CERSAM muito grande, onde a gente fica muito afastada dos usuários. Então só ficam próximos dos usuários alguns poucos técnicos para quem isso é importante. Aqueles que dão pouca atenção a isso não fazem e não é também exigido e não se espera que eles façam.

Há pontos que merecem reflexão, como a partir da fala da EXF-2 sobre ‘a alta’ de pacientes:

Depois tem outra coisa, o fato de o usuário querer permanecer no CERSAM. Se ele quer ficar lá é sinal que ainda não está bem. Mas para algumas pessoas, isso era um privilégio. Você tem que imaginar que talvez ela não tenha laços sociais, não tem uma família que a apoie. Então eu acho que nada mais interessante que ficar no CERSAM, pessoas que estão bem, mas que não estão em crise, nem desorganizadas. Então eu acho que não deveria ser furtado o paciente dessa convivência.

No mesmo sentido declara FAM:

Eu gosto de ser muito sincera. Eu tenho medo. O meu único medo a gente sabe que pode acontecer no CERSAM. É uma segurança que ele tem e eu também tenho. Lógico que o dia que ele não vem ele fica agitado, lógico que eu tenho que falar que ele já foi assim. Praticamente o pessoal fala que ele está ótimo, mas eu sinto que quando ele tem alta ele começa a entrar em depressão.

Perguntados se tivessem que preservar alguma coisa que consideram muito importante os usuários responderam que preservariam a convivência que conquistaram ao longo de anos de tratamento, seja com a equipe técnica, seja com outros usuários. Essa fala

nos faz lembrar Schmid (2005), para quem as marcas do trabalho humano ajudam a produzir a sensação de acolhimento que, numa abordagem holística, integra a sensação de conforto.

Os técnicos apontam a necessidade de um investimento maior na própria equipe e na definição do papel do CERSAM através de grupos de discussões e aperfeiçoamento. Os ex-funcionários preservariam o cuidado, a delicadeza com os usuários, o trabalho de formar sucessores no que tange à questão da Luta Antimanicomial.

Quanto a essa questão, pode-se dizer que o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais vem organizando os Conselhos municipais em colegiados microrregionais e, através deles, têm sido promovidas oficinas de capacitação em Saúde Mental para grande número de agentes do controle social, sejam eles conselheiros, associações de familiares e usuários ou profissionais de saúde. Os participantes das oficinas atuam como multiplicadores desse processo, ampliando a conscientização sobre a importância do controle social e divulgando indicadores de qualidade e eficiência dos serviços prestados. O processo de capacitação está estruturado a partir de três oficinas temáticas, organizadas em parceria entre a Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica (CERP) e a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), em cujo conteúdo há informações detalhadas sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica, a legislação que regulamenta a área, as responsabilidades da gestão do Serviço Único de Saúde (SUS) para com a Saúde Mental e os indicadores que devem ser observados para assegurar o bom funcionamento dos serviços clínicos ofertados à população (Pessoa & Vale, 2010, p.139).

Já os três ex-funcionários acreditam que o volume de usuários está aumentando muito a cada dia e que “de uns tempos para cá tem tido muita mistura. Eu acho que as pessoas que usam droga e álcool não deveriam fazer tratamento aqui. Os que não usam podem acabar sendo influenciado. Acho que os espaços deveriam ser diferentes. Acho isso muito sério”.

São muitas as questões que se colocam sobre as funções dos CERSAM na atualidade. Uma delas é sobre a formação de seus técnicos e de seu conhecimento e vivência da proposta de uma clínica Antimanicomial, aliado ao excesso de trabalho, que acaba roubando momentos importantes de avaliação e reestruturação do trabalho desenvolvido. Entendemos que devem ser criados vínculos solidários entre técnicos de diferentes áreas do conhecimento de forma que o espírito de equipe e a interdisciplinaridade sejam balizadores dos tratamentos desenvolvidos.

Já a F-1 valoriza o acolhimento dado aos usuários, mas reflete sobre o volume do atendimento, que eventualmente dificulta um trabalho mais bem feito:

A equipe técnica é muito centrada no atendimento aos usuários. As oficinas, quando têm, são realizadas pelos estagiários sob a supervisão dos terapeutas ocupacionais. Como o CERSAM está num processo de mudança de equipe, os estagiários ainda não chegaram, ficando os usuários sem as oficinas. O número de usuários (225 inscritos até março de 2013) é elevado, a média de permanência dia é de 30 a 40 usuários, principal dificultador do trabalho.

Frente ao contexto atual do CERSAM Leste, alguns enunciados sugerem a esperança de que mais terapias, oficinas e atividades aconteçam devido ao espaço propício para que isto seja possível. Além disso, há a questão da ‘perda’ de funcionários, muito sentida pelos usuários. Será que isso é trabalhado por quem sai e para quem chega? É quase a perda de um familiar ou de uma familiaridade conseguida ao longo de tantos anos.

Sobre a importância do trabalho para os usuários, a FAM se alegra pela vivência do filho no CERSAM. Toledo (2006) nos mostra que a participação da família dos usuários é de fundamental importância para o desenvolvimento e respaldo dos tratamentos em Saúde Mental, mesmo quando os usuários caminham bem ou quando não obtêm o sucesso desejado. Para alguns autores (Carvalho & Milagres, 1999, Equipe do CERSAM Leste, 1999, Lobosque, 2010), a participação da família chega a ser mais importante do que quaisquer outros aspectos dos tratamentos, incluindo as medicações. Isso fica evidente na fala da mãe do

usuário, que já se acostumou a participar da vida do filho e acabou por incorporar termos técnicos utilizados pelos profissionais da instituição. Ela aprendeu a questionar sobre o tratamento e sobre a eficácia da Instituição.

Corroborando, Yasui (2010, p.156) afirma que um serviço de acolhimento para os portadores de sofrimento mental deve ser entendido como produtora de cuidados, regidos pela alegria, pela beleza e pelos bons encontros, cuidados que se iniciam com a recepção da equipe de técnicos e que se tece em rede em uma apropriação no território e na produção de sentidos que potencializam e transformam a vida.

Um fator importante e relatado por todos os ex-funcionários entrevistados foi a realização constante das Assembléias, das quais todos os funcionários e usuários participavam. Cada assembléia era coordenada por um dos funcionários e era um momento de socialização das idéias, das alegrias e das dificuldades. A presença da Gerente era uma constante. Outro fator que aparece como balizador do trabalho eram as supervisões quinzenais realizadas pelo psiquiatra idealizador do CERSAM Leste, nas quais se discutiam casos clínicos, as dificuldades e as conquistas da equipe.

Entretanto, já nesse espaço, com o passar do tempo algumas pessoas já questionavam a forma de tratamento oferecida aos usuários, tendo-se em vista ser um dos serviços substitutivos aos manicômios. A partir desses questionamentos passou então a se formar dois grupos de técnicos: um que era militante da Luta Antimanicomial e outro que contestava tal tratamento e algumas vezes se negava a participar de determinadas atividades ou por não estar convicto de sua eficácia ou por não gostar de realizá-las.

Embora esse último grupo fosse bem menor que o primeiro, durante algum tempo a equipe funcionou sem muitos conflitos, entretanto com o passar do tempo e a demanda sempre crescente de trabalho e usuários, “a equipe que já estava tendo dificuldades na partilha das concepções de como o serviço servia, de como ele devia funcionar”. Aqui nesse momento

as diferenças de visão sobre o projeto de Saúde Mental passaram a incomodar e a ficar mais evidentes. Por outro lado, o CERSAM Anhanguera passou a não caber mais dentro dele em termos de espaço físico e, à medida que a demanda crescia, foi necessário se pensar num outro espaço maior que acolhesse essa clínica.

Atualmente não existe nenhum projeto de aproximação da vizinhança, embora o CERSAM esteja situado num bairro tradicional de Belo Horizonte, que tem por tradição a realização de eventos na Praça, Carnaval de Rua, entre outras atividades culturais que, de tempos em tempos, acontecem. A F-2 é uma das funcionárias mais antigas, trabalha há 17 anos no CERSAM Leste, e cita a rotatividade de técnicos como um dificultador do trabalho. Comenta da atual desvitalização do trabalho no CERSAM e da Rede de Saúde Mental como um todo. Há consenso entre os três profissionais entrevistados de que a área externa é apontada como o espaço mais agradável no CERSAM. A presença das árvores, flores e do próprio espaço é observado como uma coisa muito boa para os usuários. Entretanto, é consenso que está sendo pouco utilizada como espaço terapêutico. A desvitalização da equipe é um fator preocupante e negativo para o trabalho com os usuários. Equivocadamente como diz uma das entrevistadas, o fato de os espaços coletivos terem uma metragem grande não significa que os encontros coletivos aconteçam. Malard (2006, p.47) afirma que, além do espaço, os eventos precisam do tempo para acontecer, esse tempo diz respeito ao tempo vivenciado no cotidiano.

Ao descrever o pátio de um hospital psiquiátrico, Yasui (2010) comenta ser um espaço extremamente triste, de solidão e de abandono. O que se vê são seres que ocupam o mesmo lugar no espaço, mas não se comunicam. O tempo se arrasta e quase não se vêem. Corpos estirados no chão, sem movimento. O tempo se arrasta, quase se paralisa.

Não seria também este o espaço que o CERSAM atualmente tem propiciado aos seus usuários? Como construir um tempo de fruição de subjetividade para essas pessoas? Este é o foco da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica.

#### **4.4 Luta Antimanicomial e os novos espaços substitutivos ao hospital psiquiátrico**

Para Amarante (2000), a Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, tratando-se, pois, de um processo político e social complexo, no qual estão envolvidos atores, instituições e forças de origens diversas, alcançando os governos federal, estadual e municipal, as universidades, o mercado dos serviços de saúde, os conselhos profissionais, as associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, os movimentos sociais, os territórios do imaginário social e da opinião pública.

Percebemos que os usuários tomaram contato com o CERSAM Leste por meio dos médicos ou dos locais em que faziam tratamento. O Hospital Raul Soares funcionou durante muito tempo como referência para portadores de sofrimento mental. Posteriormente, com a criação dos CERSAM, as pessoas passaram a serem encaminhadas para outros dispositivos, como o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) que, dependendo da gravidade, costuma encaminhar o paciente para o CERSAM mais próximo do local de moradia ou referência do usuário. Os funcionários prestaram concurso na Prefeitura e optaram por trabalhar em algum CERSAM. No que tange aos ex-funcionários, uns escolheram trabalhar no CERSAM Leste por opção e outros foram escolhidos em conformidade com os ideais da Luta Antimanicomial.

Perguntados na entrevista sobre a Reforma Psiquiátrica, percebemos ter ela significados diferentes para cada um dos respondentes. Para os usuários é representado como

um lugar diferente dos hospitais psiquiátricos, onde têm livre acesso, onde passam uma parte do dia e depois retornam para suas casas. Para os funcionários, a Reforma significa um lugar diferente dos hospitais para atendimento ao portador de sofrimento mental. Os ex-funcionários e os três funcionários da PBH envolvidos com a criação do CERSAM Leste demonstram uma clareza maior do que representou a Reforma Psiquiátrica, sendo suas falas:

Uma luta constante é uma resistência a um olhar que é de tirar uma pessoa portadora de sofrimento mental – os loucos – de um olhar de exclusão para um olhar de cidadania. O sujeito era excluído como um prisioneiro, como um bandido. Então o que vem mudar a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica é que vamos tratar desse sujeito e não tratar do sofrimento da cidade, porque o foco é o sujeito.

Momento de libertação dos pacientes psiquiátricos, de tirá-los da doença, da prisão e da punição.

Compreensão que o sofrimento mental não condena o indivíduo a internação. Formação de rede de dispositivos para dar dignidade e oportunidade às pessoas portadoras de sofrimento mental.

Para a EXF-2, a Luta Antimanicomial é relevante tanto para a apropriação de experiências por parte dos profissionais quanto pelo bem estar dos usuários e suas famílias:

Eu acho que é um movimento legítimo, que tem um caráter para os técnicos se apropriarem dessa experiência e pelo conhecimento. Para as famílias, para elas terem uma nova percepção do que era esse tratamento, tomarem pé de como as coisas aconteciam para os funcionários, para os próprios usuários. Então eu preservaria naquele CERSAM algumas pessoas que estavam dentro do movimento da Luta Antimanicomial.

Contudo, a EXF-2 faz um balanço sobre a situação existente no CERSAM Anhanguera e a atual, na Perite:

Eu acho que algumas coisas ficaram de herança das pessoas que foram chegando. Existia um grupo na equipe que se posicionou contra o movimento da Luta Antimanicomial e esse movimento terminou quando todos os técnicos que eram do Fórum Mineiro de Saúde Mental saíram do CERSAM. Quando nós saímos, outras pessoas que estavam lá, com outras concepções, resolveram

fazer um projeto. Não foi feito algo melhor, porque era um projeto esvaziado, que não se sustentou.

Contudo, não são apenas as questões práticas da Luta Antimanicomial as maiores complexidades. Na atualidade, com a inclusão de álcool e drogas na Saúde Mental pelo Ministério da Saúde, o CERSAM tem feito atendimento a portadores de sofrimento mental usuários de drogas e a álcool, situação que a FAM não concorda:

De uns tempos pra cá houve muita mistura. Eu acho que tratamento é diferente de usuário com deficiência é uma coisa, e bebida e droga é outra coisa. Não dá. Eu acho que está tendo muita mistura. Tem vindo muita gente que mexe com droga para fazer tratamento aqui. Eu acho que isso traz influência para aquele que está fazendo tratamento igual o JKL. Ele faz tratamento de esquizofrenia, a maioria faz tratamento aqui. Eu acho que deveria ter outro espaço, outro lugar para o tratamento.

Para a EXF-4

Então esse empuxo à exclusão do sujeito cidadão, seja qual doença ele tiver, é uma questão que existe. A gente tem que saber. Por isso eu chamo a Luta como Resistência para não deixar que o barco vire. Mas hoje a gente tem o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) e o acolhimento noturno, que não tinha.

A EXF-4 percebe as diferenças sobre o perfil do atendimento da Anhanguera e o da Perite:

Na época que a gente foi não só mudou o espaço físico, mas com o tempo as pessoas foram saindo. Então hoje a grande questão é: o CERSAM hoje não é o mesmo? E como você montar uma lógica, desde o início dele, sendo que não se pensa a missão do CERSAM. Para que o CERSAM existe?

O espaço do CERSAM no início de seu funcionamento se caracterizou por ser um espaço adaptado aos preceitos da Luta Antimanicomial. Na fala da ex-funcionária 3 (EXF-3),

Quando a gente alugou a casa, a gente estava pensando num CERSAM tipo provisório. Desde o início a gente tinha a intenção de estar construindo uma casa. Lá tinha dois andares, tinha muro, tinha escada. A casa não era adequada. Então a gente foi para lá com a intenção de construir. A gente não tinha nem



verba, mas aquilo sempre esteve presente como proposta dos usuários do CERSAM, tinha uma proposta.

Também se referindo ao início da CERSAM Anhanguera, a OF-1 declara:

Então eu lembro que nessa época existia o CERSAM Oeste, perto do PAM Campos Salles. Era no Carlos Prates. Aí foi decidido, dando continuidade à Luta Antimanicomial, abrir mais um CERSAM. Na época o Secretário de Saúde era Dr. Cezar Rodrigues Campos, que decidiu abrir o CERSAM na Regional Leste.

A fala da ex-funcionária 2 (EXF-2) retrata o primeiro momento do CERSAM Leste – Anhanguera:

Quando cheguei ao CERSAM Leste - Anhanguera, eu tinha vindo de São Paulo, de uma experiência lá no CAPS. Aí eu pensei positivamente, porque [...] eu cheguei exatamente no dia em que estavam arrumando a casa, a farmácia. Naquele momento as pessoas que estavam chegando traziam sua experiência e um investimento subjetivo de que poderia ser feito algo diferente. A partir das nossas experiências, das nossas expectativas, do movimento que já acontecia em Belo Horizonte, que era o Movimento da Luta Antimanicomial, com os portadores de Sofrimento Mental, familiares e técnicos. Então todo esse movimento dava para o técnico certo incentivo, uma alegria de poder estar trabalhando num serviço e ver como isso tinha uma resposta na vida das pessoas, tanto nas nossas vidas como dos usuários.

Também para o ex-funcionário 1 (EXF1), o CERSAM Leste Anhanguera “*era um serviço que tinha um cuidado artesanal com os pacientes*”.

Continuando, a EXF-4 coloca algumas questões que entende pertinentes, como a missão do CERSAM Leste.

Existe um mínimo que precisa ser recuperado, que é a missão do CERSAM. O que é um serviço substitutivo? O que ele deve oferecer? O que ele não deve oferecer? O que é proibido oferecer? E outra coisa é que dentro da nossa política ele é a sustentação da política da saúde mental. Não está previsto para acabar os hospitais psiquiátricos? Então querendo ou não, bem ou mal, eles vão ter que funcionar e nós vamos ter que fazer a vigilância dos gestores, trabalhadores e familiares e pacientes porque hoje eles também, são protagonistas.

Complementando, a EXF-4 pondera:

Acho muito legal isso, mas as questões desse acompanhamento, da questão do serviço substitutivo, eu acho que ainda estava no início, sabe? A pessoa não entende o que é, a importância daquilo (criação dos lugares que não criam laços, não acontece a subjetividade). Então eu vejo que tem falhado é como que eu tenho que ocupar esse espaço.

Já a EXF-2 aborda o sentido de uma equipe coesa:

Não sei se isso é possível, eu tenho dúvidas se é possível essa ligação da Luta Antimanicomial num projeto arquitetônico estrutural. Em minha opinião é mais fácil perceber que esse trabalho substitutivo é muito trabalhoso e que o trabalho de arregaçar as mangas não era homogêneo no grupo, mas a equipe no seu conjunto queria muito mudar, dado que a beleza é fundamental mesmo. O fato é que o espaço mudaria, mas a mudança também aumentou as nossas diferenças. Talvez a diferença essencial é que quando estávamos todos lá no ambiente menor, a gente abria mais mão um para o outro, era uma coisa mais coletiva.

No sentido acima exposto, pode ser citada a fala da EXF-3

O que era a Luta Antimanicomial? Era um tratamento humano, com referência. Eu não sei como era, mas a questão das oficinas, para mim, contemplava muito bem a questão da Luta. Eu acho que em todas as oficinas que aconteciam, letras, teatro, e outras mais, cada um fazia o que sabia. Eu, na época, adorava fazer teatro. Teve todo um estudo de cor do espaço do CERSAM Leste, a Arquiteta X ajudou muito a gente. Foi toda uma articulação, teve tudo que pedimos para ter.

Conforme a EXF-4, o importante era a Luta Antimanicomial e o potencial da equipe:

Contemplamos o Projeto do novo CERSAM e a articulação com a Luta Antimanicomial porque dentro desse projeto tinha muita gente da Luta.

A EXF-4 fala sobre a missão de um equipamento para usuários de sofrimento mental como CERSAM Leste Perite:

É com essas oficinas nós começamos a fazer o trabalho com a missão do CERSAM. O Supervisor trabalhou qual a missão do CERSAM? O que tem a

ver quando ele começou? E o que não tem? O que temos que recuperar e o que não precisa ser recuperado? Não podemos exigir e insistir que o CERSAM seja igualzinho quando ele começou. Para nós, era um sonho que a gente estava realizando. A gente não pode exigir que as pessoas hoje vão trabalhar e dizer que é o sonho da vida deles. Entendeu a diferença de concepção? Isso é imutável, você não vai colocar as pessoas que estavam trabalhando lá no início como elas eram. Existe o momento diferente histórico que estamos vivendo tem que ver isso.

Complementando, a EXF-4 expõe a necessidade de coesão entre a equipe operacional e a diretiva:

A gente achou que o colegiado seria um suporte muito grande para o CERSAM, no sentido de que não bastaria uma referência de saúde mental. Então várias pessoas, pensando funções, resolveram fazer um colegiado como gestor. O colegiado funciona para ajudar nessa hora de crise, depois dessa morte que ocorreu ano passado no CERSAM.

A EXF-1 aborda a Luta Antimanicomial pela equipe de trabalho:

A equipe de saúde mental é uma equipe híbrida, que pensa diferente, tem alguns vícios de profissão, achando que é mais que os outros. Tudo isso a gente tem que estar vigilante na Luta Antimanicomial, entendendo que isso não pode acontecer. A gente tem que ter espaço para isso, para a discussão dos casos. Ter um espaço para dialogar sobre as diretrizes de tratamento, dialogar equívocos de um profissional, por que não? Não é fácil a clínica da urgência. Então a gente tem que ficar humilde para pedir ajuda, para que aconteça com mais leveza senão fica aquela coisa pesada com morte, com sentimentos. Agora aí a pergunta: quem é o profissional para trabalhar no serviço?

Sobre a percepção da coesão da equipe de profissionais e a deficiência de cuidados individuais devido ao excesso de usuários, a FAM declara:

De uns 2 anos pra cá, foram mudando os profissionais, já não tem união igual tinha. Eu acho muito importante a reunião em família para a gente saber o andamento que está tendo, o que está acontecendo e também para ele (aponta para o filho) saber que nós familiares estamos preocupadas com o tratamento de nosso filho. Agora tem muitos pacientes.

Abordando a questão político-institucional, a EXF-4 desabafa:

As coisas não acontecem de um dia para outro. A gente pode falar que não é só o CERSAM Leste, vários CERSAM passaram por crise de identidade. O que ocorre é que você abrindo o CERSAM, institucionalizando, sempre vão ter pessoas que não concordam com esse tipo de encaminhamento para a saúde mental e aí a gente pensa: como fazer sustentar um CERSAM com pessoas que não militam na Luta Antimanicomial? É a pergunta! Para as pessoas trabalharem no CERSAM de forma que essa concepção não seja ferida, precisariam ser militantes na Luta Antimanicomial? É uma coisa que a gente não quer acreditar nisso. É uma política, mas ela é uma coisa difícil de atendimento. Eu lembro o Cezar Rodrigues Campos (idealizador do CERSAM Leste) falando “o manicômio está dentro do coração da gente, tem que tirar o manicômio do coração” não é só isso. Você pode fazer o CERSAM funcionar como hospício. Na época, se não tinha oficina a gente ia e regava as plantas com os pacientes, cuidando do jardim do lugar. Era a casa que eles passavam o dia na crise. Isso foi sumindo mesmo, nós estamos tentando recuperar isso.

No mesmo foco, a EXF-2 se diz ter sido a última pessoa da Luta Antimanicomial que saiu do CERSAM e lamenta:

Não havia projeto definido. Muitas pessoas queriam ficar com a parte clínica e os CERSAM e os CAPS não foram pensados para serem somente consultórios. E até o CERSAM, quando você tem uma conduta clínica, a pessoa está lá vivendo com os outros pacientes, com outros técnicos, tem outra visão. As vezes até coisas que você trabalha na clínica, mas que é desconstruído numa situação, você tem que remanejar. Outra coisa é quando você está de plantão e tem que estar com pacientes que não são seus. O pessoal da enfermagem também teve que desconstruir uma ideia de contenção e do que era perigoso. Os técnicos, tanto do nível superior ou não, queriam trabalhar no CERSAM. E ainda tinha a questão de quem trabalhava no CERSAM receber um “adicional de urgência” e continuava trabalhando, mas estava muito longe de estar afinada com a questão da Luta Antimanicomial. Tinha gente assim dentro da equipe. As coisas foram mudando. Os gerentes foram mudando e a própria equipe foi se reestruturando com a saída de uns e outros e isso foi dificultando mais o trabalho.

Já em sentido contrário, a F-1 admite a evolução das mudanças e a própria mudança de gestão para o aprimoramento das condições, mas verifica existir alguma insatisfação de alguns profissionais em suas funções:

As mudanças na instituição são importantes para dar uma sacudida na equipe. É sempre bom renovar. Até para as pessoas serem mais produtivas, senão a

gente vai se acomodando. As próprias instituições despertam essa acomodação na gente. Outro fator que propicia certo acomodamento é a questão salarial. Quem trabalha no CERSAM recebe um pouquinho a mais. Aí aquela pessoa que um dia gostou de trabalhar no CERSAM acaba se cansando e não tem coragem de sair porque seu salário vai ser rebaixado.

Complementando sua fala, reflete sobre o perfil de profissionais para o trabalho em instituições que atendem portadores de sofrimento mental:

Para trabalhar no CERSAM tem que gostar, e muita paixão pelo que faz. Tem que ter clareza principalmente que é este o lugar que você quer estar. Senão, você faz mal para você mesma e para o outro. A pessoa tem que saber quando já está cansada e ter coragem para partir.

A EXF-2 aborda a questão de disputa interna no quadro de profissionais dentro do CERSAM e comenta sobre o que lá vivenciou:

E assim acabou ficando muito claro a relação de forças dentro do CERSAM Leste. O grupo que tinha uma militância acabou sendo tomado como inimigo, então foi mais um motivo de cisão e as pessoas atacavam mesmo. Não tinha projeto definido. Então muitas pessoas queriam ficar com a parte clínica e os CERSAM e os CAPS não foram pensados para serem somente consultórios. E até o CERSAM, quando você tem uma conduta clínica, a pessoa está lá vivendo com os outros pacientes, com outros técnicos, tem outra visão. As vezes até coisas que você trabalha na clínica, mas que é desconstruído numa situação, você tem que remanejar. Outra coisa é quando você está de plantão e tem que estar com pacientes que não são seus pacientes. Então o pessoal da enfermagem também na época teve que desconstruir uma idéia de contenção e do que era perigoso.

A EXF-2 informa, ainda, a questão salarial *versus* o perfil do profissional dentro do CERSAM, considerando que muitos continuaram pela taxa adicional ao salário:

E ainda tinha a questão de quem trabalhava no CERSAM receber um “adicional de urgência”. Então a pessoa não queria perder o adicional de urgência e continuava trabalhando, mas estava muito longe de estar afinada com a questão da Luta Antimanicomial. Então tinha gente assim dentro da enfermagem, dos técnicos. As coisas foram mudando também. Os gerentes foram mudando e a própria equipe, ela foi se reestruturando com a saída de uns e outros e isso foi dificultando mais o trabalho.

A EXF-3 compara o espírito e a filosofia dos primeiros tempos do CERSAM-Leste:

Eu acho lamentável que essa cisão tenha sido algo tão profundo porque, o Movimento da Luta Antimanicomial é muito importante para o Projeto de Saúde Mental em Belo Horizonte e de qualquer outro estado. Eu acho que é um movimento legítimo, que tem um caráter para os técnicos se apropriarem dessa experiência e pelo conhecimento. Para as famílias, para elas terem uma nova percepção do que era esse tratamento. Era tomarem pé de como as coisas aconteciam para os funcionários, para os próprios usuários. Então eu preservaria naquele CERSAM novo, eu teria o cuidado de preservar pessoas que estavam dentro do movimento da Luta Antimanicomial.

Essa fala vai de encontro ao entendimento de Amarante (1994) de que a Reforma Psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até às práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais.

Quando o CERSAM perdeu sua característica de unidade e se fragmentou em partes, o trabalho, segundo muitos dos entrevistados, especificamente os ex-funcionários, também sofreu consequências danosas. Em um trabalho substitutivo, a equipe como um todo deve demonstrar vontade de questionar, desafiar e de se manter aberta ao diálogo constante e à troca de experiências para se buscar novas soluções. Quando se fragmenta o trabalho, fragmentam-se os técnicos e se fragmentam ainda mais os usuários, que não conseguem reunir seus pedaços estilhaçados pela loucura.

Frente ao exposto é necessário que os profissionais envolvidos com um trabalho substitutivo aos manicômios conheçam as Políticas Públicas de Saúde Mental e se esforcem para discutir a ação dos profissionais e dos gestores na prática e em sua cotidianidade da clínica.

O CERSAM na sua atualidade é controverso e, na fala da EXF-3 são poucas as pessoas que se apropriaram do que era a Reforma Psiquiátrica e conseqüentemente o trabalho de fazer funcionar uma clínica Antimanicomial. Preocupa-se em não ter sucessores idealistas,

acha que não houve ainda interesse em formar pessoas que tenham condições, paixão, amor ou mesmo interesse para levar adiante esse projeto. Não ter sucessor significa que não haverá continuidade do trabalho. Pelas informações obtidas, percebemos que ainda não se investiu na formação de pessoal para realizar o trabalho no CERSAM Leste. Entretanto, em se tratando de Saúde Mental, é necessário que ele se reinvente e que massivamente se projete. Não é um trabalho para se realizar sozinho, mas que demanda vários interlocutores ‘de boa vontade’.

Conforme Generoso et al. (2010, p.143), “é necessária uma construção engajada para a desconstrução de estruturas de opressão e reconstrução de espaços críticos”. A concepção de Saúde deve estar relacionada à noção de território, articulada aos princípios do SUS, abrindo oportunidades para construir horizontes de liberdade. A clínica ampliada, que envolve diversas ações necessárias à nova forma de cuidados em saúde mental, incorpora novos saberes, mas também novos recursos, cujo tratamento tem como norte o acompanhamento da vida de cada usuário.

Sobre a loucura e suas vicissitudes, o EXF-3 afirma que

não dá para embolar o meio de campo. Existe loucura, mas tem que tratar com respeito, tem que ter humanidade. Mas você tem que saber que está correndo riscos naquele meio. Um paranoico vai achar que seu olho está perseguindo ele, que está saindo, não sei. É o que está enxergando, então de repente ele pode te matar para não morrer. Eu acho que a gente sempre tem que ter cuidado. Eu já corri muito risco no consultório.

Sobre como agiria hoje, declara EXF-3:

Eu acho que tem muita coisa para ser repensada. Acho que seria um bom momento para chamar pessoas que tiveram experiência lá dentro para estarem discutindo e colocando no papel o que deu certo e o que não deu.

Nesse sentido, Amarante (2010, p.108) enfatiza que Basaglia já colocava em questão a prática que se realizava nos hospitais, porque ele começava a acreditar que o hospital não é transformável, não é reformável, não é modernizável. Amarante ainda vai além quando afirma

que todos os esforços de modernização acabarão um dia cedendo, devendo passar para a superação efetiva do modelo psiquiátrico hospitalar, acabarão cedendo os rearranjos que o modelo manicomial faz. Esse modelo volta a contaminar as experiências inovadoras, ele volta a reocupar o espaço, assim como uma erva daninha, que você tira um pouco e ela continua.

Mais uma vez surge a dúvida sobre o papel e abrangência dos CERSAM, ao mesmo tempo em que desvela a importância da existência de uma rede de cuidados integrada e realmente eficiente que possibilite aos usuários transitarem pela cidade, na tentativa de ressocializá-los em outras instâncias que não somente as instituições ‘psi’.

A impressão que se tem de alguns usuários é que seu mundo social se restringe ao CERSAM e ao Centro de Convivência Arthur Bispo. Nessa perspectiva, Rolnik (1988, p.13), define “a cidade como lugar de habitação humana e a compara a um grande ímã, mesmo antes de se tornar um lugar permanente de trabalho e moradia”. A partir da perspectiva de Rolnik (1988, p.22) da cidade como um ímã, temos que admitir que esse fato implica numa forma de viver de modo coletivo, assim a relação morador da cidade e o poder urbano pode variar em cada caso. Contudo, “desde sua origem, a cidade significa ao mesmo tempo uma maneira de organizar o território e uma relação política”.

Retomando Bolnow (2008, p.194), somente com a completa localização no espaço o homem é ele mesmo, recupera o *self*, e disso resulta a importância decisiva do espaço para a constituição do *self*. Em outras palavras, apenas por meio da localização num lugar definido no espaço é que também o *eu* pode ganhar aquela consistência para sustentar-se como algo provido de identidade. “Por esse motivo, o espaço é a condição prévia indispensável para a formação de um *eu* que se relaciona consigo mesmo em liberdade”.

Sintetizando, “ser no espaço e ser no mundo podem se aproximar e, por vezes, vir a assumir o mesmo significado” (Bolnow 208, p.292). Pelo que foi discutido aqui, tudo



indica que o CERSAM Leste pode se aprimorar para assumir o mesmo significado para usuários e funcionários. O futuro dirá.

No próximo capítulo apresentamos e comentamos, rapidamente, alguns dos desenhos feitos pelos entrevistados a pedido da pesquisadora, e neles podemos visualizar algumas das questões discutidas neste capítulo.

## **CAPÍTULO 5 – O CERSAM LESTE NA REPRESENTAÇÃO IMAGÉTICA DOS ENTREVISTADOS**

Os desenhos podem ter vários enfoques podendo representar o mundo real, ou revelar a memória do seu autor. É caracterizado como imagem visual, sendo que, para compreender o processo de sua elaboração faz-se necessário a incorporação dos enunciados verbais de seu autor. Assim o diálogo com os entrevistados mostrou-se condição fundamental de interpretação das figuras possibilitando sua identificação e o acompanhamento da percepção dos usuários e técnicos sobre o espaço e significado do CERSAM Leste.

Dos doze desenhos produzidos, sete representaram a área externa com árvores e muitas pessoas interagindo, cantando, jogando ou conversando. Os cinco restantes retratam temas variados, como o espaço do Centro de Convivência Arthur Bispo externa e internamente. Um desses cinco desenhos é representado por uma interrogação e acompanhado do comentário de que ninguém sabe para onde o CERSAM vai, ele é uma interrogação.

Analisando as produções como expressão do espaço do CERSAM, identificamos temas como: espaço de acolhimento; minha primeira segunda casa; minha segunda casa; espaço de trabalhos manuais; espaço onde o verde é uma constante. De maneira geral, produção de vida, sentido, liberdade.

Quando pedimos para U3 desenhar o CERSAM ele vai comentando:

Vou desenhar a pracinha. Aqui o banco sabe? Aqui uma menina sentada. Vou por uma menina. Aqui vou por uma árvore. Lá tem árvore, muito verde, muito mato, o chão.

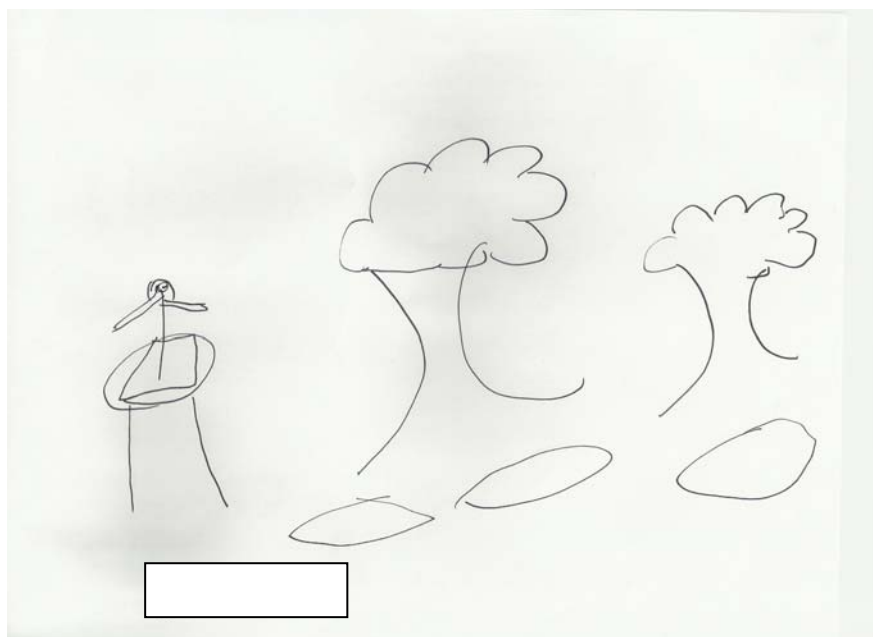


Figura 15 – CERSAM Leste Perite na visão de U-3

Os desenhos de EXF-2 sobre os espaços dos dois CERSAM são muito reveladores no que tange à questão dos dois momentos vivenciados por ela:



Figura 16 – Desenho do antigo CERSAM Leste – Rua Anhanguera na visão de EXF-2

Esse aqui é o primeiro. É aquela casinha mesmo, bem aquela casinha nossa de infância com cortininhas na janela, com muita plantinha, lugares aconchegantes. Aqui dentro com sofazinho. Vou desenhar até uma lareira que não tinha. Aqui era o calor dos corpos. Bom eu acho que é isso, com chaminé. Aquela casinha que a gente ocupou o espaço assim, com quintal, cheio de entradas; As portas ficavam todas abertas. Aqui tinha a tal da escadinha... Janela, janela, entradas. Aqui uma porta bem grande aberta. Sei que tinha muros aqui, mas eu não vou desenhar não. Aqui é a rua. É alguma coisa bem

aberta que eu quero falar. Com muito calor, muita fumaça que envolve coisa boa e afeto. Vou por CERSAM 93.

Sobre o segundo desenho, da Rua Perite, EXF-2 delinea o espaço:

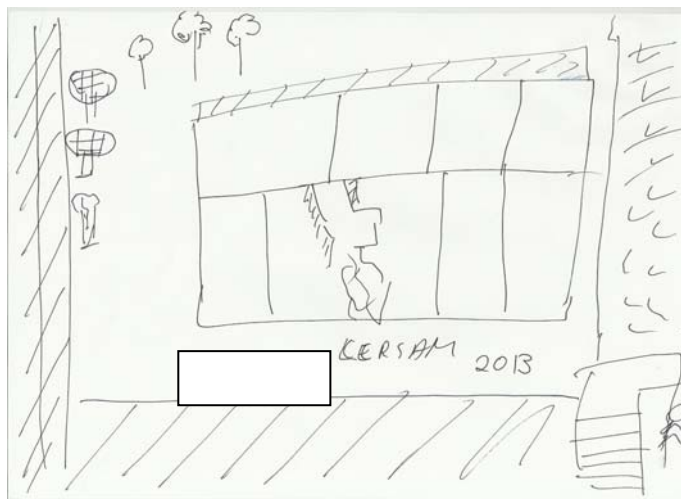


Figura 17 – Desenho do atual CERSAM Leste – Rua Perite na visão de EXF-2

Agora o CERSAM hoje. Muita área, o pátio. Aqui tem uma guarita com o porteiro. Um portão tanto que tem o segundo andar com escadaria cheia de grades para o povo não cair e aqui consultório, consultório, consultório, consultório. Aqui têm as mesas abandonadas de jogo de dama. Tem umas plantas, umas árvores, tem o desenho da arquitetura. Aqui também tem grama regada por faxineiro.

Para o U-1, o CERSAM atual é prazeroso devido às árvores e ao espaço amplo.

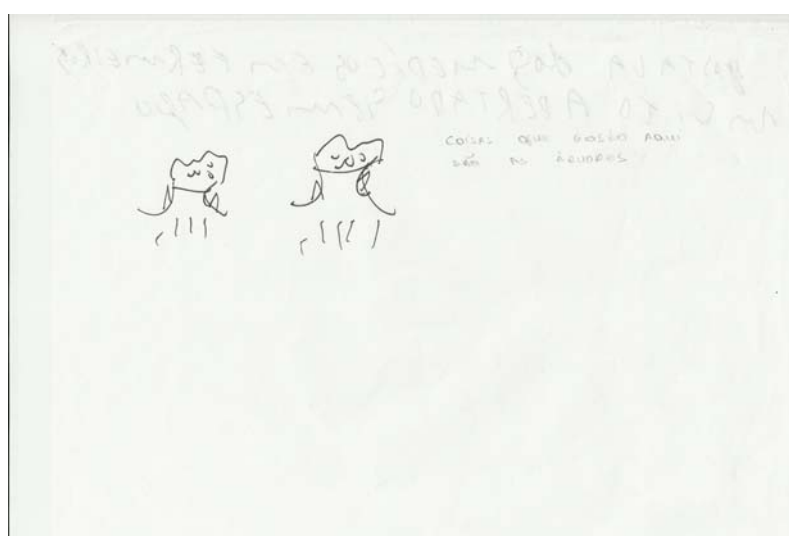


Figura 18 – CERSAM Leste Perite na visão de U-1

Ao desenhar, U-1 declara que são as coisas que mais gosta no CERSAM atual: as árvores. Em seguida vira a folha e escreve que gosta dos médicos e dos enfermeiros. Em seguida observa que o CERSAM antigo era muito apertado, sem espaço.

O U-2 considera o CERSAM Perite uma casa. Desenha a fachada e afirma: vou escrever aqui ‘minha segunda casa’.



Figura 19 – CERSAM Perite na visão de U-2

Em seguida é solicitado a desenhar o CERSAM Anhanguera, onde permaneceu por dez anos. Ao desenhar o CERSAM antigo, atual Centro de Convivência Arthur Bispo, U-2 escreve ‘minha primeira segunda casa’, tendo em vista que no desenho anterior o CERSAM aparece como sua ‘segunda casa’.



Figura 20 – CERSAM Anhanguera na visão de U-2

Conforme a F-1, O CERSAM é um espaço grande, cheio de vida e cheio de gente.

‘Nossa, fiz uma casa enorme!’.

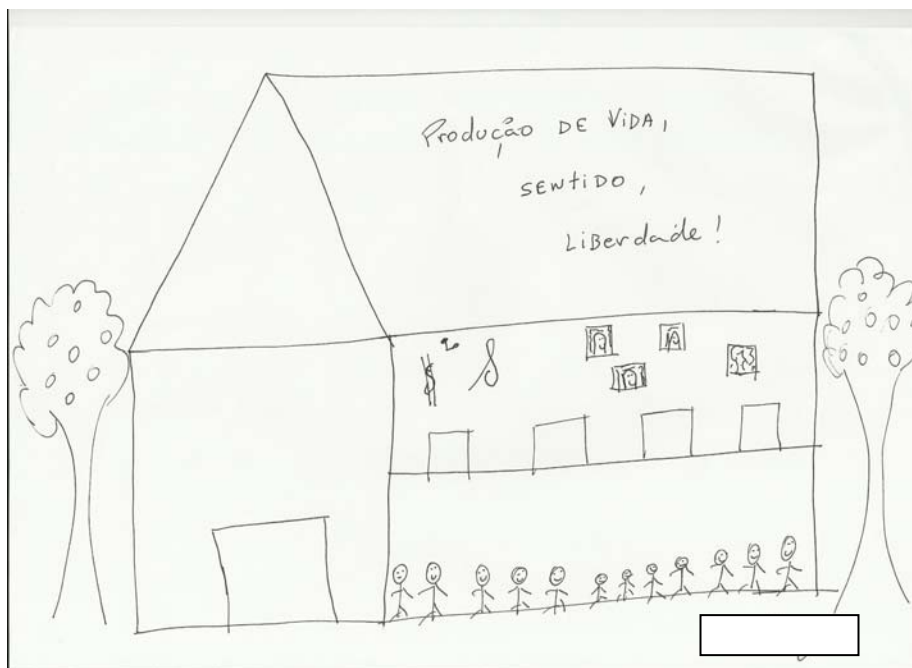


Figura 21 – CERSAM Leste Perite na visão de F-1

Para F-2, ‘gosto do espaço externo do CERSAM, pessoas lá fora conversando, cheia de verde’.

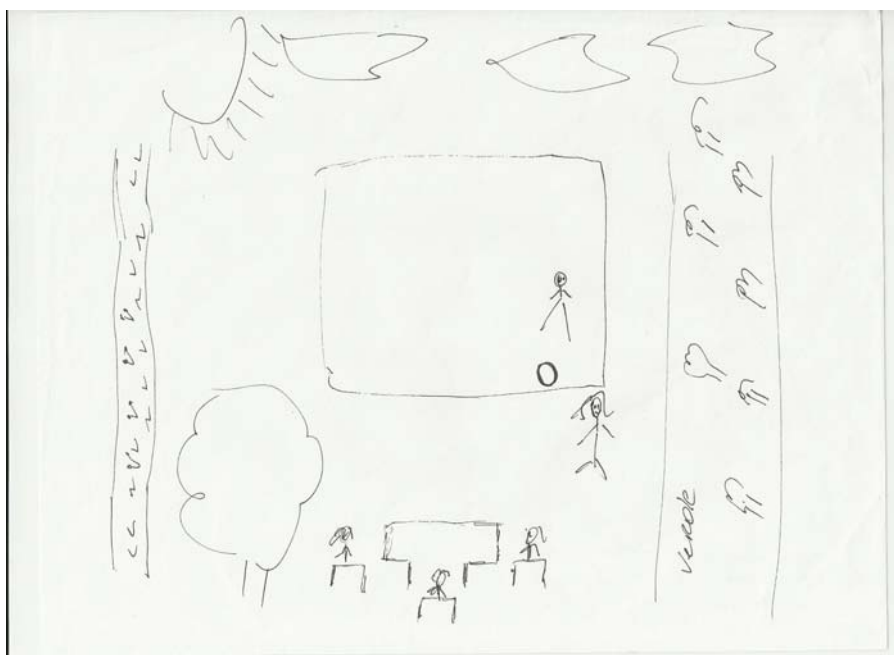


Figura 22 – CERSAM Leste Perite na visão de F-2

Ao ser solicitada para desenhar, a EXF-2 refletiu muito e inseriu a imagem do CERSAM como uma interrogação. Pensativa, posicionou-se da seguinte maneira: ‘vamos ver se a atual gerente dá conta. Ali tem que ter uma pessoa de pulso forte para colocar as coisas em ordem. Tomara que ela consiga’.

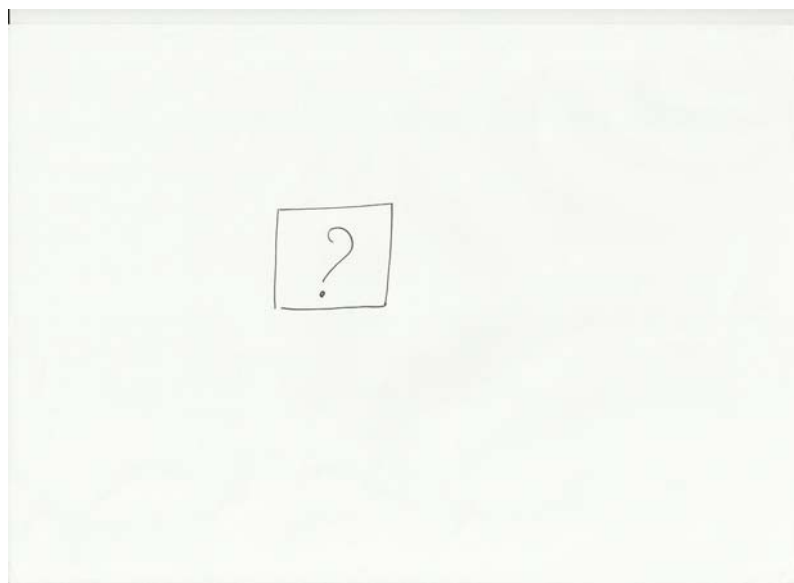


Figura 23 – CERSAM Perite na visão de EXF-2

Desenhar é um ato de representar alguma coisa ou sentimento. É um registro e uma forma de comunicação gráfica. Nesse sentido, os desenhos descritos (Figuras 15 a 23) foram elaborados após a entrevista com as pessoas, e refletem a sua relação com o espaço pesquisado.

Nos desenhos dos usuários aparecem as árvores como símbolo do espaço externo que eles consideram mais agradável e gostoso de ficar, com exceção do usuário 2, que já está no CERSAM há 17 anos e considera o CERSAM novo como sua segunda casa e o CERSAM antigo sua primeira segunda casa. O desenho da casa toma todo o espaço da folha. Mesmo assim, as árvores ainda aparecem em baixo, do lado direito.

Sobre o desenho dos funcionários, o funcionário 1 projeta uma casa de dois andares, com gente nas janelas, música tocando, duas árvores laterais quase que sustentando a

estrutura do CERSAM e vários usuários na área externa. Registra ‘Produção de vida, sentido, liberdade’, palavras que podem resumir a função a ser desenvolvida no atual espaço onde a clínica acontece.

A funcionária 2 desenha o prédio do CERSAM como um quadrado e dá ênfase maior na área externa. As pessoas parecem se divertir, jogando bola e conversando nas mesinhas.

Os desenhos de uma ex-funcionária registram que o CERSAM de 1996 significava aquela casa da infância onde tudo está aberto, as janelas, os afetos e a vontade de realizar um trabalho novo. Não existem barreiras para a realização desse sonho. A casa está em contato direto com a rua, com tudo que acontece em seu entorno. Trata-se de uma casa em movimento e com muito aconchego humano. Entretanto, seu desenho do CERSAM 2013 é representado como um espaço todo segmentado, cercado e muito frio. Existem as árvores e a área verde, só que existem muros em volta de tudo. A impressão é que o espaço está completamente isolado interna e externamente.

Sobre o último desenho realizado, a EXF-2 ela expressa o atual momento vivido pela instituição como uma indefinição de princípios, de trabalho com os portadores de sofrimento mental, afirmando que ninguém sabe o rumo que tomará nem o que será daqui para frente. É uma incógnita.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de criar e modificar lugares para propósitos sociais é dinâmico e dialético. Assim, este trabalho objetivou pesquisar como o espaço construído de um dispositivo — o CERSAM Leste — tem sido percebido pelos usuários, portadores de sofrimento mental, e pelos técnicos que cotidianamente lidam com a questão da loucura. Complementarmente, suscitou questões sobre a territorialidade onde o serviço de saúde mental está inserido e sobre a política de saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica e suas implicações e aplicabilidades nos espaços físicos onde o tratamento acontece. Desejou-se, ainda, indagar se em termos materiais estruturais arquitetônicos esses espaços estão em consonância com os princípios da Luta Antimanicomial.

Neste trabalho tivemos oportunidade de poder contar com entendimentos relevantes de especialistas da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica brasileira, de psiquiatras, psicólogos, filósofos e arquitetos. O tema é delicado e, conforme a literatura (Yasui 2010) há uma dimensão epistemológica na Reforma Psiquiátrica que se caracteriza pelo conjunto de questões situadas na produção dos saberes e que demandam a desconstrução dos conceitos fundamentais da psiquiatria, tais com doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade. Além disso, suscita a reconstrução/invenção de um novo marco teórico e de novos operadores conceituais.

Há um novo olhar, um descortinamento de um campo complexo de dimensões do real e, por isto, desejou-se obter vários focos a respeito do mesmo objeto: o CERSAM Leste, que registrou percepções de usuários, familiar, funcionários, ex-funcionários e outros envolvidos com o ambiente construído analisado.

Ressaltamos que a discussão apresentada se fez no sentido de relatar falas de diversos atores acerca de percepções e práticas que, na realidade, refletiram eventuais tensões

no campo da saúde mental. Todos se propuseram a contribuir para a possibilidade de abertura desse saber. Divididos em grupos, buscamos apresentá-los por meio da construção de olhares diferentes sobre o CERSAM Leste, e não por serem usuários, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e familiares. Esta foi a razão de não terem sido identificados.

Entendemos como Amarante (2008) de que a organização de várias entidades e associações de usuários e familiares de portadores de sofrimento psíquico tem um valor relevante na salvaguarda dos direitos humanos e de cidadania desses pacientes. Contudo, pela análise realizada percebemos, também, que o CERSAM Leste está no caminho certo, devidamente amparado por políticas públicas e pessoas interessadas, que visam o bem estar dos usuários.

Sabe-se que o CERSAM Leste é um dispositivo de uma instituição e, como tal, é um conjunto que liga os saberes, as administrações, leis, regulamentos e recursos materiais, que estruturam a relação terapia-usuário-acolhimento. Ouvidas adequadamente, todas as pessoas envolvidas precisam ser orientadas e inseridas nas soluções, encaminhamentos e tratamentos construídos de comum acordo, sempre procurando evitar que um usuário levado para o atendimento seja alijado do processo. Isto não é simples, mas deve ser modificada a tendência de um serviço de atenção psicossocial ter uma estrutura burocrática, pois o ideal é que ela seja flexível o bastante para não existir a consideração de tratamento de doença, mas a da busca da saúde.

Percebemos, ao longo do trabalho, que o ambiente construído com cuidados especiais, como o CERSAM Leste, favorece o bem estar de todos os seus envolvidos, por mais que sejam registrados posicionamentos contraditórios. Afinal, todos são seres humanos e, nesse ambiente, sempre sujeitos a muitas tensões e pressões.

Entendemos que o estudo de caso nos propiciou vislumbrar que o ambiente construído exerce influência na promoção do bem estar dos usuários na medida em que

favorece determinadas relações sociais e atitudes consideradas saudáveis e coletivas. Entretanto, pode ser também um dificultador, uma vez que impede e impossibilita a vivência da subjetividade dos indivíduos e do grupo.

É exatamente aqui que se encontra o grande desafio da Reforma Psiquiátrica de alimentar constantemente a produção de serviços que produzam novas realidades e rupturas com as práticas excludentes.

Ao iniciar o estudo comparativo dos espaços ocupados pelo CERSAM Leste em momentos diferentes, esperava-se que um espaço pensado, construído e formatado para ocupar o lugar dos antigos espaços asilares, facilitasse o trabalho dos técnicos e auxiliasse na promoção do bem estar do portador de sofrimento mental. Entretanto, no desenvolver da pesquisa, outras questões vieram à tona e merecem ser apontadas como possibilidade de futuros trabalhos, como: qual é o perfil do profissional que deve atuar no CERSAM? Qual a necessidade de formação atual da equipe técnica? Como manter os princípios da Luta Antimanicomial no cotidiano do trabalho? Como ocupar adequadamente um espaço sem que ele se torne manicomial?

A partir dos resultados obtidos pela análise do conteúdo, das observações e das representações do CERSAM Leste expressos pelas falas e desenhos dos entrevistados, deparamo-nos com várias significações sobre o ambiente utilizado pelos portadores de sofrimento mental no que tange à questão do espaço vivenciado e do espaço idealizado.

Mais do que respostas, o estudo de caso suscita questões sobre o papel da Rede de Saúde Mental em Belo Horizonte e a criação de novas estratégias de atendimento.

Outro ponto importante levantado foi a necessidade constante de assistência aos familiares dos usuários por meio das reuniões, participação em festas e outras atividades que merecem serem retomadas. É necessário que os familiares permaneçam e participem do tratamento, porque sem seu envolvimento o trabalho dos profissionais pode se tornar

eventualmente difícil e pesado. Lembrando a fala da mãe de um dos usuários, ‘não é só doença, a gente tem que ter esperança’, e é na esperança de dias melhores que o trabalho se reinventa e se faz concreto. Essa esperança também se consolida na participação e contato com a equipe técnica do CERSAM de forma constante e sistematizada.

Apuramos que o CERSAM Leste é visto como um lugar agradável, claro, verde e com uma área externa excelente para encontros e trocas de experiências. Entretanto, ao assumir sua nova identidade, se sobrepondo ao espaço de uma Policlínica, ele se fragmenta e evidencia uma equipe que já vinha acumulando dificuldades. Por melhores que tenham sido as intenções e o empenho das pessoas que o projetaram, o propósito de uma clínica aberta não prosperou. As pessoas passaram a viver isoladas e de forma compartimentada, refletindo essa fragmentação diretamente na convivência com os colegas de trabalho e, por consequência, com os usuários, fazendo com que a desinstitucionalização não se concretizasse nos moldes previstos pelos idealizadores.

Nesse aspecto, Amarante (2003) observa que a desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviço, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de reconhecer o problema, de reconstruir saberes e práticas, de restabelecer novas relações. Dessa forma, acreditamos que o CERSAM deve se pautar por um serviço inovador, que se reinvente a cada dia e que efetivamente seja um espaço onde se produzam novos conceitos e novas formas de viver e conviver com as diferenças.

Como desdobramento, apontamos a necessidade de um investimento maior na formação de recursos humanos na área de saúde mental desde a graduação e após o ingresso no mercado de trabalho. Quando uma ex-funcionária questiona que talvez não tenha sucessora, ela faz referência à formação técnica dentro dos preceitos da Luta Antimanicomial. Acreditamos que o entendimento e a forma de se trabalhar dentro de um espaço que se pretende aberto, em oposição ao espaço asilar, são lentos e demandam construções constantes

com os técnicos, usuários e familiares. A formação técnica deve vir aliada à formação ética e social, que nunca se findam, pois é um terreno em constante mutação, assim como as teorias que sustentam o trabalho.

Concretamente é necessário revitalizar a equipe do CERSAM Leste, dando um salto de qualidade no trabalho, retomando as oficinas e os passeios pela cidade, ampliando espaços na vizinhança, criando laços significativos com a comunidade, vivenciando as possibilidades do território onde se insere o CERSAM. Habitar, trabalhar, relacionar, acolher, amar e ser acolhido e amado são necessidades humanas e isso demanda um trabalho multidisciplinar e muita boa vontade de todos os envolvidos, especialmente quando o foco se dirige a portadores de sofrimento mental.

Finalizamos estas considerações parafraseando Bollnow (2008, p.292), para quem o espaço é um simples sistema de relações, mas o espaço se tornará uma espécie de meio e somente nesse meio podemos, de modo significativo, falar de ‘um achar-se no espaço’. Como meio, o espaço se torna algo quase material, uma vez que podemos realmente nos relacionar de modo definido com o espaço e não com as coisas no espaço e sem, com isso, torná-lo um objeto (e sem tampouco subjetivá-lo). Como meio o espaço é um intermediário entre ‘objeto’ e ‘forma de visão’, mas não é um ‘recipiente’ independente do sujeito e nem simples criação subjetiva. Em outras palavras, a realidade do espaço é tomada apenas como recurso auxiliar para que se possa relacionar com o espaço de maneira diversificada. Nesse sentido, espaço e mundo, ser no espaço e ser no mundo podem se aproximar e eventualmente virem a assumir o mesmo significado.

Não se poderia, também, deixar de lembrar o que disse Graf von Dürckheim (1932): o espaço vivenciado é para o *self* um meio de realização em carne e osso, passagem ou permanência, local de realização e possibilidade de evolução.

Assim, podemos parafrasear Schmid, (2005, p.329) na perspectiva de que o ambiente construído é mais que um conjunto selecionado de variáveis e parâmetros sujeitos ao cartesianismo das normas. Efetivamente tornado arquitetura, é algo contínuo e complexo, não se resume naquilo que pode ser montado numa bancada de testes de laboratório, tampouco cabe dentro de uma moldura pendurada numa parede branca de uma galeria. É um meio efetivo de vida, em que ela acontece no plano físico, sentimental e intelectual. Nesse aspecto, o conforto se configura como consolo, e isto não se restringe, pois abre o campo do conforto ambiental a ponto de impor-lhe a interdisciplinaridade como única alternativa de sobrevivência. Dito de outra forma, o conforto não pode ser somente ideia, mas deve se concretizar nos ambientes dando-lhes sentido.

Neste estudo foi feita uma primeira análise de um dispositivo de atendimento a portadores de sofrimento mental, mas muitas outras seriam possíveis, não se esgotando nesta pesquisa.

**REFERÊNCIAS**

- Alarcon, S. (2000). Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. *In* Amarante, S. (org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. (pp. 25-40). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2009). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed., 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2001). (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (dez. 1994) Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. *Saúde em Debate*, 45, pp.43-46.
- Amarante, P.; Torre, E. H. G. (2007). Avaliação em Saúde Mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. *In* Guljor, A. P. (org.). *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. (pp.41-61). Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Anaya, F. (2004). *Reflexão sobre o conceito substitutivo em Saúde Mental: a contribuição do Cersam de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado-Escola de Saúde Pública da FIOCRUZ – Rio de Janeiro.
- Andrade, M. C. (1999). CERSAM: espaço novo para articulações contemporâneas da Psiquiatria. (pp.37-38). *Metipolá, Revista CERSAM Leste*, Belo Horizonte.
- Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 117, 127-147.
- Bachelard, G. (1993) *A poética do espaço*. Tradução de Antonio de Pádua Danesi – São

Paulo: Martins Fontes, Coleção Tópicos.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. 3 ed. Lisboa: Edições 70.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. 5 ed. Lisboa: Edições 70.

Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2012). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 10ª ed. Petrópolis, RJ; Vozes.

Becker, H. S., & Geer, B. (1957). Participant observation and interviewing: a comparison. *Human Organization*, 16(3), 28-32.

Bezerra Jr B (1992). Cidadania e loucura: um paradoxo? (pp. 113-126). In Bezerra Jr B & Amarante BD (org.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Ed Relume-Dumará.

Bollnow, O. F. (2008). *O homem e o espaço*. Trad. Aloísio Leoni Schmidt. Curitiba: Editora UFPR.

Brandão, C. A. L. (nov. 2008). Onde Mora o Bem Estar. *Revista Diversa UFMG*, Belo Horizonte, v.7, n.16.

Brasil. Constituição Federal. 05 de outubro de 1988. *Diário Oficial da União*, 5 de outubro de 1988.

Brasil. Lei 10.216. 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. *Diário Oficial da União*, 09 de abril de 2001.

Brasil. Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção Básica e Saúde da Família*. Brasília, 2011. Acesso em: 02 fev. 2013 em <http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>

Broadbent, G. (1973). *Design in Architecture – Architecture and the Human Sciences*. London: John Wiley & Sons.



- Butterworth, I. (2000). *The Relationship between the Built Environment and Wellbeing: a literature review*. Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne, Australia.
- Acesso em: 04 abr. 2013 em  
[www.vichealth.vic.gov.au/.../PlanningHealthyEnvironments/.../built\\_env...](http://www.vichealth.vic.gov.au/.../PlanningHealthyEnvironments/.../built_env...)
- Candau, J. (2011). Pensar, classificar: memória e ordenação do mundo. In Candau, J. *Memória e Identidade* (pp.83-104). Trad. Maria Leticia Ferreira. São Paulo: Contexto.
- Campos, C.R., (2007) Cidadania, sujeito, Cersam e manicômios (PP.4-11), Metipolá – Revista Cersam Leste, Belo Horizonte.
- Carvalho, A. M. T. & Amarante, P. (2000) Forças, diferenças e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In Amarante, S. (org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. (pp. 41-52). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carvalho, F. Z. F. & Milagres, A. F. (1999) A clínica do CERSAM. (pp.23-26) Metipolá, Revista CERSAM Leste, Belo Horizonte.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Castel, R.; Castel, F. & Lovell A. (1982). *The Psychiatric Society*. New York: Columbia University Press.
- Cecarelli, P. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 10(3) 471-477.
- Cervini, E.A. ( 2005) in *Saúde Mental e Arquitetura: espaço e ambiente no processo terapêutico* – (pp13-16) - Editora Livro Pleno
- Chamon, Edna Maria Querido de Oliveira (2007). Representação social da pesquisa e da atividade científica: um estudo com doutorandos. *Estudos da Psicologia*, Natal, 12(1), 37-46.
- Chevalier, J. & Gheerbrant, A. (1991). *Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes,*

*gestos, formas, figuras, cores, números*. Rio de Janeiro: J. Olympio.

Clark, Charlotte; Candy, Bridget; Stansfeld (2006). *A systematic review on the effect of the built and physical environment on mental health*. Mental Health Foundation Centre for Psychiatry, University of London.

Corral-Verdugo, V. (2005). Psicologia ambiental: Objeto, “realidades” sociofísicas e visões culturais de interações ambiente comportamento. *Psicologia USP*, 16(2), 71-87.

Costa, J. F. (1976). *A história da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Taurus.

Cruz, L. R. & Barreto, S. J. (2002). A importância do lazer na inclusão da pessoa portadora de deficiência mental na sociedade. *Instituto Catarinense de Pós-Graduação*, 14p.

Dal Poz, M. R.; Lima, J. C. S.; Perazzi, S. (2012) Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22, 2, p.621-639. Acesso em 13 fev. 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/12.pdf>

Delgado, P.G. (1992). *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Tê Cora.

Fábregas, N. N.; Campos, C. R.; Carvalho, F. Z. F.; Milagres, A. F.; Andrade, M. C.; Jacobina, S.; Teixeira, R. M.; Hamdan, J.; Freire, V. B.; Lobosque, A. M.; Botti, A. P. L.; Lacerda, A. A.; Moura, P. R. & Reis, S. (1999). *Um CERSAM e seu percurso: questões de travessia* (pp.30-33). Metipolá, Revista CERSAM Leste, Belo Horizonte.

Felippe, M. L. (2010). Casa: uma poética da terceira pele. *Psicologia & Sociedade*, 22(2), 299-308.

Fontes, M. P. Z. (2003). *Imagens da arquitetura da saúde mental: um estudo sobre a requalificação dos espaços da Casa do Sol*, Instituto Municipal de Assistência à

- Saúde Nise da Silveira*. (Dissertação Mestrado em Arquitetura) Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ/FAU/PROARQ.
- Foucault, M. (2000) A constituição histórica da doença mental. In Foucault, M. Doença mental e psicologia, vol.11. (pp.75-86). Rio de Janeiro: Sexta. (Original publicado em 1972).
- Foucault, M. (2005). *A História da Loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva. (Original publicado em 1961).
- Foucault, M. (1975) *Vigiar e Punir – História da violência nas prisões* Ed. Petrópolis, RJ
- Foucault, M. (2005). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Gaskell, G. (2012). *Pesquisa Qualitativa com texto: imagem e som. Um manual prático*. 10ª edição Ed. Petrópolis, RJ Vozes.
- Generoso, C. M., Melo, I., Vieira, J., Melo, L. & Vieira, R. (2010). Estágios e atividades afins: novos campos de práticas em saúde mental (pp.143-147). In: Lobosque, A. M. *Seminário Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: Caderno de Saúde Mental, ESP-MG, v.3.
- Graf von Dürckheim, K. (1932). Untersuchungen zum gelebten Raum. *Neue Psychologische Studien*, Munich, 6, p.383.
- Health Canada (1997). Health and environment: Partners for life. Acesso em: <http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/catalogue/general/97ehd215/built.pdf>.
- Heidegger, M. (2002). *Ser e Tempo*. Trad. M. S. C Schuback. 12 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Hissa, C. E. V. (2006). Ambiente e vida na cidade. (pp.81-92). In: Brandão, C. A. L. (org.). *As cidades da cidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Huang, Y., Robertson, M. M., & Chang, K. (2004). The role of environmental control on environmental satisfaction, communication, and psychological stress: Effects of

- office ergonomics training. *Environment and Behavior*, 36(5), 617-637.
- Imamoglu, C. (2007). Assisted living as a new place schema: A comparison with homes and nursing homes. *Environment and Behavior*, 39(2), 246-268.
- Ittelson, W. H., Proshansky, H. M., Rivlin, I. G., & Winkel, G. H. (2005). *Homem ambiental*. Série Textos de Psicologia Ambiental, 14 (J. Q. Pinheiro, trad., p. 1- 9). Acesso em 13 de fev. 2013 em <http://www.psi-ambiental.net/pdf/14Homemambiente.pdf>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org.). *As representações sociais*. (p.17-44). Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Jodelet, D. (1992). Représentations sociales: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, Serge (org.) *La psychologie sociale* (pp.357-389). Paris: Presses Universitaires de France PUF.
- Kapp, S. (2005). Por que teoria crítica da arquitetura? In Malard, M.L. (Org.) *Cinco textos de Arquitetura*. (p.115-168). Belo Horizonte: UFMG. Acesso em 13 fev. 2013 em [http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/05\\_biblioteca/acervo/kapp\\_por\\_que\\_teoriam.htm](http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/05_biblioteca/acervo/kapp_por_que_teoriam.htm).
- Kaya, N. & Weber, M. J. (2003). Territorial behavior in residence halls: A cross-cultural study. *Environment and Behavior*, 35(3), 400-414.
- Kowaltowski, D. C. C. K.; Prata A. R.; Pina S. A.; Mikami G. & Camargo, R. F. (2000). *Ambiente construído e comportamento humano: necessidade de uma metodologia*. Acesso em: 13 fev. 2013 em [https://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/1112915/1/ENTAC2000\\_comportamento\\_metodologia.pdf](https://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/1112915/1/ENTAC2000_comportamento_metodologia.pdf).
- Kuhnen, A., Felipe, M. L., Luft, C. D. B., & Faria, J. G. (2010) A importância da organização dos ambientes para a saúde humana. *Psicologia & Sociedade*; 22(3): 538-547.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de

Janeiro: Garamond.

Lobosque, A. M. (2010). *Seminário Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: Caderno de Saúde Mental, ESP-MG, v.3.

Louback, R. (2006). A comunicação no contexto da globalização: uma ágora planetária? In: PINTO, Julio; SERELLE, Márcio (org.). *Interações Midiáticas*. (pp.189-197). Belo Horizonte: Autêntica.

Machado, R. et al. (1978) *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

Malard, M. L. (2006). *As aparências em arquitetura*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Maxwell, L. E. & Chmielewski, E. J. (2008). Environmental personalization and elementary school children's self-esteem. *Journal of Environmental Psychology*, 28, p.143-153.

Minayo, M. C. S. (2010) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Minayo, M. C. S. (1988). Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad. Saúde Pública*, 4(4), 363-381.

Ministério da Saúde (2002). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução-RDC nº 50*. 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Acesso em: 03 jan. 2013 em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050\\_21\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html)

Ministério Público Federal / Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. (2012) *Cartilha Direito à Saúde mental*. Acesso em 18 fev. 2013 em [http://osm.org.br/osm/wp-content/uploads/2012/02/cartilha\\_saude\\_mental\\_final.pdf](http://osm.org.br/osm/wp-content/uploads/2012/02/cartilha_saude_mental_final.pdf)

Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu: études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris.

- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. & Nemeth, Charlan. (1974) *Social psychology: classic and contemporary integrations*. Oxford, England: Rand McNally.
- Nogueira, M.A.M. (2005) *Saúde Mental e Arquitetura: espaço e ambiente no processo terapêutico* - Editora Livro Pleno
- Orstein, S. W. (1995). *Ambiente Construído & Comportamento: Avaliação Pós-Ocupação e a Qualidade Ambiental*. São Paulo; Ed. Nobel.
- Orstein, S. W. (1992). *Avaliação pós ocupação do Ambiente Construído*. São Paulo; Edusp/Nobel.
- Pelbart, P. P. (1993). *A nau do Tempo-Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro; Imago.
- Pereira, A. L. (2006). O Ginásio: um panóptico de Bentham para o cuidado de si? *Sociologia, Problemas e Práticas*, 51, pp. 117-138. Acesso em 20 fev. 2013 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n51/n51a07.pdf>
- Pessoa, E. L. & Vale, J. C. (2010). Controle social e Saúde Mental: capacitando os conselheiros municipais de saúde em Minas Gerais. (pp.137-141) In: Lobosque, A. M. *Seminário Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: Caderno de Saúde Mental, ESP-MG, v.3.
- Pinheiro, J. Q. (2003). Psicologia ambiental brasileira no início do século XXI: sustentável? In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Eds.). *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp.279-313). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pol, E. (1993). *Environmental Psychology in Europe: from architectural psychology to Green Psychology*. Aldershot: Avebury.
- Portocarrero, V. (2002). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica*

*da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Resende, H. (2001). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. 7 ed. Petrópolis: Vozes.

Restany, P. (1998). *Hundertwasser: o pintor das cinco peles*. Lisboa: Taschen.

Rolnick, R. (1988). *O que é a cidade*. Ed. Brasiliense. São Paulo.

Rotelli, F.; Leonardis, O. & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicacio, F. (org.). *Desinstitucionalização*. (pp.17-61). São Paulo: Hucitec.

Ruback, R. B. & Kohli, N. (2005). Territoriality at the Magh Mela: the effects of organizational factors and intruder characteristics. *Environment and Behavior*, 37(2), p.178-200.

Rykwert, J. (1999). *La casa de Adán en el paraíso*. 2 ed. Barcelona: G. Gili.

Schmid, A. L. (2005). *A ideia de conforto: reflexões sobre o ambiente construído*. Curitiba: Pacto Ambiental.

Silva, A. M. T. B., Constantino, G. D. & Premaor, V. B. (2011). A contribuição da teoria das representações coais para análise de um fórum de discussão virtual. *Temas em Psicologia*, 19(1), 233-242.

Silveira, L. C. & Braga, V. A. B. (2004). A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. *Rev Esc Enferm. USP*, 38(4), pp. 429-437.

Sommer, R. (2002). O desenvolvimento e a aplicação dos conceitos de espaço pessoal. In V. Del Rio, C. R. Duarte, & P. A. Rheingantz (Orgs.). *Projeto de lugar: colaboração entre psicologia, arquitetura e urbanismo* (pp. 19-29). Rio de Janeiro: Contra Capa/PROARQ.

Tassara, E. T. O. & Rabinovich, E. P. (2003). Perspectivas da Psicologia ambiental. *Estudos de Psicologia*, 8(2), 339-340.

- Taylor, C. (1996). *Fuentes del yo - La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós.
- Taylor, C. (1996). Language and human nature. In Taylor, C. *Human agency and language. Philosophical Papers I*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Toledo, L.C.C. (2006). *Diálogos familiares sobre a loucura*. 1ª edição –Editora Vector -SP
- Tuan, Y. F. (1983). *Espaço e lugar: a perspectiva da experiência*. Trad. Livia de Oliveira. São Paulo: DIFEL.
- Van Dijk, T. A. (2012). Prefácio. In: Van Dijk, T. A. *Discurso e Contexto: uma abordagem sociocognitiva*. Trad. Rodolfo Ilari. (pp.7-14). São Paulo: Contexto.
- Wells, M. (2000). Office clutter or meaningful personal displays: The role of office personalization in employee and organizational well-being. *Journal of Environmental Psychology*, 20, 239-255.
- Wells, M., Thelen, L., & Ruark, J. (2007). Workspace personalization and organizational culture: Does your workspace reflect you or your company? *Environment and Behavior*, 39(5), 616-634.
- Wielewicki, V. H. G. (2001). A pesquisa etnográfica como construção discursiva. *Acta Scientiarum*, Maringá, 23(1), 27-32.
- World Health Organization. (2001) The World Health Report 2001. *Mental Health: New understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
- Yasui, S. (2010) *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ (Coleção Loucura e Civilização).



**ANEXO 1 - Música Tema –U-2 – 18 de Maio/2006**

DE MÉDICO E DE LOUCO TODO MUNDO TEM UM POUCO

Autor: U-2

Refrão: Sou o Rei da Loucura, da loucura sou realeza  
Com o samba na cintura eu sou maluco beleza.

Desfilando na passarela a minha fantasia é a mais bela  
No jardins das delícias eu sou Adão e você minha Eva

Refrão: Sou o Rei da Loucura, da loucura sou realeza  
Com o samba na cintura eu sou maluco beleza.

Foucault fez da literatura a expressão da loucura  
Que expressa nossa luta contra a falsa ditadura.

Refrão: Sou o Rei da Loucura, da loucura sou realeza  
Com o samba na cintura eu sou maluco beleza.

Somos tão diferentes e ao mesmo tempo tão iguais  
Pois a nossa igualdade é lutarmos pelos nossos ideais.

Refrão: Sou o Rei da Loucura, da loucura sou realeza  
Com o samba na cintura eu sou maluco beleza.

Michael contou a história  
em nosso presente para mexer com o mundo  
em prol de quem é diferente.

Refrão: Sou o Rei da Loucura, da loucura sou realeza  
Com o samba na cintura eu sou maluco beleza.

## ANEXO 2 – Poema sobre CERSAM Leste Anhanguera

### CERSAM Leste

Casa, Família  
 Instituição histórica.  
 Símbolo Cultural  
 Da humanidade - Instituição Universal.  
 Casa, família.  
 Abrigo, conflito.  
 Aconchego, incômodo  
 Significado significante  
 Casa com muro de planta  
 Verde muro aberto  
 Casa que acolhe  
 Recepção  
 Referência  
 Plantão  
 Casa sem tamanho  
 Pequena grande casa  
 Cheia de olhares, cheia de gente  
 Cidadã.  
 Casa de família, instituição CERSAM Leste  
 Casa, projeto, movimento,  
 Luta histórica- Antimanicomial,  
 Rica história  
 Que se constrói  
 Com a história dessa gente  
 Com as histórias da gente.  
 Casa, família, instituição  
 Universal.  
 Casa, carinho, afeto, compromisso  
 Encontro, conversas, assembleias  
 Cidadãs,  
 Com cafezinho com leite  
 Cheia de vozes.  
 Casa cheia de desejos  
 Cheia do real  
 Do fantástico,  
 Do cibernético  
 Casa que se arruma  
 Desarruma  
 Se organiza  
 Casa cheia  
 Que festeja  
 Com contador de história  
 Com Flauta  
 E violão  
 Casa que tem  
 Carnaval de rua.  
 E que vai às ruas  
 Com parangolés  
 Casa com pé de pinha  
 Com buganvila  
 E manacá  
 Casa assim diferente  
 Casa assim prá essa gente

Tão parecida com a gente  
E que precisa de um lugar  
Lugar de cidadão.  
Casa de muro de planta  
Verde muro  
Aberto  
Um lugar  
Onde qualquer um  
E todo mundo  
E todas as vozes  
Pode qualquer dia  
Chegar  
E entrar...

Fonte: Revista Metipolá 1997, p.70.

ANEXO 3 – PLANTAS – CERSAM Perite

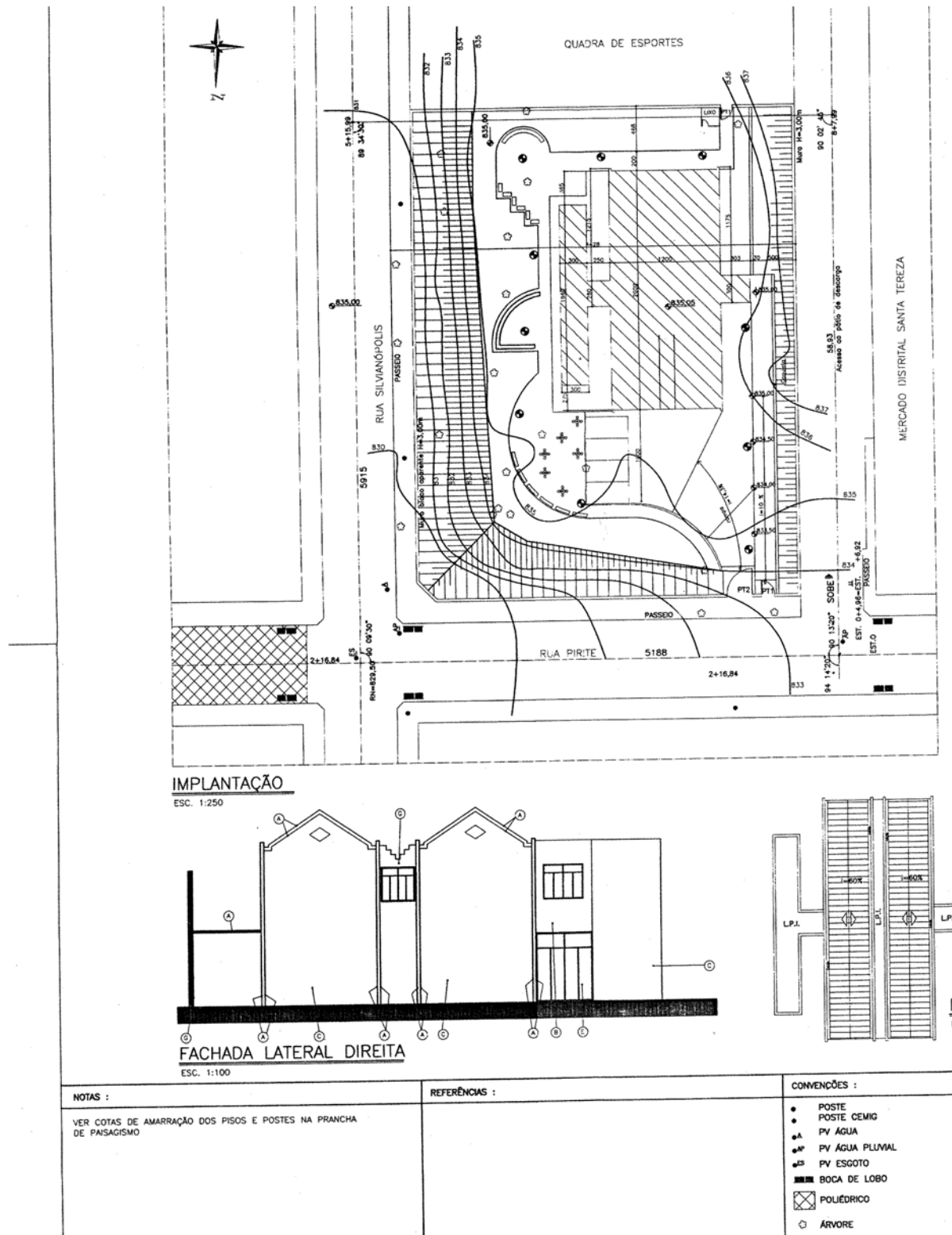
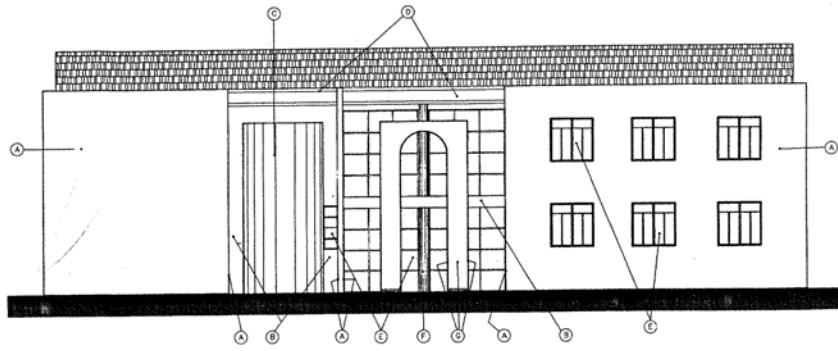


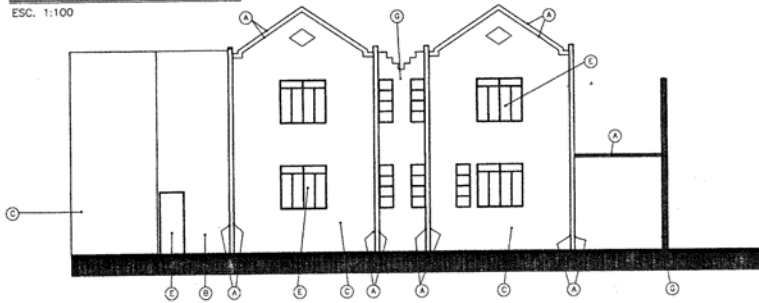
Figura 24 – CERSAM Leste Perite – Implantação e Fachada lateral direita



- ESPECIFICAÇÕES FACHADAS**
- A - CERÂMICA TEC-CER OU EQUIVALENTE COR: GELO 10X10, COLOCAÇÃO JUNTA PRUMO, RESANTE 5 mm DA MESMA COR DA CERÂMICA
  - B - CERÂMICA TEC-CER OU EQUIVALENTE COR: MARINHO 10X10, COLOCAÇÃO JUNTA PRUMO, RESANTE 5 mm DA MESMA COR DA CERÂMICA
  - C - CERÂMICA TEC-CER OU EQUIVALENTE COR: AMACATE 10X10, COLOCAÇÃO JUNTA PRUMO, RESANTE 5 mm DA MESMA COR DA CERÂMICA
  - D - PÉRTIS METÁLICAS PORTAÇOS ESMALTE SINTÉTICO ACETINADO CORALUT OU EQUIVALENTE COR:002-BRANCO GELO
  - E - ESQUADRIAS METALON/ GRADES PINTADAS ESMALTE SINTÉTICO ACETINADO CORALUT OU EQUIVALENTE COR: BRANCO 002-BRANCO GELO
  - F - PLAR REDONDO PINTADO ACRILICA SOBRE REDECO CORALPLUS OU EQUIVALENTE COR:002-BRANCO GELO
  - G - CERÂMICA TEC-CER OU EQUIVALENTE COR: ALP 10X10, COLOCAÇÃO JUNTA PRUMO, RESANTE 5 mm DA MESMA COR DA CERÂMICA
  - H - COBOÇO DE CONCRETO APARENTE 45X45X10 FURA 0 5 cm(25 FUROS)

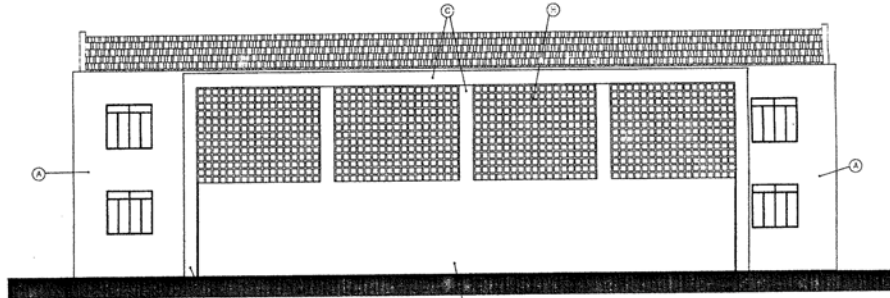
**FACHADA PRINCIPAL**

ESC. 1:100



**FACHADA LATERAL ESQUERDA**

ESC. 1:100



**FACHADA POSTERIOR**

ESC. 1:100

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
DIRETORIA DE INFRA - ESTRUTURA FÍSICA  
Projeto com aprovação visualizada em termos de  
PARECER TÉCNICO N° 240/23 de 23/01/2023  
Dr. Alexandre de Mello  
Diretor de Infra-Estrutura Física - 888-940



**LANTA DE COBERTURA**

C. 1:250

**GRADIL RUA PIRITE**

ESC. 1:250

			<b>Prefeitura de Belo Horizonte</b> <b>sudcap</b> - SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DA CAPITAL	
			TÍTULO: <b>CERSAM LESTE -CENTRO DE REF. EM SAÚDE MENTAL</b> BAIRRO SANTA TEREZA-582 PROJETO ARQUITETÔNICO	
			IMPLANTAÇÃO, FACHADA PRINCIPAL, FACHADA LATERAL DIREITA, FACHADA LATERAL ESQUERDA, GRADIL RUA PIRITE	
			<b>DIVISÃO DE PROJETOS DE EDIFICAÇÕES</b>	
			Trecho/Endereço: RUA PIRITE N° 582	Sub-trecho:
			Área do Terreno (m²): 2203	Escala: INDICADA
			Área Construída (m²): 773,81	Sistema/Empreend.: 50-062
			Projetoista / CREA: 36142/D	Princho(s): 03/04
			Desenhista:	Assunto: 720
			Data: DEZEMBRO/99	Atrib. Físico: A1
			Supervisor:	Chefe de Divisão:
			Chefe de Divisão:	Chefe de Depto.:
			Chefe de Divisão:	Diretor de Projetos:
COORD.: <b>D &amp; P ARQUITETURA</b> R.C.: PASCALE CARVALADE CREA: 36103/D MG DANILLO BATISTA CREA: 35744/D MG ANDRÉIA OLIVEIRA CREA: 31550/D MG Controle N.: DJ - 98/99 N. DES.: DEZEMBRO/99				

Figura 25 - CERSAM Leste Perite – Fachadas principal, lateral esquerda e posterior

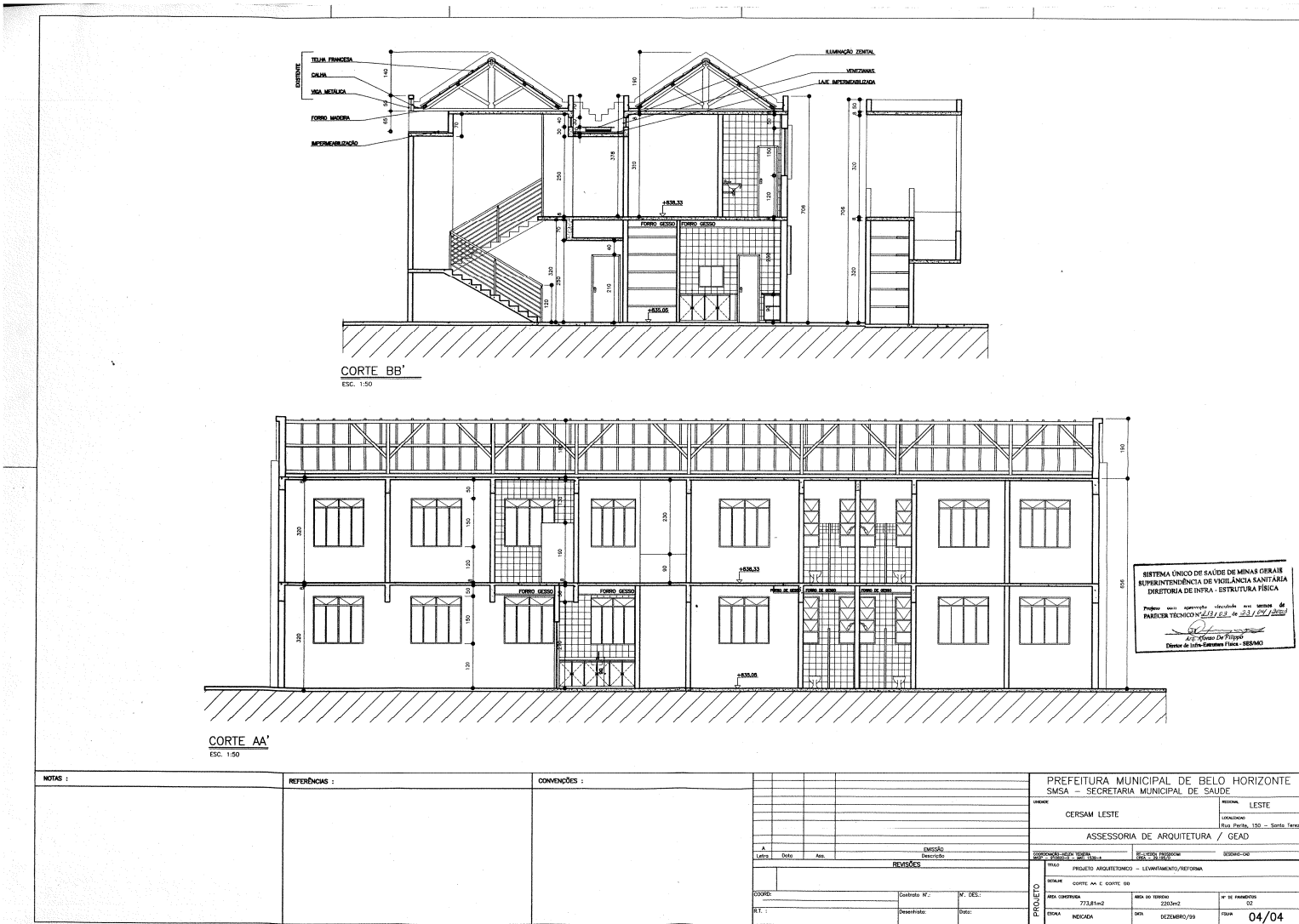
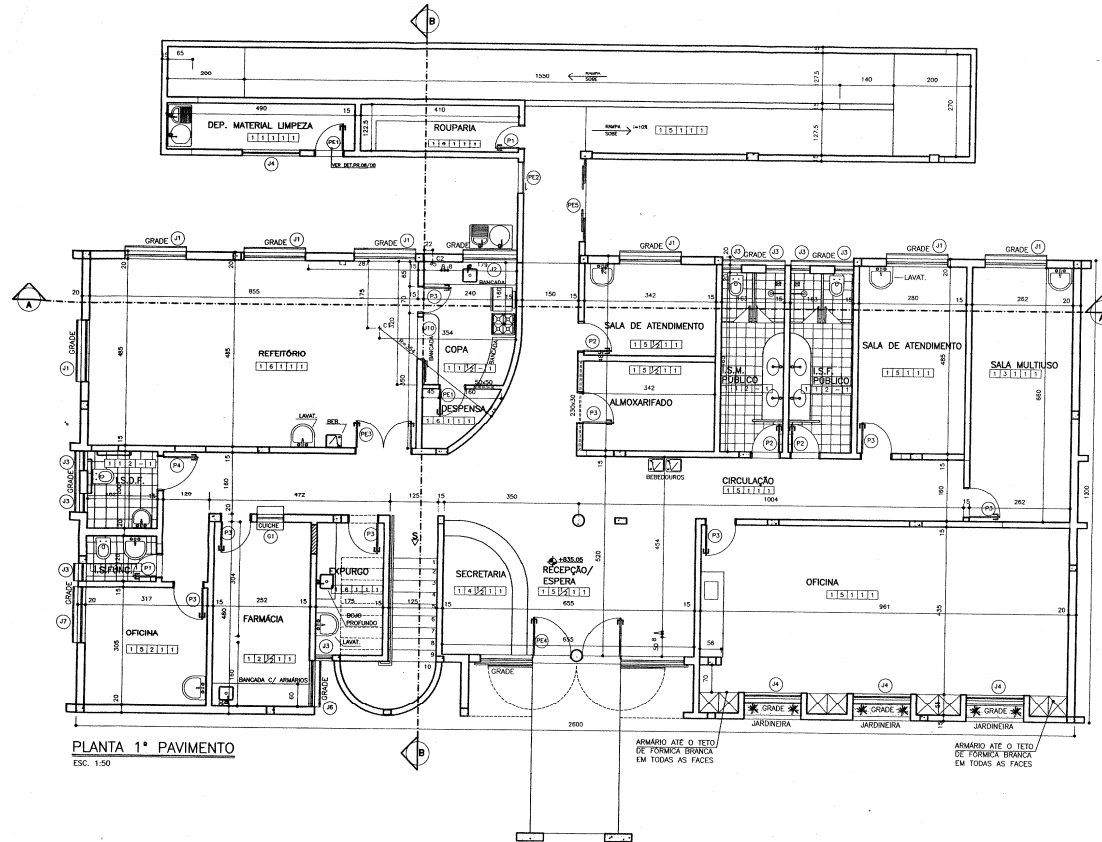
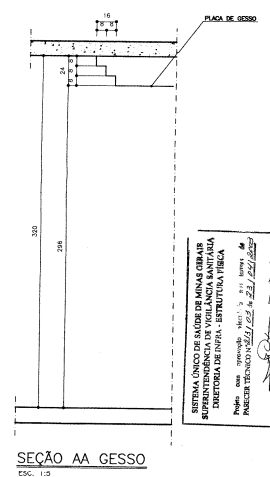


Figura 26 – Detalhamento da fachada principal



PLANTA 1º PAVIMENTO  
ESC. 1:50

REVESTIMENTOS				
PISO: 1º ANDAR				
PAREDE: 101, 102, 103, 104, 105, 106				
TETO: 101, 102, 103, 104, 105, 106				
PISO	PAREDE	TETO	RODAPÉ	SOLEIRA
1	REVEZUR C/ CIMENTO BRANCO	1	LAJE FINADA LATEX PVA COR BRANCO NEVE	1
	2	2	FORRO DE GESSO	1
	3			2
	4			2
	5			2
	6			2

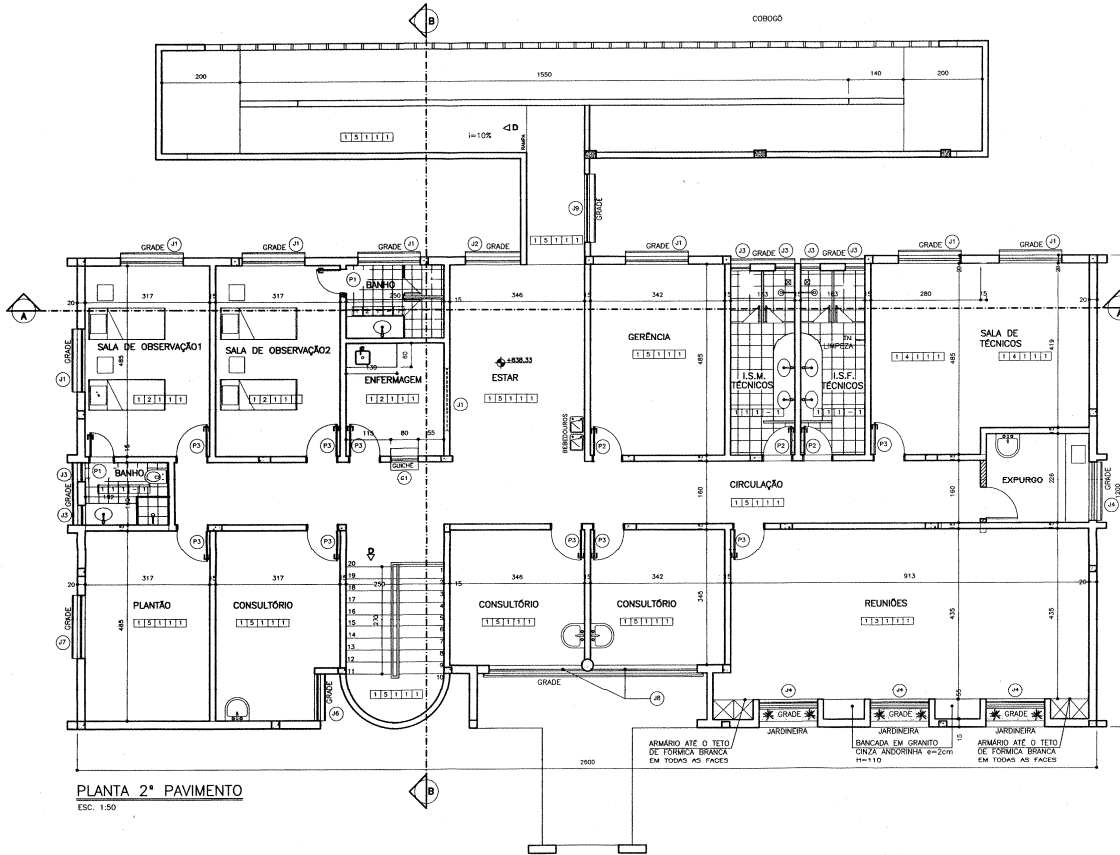


SEÇÃO AA GESSO  
ESC. 1:5

PROJ. ARQUITET. DE SAUDE DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ENFERM. - INSTITUIÇÃO VIGILIA  
Projeto em conformidade com o Parecer Técnico nº 12.511/2008  
Deputado Estadual Carlos Roberto de Aguiar

TÍTULOS		REFERÊNCIAS		CONVENÇÕES		MISSÃO		REVISÕES		PROJETO	
<p>OS LAYOUTS DOS CONSULTÓRIOS DEVEM TER SABEDORIA LÍQUIDA E PORTA TOUHA P/ PAREDE, CONFORME DETALHE EM 01/07/99</p> <p>OS BARRIOS FORRO DE GESSO EM PLACA EM TODOS OS CÔMODOS, CONSULTÓRIOS, LUB, J.S., LABORATÓRIOS, PÚBLICO, E EM PARTES DOS CÔMODOS: ENTRENHAMENTO, REFETÓRIO, COZINHA, DESPANSÁRIO E SALA DE TV, CONFORME MARCAÇÃO NA PLANTA.</p>		<p><b>ESQUADRIAS</b></p> <p>(1) INCLUI BARRIÃO ORIENTADO PARA O LESTE, COM 100% DE VENTILAÇÃO NATURAL</p> <p>(2) BARRIÃO MEDICAMENTOS E 15 PERCURSOS PARA O CONSULTÓRIO</p> <p>(3) BARRIÃO DE LABORATÓRIOS</p> <p>(4) BARRIÃO DE MATERIAL LIMPEZA</p> <p>(5) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 1º ANDAR</p> <p>(6) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 2º ANDAR</p> <p>(7) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 3º ANDAR</p> <p>(8) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 4º ANDAR</p> <p>(9) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 5º ANDAR</p> <p>(10) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 6º ANDAR</p> <p>(11) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 7º ANDAR</p> <p>(12) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 8º ANDAR</p> <p>(13) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 9º ANDAR</p> <p>(14) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 10º ANDAR</p> <p>(15) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 11º ANDAR</p> <p>(16) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 12º ANDAR</p> <p>(17) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 13º ANDAR</p> <p>(18) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 14º ANDAR</p> <p>(19) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 15º ANDAR</p> <p>(20) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 16º ANDAR</p> <p>(21) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 17º ANDAR</p> <p>(22) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 18º ANDAR</p> <p>(23) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 19º ANDAR</p> <p>(24) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 20º ANDAR</p> <p>(25) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 21º ANDAR</p> <p>(26) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 22º ANDAR</p> <p>(27) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 23º ANDAR</p> <p>(28) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 24º ANDAR</p> <p>(29) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 25º ANDAR</p> <p>(30) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 26º ANDAR</p> <p>(31) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 27º ANDAR</p> <p>(32) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 28º ANDAR</p> <p>(33) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 29º ANDAR</p> <p>(34) BARRIÃO DE CIRCULAÇÃO 30º ANDAR</p>		<p><b>CONVENÇÕES</b></p> <p>(1) CONSULTÓRIO, ENTRENHAMENTO</p> <p>(2) CONSULTÓRIO</p> <p>(3) CONSULTÓRIO</p> <p>(4) CONSULTÓRIO</p> <p>(5) CONSULTÓRIO</p> <p>(6) CONSULTÓRIO</p> <p>(7) CONSULTÓRIO</p> <p>(8) CONSULTÓRIO</p> <p>(9) CONSULTÓRIO</p> <p>(10) CONSULTÓRIO</p> <p>(11) CONSULTÓRIO</p> <p>(12) CONSULTÓRIO</p> <p>(13) CONSULTÓRIO</p> <p>(14) CONSULTÓRIO</p> <p>(15) CONSULTÓRIO</p> <p>(16) CONSULTÓRIO</p> <p>(17) CONSULTÓRIO</p> <p>(18) CONSULTÓRIO</p> <p>(19) CONSULTÓRIO</p> <p>(20) CONSULTÓRIO</p> <p>(21) CONSULTÓRIO</p> <p>(22) CONSULTÓRIO</p> <p>(23) CONSULTÓRIO</p> <p>(24) CONSULTÓRIO</p> <p>(25) CONSULTÓRIO</p> <p>(26) CONSULTÓRIO</p> <p>(27) CONSULTÓRIO</p> <p>(28) CONSULTÓRIO</p> <p>(29) CONSULTÓRIO</p> <p>(30) CONSULTÓRIO</p> <p>(31) CONSULTÓRIO</p> <p>(32) CONSULTÓRIO</p> <p>(33) CONSULTÓRIO</p> <p>(34) CONSULTÓRIO</p> <p>(35) CONSULTÓRIO</p> <p>(36) CONSULTÓRIO</p> <p>(37) CONSULTÓRIO</p> <p>(38) CONSULTÓRIO</p> <p>(39) CONSULTÓRIO</p> <p>(40) CONSULTÓRIO</p> <p>(41) CONSULTÓRIO</p> <p>(42) CONSULTÓRIO</p> <p>(43) CONSULTÓRIO</p> <p>(44) CONSULTÓRIO</p> <p>(45) CONSULTÓRIO</p> <p>(46) CONSULTÓRIO</p> <p>(47) CONSULTÓRIO</p> <p>(48) CONSULTÓRIO</p> <p>(49) CONSULTÓRIO</p> <p>(50) CONSULTÓRIO</p> <p>(51) CONSULTÓRIO</p> <p>(52) CONSULTÓRIO</p> <p>(53) CONSULTÓRIO</p> <p>(54) CONSULTÓRIO</p> <p>(55) CONSULTÓRIO</p> <p>(56) CONSULTÓRIO</p> <p>(57) CONSULTÓRIO</p> <p>(58) CONSULTÓRIO</p> <p>(59) CONSULTÓRIO</p> <p>(60) CONSULTÓRIO</p> <p>(61) CONSULTÓRIO</p> <p>(62) CONSULTÓRIO</p> <p>(63) CONSULTÓRIO</p> <p>(64) CONSULTÓRIO</p> <p>(65) CONSULTÓRIO</p> <p>(66) CONSULTÓRIO</p> <p>(67) CONSULTÓRIO</p> <p>(68) CONSULTÓRIO</p> <p>(69) CONSULTÓRIO</p> <p>(70) CONSULTÓRIO</p> <p>(71) CONSULTÓRIO</p> <p>(72) CONSULTÓRIO</p> <p>(73) CONSULTÓRIO</p> <p>(74) CONSULTÓRIO</p> <p>(75) CONSULTÓRIO</p> <p>(76) CONSULTÓRIO</p> <p>(77) CONSULTÓRIO</p> <p>(78) CONSULTÓRIO</p> <p>(79) CONSULTÓRIO</p> <p>(80) CONSULTÓRIO</p> <p>(81) CONSULTÓRIO</p> <p>(82) CONSULTÓRIO</p> <p>(83) CONSULTÓRIO</p> <p>(84) CONSULTÓRIO</p> <p>(85) CONSULTÓRIO</p> <p>(86) CONSULTÓRIO</p> <p>(87) CONSULTÓRIO</p> <p>(88) CONSULTÓRIO</p> <p>(89) CONSULTÓRIO</p> <p>(90) CONSULTÓRIO</p> <p>(91) CONSULTÓRIO</p> <p>(92) CONSULTÓRIO</p> <p>(93) CONSULTÓRIO</p> <p>(94) CONSULTÓRIO</p> <p>(95) CONSULTÓRIO</p> <p>(96) CONSULTÓRIO</p> <p>(97) CONSULTÓRIO</p> <p>(98) CONSULTÓRIO</p> <p>(99) CONSULTÓRIO</p> <p>(100) CONSULTÓRIO</p>		<p><b>MISSÃO</b></p> <p>Execução de projeto de arquitetura para a construção de um novo prédio para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.</p>		<p><b>REVISÕES</b></p> <p>01 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>02 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>03 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>04 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>05 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>06 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>07 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>08 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>09 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>10 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>11 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>12 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>13 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>14 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>15 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>16 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>17 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>18 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>19 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>20 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>21 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>22 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>23 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>24 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>25 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>26 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>27 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>28 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>29 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>30 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>31 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>32 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>33 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>34 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>35 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>36 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>37 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>38 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>39 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>40 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>41 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>42 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>43 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>44 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>45 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>46 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>47 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>48 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>49 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>50 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>51 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>52 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>53 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>54 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>55 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>56 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>57 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>58 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>59 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>60 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>61 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>62 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>63 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>64 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>65 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>66 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>67 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>68 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>69 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>70 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>71 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>72 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>73 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>74 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>75 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>76 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>77 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>78 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>79 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>80 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>81 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>82 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>83 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>84 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>85 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>86 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>87 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>88 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>89 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>90 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>91 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>92 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>93 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>94 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>95 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>96 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>97 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>98 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>99 - Alteração de detalhes de fachada</p> <p>100 - Alteração de detalhes de fachada</p>		<p><b>PROJETO</b></p> <p>PROJETO ARQUITETÔNICO - ENTRENHAMENTO/REFORMA</p> <p>ÁREA CONSTRUIDA: 773,81m<sup>2</sup></p> <p>ÁREA DE TERRENO: 2223m<sup>2</sup></p> <p>DATA: DEZEMBRO/99</p> <p>FOLHA: 01/04</p>	

Figura 27 – Planta do 1º pavimento – CERSAM Leste Perite



PLANTA 2º PAVIMENTO  
ESC. 1:50

REVESTIMENTOS					
PISO		TETO		SOLEIRA	
PAREDE		TETO		RODAPE	
1	REVEDUR C/7 CIMENTO BRANCO	1	LAJE FINIDA LATEX P/AX C/07 BRANCO MEDE	1	REVEDUR C/7 CIMENTO BRANCO
2	1	2	2		
3	1	3	3		
4	1	4	4		
5	1	5	5		
6	1	6	6		

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIRETORIA DE INSPEÇÃO E HIGIENE  
Projeto em conformidade com o PARECER TÉCNICO N.º 23.23.04.2013  
Prof. Alana De Fátima  
Diretora de Inspeção e Higiene - 8629546

<p><b>NOTAS:</b></p> <p>OS VÃO ABERTOS EXISTENTES SOBRE OS VÃO DAS PORTAS DOBRO DESE FUNDOS COM ALVENARIA.</p>	<p><b>REFERÊNCIAS:</b></p> <table border="1"> <tr> <th>ESCALAS</th> <th>ESCALAS</th> </tr> <tr> <td>(01) BANHEIROS OBSERVAÇÃO</td> <td>(01) 1:600000</td> </tr> <tr> <td>(02) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS</td> <td>(02) 1:400000</td> </tr> <tr> <td>(03) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS</td> <td>(03) 500000</td> </tr> <tr> <td>(04) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS</td> <td>(04) 1500000</td> </tr> <tr> <td>(05) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS</td> <td>(05) 1200000</td> </tr> <tr> <td>(06) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS</td> <td>(06) 1450000</td> </tr> <tr> <td>(07) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS</td> <td>(07) 2500000</td> </tr> <tr> <td>(08) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS</td> <td>(08) 1750000</td> </tr> <tr> <td>(09) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS</td> <td>(09) 1000000</td> </tr> <tr> <td>(10) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS</td> <td>(10) 800000</td> </tr> </table>	ESCALAS	ESCALAS	(01) BANHEIROS OBSERVAÇÃO	(01) 1:600000	(02) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(02) 1:400000	(03) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(03) 500000	(04) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(04) 1500000	(05) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(05) 1200000	(06) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(06) 1450000	(07) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(07) 2500000	(08) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(08) 1750000	(09) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(09) 1000000	(10) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(10) 800000	<p><b>CONVENÇÕES:</b></p> <table border="1"> <tr> <td>(01)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> <tr> <td>(02)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> <tr> <td>(03)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> <tr> <td>(04)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> <tr> <td>(05)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> <tr> <td>(06)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> <tr> <td>(07)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> <tr> <td>(08)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> <tr> <td>(09)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> <tr> <td>(10)</td> <td>RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO</td> </tr> </table>	(01)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	(02)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	(03)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	(04)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	(05)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	(06)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	(07)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	(08)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	(09)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	(10)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO	<p><b>PROJETO:</b></p> <p>PROJETO ARQUITETÔNICO - LEVANTAMENTO/REFORMA</p> <p>DESCRIÇÃO: PLANTA 2º PAVTO</p> <p>ÁREA COBERTA: 773,81m<sup>2</sup></p> <p>ÁREA ÚTIL: 2253m<sup>2</sup></p> <p>ESCALA: INDICADA</p> <p>DATA: DEZEMBRO/99</p> <p>FOLHA: 02/04</p>
ESCALAS	ESCALAS																																												
(01) BANHEIROS OBSERVAÇÃO	(01) 1:600000																																												
(02) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(02) 1:400000																																												
(03) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(03) 500000																																												
(04) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(04) 1500000																																												
(05) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(05) 1200000																																												
(06) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(06) 1450000																																												
(07) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(07) 2500000																																												
(08) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(08) 1750000																																												
(09) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(09) 1000000																																												
(10) PROJETOS DE BANHEIROS E TOILETAS	(10) 800000																																												
(01)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												
(02)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												
(03)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												
(04)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												
(05)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												
(06)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												
(07)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												
(08)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												
(09)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												
(10)	RESERVATÓRIO DE ABASTECIMENTO																																												

Figura 28 - Planta do 2º pavimento – CERSAM Leste Perite



## **APÊNDICE 1 – Roteiros de Entrevistas**

### **Roteiro de Entrevista com Usuários**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

Este roteiro faz parte do Projeto de Pesquisa da aluna de Pós Graduação Maria Acácia Tibúrcio e tem como título *A importância do Ambiente Construído na área de Saúde Mental – Estudo de Caso – Centro de Referência em Saúde Mental/ CERSAM Leste da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/MG.*

#### **Identificação**

Sexo: (  ) Masculino (  ) Feminino

Idade:

1. Quando e como você conheceu o Cersam Leste?
2. Qual foi sua impressão?
3. Atualmente como você avalia o espaço do Cersam?
4. Existe algum lugar no Cersam que você mais gosta? Por quê?
5. Se você tivesse que mudar alguma coisa aqui, o que mudaria?
6. E se você tivesse que preservar alguma coisa que lhe é muito importante, o que preservaria?
7. Faça um desenho que represente o Cersam Leste.
8. O que mudou no Cersam desde sua mudança para este bairro?

## **Roteiro de entrevista com os Funcionários, ex-funcionários do CERSAM Leste e funcionários da PBH**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

Este roteiro faz parte do Projeto de Pesquisa da aluna de Pós Graduação Maria Acácia Tibúrcio e tem como título *A importância do Ambiente Construído na área de Saúde Mental – Estudo de Caso – Centro de Referência em Saúde Mental/ CERSAM Leste da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/MG.*

### **Identificação**

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade:

Função que exerce no Cersam

A quanto tempo?

1. Em sua opinião, a Reforma Psiquiátrica representou...
2. Quando e como você conheceu o Cersam Leste?
3. Qual foi sua impressão?
4. O que mudou no Cersam desde sua mudança para este Bairro?
5. Atualmente como você avalia o espaço do Cersam?
6. Existe algum lugar no Cersam que você mais gosta? Por quê?
7. Se você tivesse que mudar alguma coisa aqui, o que mudaria?
8. E se você tivesse que preservar alguma coisa que lhe é muito importante, o que preservaria?
9. Faça um desenho que represente o Cersam Leste.
10. O que mudou no Cersam desde sua mudança para este bairro?

## APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Entrevistados

**Projeto de Pesquisa: A importância do ambiente construído na área de Saúde Mental: estudo de caso - Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM/Leste/PBH – 2012-2013**

**Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais.**

**Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG.**

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa supra mencionada, cujos objetivos são: elucidar como os usuários do CERSAM/Leste vivenciam o espaço onde são acolhidos para tratamento; perceber a visão dos técnicos sobre o espaço ocupado pelo CERSAM, tendo-se em vista sua adequação aos atuais preceitos da Luta Antimanicomial.

Ao concordar em participar, você será entrevistado (a) em um local de sua preferência. A entrevista será confidencial e os resultados dessa pesquisa serão apresentados sem nenhuma forma de identificação pessoal. Para garantir a qualidade dos dados solicitamos a sua aprovação para que a entrevista seja gravada e ou filmada.

Faremos uma devolução sobre os dados analisados ao final da pesquisa através da Defesa de Dissertação aberta a comunidade acadêmica e demais interessados, a ser realizada na Universidade Federal de Minas Gerais, para a qual o (a) qual convidaremos a participar.

### **Consentimento:**

Concordo em participar voluntariamente da pesquisa e estou ciente que tenho o direito de interromper a qualquer momento a minha participação, assim como me recusar a responder a qualquer pergunta, sem qualquer prejuízo pessoal. Tenho também direito de fazer perguntas. Concordo que o presente estudo e não me oponho à publicação dos dados, desde que, a minha identidade seja preservada e que todas as informações por mim prestadas sejam utilizadas somente para a pesquisa.

Declaro que fui suficientemente esclarecido (a) sobre os objetivos e as técnicas da pesquisa e que este formulário foi lido por mim, juntamente com o (a) pesquisador (a) e que recebi uma cópia do mesmo.

Local:

Data:

Nome do Participante:

Assinatura do Participante

Nome do (a) pesquisadora:

Assinatura da pesquisador (a)

### **Equipe da Pesquisa:**

Coordenadora - Izabel Christina Friche Passos.

e-mail: [izbelfriche@gmail.com](mailto:izbelfriche@gmail.com) – Tel. (31) 3409 6281 e (31) 9113 9810

Pesquisadora: Maria Acácia Tibúrcio. (mestranda).

e-mail: [acaciatiburcio@gmail.com](mailto:acaciatiburcio@gmail.com) – Tel. (31) 3332 2313 e (31) 99591974

### **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais:**

Av. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º Andar – sala 2005

CEP: 31 270-901 – Belo Horizonte – MG Telefax: (31) 4409 4592 – e-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).