

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

AMANDA ELIAS ARRUDA

**EXPERIÊNCIAS E TERRITÓRIOS DA LOUCURA: NARRATIVAS DE
PORTADORES DE SOFRIMENTO MENTAL ASSISTIDOS EM UM SERVIÇO
ABERTO NA CIDADE DE BELO HORIZONTE**

BELO HORIZONTE

2016

AMANDA ELIAS ARRUDA

**EXPERIÊNCIAS E TERRITÓRIOS DA LOUCURA: NARRATIVAS DE
PORTADORES DE SOFRIMENTO MENTAL ASSISTIDOS EM UM SERVIÇO
ABERTO NA CIDADE DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientador: Prof. Cláudio Santiago Dias Júnior
(Co) Orientador: Profa. Ana Lúcia Modesto

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Participação Social.

Área: Sociologia Urbana

BELO HORIZONTE

2016

301 Arruda, Amanda Elias
A779e Experiências e territórios da loucura [manuscrito]:
2016 narrativas de portadores de sofrimento mental assistidos
em um serviço aberto na cidade de Belo Horizonte /
Amanda Elias Arruda. - 2016.
111 f. : il.
Orientador: Cláudio Santiago Dias Júnior.
Coorientadora: Ana Lúcia Modesto.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

1.Sociologia – Teses. 2. Loucura - Teses. 3.Saúde
mental - Teses. I. Júnior Dias, Cláudio Santiago . II.
Modesto, Ana Lúcia. III. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV.
Título.



Programa de Pós Graduação em Sociologia
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Federal de Minas Gerais

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO

AMANDA ELIAS ARRUDA

Ao 07 (sete) dia do mês de março 2016 (dois mil e dezesseis), reuniu-se a Banca Examinadora de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada: **"Experiências e territórios da loucura: Narrativas de portadores de sofrimento mental assistidos em um serviço aberto na cidade de Belo Horizonte"**. A banca foi composta pelos professores doutores **Cláudio Santiago Dias Junior** (Orientador - DSO/UFMG), **Ana Lúcia Modesto** (DSO-UFMG), **Andrea Maria Silveira** (Medicina-UFMG) e **Maria Suely Kofes** (UNICAMP).

Procedeu-se a arguição, finda a qual os membros da Banca Examinadora reuniram-se para deliberar, decidindo por unanimidade pela:

Aprovação (X)

Reprovação da Dissertação ()

Para constar foi lavrada a presente ata, datada e assinada pelos examinadores.

Belo Horizonte, 07 de março de 2016.

Prof. Dr. Cláudio Santiago Dias Junior (Orientador / DSO-UFMG)

Profa. Dra. Ana Lúcia Modesto (DSO-UFMG)

Profa. Dra. Andrea Maria Silveira (Medicina-UFMG)

Profa. Dra. Maria Suely Kofes (UNICAMP)

“O CERSAM é pequeno, a cidade é grande!”
(Manoel Marco, usuário do CERSAM Leste)

Eu dedico este trabalho ao Edmundo, à Regina, ao Lourival e ao CERSAM Leste, que escrevem diariamente narrativas sobre a loucura e a cidade de Belo Horizonte.

AGRADECIMENTOS

Eu inicio agradecendo a todos aqueles que me ensinaram a difícil, porém, surpreendente arte da convivência. Saber me colocar diante, junto e ao lado do outro, permitiu a grandeza desse encontro.

Nesse caminho, agradeço à minha família, que me ensinou o valor do respeito e da ética diante da vida e das pessoas. À minha família, muito obrigada por despertar em mim o interesse de ouvir e de contar histórias... Ao meu esposo, meu amor, obrigada por me encorajar a caminhar nesta jornada! Aos meus amigos, obrigada por compartilhar revisões, fotografias, questionamentos...

À Universidade e ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, agradeço a possibilidade do encontro com diferentes mundos da vida, o que me provocou a rever conceitos, preconceitos e atitudes. Aos meus orientadores, obrigada por apontar a direção, por estar ao meu lado nesta travessia e compartilhar a experiência de me tornar e me fazer uma pesquisadora!

Sou agradecida ao CERSAM Leste, uma vez que, lá eu experimento as alegrias e, ao mesmo tempo, dificuldades de viver e conviver com a loucura.

Muito obrigada a todos que a sua maneira contribuíram para esse doce encontro com a loucura e com a cidade de Belo Horizonte.

RESUMO

A partir de uma trajetória em um serviço de Saúde Mental no município de Belo Horizonte/MG, identificamos a pertinência de analisar as experiências da loucura e as relações com a cidade. Nesta pesquisa, objetivamos compreender como se constitui um serviço comunitário de acolhimento à loucura e analisar as trajetórias de vida de portadores de sofrimento mental assistidos nesse serviço, a partir da investigação dos cenários de vida, dos territórios, dos trajetos, das relações sociais e das relações com a cidade. A pesquisa está alinhada à análise da dinâmica das relações cotidianas no mundo social. O conceito de experiência adotado na sociologia fenomenológica é o ponto de partida para a compreensão da experiência da loucura. A partir de uma intenção biográfica, buscamos a escrita de uma narrativa etnográfica. Para tanto, realizamos trabalho de campo por meio da observação no Centro de Referência em Saúde Mental da Regional Leste - CERSAM Leste; do desenvolvimento de entrevistas, *accounts* e análise documental com foco na história do CERSAM e na biografia de três pessoas assistidas nessa instituição. Os registros se deram por meio de gravações sonoras, notas, diário de campo, leitura de prontuários e documentos sobre o CERSAM. Verificamos que a constituição de um serviço aberto foi fruto de lutas políticas. Este constitui-se na tensão entre o atributo fechado e aberto e no exercício de desconstrução dos mitos da periculosidade e da desrazão do louco. As narrativas biográficas revelam experiências distintas do adoecimento, assim como, diferentes significados atribuídos a essa condição. Entretanto, às histórias é comum o fenômeno da desterritorialização por meio do enfraquecimento dos laços familiares e da exclusão de processos de produção da vida, o trabalho, o que revela a existência de trajetórias marginais. A rua, o espaço público toma a cena nas trajetórias de vida. O fenômeno reterritorialização faz-se presente a cada trajetória. Novos códigos e territorialidades coexistem: a arte, a militância política; a errância, a mendicância; o uso prejudicial de drogas e de trabalhos informais. Verificamos a permanência do estigma da loucura, contudo, ressaltamos que a resistência se faz presente à medida que eles saem da invisibilidade, tomam a cena e manipulam códigos sociais que entremeiam os deslocamentos, criando novas territorialidades e codificações.

Palavras-chave: Loucura, experiência, narrativa, territórios, trajetórias de vida.

ABSTRACT

Through fieldwork conducted at the Mental Health Service in the city of Belo Horizonte, we identified the relevance of analyzing the relationship between experience mentally illness patients and the City of Belo Horizonte/ MG. The primary objectives of this research were twofold 1) understand the creation, evolution and current status of this community service and 2) analyze the life trajectory of patients from a life experience and interpersonal relationship standpoint and the relationship with the city. The research is aligned with the analysis of the dynamics of everyday relationships in the social world. The concept of experience adopted by the phenomenological sociology is the starting point for understanding the experiences of mental illness. From a biographical standpoint, we seek to write an ethnographic narrative. Thus, we performed our fieldwork through the collection of data and observations from the East Regional Mental Health Reference Center (CERSAM East); the development of questioners, conduction of interviews, analysis of historical data from CERSAM and biographies of three people assisted this in undertaking. The records were obtained through sound recordings, notes, diaries, records and documents retrieved from the CERSAM archives. We discovered that the creation of this public service was the result of political struggles. The creation of this public service was based on the tension between total institution and “open” service and the destruction of myths associating mental sickness and violence. The biographical narratives revealed diverse experiences associated with mental illness as well as different meanings attributed to this condition. However, interestingly, these stories have a common pattern, often associated with dispossession through the weakening of family ties and exclusion from having a full and productive life, which ultimately leads to an existence of marginality. Public space, predominately streets, are the primary locations where this life trajectories takes place. The repossession phenomenon is present in every path. New codes and territories coexist including art, political activism; the wandering, begging; and drug use and informal work. We verify the permanence of the stigma of madness; however, individuals with a history of mental illness resists this stigma as they come out of invisibility and in doing so manipulate social codes and create new territories and encodings.

Key words: Mental illness, experience , narrative , territories, life trajectories

LISTA DE ABREVIATURAS

APAE - Associação de Pais e Amigos Excepcionais

ASMARE - Associação dos Catadores de Papel, Papelão e Material Reaproveitável

ASUSSAM/MG - Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais

BH - Belo Horizonte

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEPAI - Centro Psíquico da Adolescência e da Infância

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CERSAM/AD - Centro de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Outras Drogas

CERSAMI - Centro de Referência em Saúde Mental Infantil

ESF - Estratégia da Saúde da Família

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HGV - Hospital Galba Veloso

HN - Hospitalidade noturna

IRS - Instituto Raul Soares

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal da Justiça de Minas Gerais

PD - Permanência dia

PM - Polícia Militar

PSM - Portador de sofrimento mental

PUC - Pontifícia Universidade Católica

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUP - Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna

SURICATO - Associação de Trabalho e Produção Solidária

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS E MAPAS

Figura 1: Prédio do CERSAM Leste	57
Figura 2: Biduffer atuando em Pirados na Virada, espetáculo “Isso não é um sorvete”	76
Figura 3: Coreto na Praça da Liberdade, em Belo Horizonte/MG	77
Figura 4: Regina Duarte	84
Figura 5: Obelisco na Praça Sete, em Belo Horizonte/MG	85
Figura 6: James	92
Figura 7: Palácio das Artes na Avenida Afonso Pena, em Belo Horizonte/MG	93
Mapa 1: Biduffer e territórios na cidade de Belo Horizonte/MG	77
Mapa 2: Regina Duarte e territórios na cidade de Belo Horizonte/MG	85
Mapa 3: James e territórios na cidade de Belo Horizonte/MG	93

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	12
I – JUSTIFICATIVA	18
II –O CAMPO DA LOUCURA E OS MANICÔMIOS.....	19
2.1. Breve história da loucura: percorrendo a narrativa de Foucault	19
2.2. Manicômio: território fechado	21
2.3. História da loucura no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira	23
2.4. Política Nacional de Saúde Mental: Lei Paulo Delgado	26
III –EXPERIÊNCIA E LOUCURA.....	28
3.1. Experiência da doença e narrativa	30
3.2. Signos da experiência da loucura	31
3.3. Loucura e estigma	33
IV–EXPERIÊNCIA DA PESQUISA E PESQUISA DA EXPERIÊNCIA.....	36
4.1. Escolha metodológica	36
4.2. Seleção do campo de pesquisa	37
4. 2.1. Notas sobre inserção no campo de pesquisa	38
4.3. Sujeitos de pesquisa	40
4.4. Coleta de dados	41
4.4.1. Observação	42
4.4.2. Entrevista em profundidade	43
4.4.3. Relatos, <i>accounts</i>	43
4.4.4. Análise de documentos	44
4.5. Análise dos dados	44
4.6. Ética em pesquisa	45
4.7. Apresentação dos resultados e discussão	47
V - NARRATIVA DA VIDA SOCIAL NO CERSAM LESTE: TERRITÓRIO ABERTO	48
5.1. Rede de Atenção à Saúde Mental em Belo Horizonte	48
5.2. CERSAM Leste – história	51
5.3. CERSAM Leste – espacialidades	53

5.3.1. Do lado de fora	53
5.3.2. Do lado de dentro	54
5.4. Vida social no CERSAM Leste: a lógica de funcionamento de um serviço aberto	57
5.5. Vida social no CERSAM Leste: relações entre usuários e equipe assistencial	60
5.6. CERSAM Leste: Resumo da ópera	61
5.7. CERSAM Leste: território aberto?	62
VI - TRAJETÓRIAS EM NARRATIVAS	68
6.1. Trajetória de Biduffer	68
6.1.1. Narrativa de um Maluco Beleza: uma síntese	74
6.1.2. Biduffer	76
6.1.3. Biduffer e a Praça da Liberdade	77
6.1.4. Deslocamentos, trajetórias na cidade	77
6.2. Trajetória de Regina – sobreposição de discursos	78
6.2.1. Narrativa de uma nervosa: uma síntese	83
6.2.2. Regina Duarte	84
6.2.3. Regina Duarte e a Praça Sete	85
6.2.4. Deslocamentos, trajetórias na cidade	85
6.3. Trajetória de James	86
6.3.1. Narrativa de um andarilho: uma síntese	91
6.3.2. James.....	92
6.3.3. James e a Avenida Afonso Pena e Palácio das Artes	93
6.3.4. Deslocamentos, trajetórias na cidade	93
VII- SOBRE RELAÇÕES: A INSTITUIÇÃO, A CIDADE E AS TRAJETÓRIAS	94
VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	108

APRESENTAÇÃO

Qual o “cabimento da loucura na cidade”?¹ A escolha da temática desta pesquisa emerge das experiências cotidianas no exercício do meu trabalho em um serviço de Saúde Mental, no município de Belo Horizonte/MG (BH). Sou terapeuta ocupacional, trabalhadora do Centro de Referência em Saúde Mental da Regional Leste, dispositivo urbano de acolhimento à loucura, criado a partir do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Este serviço insere-se na cidade de Belo Horizonte, na década de 1990, e propõe uma ruptura com o modelo asilar de tratamento à loucura até então, concebido na cidade pela oferta exclusiva de instituições hospitalares. A rede de serviços de Belo Horizonte era composta exclusivamente por hospitais psiquiátricos públicos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, dentre eles o Instituto Raul Soares - IRS (1922), o Hospital Galba Veloso - HGV (1961) e o Centro Psíquico da Adolescência e da Infância - CEPAI (1980) e outros tantos hospitais psiquiátricos privados e filantrópicos.

A constituição de serviços comunitários e abertos de acolhimento às crises psiquiátricas provoca a cidade e seus moradores a ressignificar e construir novas formas de lidar com a experiência da loucura a partir da ruptura com a lógica da internação e do isolamento social. Nessa perspectiva, esta pesquisa constitui-se como produto de reflexões e questionamentos, principalmente no que se refere à relação entre a pessoa portadora de sofrimento mental e a cidade de Belo Horizonte – espaços, territorialidades e relações sociais.

¹ “O cabimento da loucura na cidade” foi uma expressão cunhada por Lobosque em “*Um desafio à formação: nem teoria, nem o medo da invenção*” (2007).

INTRODUÇÃO

Nosso ponto de partida consiste na reflexão a respeito da relação existente entre loucura e cidade. Na história do desatino, reconhecemos que a loucura encontra-se inserida no texto dos problemas da cidade, uma vez que fora percebida no horizonte social da pobreza e da incapacidade para o trabalho. Segundo Foucault (1978), o espaço social da loucura ora constituiu-se no campo da miséria ora no campo da doença, ambos espaços reveladores de um distanciamento da norma social.

Se, na Idade Clássica, o louco destacava-se como um problema de "polícia", uma vez que relacionava-se às situações de desordem na cidade e, então, foram criados os grandes hospícios, as casas de internamento, instituições de ordem moral, que cumpriam a função de castigar, de corrigir uma certa "falha" moral. Na Modernidade, a loucura é concebida como doença mental e inscrita na “verdade cotidiana da paixão, do crime e da violência”. Nesse contexto, foi criado o hospital psiquiátrico, espaço social destinado a retirar da loucura reações secundárias como a raiva, o furor, a violência e assim domesticá-la, controlá-la ou até mesmo curá-la (FOUCAULT, 1978).

A história da loucura narrada por Foucault (1978), portanto, indica as diferentes concepções da loucura ao longo do tempo e nos provoca a refletir sobre a relação de mal estar existente entre loucura e cidade e as distintas respostas sociais construídas a partir da ideia do confinamento e do isolamento social. Mas afinal, a que loucura nos referimos?

Nesta pesquisa, tomamos a loucura enquanto categoria sociológica no mundo moderno, ou seja a partir da emergência da Psiquiatria. Segundo Barros-Brisset (2011), cabe à Psiquiatria a construção do mito da periculosidade do louco e a exigência de instituições sociais, os manicômios, para proteger a sociedade das ameaças dos loucos.

Os loucos apresentam relevância sociológica à medida que muitos vivenciam o processo de estigmatização associado à admissão a uma instituição de custódia, como, por exemplo, sanatório ou manicômio, onde a maior parte do que eles aprendem sobre seu estigma será transmitida durante o contato íntimo com um grupo de indivíduos que também vivenciam tal condição (GOFFMAN, 1980). Alguns estudos das Ciências Sociais (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999) utilizam a categoria “doentes mentais” e relacionam o processo de estigmatização a partir dos contextos de ação e interação social comunitários. Reconhecemos que a loucura, a “doença mental”, engloba diferentes categorias nosográficas, segundo

padrões médicos, porém, trabalhamos com a categoria sociológica de louco. Neste trabalho além do significante louco, trabalhamos com a nomeação portador de sofrimento mental², a partir da compreensão do processo de rotulação e estigmatização, decorrentes do diagnóstico psiquiátrico e da admissão em instituições psiquiátricas.

A partir da compreensão do que chamamos de loucura, como pensar a relação desta com a cidade de Belo Horizonte? Inicialmente, julgamos importante pensar a cidade de Belo Horizonte tendo em vista que ela foi a primeira cidade moderna brasileira planejada. Foi traçado um plano geométrico e racional do espaço urbano que daria vida a nova capital de Minas Gerais³. Recorremos à história da cidade e encontramos passagens importantes sobre seu processo de criação:

O Plano: “É com a maior satisfação que submeto, hoje, à aprovação de V. EXC. a planta geral da futura “Minas, destinada a ser capital do Estado. (...) Foi organizada a planta geral da futura cidade dispondo-se da parte central, no local do actual arraial, a area urbana de 8.815.382m, divida em quarteirões de 120 x 120m pelas ruas largas e bem orientadas, que se cruzam em ângulos rectos, e por algumas avenidas que as cortam em ângulos de 45 graus. Às ruas fiz dar a largura de 20m, necessária para a conveniente arborização, a livre circulação dos veículos, o tráfego dos carris e os trabalhos da colocação e reparações das canalizações subterrâneas. As avenidas fixei a largura de 35m, suficiente para dar-lhes a beleza e o conforto que deverão, de futuro, proporcionar à população. Apenas uma das avenidas – que corta a zona urbana de norte a sul, e é destinada à ligação dos bairros opostos – dei a largura de 50m, para constitui-la em centro abrigado da cidade e, assim, forçar a população, quanto possível, a ir-se desenvolvendo do centro para periferia, como convém a economia municipal, à manutenção da hygiene sanitária, e ao prosseguimento regular dos trabalhos técnicos. Essa zona urbana é delimitada e separada da suburbana por uma avenida de contorno, que facilitará a conveniente distribuição dos impostos locais, e que, de futuro, será uma das mais apreciadas belezas da cidade” (COMISSÃO CONSTRUCTORA DA NOVA CAPITAL, 1895).

Nesse modelo de cidade moderna, no qual encontramos a racionalização do espaço social e a aspiração de um ideal de ordem e de higiene, o que fazer diante daqueles que escapam às normas? Segundo Aguiar (2006), o espaço da nova cidade havia sido criado para atender a uma demanda de progresso, a partir da promoção de uma infraestrutura urbana sofisticada comparada às cidades europeias e americanas. Dessa forma, qual o cabimento dos desviantes? Ao ler sobre a história de Belo Horizonte, encontramos registros de alguns tipos populares que marcaram a cena de BH. Destacamos um personagem: Jaburu. “Jaburu vivia constantemente atormentado pela garotada e pelos grupos de rapazes que se formavam na

² A opção por referir-se aos doentes mentais como pessoas com problemas mentais ou como portadores de transtornos mentais sinaliza um esforço de distinção entre o sujeito e seu mal estar, entre o mal estar e a sua patologização. Dessa forma, escreverei “doente mental” entre aspas referindo-se a posição de outros autores.

³ O mapa de Belo Horizonte, o traçado geométrico de Araújo Reis encontra-se no anexo da pesquisa.

avenida Afonso Pena. Provocado, manobrava a bengala – que nunca abandonava – na mímica agressiva e deflagrava o paiol de virulentos insultos” (AMORIM, 1958).

De acordo com jornalistas, esses tipos populares desapareceram com o crescimento de BH (AMORIM, 1958). O jornalista descreve que a modernização da capital mineira acarretou: a promoção de um estilo de vida acelerado, o esvaziamento do espaço público e a desumanização das relações sociais, que implicaram na perda de visibilidade desses tipos populares. As mudanças urbanas descritas no cenário de BH corroboram com a descrição e análise de Simmel (1973) acerca do modo de vida nas metrópoles, que enfatizam o excesso de estímulos na cidade, a racionalidade no campo das relações sociais, a superficialidade e o individualismo presente na sociedade. Atrelado à emergência de uma sociedade individualista, destacamos a sociedade do controle e da ordem que prevê intervenções diante do desvio, como, por exemplo: “nota-se em Belo Horizonte – bem como em outras cidades do país – uma reação de intolerância à ociosidade dos pobres (...) Na capital, o espectro da vadiagem também assustava as autoridades, mas era visto como uma questão de ordem pública” (ANDRADE, 1987).

À loucura, aos alienados, na cidade moderna, nessa perspectiva, cabia a resposta do manicômio, o que contraria as práticas anteriores que aos “doentes mentais”, aos desviantes, as práticas de agrupamentos nas Santas Casas de Misericórdia, nas cadeias públicas ou a sorte da rua... De acordo com Goulart e Durães (2010), sob influência da nascente psiquiatria que reivindica as ações de controle e proteção social diante da ameaça da alienação mental, surgiu o Instituto Raul Soares (1922): um projeto moderno, para uma cidade nascida sob a luz do planejamento urbano. O Hospital Raul Soares situa-se na Avenida do Contorno, na década de 1922, espaço de fronteira, zona limítrofe entre a zona urbana e a zona suburbana, periférica, não planejada da cidade. A criação do IRS, nesse sentido, foi uma resposta a uma demanda de ordem e progresso social, assim como, uma solução para a superlotação no Hospital Colônia de Barbacena, primeiro hospital psiquiátrico mineiro, inaugurado em 1902 (FASSHEBER, 2009). Anos depois surgiram outros grandes hospitais públicos psiquiátricos em BH, dentre eles o Hospital Galba Veloso (1961) e o Centro Psíquico da Adolescência e da Infância (1980). Esse era o cenário de assistência do setor público ao portador de sofrimento mental da cidade Belo Horizonte.

Entretanto, a partir de 1980, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, empreendida intensamente em Minas Gerais e BH, o manicômio compreendido como única resposta científica à loucura é questionado. Um marco no processo de Reforma Psiquiátrica,

especialmente, em Minas Gerais, foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte, em 1979, do qual participaram o psiquiatra italiano Franco Basaglia, o sociólogo francês Robert Castel, bem como usuários de serviços de saúde mental e familiares, sindicatos, jornalistas, profissionais de saúde e estudantes universitários. O evento teve grande visibilidade social a partir denúncias apontadas no documentário “*Em Nome da Razão*”, produzido pelo cineasta Helvécio Ratton, que revelou a condição do Hospital Público de Barbacena. De acordo com Cunha (2013), é possível reconhecer o pioneirismo mineiro que, no ano de 1995, aprovou a Lei 11.802, de 18 de janeiro de 1995, conhecida como Lei Carlão, que determinou a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços alternativos para tratamento dos portadores de transtorno mental. Essa lei antecedeu a Lei Nacional de Saúde Mental, promulgada em 2001.

Os serviços de assistência ao portador de sofrimento mental, anteriormente centrados na figura do hospital psiquiátrico (instituição fechada), atualmente encontram-se organizados por meio dos seguintes dispositivos: Centros de Atenção Psicossocial - CAPS ou Centros de Referência em Saúde Mental - CERSAM, como são chamados em Belo Horizonte, Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, Centros de Convivência, Unidades Básicas de Saúde - UBS e Hospitais Gerais, serviços territoriais, sendo estes organizados em rede e distribuídos nas nove regionais de Belo Horizonte. No modelo atual de Saúde Mental, a dimensão do território assume centralidade, uma vez que há priorização do espaço urbano e do território como lócus de reconstrução da sociabilidade e inclusão social das pessoas com sofrimento mental. A cidade e o território têm sido tematizados na construção e recodificação do lugar social da loucura (BRASIL; COSTA, 2014).

A partir desse panorama, propomos uma investigação acerca das relações atuais experimentadas no campo da loucura e das cidades, especialmente, em Belo Horizonte, a partir da criação dos serviços substitutivos ao manicômio. Fundamentamos nossos questionamentos nas contribuições das Ciências Sociais. Consoante Barros e Nunes (2009), as Ciências Sociais têm interface com a área da Saúde a partir dos seguintes modelos teóricos conceituais: história natural da doença, cuidado integral, carreira do paciente e relação entre indivíduo e sociedade. No campo da Sociologia, de acordo com Bermudez (2009), apesar da existência de uma heterogeneidade de perspectivas teóricas, observa-se que uma das preocupações dos sociólogos têm sido avaliar a experiência da doença: como os indivíduos experimentam e interpretam o adoecimento e como se dá a relação entre aqueles ditos sãos e os doentes.

Nessa perspectiva, este estudo inscreve-se na interface Ciências Sociais e Saúde e aposta na construção de considerações importantes acerca da Sociologia Urbana. A pesquisa está alinhada à análise da dinâmica das relações cotidianas no mundo social, na medida em que propõe uma análise das experiências de loucura, por meio de uma investigação sobre a trajetória de vida de portadores de sofrimento mental (PSM) e a análise de um dispositivo de tratamento da rede substitutiva ao manicômio no município de Belo Horizonte. Nosso objetivo geral consiste em investigar a experiência da loucura a partir da análise de um serviço territorial, comunitário e aberto na cidade de Belo Horizonte e a vida social de portadores de sofrimento mental assistidos nesta instituição. Para tanto, apresentamos como objetivos específicos: (1) compreender como se constitui um serviço comunitário, territorial e aberto de acolhimento à loucura; (2) compreender a trajetória de vida de PSM assistidos em um serviço aberto, a partir da investigação dos cenários de vida, territórios, dos trajetos, das relações sociais e relações com a cidade.

A existência de serviços comunitários e abertos, novos dispositivos urbanos em contraponto às instituições fechadas, objetiva propiciar ampliação de cenários de vida, o desempenho de diferentes papéis sociais e a constituição de interações sociais entre portadores de sofrimento mental e outros atores sociais (BRASIL; COSTA, 2014). Dessa forma, este estudo pretende compreender a constituição de um serviço portas abertas e territorial de acolhimento ao PSM na cidade de BH e a experiência da loucura na cidade, relações e desdobramentos. Nesse sentido, algumas questões nortearam o desenvolvimento desta pesquisa: como se constitui um serviço comunitário, aberto e territorial? Como se constitui as trajetórias de vida, os territórios e as relações sociais de portadores de sofrimento mental vinculados a rede de serviços substitutivos ao manicômio em Belo Horizonte?

A dissertação estrutura-se em oito capítulos. No capítulo I, encontram-se as justificativas deste estudo e a relevância deste para o campo da Sociologia da Saúde e da Sociologia Urbana e para o campo das Políticas Públicas, dentre elas, a Política de Saúde Mental.

O segundo capítulo “*O campo da loucura e os manicômios*” propõe uma imersão histórica no tema loucura. Neste capítulo, aprofundamos a história da loucura e marcos importantes desta no mundo ocidental e no cenário brasileiro, como a invenção do manicômio, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política Nacional de Saúde Mental. Esta exposição histórica revela tanto o processo de construção social da loucura quanto as práticas terapêuticas e as instituições relacionadas à saúde.

O terceiro capítulo refere-se ao “*Experiência e loucura*”. Nele apresentamos construções teóricas acerca do conceito de experiência a partir de um enfoque da fenomenologia sociológica de Schutz. Posteriormente, aprofundamos o conceito de experiência da doença e exploramos os signos que marcam a experiência da loucura a partir das contribuições de estudos socioantropológicos de Rabelo, Alves e Souza (1999). À experiência da loucura relacionamos à noção de estigma de Goffman (1974).

No quarto capítulo, intitulado “*Experiência da pesquisa e pesquisa da experiência*”, descrevemos os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa. A partir de uma intenção biográfica, buscamos a escrita de uma narrativa etnográfica (KOFES, 2001). Apresentamos os métodos para coleta de dados (observação, entrevistas, *accounts*, análise documental) e os processos para seleção dos participantes de pesquisa, processamento e análise dos dados. Acrescentamos tópicos referentes à inserção no campo e às considerações éticas no processo de pesquisa.

No quinto capítulo “*Narrativa da vida social no CERSAM Leste: território aberto*”, apresentamos uma narrativa sobre a história de criação do CERSAM Leste, descrevemos as espacialidades da instituição, a lógica de organização e funcionamento desse dispositivo e as relações entre trabalhadores e pacientes. Ao fim do capítulo, refletimos sobre a constituição deste como um serviço comunitário, aberto e territorial.

No capítulo VI “*Trajetórias em narrativas*”, apresentamos narrativas das trajetórias de vida dos três portadores de sofrimento mental, participantes da pesquisa. Há uma análise da experiência da loucura e das territorialidades e relações com a cidade.

No capítulo VII, “*Sobre relações: a instituição, a cidade e as trajetórias*”, apresentamos reflexões sobre a experiência da loucura na cidade de Belo Horizonte a partir de discussões acerca de trajetórias marginais e da tensão entre portadores de sofrimento mental e a família, a casa e a rua e o universo do trabalho.

Encerramos a pesquisa com as considerações finais e apontamos desdobramentos possíveis a partir desse empreendimento.

I - JUSTIFICATIVA

A criação dos serviços substitutivos aos manicômios pautados na Reforma Psiquiátrica Brasileira propôs uma ruptura com o paradigma asilar de assistência aos loucos, consoante a Lei Paulo Delgado de 2001. No cenário brasileiro, observa-se uma valorização dos discursos psiquiátrico e psicológico, sendo que iniciativas que analisam as ações sociais, as interações sociais e territórios a partir da desinstitucionalização do PSM ainda revelam-se incipientes. Dessa forma, uma pesquisa que contemple o processo de constituição de um serviço comunitário, aberto e territorial, assim como a compreensão das trajetórias de vida de portadores de sofrimento mental assistidos nesse serviço e as relações estabelecidas com e na cidade de Belo Horizonte, a partir de uma análise sociológica, poderá contribuir para os estudos da Sociologia da Saúde e para o campo das Políticas Públicas, especificamente, Política de Saúde Mental.

Acrescentamos que esta pesquisa responde a necessidade de uma investigação sobre o modelo atual de saúde mental e nexos com a cidade, no que se refere às configurações relacionais que permeiam os vínculos entre os usuários/profissionais de saúde e usuários/sociedade. De acordo com Brasil e Costa (2014), apesar de dados demonstrarem uma ampliação dos serviços territoriais de saúde mental, ainda há uma carência de estudos empíricos que discutam a ampliação da vivência de papéis e a sociabilidade do público assistido pelos serviços. Nesse sentido, apostamos em contribuições também no campo Sociologia Urbana.

II - O CAMPO DA LOUCURA E OS MANICÔMIOS

Este trabalho inicia-se com uma imersão histórica sobre o tema da loucura. Neste capítulo apresentamos a história da loucura e marcos importantes desta no mundo ocidental e no cenário brasileiro, como por exemplo, a invenção do manicômio, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política Nacional de Saúde Mental.

2.1. Breve história da loucura: percorrendo a narrativa de Foucault

A consciência da loucura, de acordo com Foucault (1978), na obra “*História da Loucura*”, apresenta distintas faces na história da humanidade. Conforme o autor, para a consciência ocidental, a loucura apresenta uma pluralidade de concepções e transformações durante os séculos. Neste estudo, ressaltamos o discurso da loucura presente na sociedade moderna⁴, contudo, discorreremos brevemente sobre construções presentes na Idade Média, no Renascimento e na Idade Clássica. Apesar de uma variedade discursiva a respeito da loucura, a narrativa “*História da Loucura*” revela a imagem do louco como aquele aprisionado no lugar da passagem. Imagem comum nos diferentes períodos históricos:

(...) o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer (FOUCAULT, 1978, p. 36).

No fim da Idade Média e início do Renascimento, a loucura é concebida como um dos vícios do homem, ela divide soberania com fraquezas da alma humana, como por exemplo, a luxúria, a discórdia, entre outras. Nesse período, a loucura está envolta de aspectos sobrenaturais e místicos. Cabia aos loucos a revelação de grandes segredos e mistérios do mundo. Foucault (1978) afirma que, se anteriormente a lepra era o mal da Europa, um novo mal avança no corpo e no imaginário dos homens, este passa a ser encarnado nas experiências das doenças venéreas, que são compreendidas como punição divina aos pecadores e aos libertinos. Na Renascença, por sua vez, a loucura reina sobre tudo o que há de mau no homem. A Renascença retira a positividade mística existente na loucura da Idade Média.

⁴ Consideramos que as concepções referentes à Sociedade Moderna de Foucault são válidas à compreensão da nossa sociedade atual.

A partir da Era Clássica (séc. XVI a XVIII), a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade. Nessa perspectiva, a prática do internamento estabelece uma nova reação à miséria, uma outra relação do homem com o que pode haver de inumano em sua existência. Nesse período, uma nova sensibilidade é colocada em questão: não mais religiosa, porém, moral. Se o louco apresentava-se familiar à paisagem humana da Idade Média, era como que oriundo de um outro mundo. Na Idade Clássica, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de "polícia", referente à ordem dos indivíduos na cidade. Os grandes hospícios, as casas de internamento, obras de religião e de ordem pública, de auxílio e punição, caridade e previdência governamental são um fato da era clássica. As instituições de ordem moral cumprem a função de castigar, de corrigir uma certa "falha" moral.

Nesse sentido, se na Idade Média, o louco era acolhido porque vinha de outro lugar; na Era Clássica, o louco é excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. O louco continua a vagar, entretanto, não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social.

A internação, então, apresenta-se como uma solução, uma criação institucional própria ao século XVII. Na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho. Esta é inserida no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 1978, p. 89). Nessa lógica, inventam-se instituições que se propõem a eliminação dos "a-sociais".

O internamento representa um papel particular: o de conduzir de volta à verdade através da coação moral. Dessa forma, doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos se veem repentinamente, na segunda metade do século XVII, rejeitados e reclusos em asilos, o período reconhecido como da Grande Internação. O espaço social da loucura, então, apresenta-se nem no campo da miséria, nem exatamente o da doença, como será na Modernidade, mas o desatino, o insensato começa a ser avaliado segundo um certo distanciamento da norma social.

A Modernidade, inspirada pelo pensamento de Descartes, coloca a loucura no lugar da desrazão. Assim, a ela é atribuída a noção de alienação e ruptura com o mundo real, objetivo e racional. Com o nascimento da Psiquiatria, os poderes de decisão são entregues ao juízo médico, uma vez que apenas ele introduz o sujeito no mundo da loucura. A loucura,

então, é concebida a partir da noção de doença mental e, assim, demanda um lugar para observar, estudar, classificar e tratar, como o fez Philippe Pinel, em 1873, no Hospital Bicêtre, na França. Com o surgimento da Psiquiatria, apenas ao médico psiquiatra é permitida a distinção entre o normal e o insano; o criminoso e o alienado irresponsável.

A existência de práticas discursivas marca a experiência da loucura na Modernidade: a internação do louco, a objetivação da loucura e a confrontação da loucura com o crime. A instituição médica, o hospital, funciona como um aprisionamento terapêutico, espaço destinado a retirar da loucura reações secundárias como a raiva, o furor, a violência e, assim, domesticá-la, controlá-la ou até mesmo curá-la. A loucura, portanto, é inscrita na “verdade cotidiana da paixão, do crime e da violência” (FOUCAULT, 1978).

A Idade Moderna, segundo Foucault (1978), coloca uma questão central: "Então, o que é a loucura?". O saber científico tende a responder que ela é deduzida de uma análise da doença, porém, o filósofo alerta que tal análise não considera que o louco fale de si mesmo em sua existência concreta.

Foucault nos possibilita compreender que as práticas discursivas acerca da loucura encontram-se presentes no pensamento atual no que se refere a tensão normal/ desviante e saúde/doença.

2.2. Manicômio: território fechado

O aparecimento dos manicômios data do início do século XIX, portanto, eles são uma invenção da Modernidade. Estes podem ser caracterizados pelo acolhimento exclusivo de doentes mentais com o intuito de oferecer-lhes tratamento médico especializado. Associado ao aparecimento dos manicômios está o delineamento da relação terapeuta - paciente e a emergência da Psiquiatria. Nesse sentido, o século XIX ficou conhecido como o século dos manicômios, seja pela importância histórica do tratamento moral seja pela proliferação dessas instituições (PESSOTTI, 1996).

As diferenças primordiais entre os manicômios e os hospícios, os asilos de séculos anteriores, consistem estruturalmente em três aspectos: (1) na locação diferenciada dos loucos dos outros doentes nos manicômios; (2) a ausência de uma proposta terapêutica nos hospícios; (3) o desaparecimento dos meios cruéis de contenção e punição, as correntes muito utilizadas nos hospícios. A partir dos ideais de Pinel, nota-se uma racionalidade na acomodação dos

pacientes em locais diversos, segundo peculiaridades do adoecimento (PESSOTI, 1996). Nesse sentido, a invenção dos manicômios significou um avanço ao tratamento dado a loucura no séc. XIX quando comparado à assistência oferecida nos hospícios. Contudo, a emergência da Psiquiatria e a invenção do manicômio corroboraram com a ideia do isolamento social e determinaram a construção do mito da periculosidade do louco (BARROS-BRISSET, 2011).

Os manicômios apresentavam estruturas físicas diferenciadas conforme descrito por Pessoti (1996). Alguns apresentavam diversos pavilhões simétricos em um terreno, estes eram isolados ou interligados por corredores de comunicação. Outros apresentavam pequenos edifícios esparsos como colônias agrícolas ou vilas. Havia abrigos para tipos de alienados, sedes para os serviços administrativos e casas de oficinas com a proposta de trabalho, porém, este sem o cunho terapêutico, uma vez que visava a manutenção da instituição em matéria de alimentação, limpeza e mobiliário. Nos manicômios: “Tudo fechado, trancado, maciço, pesado, oprimente, tudo feito para lembrar a cada hora, a cada minuto ao doente e ao médico, ao enfermeiro e ao raro visitante ‘Esta é a casa dos loucos’” (UGOLOTTI, 1949, p.12, apud, PESSOTTI, 1996, p. 157-158).

Segundo Goffman (1974), toda e qualquer instituição tem tendências ao fechamento. Entretanto, observam-se que algumas instituições são mais fechadas do que outras. O caráter fechado pode ser compreendido a partir da barreira à relação social como mundo exterior e por proibições à saída. Essas proibições podem assumir tanto barreiras físicas como portas fechadas, muros, como barreiras simbólicas.

Goffman (1974) introduz o conceito de instituições totais por meio de uma noção radical de fechamento. Uma instituição total, segundo ele, pode ser compreendida a partir da noção de ruptura das barreiras das três esferas da vida, ou seja, esta se constitui como lugar onde o indivíduo descansa, tem práticas de lazer e trabalha sob a referência de uma mesma autoridade. Além desses atributos, é presente a problemática da homogeneização, uma vez que o interno realiza as mesmas atividades diárias em conjunto, uns com os outros. O rigor dos horários e a sistematização das atividades evidenciam a imposição de regras e normas institucionais. A programação do cotidiano ilustra um processo de racionalização do tempo que visa atender os objetivos hierárquicos institucionais. Enfim, a institucionalização revela-se como a imposição de um obstáculo intransponível entre o mundo do internato e o mundo exterior, o que acarreta um abafamento do sujeito, uma mutilação do eu (GOFFMAN, 1974, p. 24). A impossibilidade da experiência dos diferentes papéis sociais e a participação

automática dos internos nas atividades propostas, portanto, apresenta-se como uma barreira para o exercício da autonomia. Compreende-se que a:

Instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1974, p.11).

A partir do conceito de instituição total de Goffman (1974), esta pode apresentar-se em diferentes agrupamentos. Destacamos uma delas, tendo em vista o objeto deste estudo. Segundo o autor, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são ameaças à comunidade, embora de maneira não intencional, como, por exemplo, os hospitais para doentes mentais, os manicômios. Nessa perspectiva, o manicômio, enquanto uma instituição total, pode ser compreendido como um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal (GOFFMAN, 1974, p.22).

Goffman (1974) descreve o processo de adaptação do indivíduo em uma instituição total. O novato ao chegar à instituição vivencia processos de mudanças na sua carreira moral, que pode ser compreendida como as crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. Na instituição total, a participação automática nas atividades acarreta perturbação dos papéis sociais. Reconhecemos a existência de táticas de resistência dos internos, contudo, enfatizamos que a instituição total revela-se a partir do controle da vida diária do interno.

A compreensão do processo de criação dos manicômios e o reconhecimento destes como instituição total, nos apresenta como um elemento importante para analisar novas práticas de saúde que se propõem a romper com a lógica de internação, de confinamento e de separação dos loucos da sociedade.

2.3. História da loucura no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira

Segundo Amarante (2002), a história da Psiquiatria Brasileira consiste em processos de asilamento e de medicalização social. A concepção de loucura como objeto de intervenção específica pelo Estado data do período da chegada da família real no Brasil. Anteriormente, eles eram encontrados nas ruas, nas prisões, nas casas de correção, em asilos e

nas Santas Casas de Misericórdia. O autor enfatiza que, após a chegada da corte portuguesa ao Brasil, os loucos são concebidos como “doentes mentais” e por isso, merecedores de um espaço social específico para reclusão e tratamento. No ano de 1852, o Brasil recebe o primeiro hospício, Hospício Pedro II. O processo de asilamento e confinamento dos loucos a partir de um ideal de modernização havia ocorrido na Europa séculos anteriores.

Após a criação do hospício Pedro II e até a Proclamação da República, constata-se a existência de críticas à instituição devido a ausência de um projeto assistencial. Os alienistas inspirados em ideias positivistas vislumbravam intervenções técnicas e a medicalização dos hospitais.

A partir de 1890, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa e subordinado à administração pública. Nesse período, novas propostas de assistência ganharam corpo nas primeiras colônias de alienados. Esse conjunto de mudanças pode ser caracterizado, conforme Amarante (2002), como a primeira Reforma Psiquiátrica Brasileira. O modelo asilar de colônias inspirou-se em experiências europeias e preconizou a construção de comunidades onde o louco conviveria fraternalmente em casa e no trabalho.

Em 1923, fundou-se a Liga Brasileira de Higiene que consistiu em um programa de controle social. Nessa perspectiva, “o asilo passa a contar com uma nova ideologia que o fortalece: a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico de normalidade” (AMARANTE, 2002, p. 78). Na década de 1930, a Psiquiatria assistiu a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias.

Em 1950, observou-se o furor farmacológico e a descoberta dos neurolépticos, como, por exemplo, o haloperidol, a clorpromazina. Os anos 1960 foram marcados pelo modelo privatizante e pela indústria da loucura. Nas décadas de 1950, 1960 e 1970, os manicômios brasileiros vivenciaram uma realidade de superlotação e precarização da assistência. A partir do Golpe Militar de 1964 até os anos 1970, clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público multiplicaram. Esse período foi reconhecido com “psiquiatrização” dos problemas sociais (MINAS GERAIS, 2006).

A partir dos anos 1970, iniciam as denúncias e críticas à condição desumana existente nos hospitais psiquiátricos brasileiros, como, por exemplo as denúncias de maus tratos no Hospital Público de Barbacena. Lüchmann e Rodrigues (2007) relatam que, no contexto da abertura do Regime Militar, muitos movimentos sociais emergiram no país e a

partir daí, surgiram as primeiras manifestações no setor de saúde, principalmente através da constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e do Movimento de Renovação Médica enquanto espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área. No interior desses setores surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que assumiu papel relevante nas denúncias e acusações ao Governo Militar, principalmente, sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que incluía práticas de tortura, fraudes e corrupção. As pautas de reivindicações corresponderam a: críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque; melhores condições de assistência à população; a humanização dos serviços além da exigência de aumento salarial e redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho. A partir da mobilização de integrantes desse movimento iniciou-se uma greve que durou oito meses no ano de 1978, a qual alcançou importante repercussão na imprensa.

Em 1986, organizava-se a 8ª Conferência Nacional da Saúde, marco fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. A 8ª Conferência de Saúde estabeleceu também as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, em que “apresentam-se denúncias sobre a violência e os maus tratos a que estão expostos os internos dos hospitais psiquiátricos” (FERREIRA, 2006).

No processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as Conferências Nacionais de Saúde Mental constituíram-se como marcos importantes, uma vez que, apresentaram a proposta de dar continuidade ao processo de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência e de definir estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica, buscando referências em experiências internacionais exitosas, desde o início da década de 1980. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é influenciada e inspirada pela Reforma Psiquiátrica Italiana (HIRDES, 2009). Na década de 1970, surgiu na Itália o Movimento da Psiquiatria Democrática, liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia, que elevou a abordagem da doença mental como sendo um fenômeno complexo que envolve aspectos biológicos, sociais e psíquicos do indivíduo. A experiência italiana, a partir do fechamento dos hospitais psiquiátricos, demonstrou que é possível a constituição de uma nova forma de organização da atenção que ofereça e produza cuidados. Em 13 de maio de 1978, foi instituída a Lei 180, de autoria de Franco Basaglia, que proibia a recuperação de antigos manicômios e a construção de novos, como também reorganizava os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restituía a cidadania e os direitos sociais aos doentes e garantia o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, no Rio de Janeiro, discutiu o impasse do modelo centrado no hospital e no médico-psiquiátrico, entendido como ineficaz e oneroso tanto para a sociedade como para os usuários, e no qual ocorria violação dos direitos humanos fundamentais. Esta foi marcada pela criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que reivindicava "uma sociedade sem manicômios".

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em dezembro de 1992, e aconteceu após a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS. Na II Conferência, buscou-se formalizar o esboço de um novo modelo assistencial com lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção diferentes do modelo hospitalocêntrico e também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, reafirmou a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social. Além disso, esta respeitou as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais; priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental por meio implantação dos serviços substitutivos ao manicômio.

2.4. Política Nacional de Saúde Mental: Lei Paulo Delgado

A partir dos princípios e diretrizes discutidos nas Conferências de Saúde Mental, especialmente a I Conferência de Saúde Mental, em 1989, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que previa a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira com a substituição progressiva dos manicômios por novos dispositivos de tratamento e acolhimento. Dia 6 de abril de 2001, doze anos depois de ter dado entrada no Congresso, o Projeto de Lei 3.657 foi sancionado. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. De acordo com Cunha (2013), esse projeto de lei foi inspiração para legislações estaduais, como a mineira, Lei 11.802, de 18 de janeiro de 1995.

Nessa perspectiva, serviços de assistência à saúde mental organizam-se através dos seguintes dispositivos: Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, Centros de Convivência, Unidades Básicas de Saúde - UBS e Hospitais Gerais, sendo estes organizados em rede.

Os CAPS constituem serviços abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário àqueles em sofrimento mental. Estes oferecem acompanhamento clínico e a reinserção social por meio do fortalecimento das redes de apoio do usuário (família, comunidade). Os SRT consistem em casas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de pessoas egressas dos manicômios. Os Centros de Convivência são dispositivos públicos inseridos no território da cultura e da cidade concebidos com o propósito de promover espaços de sociabilidade, de produção cultural e intervenção na cidade. As UBS também se encontram com dispositivos centrais da rede, uma vez que articuladas à Estratégia de Saúde da Família - ESF promovem a responsabilização compartilhada do cuidado às pessoas com sofrimento mental (GRIOLO et al., 2007).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, portanto, segundo Amarante (2008), inaugura tanto transformações no campo teórico; formas de conceber a loucura, quanto no campo assistencial; questões administrativas que se referem à estruturação dos serviços de saúde mental. Ambas com o intuito de pensar uma nova posição social para o louco e para a loucura. A partir dessa configuração que rompe com a lógica do tratamento em instituições fechadas, os hospitais psiquiátricos, como se constituem as experiências da loucura a partir da análise dos novos dispositivos de tratamento e como se constituem a vida de pessoas que tratam nestas instituições?

III – EXPERIÊNCIA E LOUCURA

Esta pesquisa fundamenta-se na interface das Ciências Sociais e da Saúde e está alinhada à análise da dinâmica das relações cotidianas no mundo social. Compreendemos que o mundo cotidiano é mais dinâmico e caótico do que revelam as teorias sociais, por isso tomamos a experiência como ponto de partida para conhecer o emaranhado das tramas e dos dramas da vida e da estrutura social. A partir desse enfoque, rompemos com os estudos biomédicos e com os trabalhos antropológicos e sociológicos tradicionais. O corpo/objeto da ciência médica é substituído pelo corpo vivido, fonte e condição para nossa relação com o mundo dos objetos. No caso dos estudos desenvolvidos pelas ciências sociais, problematizamos a ênfase nos aspectos ideais ou simbólicos que faz referência ao corpo/texto, espelho da cultura. Ressaltamos a centralidade do corpo vivido, fundamento da nossa inserção no mundo da cultura e ponto de partida para a reconstrução contínua desse mundo (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

A perspectiva da Sociologia Fenomenológica, nessa perspectiva, nos apresenta pertinente. Schutz empreende apropriações sociológicas de conceitos fundamentais da fenomenologia para a compreensão da mútua constituição sujeito-mundo em situações sociais específicas (LEITE, 2011). As pesquisas desse autor representam a confluência entre a fenomenologia de Edmund Husserl e sociologia compreensiva de Max Weber (CASTRO, 2012; WAUTIER, 2003). Schutz, ancorando-se em Husserl descreve que as relações sociais revelam-se como elementos fundamentais para interpretação dos significados da ação dos sujeitos no mundo cotidiano, o mundo da vida. Compreende-se como mundo da vida:

(...) o mundo intersubjetivo que existia muito antes do nosso nascimento, vivenciado e organizado por outros (...). Ele se dá à nossa experiência e interpretação. Toda interpretação desse mundo se baseia num estoque de experiências anteriores dele (...). O mundo da vida cotidiana é a cena e também o objeto de nossas ações e interações (...). Mundo, neste sentido, é algo que temos que modificar através das nossas ações, ou que modifica nossas ações (SCHUTZ, 2012, p. 84 - 85).

Outro conceito importante para o quadro de análise da sociologia fenomenológica de Schutz é o conceito de intersubjetividade. Esta pode ser compreendida a partir da constatação de que o “mundo da vida diária não é de forma alguma meu mundo privado, mas é desde o início um mundo intersubjetivo compartilhado com os meus semelhantes e interpretados por outros” (SCHUTZ, 2012, p.159).

Schutz, portanto, focaliza análise a respeito do processo constituição dos contextos de experiência e de ação. Para o sociólogo, toda experiência individual é fundamentalmente social, tendo em vista que é tecida no processo social. A conformação dos contextos de experiência, por sua vez, constitui o que Schutz compreende como a base da ação social, ou seja, o espaço intersubjetivo propriamente dito, por meio do qual as condutas são reguladas.

A discussão de Schutz sobre o estrangeiro nos ajuda a pensar a experiência do louco, temática desta pesquisa. De acordo com Schutz (1974) e pesquisas influenciadas por sua obra como Leite (2011), reconhecemos que o estrangeiro não se limita aos casos de imigração territorial, uma vez que há experiência do estrangeiro à medida que existe a inserção de uma pessoa em um determinado grupo social, no qual não há compartilhamento dos mesmos níveis de significatividade com os demais participantes. Nesse sentido, para o estudo da experiência do estrangeiro é fundamental a investigação da dinâmica da situação comum de um sujeito que vive dentro de seu grupo, em seu mundo da vida cotidiano. Consoante Leite (2011), o mundo da vida é experimentado por um indivíduo singular, entretanto, membros de cada grupo social tendem a apreender o seu mundo da vida como plenamente familiar. O estrangeiro, por sua vez, questiona aspectos tidos como inquestionáveis a cada participante do grupo. A vivência de ser estrangeiro, dessa forma, revela-se como uma situação tensa, em que há possibilidade de construção da intersubjetividade no encontro social e nas situações embaraçosas do cotidiano.

À experiência do estrangeiro, acrescentamos as contribuições de Schutz (1983) acerca da existência de múltiplas realidades para compreender a experiência da loucura. Em *“Dom Quixote e o problema da realidade”*, Schutz problematiza as diversas ordens da realidade. Segundo o autor podemos pensar de forma diferente sobre o mesmo objeto e quando o fazemos podemos escolher qual o modo de pensar queremos aderir e qual ignorar, dessa forma, ele enfatiza que a origem e fonte de toda realidade encontra-se em nós mesmos. Ao examinar a obra de Cervantes, ele diz do subuniverso da loucura ao referir-se a Dom Quixote e à realidade dos sentidos, da vida cotidiana de Sancho Panza e afirma que uma situação de ruptura com o esquema de interpretação da realidade impõe dificuldades na construção da comunicação, uma vez que, uma relação social se constitui à medida que se confere valor de realidade ao mundo da vida do outro. De acordo com Schutz (1983), em uma experiência, uma comunicação intersubjetiva, o compartilhar algo em comum pressupõe que eu assumo como verdadeira a possibilidade do Outro conferir valor de realidade a um dos

vários subuniversos e, por outro lado, que ele, o Outro, assuma como verdadeiro que eu também tenha amplas possibilidades de definir o que é meu sonho, minha fantasia, minha vida real. Portanto, em síntese, há experiência compartilhada à medida que há fé na veracidade do Outro.

3.1. Experiência da doença e narrativa

A partir de uma compreensão ampliada do conceito de experiência, faremos uma análise do conceito de experiência associado ao processo saúde/doença. Para tanto, utilizaremos autores que dialogam com a perspectiva fenomenológica de Schutz.

Langdon (2014) afirma que, a doença consiste em uma experiência que é capaz de gerar narrativas que buscam atribuir sentido ao sofrimento e auxiliam as pessoas a negociar as decisões cotidianas. As narrativas estão relacionadas às noções corporais, etiológicas, e refletem as relações sociais.

As narrativas, de acordo com Rabelo, Alves e Souza (1999), produzidas pelos indivíduos consistem em um meio fundamental pelo qual organizam a experiência no convívio com outros. Ao narrar eventos vividos, os indivíduos criam um campo para a ação coletiva: os eventos tal qual narrados postulam certas identidades e impelem os atores participantes da situação da fala a tomar posições condizentes com o estado de coisas apresentado. As narrativas relacionadas ao processo saúde/doença, portanto, visam reconstruir a experiência vivida como expressão de um padrão, que a um só tempo explica esta experiência e legitima certos papéis e práticas para se lidar com a situação (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Inspirados nos estudos de Rabelo, Alves e Souza (1999) que tomam a experiência como ponto central, reconhecemos que a maneira pela qual os indivíduos se engajam em atividades cotidianas ao longo da vida não pode ser deduzida de um sistema coerente e ordenado de ideias, símbolos ou representações sociais. A experiência diz de uma relação concreta, real dos indivíduos no mundo. Segundo Gaspar e Mahfoud (2006), atribui-se à experiência um caráter passivo e outro ativo. Passivo à medida que o sujeito sofre impacto da presença do mundo e ativo, uma vez que elabora tal impacto buscando apreender a presença do mundo.

De acordo com Rabelo, Alves e Souza (1999), o termo “experiência”, na tradição

fenomenológica, diz do modo de ser do sujeito no mundo. Os sentidos possíveis do vivido são dados pela dimensão encarnada da existência. O corpo, então, é tomado como fundamento da inserção dos sujeitos no mundo, o corpo é o *locus* no qual se inscrevem e se revelam as diferentes dimensões da vida. Nos estudos sociantropológicos é fundamental o olhar sobre a construção social e relacional do corpo e os diferentes sistemas terapêuticos na produção de saberes sobre processos de saúde/doença (LANGDON, 2014; RABELO; ALVES; SOUZA, 1999). Uma ruptura com o corpo/objeto das ciências biomédicas, para afirmar a proposição do corpo vivido e das relações construídas com o mundo social. A ênfase no ator social revela que é partir de sujeitos e grupos sociais que são construídos os conceitos e práticas ligadas à saúde/doença, o que leva a produzir reflexões acerca de questões relativas à compreensão da loucura como experiência, vivida e significada em contextos de ação e interação.

3.2. Signos da experiência da loucura

Os significados associados à experiência da “doença mental” são construções culturais herdadas e utilizadas em situações de aflição (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999 apud CORIN et al., 1992, 1993). Rabelo, Alves e Souza em um estudo realizado no Nordeste de Amaralina, em 1999, apresentam a partir de narrativas construídas com familiares de portadores de sofrimento mental, contribuições importantes e pertinentes para análise da experiência da “doença mental”, que tomamos como ponto de partida para este empreendimento científico.

A experiência da “doença mental”, conforme descrito por Rabelo, Alves e Souza (1999), é referida como problemas de cabeça, compreendidos como estado de perturbação mental, perda de controle das próprias reações e das atitudes ou estado de enfraquecimento do juízo. No caso da perda do juízo está a incapacidade pessoal de julgamento e discernimento nas interações sociais, campo de atuação do juízo, cujo comprometimento altera o desempenho social do indivíduo.

Em síntese, alguns atributos estão presentes na experiência da loucura: signos relacionais, de violência, isolamento, agitação, alterações no discurso, problemas no campo da percepção (delírio e alucinação), ataques e crises, desempenho de papéis sociais, aparência, emoção e comportamento bizarro (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Os signos relacionais e de violência somados aos signos de agitação e comportamento bizarro referem-se a atitudes agressivas e desrespeitosas vivenciadas no campo do convívio social, este marcado pelo desrespeito às regras e normas sociais. O comportamento bizarro, por sua vez, compreende-se como rótulo para agrupar condutas e modos de ser considerados estranhos ou alheios a um padrão normal vigente (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999). Esses autores descrevem alguns comportamentos tipicamente bizarros:

Andar nu pela vizinhança, adornar o corpo com papelão, pedaços de metal ou qualquer outra coisa que encontre pelas ruas, fugir de casa, comer restos do lixo e viver na sujeira ou, simplesmente, passar todo o dia vagando pelas ruas sem nenhuma razão aparente – todos comportamentos sublinhados por seu caráter estranho e absurdo (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999, p. 52).

É importante ressaltar, que ao contrário de noções tradicionais do desvio que atribuem certos grupos o caráter desviante, trabalhamos com a noção de desvio tal como proposto por Becker (2008). Esse autor apresenta o exercício de relativização das regras sociais que definem situações e comportamentos reconhecidos como "certos" ou "errados". Regras, desvios e rótulos são sempre construídos em processos interacionais. Segundo Becker (2008), o desvio não é uma qualidade que reside no próprio comportamento, mas na interação entre a pessoa que comete o ato e aqueles que reagem a ele. Nessa perspectiva, um comportamento só será compreendido como bizarro e desviante, à medida que não é compartilhado por um grupo de pessoas, assim como descrito por Schutz.

Outra característica relacionada à ideia de desvio refere-se ao cuidado com a aparência. Andar limpo, arrumado, enfim, demonstrar interesse pela higiene e apresentação pessoal, especialmente, em contextos públicos, são atos indicadores de que o indivíduo, se tem o juízo fraco, não cortou de todo os laços sociais que lhe conferem o status de pessoa (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Ainda no campo das relações sociais, o isolamento social é um atributo importante, assim como a emoção. Nos relatos de Rabelo, Alves e Souza (1999), o isolamento associa-se, de um lado, à indisposição e falta de ânimo e, de outro lado, à condição de se estar aborrecido, o que, por vezes, adquire uma conotação moral negativa, uma vez que ameaça um fluxo de reciprocidade. A reciprocidade constitui-se como elemento essencial para a constituição das relações sociais, conforme descrito por Weber (1998), uma vez que a relação social pode ser apreendida como a probabilidade de que uma forma determinada de conduta social tenha, em algum momento, seu sentido partilhado pelos diversos agentes numa

sociedade qualquer. Nessa perspectiva, é possível retomarmos a experiência do estrangeiro descrita por Schutz, uma vez que o mundo da vida nessa situação é questionado.

À emoção do portador de sofrimento mental é conferida um caráter exagerado, as ações e reações são compreendidas como exacerbadas e decorrentes de avaliações deficientes das atitudes e intenções dos outros (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

A agitação, os ataques e crises, consoante ao estudo de Rabelo, Alves e Souza (1999), compreendem-se como episódios nos quais o indivíduo apresenta ritmo acelerado, distinto das pessoas normais e mudanças súbitas e inexplicáveis de atitudes, o que contribui para a representação de que o portador de sofrimento não é dado a interações e ao convívio social. Somadas às descrições de agitação e crises, encontramos alterações no discurso e problemas no campo da percepção. A existência de alucinações⁵ e delírios⁶ no campo da loucura podem trazer impacto no mundo das relações sociais, uma vez que, de acordo com Schutz (2012), os processos intersubjetivos ocorrem em contextos de comunicação face a face, no qual a linguagem e a reciprocidade de perspectivas estão colocadas. Além disso, há problemas no campo da percepção e da problemática da realidade, uma vez que, esquemas díspares de interpretação da realidade podem acarretar dificuldades na comunicação social e consequentemente na relação social (SCHUTZ, 1983).

O desempenho de papéis sociais, por sua vez, também apresenta-se como elemento fundamental para análise da experiência da loucura. Os pesquisadores Rabelo, Souza e Alves (1999) descrevem que, ora os portadores de sofrimento mental vivenciam o papel social de doente, ora de desviante. Por outro lado, apontam o papel social de trabalhador como atributo de melhora ou de normalidade.

Diante dessas descrições, é possível reconhecer a existência de signos que conferem negatividade ou degenerescência à experiência da loucura. Dessa forma, julgamos pertinente o aprofundamento do conceito de estigma para compreensão das diferentes experiências de loucura e os processos das relações sociais envolvidos nessas experiências.

3.3. Loucura e estigma

⁵ “Entendem-se por alucinações estado de perturbação mental que se caracteriza pelo aparecimento de sensações (visuais, auditivas) atribuídas a causas objetivas que, na realidade, inexistem” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001).

⁶ “Entendem-se de delírio convicção errônea baseadas em falsas conclusões tiradas dos dados da realidade exterior” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001).

A leitura de Goffman (1980), *“Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”*, revela contribuições importantes para conceber a dinâmica das relações sociais de grupos estigmatizados socialmente. O autor inicia a obra com os seguintes dizeres “estigma, marca ou impressão, desde os gregos emprega-se como indicativo de uma degenerescência: os estigmas do mal, da loucura, da doença”. O estigma “avisava” a existência de um escravo, de um criminoso, de uma pessoa cujo contato devia ser evitado. O autor ocupa-se de delimitar o conceito de estigma e revela uma dupla perspectiva presente nesse termo:

Assume o estigmatizado que a sua característica distintiva já é conhecida ou é imediatamente evidente ou então que ela não é nem conhecida pelos presentes e nem imediatamente perceptível por eles? No primeiro caso, está-se lidando com a condição do desacreditado, no segundo com a do desacreditável. Esta é uma diferença importante, mesmo que um indivíduo estigmatizado em particular tenha, provavelmente, experimentado ambas as situações (GOFFMAN, 1980, p. 14).

Goffman (1980) apresenta três diferentes tipos de estigmas: as abominações do corpo (deformidades físicas); as culpas de caráter individual (vontade fraca, desonestidade, crenças falsas e rígidas, desonestidades, sendo estas inferidas por meio de relatos de conhecidos, como, por exemplo, distúrbios mentais); estigmas tribais de raça, nação e religião. De acordo com o autor, ambos os grupos apresentam características sociológicas similares: um indivíduo que poderia ser facilmente acolhido na relação social cotidiana possui um traço que pode chamar atenção e afastar aqueles que o encontram, e assim, destruir a possibilidade de atenção para outros atributos.

O autor enfatiza a importância da análise sobre a informação social no jogo social. Esta é referente a símbolos que identificam o indivíduo, sobre a "visibilidade" de um estigma e sobre a biografia – construída na intersecção da identificação pessoal e da identificação social.

Goffman nos ajuda a compreender a especificidade dos estigmas relacionados a loucura. O autor introduz o conceito de carreira moral do paciente ao extrapolar o conceito usual de carreira que faz referência àqueles que esperam atingir postos ascendentes de uma profissão. Segundo o autor, carreira pode ser ampliada para pensar a trajetória percorrida por uma pessoa durante a vida. Nesse sentido, a carreira pode apresentar-se tanto como triunfo quanto como um fracasso. É sob esse aspecto que o autor considera o doente mental (GOFFMAN, 1974).

Ao contrário das considerações acerca da doença mental inscritas no contexto de ação e interação social comunitária, conforme descrito na obra de Rabelo, Alves e Souza (1999), Goffman enfatiza o papel do diagnóstico e do processo de institucionalização na experiência da loucura. Dessa forma, há exclusão de categorias como, por exemplo, os candidatos não descobertos que seriam considerados “doentes” pelos padrões psiquiátricos, mas que nunca chegam a ser assim considerados por si mesmos ou pelos outros; o paciente de consultório de um psiquiatra; e o doente mental que participa de relações psicoterapêuticas. Apesar das pessoas que se tornam pacientes de hospitais psiquiátricos apresentarem diferentes experiências da loucura, de acordo com Goffman (1974), uma vez iniciados nesse caminho, enfrentam algumas circunstâncias semelhantes e a elas respondem de maneiras muito semelhantes. Como tais semelhanças não decorrem de doença mental, parecem ocorrer apesar dela. Acreditamos que essa afirmativa de Goffman apresenta-se relevante à medida que reconhecemos que a experiência da loucura é produto de aprendizados a respeito do papel social de doente mental. Nesse sentido, o que esperar de um indivíduo portador de sofrimento mental? Acreditamos que as instituições psiquiátricas têm muito a nos dizer da construção desse papel social, uma vez que, nesse cenário encontramos o processo de rotulação do indivíduo por meio do diagnóstico psiquiátrico e nesse contexto dar-se-á a produção do mundo da vida cotidiano a partir do compartilhamento de situações comuns tal como descrito por Schutz (2012). Além disso, a passagem por instituição psiquiátrica dá visibilidade ao estigma de portador de sofrimento mental.

A produção do estigma dá-se, portanto, tanto no campo das ações e interações sociais, assim como descrito no estudo no nordeste de Amaralina (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999), quanto no processo de rotulação advindo pela experiência do internamento e admissão em instituições psiquiátricas (GOFFMAN, 1980). A nós, então, interessa compreender as experiências da loucura a partir das relações sociais concretas (des)construídas por sujeitos encarnados ao mesmo tempo singulares e plurais, historicamente estigmatizados, tendo em vista uma ampliação dos cenários de vida provocados pela instituição de novos serviços de assistência ao portador de sofrimento mental, tal como exposto pelo advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com o aporte das reflexões advindas de nosso itinerário teórico, nova questão então se levanta: o processo de estigmatização descrito por Goffman se aplica do mesmo modo aos usuários dos novos equipamentos de atenção à loucura?

IV- EXPERIÊNCIA DA PESQUISA E PESQUISA DA EXPERIÊNCIA

4.1. Escolha metodológica

No processo de investigação acerca das experiências da loucura vividas na cidade de Belo Horizonte, tomamos a experiência do sujeito concreto e a existência de um dispositivo de tratamento à loucura como ponto central. Nessa perspectiva, apostamos na reconstrução da história de vida da instituição e dos participantes do estudo como um disparador para compreender as experiências de adoecimento e suas relações com a cidade.

O método biográfico pode ser encontrado nas Ciências Sociais de maneira esparsa, ora as histórias de vida apresentam-se como anexos que explicitam dados e ilustrações, ora aparecem com centralidade analítica (KOFES, 2001). Nos estudos nos quais a biografia assume centralidade, reconhecemos a distinção entre duas formas de apropriar desse método: as biografias convencionais como objeto e outra, a intenção biográfica para fazer dela uma narrativa etnográfica, assim como Kofes (2001) fez na escrita sobre Consuelo Caiado em *“Uma trajetória em narrativas”*:

O foco sobre uma singularidade, no caso uma trajetória, revelou várias relações, permitindo que a pesquisa guardasse na intuição biográfica um procedimento etnográfico: orientada pelas perguntas sobre Consuelo Caiado fui seguindo seus caminhos, e o que ouvi e encontrei foi sobre muitas outras coisas. Trata-se agora de escrever sobre esse encontro, entre um itinerário de pesquisa e a trajetória de um sujeito pesquisado (KOFES, 2001, p.23).

A autora compreende que a experiência de um sujeito preciso não escapa das concretudes socioculturais que tensamente o realizam enquanto pessoa. Nessa perspectiva, ela enfatiza a intenção biográfica como um exercício etnográfico. Kofes (2015) afirma que a narrativa biográfica e a etnografia são marcadas pela experiência da alteridade e ambas orientam-se pelos contextos de relações e não por categorias externas definidas *a priori*. Ela ressalta que o ato de biografar é similar ao ato de etnografar, assim como impasses colocados com relação ao singular-geral. Em síntese: “Biografia e etnografia são respostas às (mesmas) aflições: o problema de ambas e também o seu mérito é que são muitas e diversas as aflições às quais são chamadas a responder” (KOFES; MANICA, 2015).

Esta pesquisa, portanto, aproxima-se da intenção colocada por Kofes, à medida que a escrita biográfica do CERSAM Leste e de pessoas com problemas mentais revela-se como narrativas das diferentes experiências de loucura e relações com a cidade. A partir da

compreensão de que a experiência contém relações, conexões, movimentos de vida, experiência social e reflexão dos próprios sujeitos, nossas narrativas contemplam uma multiplicidade gráfica de diferentes registros e formas de inscrição como, por exemplo, imagens, as coisas, seus rastros e (re) composições (KOFES, MANICA, 2015).

4.2. Seleção do campo de pesquisa

Inicialmente, selecionamos um dispositivo da rede de Saúde Mental da cidade de Belo Horizonte com intuito de compreender a vida social presente neste território, assim como sua história e as práticas que constituem um serviço comunitário, territorial e aberto. Posteriormente, escolhemos os sujeitos participantes deste estudo afim de compreender as trajetórias de vida e relações sociais e interações estabelecidas na cidade. Foi realizado um estudo em um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Belo Horizonte, o Centro de Referência em Saúde Mental da Regional Leste, situado no bairro Santa Tereza. A escolha deste campo para a pesquisa pautou-se em alguns critérios: (1) a centralidade do CERSAM na rede de serviços substitutivos ao manicômio, já que se trata de um serviço de acolhimento às crises e às urgências subjetivas e psiquiátricas, lugar por excelência substituto ao hospital psiquiátrico; (2) o acesso da pesquisadora a este dispositivo em particular, o que favoreceu a entrada no campo e a coleta de dados.

Cabe destacar que esta pesquisa foi concebida a partir de problematizações construídas no cenário do CERSAM Leste e pretende aprofundar a particularidade desse universo. Pretensões com relação à generalização dos achados tornam-se limitadas, tendo em vista o desenho de pesquisa proposto. As considerações construídas neste estudo são importantes para pensar e analisar o contexto específico do CERSAM Leste e as biografias dos usuários participantes do estudo. Contudo, acreditamos que este serviço por apresentar perfil similar ao de outros CERSAM's da cidade de Belo Horizonte pode apresentar considerações pertinentes a esses serviços de acolhimento a crise de BH⁷ e a narrativa biográfica dos participantes do estudo pode dizer da experiência da loucura para além de um atributo individual da “doença mental”.

⁷ Os Centros de Referência à Saúde Mental do município de Belo Horizonte são denominados CAPS III, conforme descrito na Portaria do Ministério da Saúde n.321. Estes funcionam 24h, funcionam durante a semana, finais de semana e feriados. A lógica de funcionamento é a de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e não complementar.

4.2.1. Notas sobre inserção no campo de pesquisa

A temática deste estudo me envolve, uma vez que sou trabalhadora da Saúde Mental e, especialmente, trabalhadora do CERSAM Leste, campo selecionado para a pesquisa. Por essa razão, acredito ser importante dizer do processo de construção desta investigação por meio da apresentação das experiências e das reflexões provenientes da imersão do trabalho de campo, bem como a busca do rigor no que se refere à construção do arcabouço teórico e histórico, à coleta e à análise dos dados.

O primeiro exercício que me foi colocado ainda na banca de seleção do Programa de Mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG e também nas disciplinas obrigatórias do curso foi o distanciamento de um alinhamento teórico que valoriza os efeitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Fui provocada e questionada a repensar a construção da tensão entre o manicômio e os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, o que resultou na opção por buscar que esta pesquisa não tenha intuito de promover julgamento valorativo de um ou de outro sistema de assistência e sim trabalhar com a noção radical que os diferencia: a dimensão fechado versus aberto.

Outro ponto importante foi a imersão no trabalho de campo. Estar no CERSAM a mim não era estranho, entretanto, estar como pesquisadora sim! Os pontos principais de diferenciação foram marcados pela noção de tempo e de espaço. Enquanto trabalhadora do CERSAM, a minha relação com tempo é o tempo da urgência, da correria, o tempo da ação. Um atendimento ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, a Polícia Militar - PM⁸; um acolhimento; uma contenção; um telefonema, entre outras atividades. Como pesquisadora, o tempo passou lentamente, foi tempo de pausa, tempo de observação.

O espaço também foi vivenciado de modo diferente. Como trabalhadora, os espaços em que transito são prioritariamente a sala de plantão, o consultório, o posto de enfermagem. Como pesquisadora, os espaços por mim ocupados foram a recepção, o refeitório, a portaria e as áreas externas, enfim, espaços destinados ao coletivo da instituição. Entretanto, apesar de reconhecermos o interessante movimento de estranhamento do outro e descentramento de si, ou distanciamento daquilo que nos é familiar na produção de estudos qualitativos, tal como descrito por Nunes e Torrenté (2013), esse movimento não se deu de maneira simples, uma vez que no meu olhar e nas minhas análises estão presentes a marca da

⁸ O CERSAM por ser um serviço de urgência acolhe diariamente pessoas em crise que podem ser encaminhadas à unidade pelo SAMU ou PM.

minha experiência enquanto trabalhadora do CERSAM. Dessa forma, esta pesquisa diz desse lugar que ocupo enquanto trabalhadora da Saúde Mental e pesquisadora.

As estratégias construídas com intuito de permitir o exercício constante de aproximação e distanciamento do objeto de estudo foram diversas. Nos dias em que estive no CERSAM como pesquisadora, avisei a equipe de plantão do dia e disse aos usuários que me interpelaram “hoje não estou a trabalho, estou a fazer uma pesquisa”. Fiz observações em diferentes dias da semana e nos turnos manhã e tarde. Entretanto, apesar dos cuidados tomados, em alguns momentos a minha presença na instituição como pesquisadora foi inviabilizada. Cito, como exemplo, uma semana que um usuário que sou referência técnica⁹ esteve inserido em hospitalidade noturna¹⁰ e encontrava-se muito grave, desorganizado e exaltado. Dessa forma, eu não tinha condições de estar no CERSAM sem ser interpelada por ele ou pela equipe no sentido de orientar a respeito do que fazer diante do sofrimento daquele usuário. A escolha pelos participantes da pesquisa também foi um processo cuidadoso, assim como descrito no tópico *Sujeitos da pesquisa*.

O norteador do trabalho de campo foi a construção da ideia do pesquisador como observador, que de acordo com Jorgensen (1989), pode ser compreendido a partir da dualidade “*insider*” e “*outsider*”, a medida que ele emerge no cotidiano da população em estudo, ele reconhece regras sociais e assume papéis sociais no contexto cultural e simbólico específico. Sendo assim, em alguns momentos apenas observei, em outros participei da dinâmica de vida dos participantes da pesquisa.

A todo instante, o movimento de entrar e sair do campo foi revisto e reconstruído por mim e pelos meus orientadores. Dessa forma, os procedimentos metodológicos assumiram uma flexibilidade característica de estudos qualitativos sem contudo, perder o rigor fundamental a uma empreendimento científico.

⁹ Cabe ao técnico de referência estabelecer e sustentar o vínculo com o usuário do SUS, ofertar atendimento e escuta individual, definir com ele a frequência dos atendimentos e do comparecimento ao serviço, fazer os contatos com a família, e com outras pessoas do seu espaço social, sempre quando necessário.

¹⁰ Hospitalidade noturna faz referência ao acolhimento noturno do paciente que se encontra em condição mais grave, de maior vulnerabilidade. Sendo necessário, tratamento intensivo.

4.3. Sujeitos de pesquisa

A escolha dos sujeitos participantes da pesquisa seguiu a amostra intencional ou amostra de julgamento que pode ser compreendida, de acordo com Babbie (2004), como um tipo de amostra não probabilística no qual o pesquisador seleciona as unidades de observação baseado no próprio julgamento acerca de atributos úteis e importantes ao seu problema de pesquisa. As unidades de análise do estudo escolhidas intencionalmente são a instituição CERSAM Leste¹¹ e indivíduos portadores de sofrimento mental. Para a escolha dos sujeitos foram considerados os seguintes critérios: pessoas que possuem histórico de internação psiquiátrica em manicômios, experiência atual de tratamento no CERSAM Leste e que apresentam atributos diferentes quanto aos seguintes critérios: gênero, moradia, frequência na instituição. A definição desses critérios pretendeu garantir uma diversidade da amostra. Desse procedimento foram selecionados: (1) um homem que se encontra em situação de rua, frequenta de maneira irregular o CERSAM; (2) uma mulher que mora em uma República (Unidade da Assistência Social da Prefeitura de BH), frequenta diariamente o CERSAM; (3) um homem que mora com a esposa em uma casa, frequenta semanalmente o CERSAM.

Vale destacar que a escolha dos portadores de sofrimento mental participantes da pesquisa foi cuidadosamente planejada considerando minha dupla inserção no campo de pesquisa como trabalhadora e pesquisadora. Segui uma orientação básica: usuários dos quais sou a referência técnica não foram considerados na seleção da amostra de modo a favorecer o distanciamento do objeto de estudo. A amostra foi composta por sujeitos cujas histórias de vida desconhecia, dos quais apenas reconhecia recortes da participação e trajetórias na rotina institucional. No momento de convidá-los a participar da pesquisa, esclareci e endossei meu papel como pesquisadora e não como integrante da equipe do CERSAM. Todavia, o reconhecimento por parte deles da minha pessoa favoreceu a construção de vínculos que acredito possibilitaram o acesso a questões e contextos nos quais uma pessoa estranha, talvez, não teria acesso.

Outro ponto a ser destacado refere-se à escolha do participante em situação de rua. Iniciamos com um convite a uma pessoa e a primeira entrevista ocorreu em uma rua do bairro Santa Tereza, onde habitualmente ela se encontra. Foi difícil abordá-la, tendo em vista o barulho e a movimentação da rua. Entretanto, este era seu local de moradia e consideramos importante respeitá-lo. Tivemos dois encontros na rua Quimberlita, mas depois não mais a

¹¹ A escolha pelo CERSAM Leste foi justificada no tópico 4.2.

encontramos na rua, tampouco no CERSAM. Poucos dias depois, viemos a saber que ela havia sofrido um atropelamento e encontrava-se hospitalizada. Diante desse fato imprevisível, selecionamos outro sujeito com perfil similar. Entretanto, os encontros com esse segundo sujeito foram difíceis, ele encontrava-se arredio e desconfiado com o meu contato e minha aproximação. Por essa razão selecionamos uma terceira pessoa com história de trajetória de rua que se apresentou mais receptiva ao contato e com ela foi possível desenvolver entrevistas e encontros.

Os outros dois participantes selecionados apresentam perfis diferentes. Um deles aceitou o convite prontamente e apresentou-se bastante orgulhoso em fazer parte do estudo, perguntando sobre o campo de conhecimento e as finalidades da pesquisa. O outro, aceitou o convite, porém, não demonstrou curiosidade quanto ao estudo e em alguns momentos, recusou-se a falar e a me encontrar. O tempo deste sujeito (e de todos os demais) foi a todo momento respeitado, assim como a vontade de nos contar sua história.

O trabalho de campo desenvolveu-se por meio da participação voluntária dos indivíduos. Este iniciou-se a partir da aprovação pelo Comitê de Ética da UFMG¹² e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e da assinatura do termo de concordância da instituição onde foi realizada a pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que se encontra em anexo. O TCLE foi lido juntamente com os sujeitos de pesquisa e em caso de dúvidas, estas foram esclarecidas. É importante ressaltar que dentre os sujeitos de pesquisa, nenhum deles encontrava-se curatelado.

4.4. Coleta de dados

Os dados foram coletados em trabalho de campo. Foram realizadas: (1) observação, principalmente no CERSAM Leste; (2) entrevistas em profundidade com foco em história de vida com os três participantes do estudo; (3) *accounts* com os participantes da pesquisa e com familiares deles, (4) pesquisa em arquivos como, por exemplo, prontuário de um dos participantes e publicações sobre história da instituição CERSAM Leste. A adoção de múltiplas técnicas de coleta de dados, assim como, a pluralidade dos sujeitos de pesquisa

¹² Este projeto de pesquisa foi submetido ao COEP UFMG E SMS-BH. O parecer foi favorável em ambos.

visou promover maior riqueza do fenômeno em estudo e garantir o melhor recurso para compreender a trajetória de vida de cada participante envolvido na pesquisa.

4.4.1. Observação

Ponto de partida: realizamos observação dos espaços, das situações e das relações vivenciadas no cenário do CERSAM Leste. A observação nesse contexto, foi facilitada pela minha inserção na instituição, o que favoreceu minha entrada e permanência no campo.

A observação pretendeu compreender a vida social, o cotidiano da instituição e as práticas constituintes de um serviço territorial, comunitário e aberto e selecionar os participantes da pesquisa. Observamos a inserção de cada participante da pesquisa nesse cenário. Fizemos observação também nos cenários por onde os participantes da pesquisa circulam e ocupam, por exemplo, a rua, a casa. Na tentativa de acompanhar os participantes por outros cenários, contudo, encontramos obstáculos como, por exemplo, a cisma de um dos participantes em se sentir vigiado pela minha presença ou a presença marcante da institucionalização na vida de um dos sujeitos de pesquisa. Sendo assim, a maioria dos dados coletados por meio da observação é referente ao contexto da instituição, das práticas ali inseridas e a observação dos sujeitos de pesquisa nesse cenário. O tempo destinado à observação da instituição foi de 2 meses (abril e junho de 2015), tendo em vista que se propõe analisar eventos cotidianos, no qual a regularidade do fenômeno pode ser revelado nesse período circunscrito. Tomamos nota na observação por meio de registros em um caderno de campo. Se, para padrões etnográficos, o tempo foi curto, a intensidade da imersão é algo que deve ser considerado. Nesse caso, a observação não se restringiu ao momento que delimitamos arbitrariamente para a pesquisa, uma vez que sou trabalhadora da instituição e estou inserida nesse cenário há três anos.

Como norteador do trabalho de campo, tomamos as contribuições de Emerson et al. (1995), que afirma que o pesquisador do campo não pretende buscar a verdade, mas sim revelar verdades múltiplas do fenômeno estudado. Nesse sentido, o pesquisador empreende-se na produção de notas de campo que envolvem a inscrição de um discurso na vida social. Ressalta-se que os dados, os achados nesse empreendimento científico não podem ser separados do processo de observação.

4.4.2. Entrevista em profundidade

As entrevistas em profundidade, enquanto recurso metodológico, apresentam-se pertinentes, de acordo com Minayo (1996), quando se pretende compreender sistemas de valores, relações de determinado grupo social. Segundo Weiss (1994), a utilização de entrevistas em estudos qualitativos atende aos seguintes objetivos: integrar múltiplas perspectivas; descrever processos; desenvolver uma descrição holística; compreender como os eventos são interpretados; e apreender uma situação a partir de seu interior, intersubjetivamente, do ponto de vista de seus participantes.

Entrevistas com foco na história de vida foram utilizadas para compreender a trajetória de vida dos participantes do estudo. As histórias de vida têm como centro do interesse o próprio indivíduo, incluindo suas trajetórias desde a infância até o momento que fala, narrativa de diversos acontecimentos e conjunturas que presenciou, vivenciou e se inteirou (ALBERTI, 2004). As entrevistas foram gravadas com consentimento dos participantes da pesquisa, em média foram realizadas duas entrevistas com cada participante. Estas não apresentaram roteiro definido, mas um questão disparadora: me conta um pouco sobre a sua história. Durante a entrevista abordamos temas como a experiência do adoecimento, as relações sociais e as relações com a cidade.

4.4.3. Relatos, *accounts*

Relatos, “*accounts*” foram coletados por meio da aproximação com os portadores de sofrimento mental - sujeitos de pesquisa e outros atores sociais com os quais eles se relacionam. Segundo Orbuch (1997), esse tipo de estudo tem ganhado relevância entre estudos qualitativos mais interpretativos e centrados no significado que os atores conferem ao mundo social, a partir do aprofundamento de histórias e narrativas da interação social. Foram realizadas conversas informais com familiares dos participantes, como por exemplo, a esposa de um dos participantes e os pais de outro participante.

4.4.4. Análise de documentos

Para construirmos uma narrativa sobre o CERSAM Leste, recorremos às publicações acerca desse dispositivo. Fizemos o levantamento da história desse serviço por meio da leitura do *METIPOLÁ* Revista do CERSAM Leste, em comemoração ao primeiro ano de aniversário da instituição em 1997, leitura de dissertações sobre o CERSAM Leste e publicações acerca da Política Municipal de Saúde Mental em Belo Horizonte.

A análise de prontuários apresentou-se como um recurso viável na construção da narrativa de um dos participantes da pesquisa, uma vez que há dificuldade da participante no uso da linguagem e na capacidade de narrar a própria história.

Os prontuários do participante na instituição CERSAM Leste foram analisados, assim como Scaramello (2015) tomou os autos de processos penais para análise de laudos psiquiátricos e a escrita de biografias judiciárias. Compreendemos que ambos, os autos e os prontuários, podem ser compreendidos como arquivos de vida do sujeito, nos quais a história de vida é inscrita de forma condensada. Tratam-se de formas de arquivar, apesar de apresentarem arquivos de naturezas distintas. Tantos os autos quanto os prontuários apresentam fragmentos da vida de uma pessoa. Ressaltamos, que o processo de composição da biografia é marcado por escolhas, uma vez que se escolhe o que omitir, o que exagerar, o que rasurar. Entendemos que, consoante Scaramello (2015), as formas de seleção e as formas de interpretação dos fragmentos revelam-se para além dos registros e encontram-se permeadas por um filtro psiquiátrico, relações de poder, representações que compõem o imaginário social e simbólico, do normal e do anormal, do patológico, do desviante.

Acrescentamos que, tal como Scaramello, buscamos garantir a fidedignidade no uso dos prontuários por meio da sobreposição de discursos a fim de construir as narrativas. Há sobreposição de diferentes pessoas, tempos e olhares.

4.5. Análise dos dados

A análise da história, da vida social e das práticas constituintes do CERSAM Leste enquanto serviço comunitário, territorial e aberto deu-se a partir do compilado do diário de campo e da leitura dos documentos descritos no tópico anterior. Criamos um modelo

descritivo das relações vivenciadas no cenário do CERSAM e narrativo da história institucional.

A análise das entrevistas iniciou-se com uma etapa de pré-análise, conforme descrito por Bardin (1979). As gravações foram escutadas atentamente várias vezes, com intuito de apreender informações e significados que não aparecem na primeira escuta. Fizemos leitura flutuante e categorização dos dados. Ordenamos os dados em eixos temáticos elaborados a partir dos nossos objetivos geral e específicos. Os eixos elaborados foram: (1) a experiência do adoecimento; (2) trajetórias, territorialidades e relações sociais. Esses eixos temáticos foram utilizados para a construção das narrativas de vida dos participantes.

Na escrita da dissertação, buscamos apresentar: a narrativa da instituição por meio do levantamento da história do CERSAM e das descrições densas acerca da constituição de um serviço aberto; narrativas das trajetórias de vida de pessoas com problemas mentais. Ao fim de cada narrativa, elaboramos uma síntese de cada trajetória de vida a partir de uma escrita sobre a experiência do adoecimento e relações com a cidade.

4.6. Ética em pesquisa

Destinamos este tópico especialmente para a discussão da dimensão ética da pesquisa, tendo em vista a centralidade dessa questão em uma pesquisa no campo das Ciências Sociais que inclui a presença do pesquisador em cena e a relação de intersubjetividade com uma população historicamente estigmatizada, os portadores de sofrimento mental.

Os procedimentos normativos previstos para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos foram cuidadosamente observados. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e também à avaliação da Gerência do Centro de Referência em Saúde Mental da Regional Leste, instituição onde se desenvolveria parte da investigação. Todas essas instâncias apresentaram parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa. Os participantes foram orientados a respeito de nossos objetivos e procedimentos e assinaram termo de consentimento livre esclarecido.

Contudo, entendemos que os desafios éticos que um investigador encontra no trabalho empírico superam em muito as exigências dos referidos órgãos. Segundo Guerriero e

Dallaris (2008), a ética não é “algo” que se injeta num projeto já escrito e nem se reduz a procedimento. Ao contrário, deve fazer parte da sua elaboração e estar contida na tessitura do texto – desde a definição do objeto até a publicação dos resultados. Dessa forma, a dimensão ética desta pesquisa tomou como foco: o comportamento ético do pesquisador no campo; a ética na análise do material empírico; e os cuidados éticos necessários na elaboração dos resultados da pesquisa.

Minayo e Guerriero (2014) apresentam o conceito de reflexibilidade para se pensar a dimensão ética nas pesquisas qualitativas. Este destina a atenção constante sobre como e o que ocorre no contexto empírico que afeta o pesquisador e sua obra o que, por sua vez, afeta o campo e a vida social. Segundo os autores, não é possível isolar o conhecimento produzido da pessoa que o produziu. Além disso, é importante ressaltar que em pesquisas qualitativas não há a intenção de produção de estudos que contenham toda a verdade e nem a verdade que apresenta é inquestionável. As autoras ainda alertam que nenhum procedimento é inofensivo: o que é feito repercute nos interlocutores e no pesquisador.

Entendemos que nesta pesquisa é preciso considerar a dimensão ética principalmente na abordagem dos participantes da pesquisa, portadores de sofrimento mental. Como legitimar a voz de sujeitos que historicamente foram considerados à margem da racionalidade humana? De acordo com Kinoshita (2001), por muito tempo a existência de valores que sustentem o louco como sujeito social foi questionada, uma vez que os bens dos loucos tornavam-se suspeitos, as mensagens apresentavam-se incompreensíveis e o afeto tornava-se desnaturado. Nesse sentido, a grande dimensão ética deste empreendimento científico consiste em validar a voz, as produções, as histórias e os valores dos participantes da pesquisa. O desafio colocado refere-se, segundo Nunes e Torrenté (2013), à capacidade de tratá-los como interlocutores e não meros informantes, criando as condições para um encontro etnográfico e a construção de uma relação dialógica. No encontro com os participantes, tivemos cuidado de ouvi-los e de apreender os sentidos atribuídos por eles às experiências de adoecimento, de morar em Belo Horizonte e de tratar no CERSAM Leste. Na escrita das narrativas biográficas, usamos trechos das transcrições das entrevistas e demos destaque as interpretações próprias de cada um. Reconhecemos e acolhemos produções delirantes e diferentes maneiras de perceber a realidade sem buscar o valor de verdade. A cada encontro buscamos conferir valor de realidade ao mundo da vida dos nossos participantes.

4.7. Apresentação dos resultados e discussão

De modo a orientar a leitura dos próximos capítulos, revelamos a forma como organizamos a apresentação dos resultados e a discussão dos nossos achados empíricos. Os resultados são apresentados nos capítulos V e VI.

No capítulo V, apresentamos a narrativa sobre o CERSAM Leste, história institucional e relações sociais vivenciadas nesse cenário.

No capítulo VI, apresentamos as narrativas da trajetória de vida dos três sujeitos participantes do estudo. As narrativas articulam a análise de cada entrevista a outros recursos de análise como, por exemplo, a leitura de prontuários e conversas informais com familiares dos participantes. Ao fim de cada narrativa há uma síntese das biografias seguida de uma fotografia¹³ dos participantes, uma imagem de um lugar de Belo Horizonte importante na história de vida de cada um deles e um mapa dos deslocamentos e trajetos pela cidade.

O capítulo VII, por sua vez, discute a relação entre a instituição, a cidade e as trajetórias de vida. Apontamos a existência de trajetórias marginais a partir de uma análise das relações familiares vivenciadas no campo da loucura, da relação entre espaço público e espaço privado e do mundo do trabalho.

¹³ Os participantes ficaram muito felizes e satisfeitos em expor suas fotografias. As imagens revelam os sujeitos concretos: corpos, gestos...

V- NARRATIVA DA VIDA SOCIAL NO CERSAM LESTE – TERRITÓRIO ABERTO

Neste capítulo apresentamos uma narrativa da história e da vida social no CERSAM Leste, iniciamos com a inserção desse dispositivo na rede de serviços de saúde de Belo Horizonte.

5.1. Rede de Atenção à Saúde Mental em Belo Horizonte

Os equipamentos de atenção à saúde mental em Belo Horizonte seguem uma Política Nacional de Saúde Mental, porém, estruturam-se a nível municipal. A cidade organiza a rede de atendimentos a partir da lógica que valoriza o cuidado em liberdade. Os recursos financeiros até então destinados aos hospitais psiquiátricos, dessa forma, são investidos na rede de serviços substitutiva dos leitos desativados.

A rede de atenção ao portador de sofrimento mental fundamenta-se nos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde¹⁴ como: (1) universalidade: garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; (2) equidade: pressuposto de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos; (3) integralidade: compreensão do indivíduo na sua totalidade, ser biopsicossocial e a integração de ações, (4) regionalização e hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida; (5) descentralização: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo; (6) participação popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Os territórios da Saúde em Belo Horizonte são concebidos a partir dos Distritos Sanitários, que correspondem a unidade organizacional mínima do sistema de saúde. Estes possuem base territorial e apresentam uma rede de serviços de saúde adequada às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior. Belo Horizonte

¹⁴ Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde.

possui nove Distritos Sanitários: Norte, Pampulha, Venda Nova, Noroeste, Oeste, Barreiro, Nordeste, Leste, Centro-Sul¹⁵.

Segundo informações oficiais no site da prefeitura e declarações da Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte¹⁶, a rede municipal tem diferentes dispositivos de atendimento a crise/urgência psiquiátrica: os Centros de Referência em Saúde Mental para Adultos, os Centros de Referência em Saúde Mental Infantil e os Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. Os CERSAM's situam-se em diferentes regiões e contemplam toda a cidade. O funcionamento é 24h, todos os dias da semana, inclusive feriados. Além dos CERSAM's, há o Serviço de Urgência Psiquiátrica que funciona no Hospital da Santa Casa e oferece suporte às hospitalidades noturnas.

Nos CERSAM's, o tratamento busca a estabilização do quadro clínico, a reconstrução da vida pessoal, o suporte necessário aos familiares, o convívio e a reinserção social. Este serviço oferece atendimentos próprios a cada caso, com a presença de equipe interdisciplinar e oferta de oficinas terapêuticas, atividades de cultura e lazer (SOUZA, 2008). Atualmente, a cidade conta com a existência de oito CERSAM's, um CERSAM infantil, três CERSAM's AD (Álcool e Outras Drogas). Atualmente há a disponibilidade de sessenta e um leitos de hospitalidade noturna nesses serviços.

O Serviço de Urgência Psiquiatra - SUP funciona como retaguarda noturna para os pacientes dos CERSAM's e como serviço de referência para as urgências psiquiátricas após às 19h. Este não funciona como um serviço porta aberta, dessa forma, os pacientes chegam ao serviço levados pela Polícia ou SAMU (SOUZA, 2008). Este conta com uma equipe de enfermeiro, técnicos de enfermagem e psiquiatra e com seis leitos de pernoite e tendo em vista, a demanda crescente de leitos, segundo Coordenação de Saúde Mental, há um projeto de ampliação desse serviço.

A rede de atenção também é constituída por nove Centros de Convivência que contemplam os nove distritos sanitários do município. Conforme Guimarães et al. (2008), os centros de convivência oferecem oficinas de música, teatro, pintura, marcenaria, costura, espaços de experimentação, de criação, de convívio e trocas, tendo a arte como eixo orientador. Além das oficinas, há organização de outras atividades coletivas como passeios, idas ao cinema, teatros, festas, assembleias e futebol. Os centros de convivência preconizam o encontro com a cidade, o lugar por excelência das trocas. O acesso a esses dispositivos dá-se pelo encaminhamento do usuário pelos trabalhadores da saúde mental ou por profissionais das

¹⁵ O mapa dos Distritos Sanitários de BH encontra-se em anexo.

¹⁶ Estes dados foram compilados em Setembro de 2015.

Equipes de Saúde da Família presentes nas Unidades Básicas de Saúde. Ao chegar ao serviço, o usuário é acolhido em uma primeira entrevista, no qual há oferta e a escolha das oficinas e atividades de interesse.

Na atenção primária à saúde, há equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde. Neste caso, existem profissionais de saúde mental (Psicologia, Serviço Social e Psiquiatria) que acompanham nos centros de saúde os casos que podem ser tratados em ambulatório. Existem cento e quarenta e sete Centros de Saúde com um psicólogo em cada unidade e quarenta e oito equipes incompletas, onde há falta de psiquiatras. Além dos profissionais de saúde mental, as equipes da Estratégia de Saúde da Família também responsabilizam-se pelo cuidado dos portadores de sofrimento mental. Há também nove equipes complementares compostas por um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo e um psiquiatra infantil que prestam assistência a crianças.

Há em Belo Horizonte quatro consultórios de rua que abrangem as regionais Centro-Sul e Leste, Noroeste, Norte e Oeste. Estes são dispositivos da Política Municipal de Álcool e Drogas que preconizam intervenções no território, nas cenas de uso de drogas e apresentam-se como oferta de cuidado, ações culturais e convite para vinculação a outros dispositivos da rede, dentre eles CERSAM e Centros de Saúde.

A rede de atenção ao portador de sofrimento mental também conta com a criação de moradias protegidas, os serviços residenciais terapêuticos – SRT, estes são casas localizadas em diversos bairros da cidade, onde moram portadores de sofrimento mental que apresentam histórias de longo processo de internação em hospitais psiquiátricos e que romperam seus laços sociais e familiares. O Programa de Volta pra Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação). Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que no Art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Além das moradias mantidas pela Secretaria Municipal de Saúde que abrigam os usuários, os que puderem voltar para suas próprias casas e famílias recebem uma bolsa mensal. Existem vinte e dois SRT's em funcionamento nos dias atuais, com a média de oito moradores por residência, ou seja, cento e sessenta e seis moradores.

A cidade também apresenta outras estratégias como a Política Pública de Inserção Produtiva, o Projeto Arte da Saúde e a Assistência Jurídica ao louco infrator. Com relação à inserção produtiva, Belo Horizonte, em 1999, experimenta a iniciativa de pensar e formular ações voltadas às demandas dos usuários em relação ao trabalho. Segundo Otoni, Zacheé e Soares (2008), tais iniciativas foram contempladas pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental, que propôs cursos de qualificação profissional com intuito de preparação para o trabalho. A partir desse movimento inicial, criou-se uma cooperativa de trabalho conhecida como Suricato - Associação de Trabalho e Produção Solidária - com uma metodologia de estruturação de um empreendimento de auto gestão. A Suricato é constituída por quatro núcleos de produção: vestuário e moda, mosaico, marcenaria e culinária. A organização deste empreendimento dá-se por meio de uma Coordenação Colegiada composta por representação de cinco comissões específicas: comissão de comunicação, comissão de cuidado e saúde no trabalho, comissão de avaliação da qualidade técnica, comissão de ética e comissão de finanças (OTONI; ZACHEÉ; SOARES, 2008). Desde o ano de 2014, a Suricato conta com um espaço, uma loja e restaurante, no bairro Floresta, onde são vendidas as produções da Associação.

O Projeto Arte da Saúde consiste em uma estratégia voltada para crianças e adolescentes que apresentam dificuldades de aprendizagem e demandas ligadas à violência urbana, à questão das drogas, ao abuso e exploração sexual, ao trabalho infantil e quadros clínicos de sofrimento mental, como psicoses e neuroses graves. A proposta é a criação de oficinas de trabalho com arte, com artesanato, com busca da exploração da capacidade expressiva de crianças e adolescentes. Atualmente, existem quarenta e nove oficinas do Arte da Saúde em BH.

Outro dispositivo de atenção presente no município é a parceria entre a Rede de Saúde Mental e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais - PAI-PJ. Segundo Barros (2008), essa parceria tem alcançado processos de discussão e formação dos operadores das centrais de execução de penas alternativas bem como uma reorientação dos hospitais de custódia e manicômios judiciários.

5.2. CERSAM Leste – história

O CERSAM Leste compõe a rede de assistência à Saúde Mental em Belo Horizonte. Ele foi o segundo Centro de Referência em Saúde Mental construído na cidade,

sendo o primeiro o CERSAM Barreiro. Sua construção data-se de 1996. O CERSAM Leste foi pensado e idealizado pelo psiquiatra César Rodrigues Campos, que atuou como Secretário de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1993 a 1996. Inicialmente o serviço funcionava na esquina da avenida Silviano Brandão e da rua Anhanguera, no bairro Horto e, posteriormente, devido aumento da demanda, mudou-se para rua Perite, no bairro Santa Tereza, onde está até os dias atuais.

De acordo com Tibúrcio (2013), o CERSAM da rua Anhanguera consistia em uma casa pequena, uma construção de dois andares com quartos, salas, cozinha e banheiros que, anteriormente, havia sido uma residência familiar. Adaptações foram realizadas para receber os usuários como, por exemplo, grades nas janelas e na varanda e alguns reparos nos muros. Com os cuidados das obras, a casa continuou com características de uma casa de família inserida no bairro, sem qualquer identificação que apontasse se tratar de um espaço destinado a portadores de sofrimento mental. 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. Outro fator importante, o CERSAM Leste foi uma obra votada no âmbito do Orçamento Participativo (TIBÚRCIO, 2013).

No ano 2000, após crescente demanda de usuários, o CERSAM Leste foi, então, transferido para o bairro Santa Tereza. Segundo Tibúrcio (2013), havia uma obra em um espaço inacabado, quase em ruínas, que iria abrigar um Centro de Especialidades Médicas e posteriormente, outros serviços de saúde, mas devido a existência de outras instituições de saúde na Regional Leste para os fins previstos, o espaço foi cedido para a construção e ampliação do CERSAM Leste. Atualmente o CERSAM Leste possui uma população adscrita de 330.000 pessoas, ou seja, este serviço é referência de cuidado para essa população.

O CERSAM Leste configura-se como um dispositivo de atendimento às urgências psiquiátricas, sendo assim, diante de uma crise a pessoa é acolhida no serviço e então, vislumbram-se as possibilidades de cuidado. Este oferta tratamento nas seguintes modalidades: hospitalidade noturna (HN), permanência dia (PD) e ambulatório-crise. A hospitalidade noturna refere-se ao atendimento noturno aos pacientes. O CERSAM Leste conta com seis leitos de pernoite para acolher em período integral pessoas em sofrimento mental de maior vulnerabilidade, que necessitam de tratamento intensivo. O CERSAM acolhe durante o dia pessoas em crise por meio das ofertas: o atendimento individual diário com seu

técnico de referência; a ajuda para a sua higiene e cuidados com o próprio corpo, geralmente comprometidos pela crise; a participação em atividades coletivas, como oficinas, reuniões, assembleias, passeios; o atendimento à família, a prescrição adequada da medicação. Essa modalidade de tratamento é denominada permanência-dia. O ambulatório crise consiste atendimentos individuais agendados com o técnico de referência. Eles podem ser semanais, quinzenais ou mensais. Além dos atendimentos, atividades coletivas, visitas domiciliares, acolhimentos, os trabalhadores do CERSAM Leste participam semanalmente de uma reunião clínica na própria instituição e mensalmente, reuniões de matriciamento¹⁷ e supervisão clínica com outros dispositivos da rede de atenção ao portador de sofrimento mental.

5.3. CERSAM Leste – espacialidades

Nesse tópico, por meio da observação, descrevemos detalhadamente o CERSAM Leste. Compreendemos que 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). O CERSAM Leste apresenta um terreno 2203 m², sendo que 773,81 m² correspondem a área construída.

5.3.1. Do lado de fora

Ao chegar na esquina do antigo Mercado Distrital de Santa Tereza avista-se um muro antes cinza agora pintado de verde com pichações em azul: “dê rosas roubadas” é um dos dizeres. Um muro de altura equivalente ao muro de outras casas e prédios da rua, do quarteirão, do bairro. Na entrada, há um portão branco, uma guarita, um porteiro. Na portaria, comumente, encontra-se um profissional responsável pela regulação da entrada e saída do serviço. Ainda na entrada, observam-se Kombis¹⁸ brancas estacionadas, uma, duas dependendo do horário e do dia. Algumas pessoas sentadas no toco de madeira debaixo de

¹⁷ Entende-se por matriciamento um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe de saúde com objetivo de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. No caso da Saúde Mental, profissionais da Saúde Mental discutem casos com equipes de saúde da família.

¹⁸ O CERSAM Leste conta com a presença de transportes para buscar e levar pacientes em casa que apresentam limitação da autonomia.

uma árvore em frente ao portão ou sentadas no meio fio também são comumente avistadas. A princípio, não é possível saber que se trata de um serviço de saúde. Tal afirmativa se faz possível após leitura da placa: CERSAM Leste - Centro de Referência em Saúde Mental / Prefeitura BH. Bem a frente do portão, há uma placa para estacionamento de ambulâncias.

Ao passar pelo portão, avista-se uma área externa de cimento a frente e ao fundo edificação que não parece uma casa comum, mas um prédio pequeno de dois andares. Do lado esquerdo, bem ao lado do portão de entrada, existe um portãozinho que dá acesso a um corredor lateral do lote que é margeado pelo muro do lado de fora e por uma tela do lado de dentro. Nessa área, encontram-se árvores frutíferas e um barranco. Ao olhar para a edificação à esquerda, observam-se mesas e bancos de cimento coloridos, um quadra de esportes pintada. Do lado direito, observa-se a guarita do porteiro e um corredor que leva até a entrada da edificação. Trata-se de uma área externa colorida. Há várias cores (amarelo, verde, azul e vermelho) em tons fortes nos bancos. Nas mesas estão pintados tabuleiros de jogos. Há trabalhos em mosaicos coloridos no muro bem baixinho que margeia o corredor até chegar a alguns bancos de plástico preto próximos a entrada da edificação. Há também área verde com coqueiros e outras plantas. Rodeando a edificação do lado direito, o corredor desemboca em um canteiro com pé de limão, pé de amora, onde há presença de muito mato. Rodeando pelo lado esquerdo, observa-se um alargamento do terreno com bancos de cimento circulares, formando um semicírculo, mais área verde e ao fundo ao lado do pé de amora mais bancos de cimento coloridos. Há algumas portas, onde são guardados os lixos e os materiais de limpeza, espaços de uso restrito da equipe de limpeza da instituição.

5.3.2. Do lado de dentro

Primeiro pavimento

Ao entrar na edificação, à direita estão alguns bancos de plástico, onde algumas pessoas se encontram sentadas e a frente há uma bancada, onde funciona a recepção do serviço. Na recepção, trabalham duas pessoas, ou as vezes uma. Há um computador, uma impressora matricial, um telefone e três armários de arquivo, onde se encontram prontuários dos pacientes da instituição, assim como, outros documentos necessários como, por exemplo, folhas de prescrição, receituários, pedidos de exame. A frente da recepção, há um corredor que dá acesso a duas pequenas enfermarias, cada uma delas com três leitos, alguns

colchonetes podem ser vistos no chão. No corredor, há um bebedouro e dois banheiros, sendo um masculino e outro feminino. Estes encontram-se trancados e possuem chuveiros e vasos sanitários. Esse banheiros são usados pelos pacientes que pernoitam no serviço ou por aqueles moradores de rua que demandam banho e cuidados pessoais. Na enfermaria à direita, encontra-se o posto de enfermagem. Este encontra-se sempre com a portinhola de baixo fechada, lá há uma mesa com computador, duas cadeiras, um armário e uma bancada, onde estão medicamentos e pastas de checagem das medicações. Diariamente, um técnico de enfermagem fica responsável pelo posto. Ao sair da enfermaria, vira-se à direita e depara-se com a sala de plantão. Trata-se de duas portinholas, que quase sempre estão abertas. Nesta sala, encontram-se os trabalhadores responsáveis pelo plantão do turno. Lá encontra-se um armário de arquivo no canto direito da sala, uma mesa redonda ao centro e duas pequenas mesas onde estão os computadores e uma impressora matricial. Acima da mesa redonda há um quadro branco, onde escreve-se os pacientes inseridos em hospitalidade noturna e anota-se alguma informação acerca de um paciente como, por exemplo, data de exames e outros compromissos. Acima da mesa dos computadores existe um quadro de recados, escala de trabalhadores, funções, atividades da instituição. Há também um armário com prateleiras onde estão os prontuários dos pacientes inseridos em permanência dia na instituição.

No primeiro pavimento, ao lado da recepção, está a sala da gerência. Lá encontram-se um mesa, um telefone, duas cadeiras, um armário e gavetas de arquivos. Há um quadro com informações do serviço (horário dos trabalhadores, escalas de plantão e escalas de férias). A sala da gerência tem um pequeno corredor que dá acesso a rouparia e a área externa. A rouparia consiste em um pequeno espaço, onde encontram-se várias roupas que foram doadas e que serão usadas pelos usuários do serviço. Em frente a rouparia está um portão que se encontra fechado, há uma rampa que dá acesso ao segundo andar. Na rampa encontram-se cadeiras, mesas, mobílias velhas. A rampa encontra-se desativada.

Ainda no primeiro andar, do outro lado da recepção está o refeitório composto por três mesas grandes e por volta de vinte cadeiras. Dentro do refeitório há uma cozinha pequena, de acesso exclusivo a funcionários. Esta possui uma pia, um filtro de barro, um fogão quatro bocas, uma geladeira, uma pequena bancada e algumas prateleiras. Ao sair do refeitório a frente está a escada que dá acesso ao segundo andar. À direita do refeitório, um corredor que dá acesso a dois banheiros destinados aos pacientes e ao final um consultório, nomeado de consultório da urgência, onde há uma mesa e duas cadeiras. Ao lado da escada, há uma sala de descanso para os técnicos de enfermagem. Lá tem uma cama, armários e uma

pia. Este espaço é utilizado pelos plantonistas noturnos. Há também uma sala de expurgo, onde encontram-se materiais de uso da enfermagem, assim como cadeiras de roda.

Segundo pavimento

O acesso ao segundo andar apesar da existência da rampa e da escada dá-se pela escada. Esta termina de frente para uma sala, denominada salão, onde semanalmente, um técnico de enfermagem oferece cuidados pessoais como corte de cabelo, escova e as segundas funciona uma Oficina de Autocuidado e Beleza. À direita encontra-se uma pequena sala de espera com dois bancos que dão acesso há dois consultórios. Neste saguão há um bebedouro, uma parede com um painel de mosaico e um portão que se encontra fechado. Portão onde está a rampa. Em cada um dos consultórios, há uma janela bem grande, grades na janela, uma mesa e duas cadeiras. Caminhando um pouco mais encontramos uma sala de reuniões. Sala grande onde há bancos e cadeiras, parede pintada de vermelha e um enorme tela, uma obra de arte pintada por um usuário do serviço. No fundo da sala, uma mesa de madeira e uma televisão. A sala de reunião é o único espaço da instituição que possui uma das paredes pintadas em um tom forte, enquanto no restante do serviço encontram-se cores diversas e pastéis, tal como, azul claro, amarelo claro, verde claro e lilás, em muitas destas encontram-se desenhos, palavras escritas por pacientes.

De frente à sala de reuniões, está a antiga sala da gerência, que atualmente é usada como consultório. Lá existe uma mesa retangular, três cadeiras, um armário e uma mesa com computador. Ao lado desta sala, encontram-se dois banheiros masculino e feminino para os trabalhadores do serviço. Ao final do corredor à esquerda, está a sala de Terapia Ocupacional. Uma sala grande, com uma mesa quadrada ao centro e bancos. Há armários e prateleiras com papéis, tintas, telas, lápis de cor, giz de cera, revistas e livros. Na sala há um tanque e nas paredes estão fixados trabalhos, desenhos, pinturas, cartazes feitos pelos usuários durante as oficinas terapêuticas.

No segundo pavimento, do lado esquerdo da escada, está o almoxarifado, onde encontram-se os materiais de limpeza e de escritório. A farmácia consiste em uma pequena sala onde há três pequenas mesas, um computador e dois armários, onde estão estocados os medicamentos. A porta da farmácia, que possui duas portinholas, sempre apresenta a portinhola inferior fechada e trancada. Há uma sala dos funcionários do setor administrativo, onde há uma mesa, um armário e várias prateleiras e um banheiro. No segundo semestre de 2014 foi instituída uma sala de descanso para os trabalhadores, onde há escaninhos, um

pequeno sofá, mesa, cadeiras, um microondas, uma geladeira e um banheiro. Esta sala de uso exclusivo dos trabalhadores, encontra-se sempre fechada, cada funcionário possui a chave da porta.

Figura 1: Prédio do CERSAM Leste.



Fonte: ARRUDA, 2015.

5.4. Vida social no CERSAM Leste: a lógica de funcionamento de um serviço aberto

Nesse tópico, por meio da observação, apresentamos um modelo descritivo do funcionamento do CERSAM Leste. Descrevemos as atividades e práticas que constituem esse serviço.

Às sete horas inicia-se um turno de trabalho no CERSAM. Neste horário chegam os plantonistas que abrirão a manhã de trabalho. Ao chegar ao serviço, os técnicos de plantão passam pela portaria e se dirigem aos técnicos de enfermagem responsáveis pelo turno da noite. Na sala de plantão, eles conversam sobre como foi a noite no CERSAM e discutem os casos dos pacientes que se encontram em hospitalidade noturna. Após essa roda de conversa, denominada passagem de plantão, os técnicos de enfermagem do turno da noite terminam sua jornada de trabalho e nova jornada de trabalho inicia-se para aqueles que chegaram ao serviço.

Normalmente, o plantão do dia é composto por dois técnicos de nível superior e em alguns turnos um psiquiatra e seis técnicos de enfermagem. O próximo passo dos plantonistas é fazer o registro no caderno de intercorrências. Caderno que toda a equipe manipula e no qual as anotações norteiam as práticas diárias institucionais, lá encontram-se orientações como, por exemplo: é preciso administrar uma injeção de haldol decanoato em um paciente; o outro tem uma consulta agendada; é necessário levar medicamentos para os seguintes pacientes.

Aos poucos, os usuários inseridos em PD chegam no CERSAM, assim como, novos pacientes chegam ao serviço. Ao chegar os pacientes de permanência dia se dirigem ao refeitório para tomar café, depois ao posto de enfermagem para uso dos medicamentos. Os novos pacientes se dirigem à recepção e aguardam o acolhimento pelos trabalhadores de plantão.

Cabe aos plantonistas acolher as demandas externas e as demandas internas referentes aos pacientes incluídos em permanência dia e hospitalidade noturna. As demandas externas compreendem: acolhimento de pessoas que procuram o serviço por demanda espontânea; encaminhamentos de outras unidades de saúde; acolhimento de pessoas trazidas pela PM e pelo SAMU; e acolhimento a familiares que vieram visitar seus parentes. As demandas internas se referem aos atendimentos individuais; à mediação de algum conflito; à avaliação de cada paciente incluído em hospitalidade noturna; à organização dos pacientes que deverão ser levados e buscados no transporte, pacientes que circulam só; e contatos telefônicos necessários. Além dos plantonistas, no turno da manhã, existem outros profissionais (em média 3) que estão responsáveis pelo atendimento ambulatorial de pacientes e pela oferta de atividades coletivas e oficinas terapêuticas. Em algumas manhãs, há oferta de atividades externas como, por exemplo, a atividade nas praças de Santa Tereza desenvolvidas às terças-feiras e as assembleias de usuários desenvolvidas às quartas-feiras. No caso da equipe de enfermagem, os profissionais de nível técnico se dividem em alguns setores: posto de enfermagem (um funcionário é responsável pela administração da medicação, checagem da medicação e avaliação dos dados vitais); transporte (dois técnicos de enfermagem buscam e levam pacientes inseridos em PD em casa)¹⁹; rouparia (um técnico é responsável pela assistência dos pacientes no banho e na atividade de vestuário), farmácia (um trabalhador é responsável pela farmácia juntamente com a farmacêutica) e na permanência dia (um técnico é responsável por estar presente nos espaços da permanência dia para conversar com os

¹⁹ Os técnicos responsáveis pelo transporte dividem e organizam os pacientes por rotas e saem para buscá-los. Os pacientes que são buscados pelo transporte do serviço chegam ao CERSAM por volta das 9h. O paciente será inserido no transporte, quando ele possui autonomia limitada e dificuldade na circulação pela cidade.

usuários e mediar alguma situação, quando necessário). O plantão do turno da manhã iniciado às sete horas termina às treze horas, quando nova equipe de trabalhadores chega ao serviço e assume o plantão.

No horário de 13h às 13:30, os trabalhadores se reúnem no posto de enfermagem para nova passagem de plantão. Nesse momento, são discutidos os casos dos pacientes de pernoite, altas são programadas ou não. Além disso, os acolhimentos são discutidos assim como seus encaminhamentos; discutem-se as intercorrências da permanência dia e as pendências de tarefas para o turno da tarde.

O plantão do turno da tarde segue a mesma lógica de funcionamento do turno da manhã, o acolhimento das demandas internas e externas ao CERSAM. Além disso, cabe aos plantonistas procurarem vagas de pernoite em outros CERSAM's no caso de excedente de indicações de HN. O CERSAM Leste possui seis leitos de hospitalidade noturna e no caso de indicação de um número superior, o paciente será transferido e deverá pernoitar em outro CERSAM da cidade. Cabe, então, ao plantonista os contatos telefônicos com outros serviços e os encaminhamentos. Além dos plantonistas, existem outros profissionais que assumem o ambulatório e a oferta de atividades como, por exemplo, o futebol e o cinema que acontecem às quartas-feiras à tarde e as atividade de livre expressão que acontecem nas segundas e sextas à tarde. O plantão da tarde encerra às 19h com a chegada dos técnicos de enfermagem que assumirão o plantão noturno. Os plantonistas discutem os casos com os três técnicos de enfermagem responsáveis pelo cuidado noturno e fazem contato telefônico com o Serviço de Urgência Psiquiatra²⁰ e discutem os casos dos pacientes que irão pernoitar no CERSAM, além da discussão pelo telefone, encaminham-se as evoluções diárias do paciente e seus dados clínicos por e-mail.

O plantão noturno é constituído por três técnicos de enfermagem que são responsáveis pela administração das medicações noturnas e pela assistência aos pacientes durante a noite. No caso de alguma intercorrência, agitação psicomotora, insônia, os profissionais entram em contato com equipe do SUP que avalia a necessidade de uma contenção, de uma medicação extra. Toda noite, todos os CERSAM's recebem visita de um enfermeiro do SUP para supervisão e orientação do trabalho.

²⁰ Serviço de retaguarda psiquiátrica da rede de BH, localizado no hospital Santa Casa.

5.5. Vida social no CERSAM Leste: relações entre usuários e equipe assistencial

A partir da compreensão de que os lugares afetam as relações sociais, tal como foi dito anteriormente, nesse tópico discorreremos sobre as relações entre portadores de sofrimento mental e trabalhadores do CERSAM Leste. Um primeiro ponto que nos chama atenção ao observar essa instituição é que no espaço do CERSAM é tudo bem misturado. A princípio não se sabe quem é trabalhador ou usuário. Há muitas pessoas, poucas delas usam jaleco, roupas brancas, ou uniformes. Poucas ocupam um lugar definido pré-determinado, ou seja, um posto único de trabalho. É constante um movimento de ir e vir, subir, descer escada, entrar, sair da sala de plantão, dos consultórios e do refeitório. Essa movimentação constante nos chama atenção e nos revela pontos importantes para pensarmos a constituição de um serviço aberto e as relações estabelecidas nesse contexto.

A relação entre usuários e equipe assistencial é um elemento fundamental para concepção de serviços portas abertas em contraponto às instituições fechadas. Goffman (1974) diz da relação hierárquica entre equipe dos dirigentes para com os internados nas instituições totais. O autor faz referência à relação desigual que coloca o “doente mental” como objeto de intervenções do saber psiquiátrico. Segundo Goffman (1974), entre equipe de trabalhadores e paciente, há restrição quanto às conversas e às transmissões de informações, sobretudo, quando a informação diz respeito aos planos dos dirigentes para os internados. O desenvolvimento dessa distância pressupõe dois mundos sociais distintos e responde a demandas institucionais que preconizam a necessidade de um planejamento e um controle sobre a vida dos pacientes. Estudos recentes em um hospital psiquiátrico corroboram com a análise de Goffman (MALAMUT; MODENA; PASSOS, 2011). No caso do CERSAM Leste, durante observação, encontramos um cenário diferente desse exposto nos hospitais psiquiátricos. A distância retratada por Goffman não é encontrada no CERSAM Leste. É possível avistar os encontros recorrentes entre equipe assistencial e os usuários no serviço. Os encontros entre trabalhadores e pacientes ocorrem em espaços coletivos como a recepção, a área externa, a sala de plantão e espaços individualizados como os consultórios e o posto de enfermagem. Foi possível observar a constante negociação entre usuários e trabalhadores, negociações referentes ao uso de medicamentos, ao movimento de sair e retornar ao CERSAM e a negociação da permanência e frequência do usuário no serviço, o que sugere um modelo de cuidado baseado na co-responsabilização.

Observamos o descentramento da figura do psiquiatra e a emergência do técnico de referência. Em vários, momentos o técnico de referência e não o psiquiatra orienta e conduz o tratamento, é ele quem toma a decisão em parceria com paciente e familiares. O saber psiquiátrico é compartilhado com conhecimento da equipe interdisciplinar que também interna, dá alta, o que contraria atos conhecidos estritamente como atos médicos em hospitais psiquiátricos, como aponta o estudo de Malamut, Modena e Passos (2011). Observamos um reconhecimento do desejo e do saber por parte do usuário, contudo, em alguns momentos, o saber técnico se sobrepõe à vontade do paciente como, por exemplo, vimos pacientes serem medicados involuntariamente e a prática de internações involuntárias.

5.6. CERSAM Leste: resumo da ópera

Resumo da ópera

Isabel Cristina Silviano Brandão²¹

I	II	III
a ambulância	a clínica	a referência
o camburão	o risco	o dia a dia
a família	a aposta	a refeição
o abandono	o desdobramento	o vale
a dama	a palavra	a cama
o vagabundo	o haldol	o leito
a insensatez	a angústia	a agitação
o nervo	o diazepam	o apaziguamento
a chegada	a transferência	a gaveta
o acolhimento	o manejo	o canivete
a urgência	a escuta	a analista descalça
o cidadão	o enigma	o parangolé na avenida
a crise	a possibilidade	a criação
o sujeito	o impasse	o tédio
a dúvida	a passagem	a delicadeza
o ato	o retorno	o nonsense
a decisão	a surpresa	a bagunça
o equívoco	o labirinto	o bom senso
Pausa:	Pausa:	Pausa:
a cevada, o café	a salada, o apresuntado da esquina	a coca -cola, o pastel vagabundo

²¹ Trabalhadora do Cersam Leste. Poesia divulgada na *METIPOLÁ* Revista do Cersam Leste em comemoração ao primeiro ano de aniversário da instituição em 1997.

IV

a cobertura da vieira soto do céu
 o beco
 a comicidade
 o patético
 a morte
 o real
 a dor
 o resto
 a miséria
 o absurdo
 a festa
 o drama
 a paciência
 o cansaço
 a tábua redonda
 o café parisiense
 a folga
 o plantão

Pausa:

a “neusa”, o cigarro

V

a preguiça
 o ganha pão
 a construção
 o desgaste
 a melancolia
 o luto
 a saída
 o tempo
 a modernidade
 o sonho
 a utopia
 o possível
 a política
 o patrão
 a partilha
 o silêncio
 a versatilidade
 o desejo

Pausa:

A poesia, o alento

5.7. CERSAM- Leste: território aberto?

Uma discussão a respeito do sentido da expressão serviço aberto faz-se fundamental, tendo em vista que esta corresponde a uma diretriz central dos serviços territoriais. A invenção dos Centros de Referência em Saúde Mental, centros comunitários de acolhimento a crise psiquiátrica, sugere uma ruptura do caráter fechado dos manicômios entendidos como instituição total (GOFFMAN, 1974). Entretanto, tal ruptura não se dá de forma simples e linear como pôde ser apreendido pela observação no CERSAM Leste.

O qualificador aberto atribuído ao serviço apresenta diferentes significados. Consoante Gastão e Campos (2005), no sentido literal “porta aberta” significa ausência de muros, de grades, de espaços de contenção e de portas fechadas. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que as territorialidades e a estrutura física do CERSAM Leste desconstruem uma noção de “casa dos loucos”, qualificada pelos significantes fechado, maciço, trancado, descritos por Ugolotti (1949) apud Pessoti (1996). Os muros do CERSAM Leste são da mesma altura do que os muros das casas vizinhas, há grades somente nas janelas do segundo andar, não há um lugar específico para contenção apesar de existir a prática de contenção física e medicamentosa na

instituição²². A maior parte das portas encontram-se abertas: as enfermarias, a gerência, a sala de plantão, os consultórios, o que facilita o acesso e a circulação dos usuários pelos diferentes espaços da instituição. Contudo, o portão que dá acesso a rua possui uma regulação e um controle pela equipe assistencial que autoriza ou não a saída dos pacientes da instituição. Durante observação, vimos por diversas vezes usuários do serviço procurarem os trabalhadores do plantão para solicitarem autorização para sair e retornar ao CERSAM, em muitos casos, o pedido foi negado por justificativas diversas, dentre elas: existe um combinado definido na Assembleia de Usuários que não permite esse movimento. A entrada, porém, é permitida a todos. Dessa forma, qualquer pessoa, que procura o serviço no horário de 7 às 19h, será acolhida no serviço, sem a necessidade de um encaminhamento, pré-consulta, triagem ou agendamento. Ressaltamos, porém, que o serviço, assim como previsto pelo SUS BH, possui uma população da qual é referência, sendo que a população do CERSAM Leste compreende moradores da Regional Leste e moradores de algumas localidades da Regional Centro-Sul. Moradores de outras regionais serão atendidos e orientados a procurar os serviços de referência.

Um serviço porta aberta pressupõe acessibilidade, nesse sentido, durante trabalho de campo foi possível perceber a dificuldade de acesso de alguns usuários ao CERSAM Leste, uma vez que eles moram em bairros distantes ao bairro Santa Tereza e necessitam de dois ônibus para chegar ao CERSAM. Essa é a realidade de moradores da Regional Centro-Sul, por exemplo, da Serra ou do Cafezal, que necessitam pegar um ônibus para o centro da cidade e outro para Santa Tereza, uma vez que não há linha de ônibus direta que liga os dois bairros. Essa situação agrava-se diante da falta de vales transportes disponibilizados para os pacientes na rede de saúde mental, o que revelou-se uma constante durante o trabalho de campo.

O CERSAM Leste conta com áreas externas, espaços de convivência que podem otimizar a interação dos usuários e a relação entre eles e a equipe. Todavia, conforme apontado no estudo de Tibúrcio (2013), a existência de um amplo espaço externo não é garantia de uma apropriação e de diferentes usos do mesmo. Nesse sentido, observamos, durante o trabalho de campo, espaços sendo utilizados, como por exemplo, a quadra com partidas de futebol, as mesas e bancos com jogos de baralhos. Há espaços subutilizados como a parte posterior do CERSAM onde há o pé

²² A contenção dá-se em casos de agitação psicomotora importante, risco para si e/ou para terceiros, esta ocorre no leito dentro de uma das duas enfermarias.

de limão e o pé de amora, que equivale aproximadamente a 100m². Observamos usuários sentados, alguns sós, outros em pequenos grupos, outros deitados, outros andando e circulando pelo CERSAM. O território do CERSAM apresenta-se bem distinto das espacialidades do hospital psiquiátrico, tendo em vista que rompe com a racionalidade presente nos manicômios, onde há pavilhões isolados e interligados, onde os internos são classificados quanto ao nível de periculosidade e assim destinados a espaços próprios e delimitados.

Outro aspecto para além da análise das espacialidades do CERSAM consiste em tomar o atributo “portas abertas” como uma forma de organizar o cotidiano institucional que prevê uma flexibilidade da equipe e um saber fazer coletivo. Nesse aspecto, foi possível observar um rompimento com a descrição de Goffman (1974), de que cada fase da atividade diária dos internos é realizada na companhia imediata de uma grande quantidade de outras pessoas, que são tratadas da mesma maneira e das quais são exigidas as mesmas coisas. No caso do CERSAM Leste, verificamos uma rotina institucional definida a partir de horários, por exemplo, para as refeições, o banho e a administração dos medicamentos. Entretanto, percebe-se a flexibilização das normas e possibilidade de singularização das mesmas. Apresentamos o exemplo de um paciente que se encontra em PD e recusa alimentar-se no CERSAM. Diante desse impasse, diariamente a mãe dele vai à instituição para levar uma refeição. Ele habitualmente come sozinho e após o horário instituído para o almoço. Outra situação é um usuário que se encontra em hospitalidade noturna, ou seja, ele está internado na instituição e a ele são permitidas saídas durante o dia e posterior retorno ao CERSAM. A definição das regras institucionais também apresenta-se como um elemento importante para análise. Goffman (1974) ressaltou a formulação de regras formais pelos funcionários e dirigentes de uma instituição total e a imposição destas aos pacientes. Na experiência do CERSAM-Leste, verificamos o movimento de pactuação e definição de normas institucionais entre trabalhadores e usuários por meio da proposta de assembleias, que se constituem como espaços coletivos de discussão sobre rotina e organização do serviço.

A organização do cotidiano institucional tal como descrito, porém, impõe dificuldades aos trabalhadores como: um número elevado de pacientes no serviço e necessidade de uma variedade de respostas às diversas demandas direcionadas à instituição. Nesse sentido, assim como identificado no estudo de Gastão e Campos (2005), a equipe do CERSAM Leste tende a “fechar a porta”, regular a entrada de

diversas formas. Diante da falta de recursos e da perspectiva de uma demanda crescente de serviço, o trabalhador, o burocrata de rua utiliza do poder de discricionariedade para criar estratégias de enfrentamento diante das condições de trabalho (LIPSKY, 2010). Cito alguns exemplos observados no trabalho de campo: a regulação da entrada de pacientes que procuram o serviço e não estão indicados em permanência dia e que não estão autorizados a permanecer o dia na instituição; o combinado institucional de que se um usuário pedir para ir embora, o mesmo não poderá retornar ao serviço no mesmo dia.

Outro aspecto importante do conceito aberto refere-se à dimensão de territorialidade. O conceito de território toma a cena no contexto da saúde pública a partir da Reforma Sanitária, a implementação do SUS e especialmente, da promoção da Estratégia de Saúde da Família - ESF, (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). O território pode ser concebido a partir de uma análise epidemiológica por meio de duas correntes: uma privilegia o espaço físico, geopolítico em uma visão topográfica-burocrática; outra prioriza o território a partir da sua dimensão dinâmica no mundo social.

No campo da Saúde Mental, segundo Leão (2010), atribui-se alguns significados ao território: espaços que potencializam as práticas de cuidado (estratégias voltadas para a convivência e a construção de redes de afeto); espaço como relações (lugar de vida, existência concreta) e comunidade onde os usuários e os serviços estão inseridos. Este é constituído pelas pessoas que nele habitam e as relações sociais presentes nesses cenários, relações familiares, relações de vizinhança.

Nessa perspectiva, compreende-se como território o espaço social marcado por uma realidade relacional e dinâmica, composta, por objetos naturais, geográficos pela sociedade em movimento. Conceber um serviço territorial consiste, portanto, em inscrevê-lo na vida social e nas relações cotidianas da comunidade. Nesse sentido, a enorme área de abrangência do CERSAM Leste que contempla mais de trinta bairros da Regional Leste e outros da Regional Centro-Sul traz impactos ao potencial do serviço comunitário e territorial. No contexto específico do CERSAM Leste, uma tentativa de amenizar esses impactos é a divisão da equipe assistencial em micro áreas, ou seja, territórios potenciais para as práticas de cuidado a partir da definição dos centros de saúde de referência às moradias dos usuários. Contudo, apesar dessa divisão, observamos seu caráter burocrático, uma vez que esta facilita as discussões com os centros de saúde nas reuniões de matriciamento, mas não

observamos durante trabalho de campo uma intenção ou imersão dos trabalhadores nesses territórios. A produção de um cuidado no território exige a construção de estratégias de identificação de recursos comunitários como, por exemplo, igrejas, escolas, projetos e associações. Intervenções territoriais preveem um “raciocinar com os pés”, uma vez que pressupõe a vinculação do trabalhador ao território e ao conhecimento dos cenários de vida dos portadores de sofrimento mental (LEÃO; BARROS, 2012).

Outro ponto essencial está na compreensão da porta aberta tanto no sentido de acolhida para o interior do serviço quanto de um movimento para o exterior, para a cidade. O duplo movimento para dentro e para fora coloca-se como um desafio do CERSAM Leste, uma vez que, a partir da observação do cotidiano institucional e dos usuários em permanência dia é possível perceber uma fragilidade dos laços dos usuários com outros lugares da cidade e uma permanência demasiadamente prolongada no CERSAM. Sendo assim, o serviço “porta aberta” apresenta-se como uma construção e uma tensão no contexto do CERSAM Leste que se transforma cotidianamente. De acordo com Leão e Barros (2012), a qualidade do serviço aberto está na possibilidade de integração do que está dentro e do que está fora. As autoras afirmam que, o serviço comunitário ao centralizar as ações na medicação ou em atividades intramuros, que não se relacionam com o exterior, inevitavelmente reproduz a lógica do modo asilar. Nesse sentido, a existência do serviço territorial não é garantia que este produzirá a desinstitucionalização das práticas envolvidas por uma cultura manicomial, já que as ações nos contextos de vida são capazes de construir e transformar a realidade cotidiana dos indivíduos (LEÃO; BARROS, 2012).

O trabalho de campo, nessa perspectiva, possibilitou a identificação de pontos de ruptura entre serviços fechados e o serviço aberto - CERSAM Leste. Goffman descreve que em uma instituição total, todos os aspectos da vida são conduzidos no mesmo lugar sob a mesma autoridade central. Esse aspecto é combatido com a ideia da construção de uma rede de serviços que provoca o portador de sofrimento mental a circular pela cidade, pelos serviços de saúde, da assistência social, moradia e trabalho. Entretanto, observam-se que alguns pacientes circulam pouco pela cidade e encontra-se demasiadamente no CERSAM-Leste, devido pouca oferta de dispositivos de moradia e dificuldades de inserção no mercado de trabalho.

Na ocasião do estudo, levantamos o número de dois moradores no CERSAM Leste, devido a falta de um lugar para morar e trinta e cinco pessoas em situação de rua.

Os achados desse estudo corroboram com pesquisas realizadas na área de Saúde Mental que apontam para a precariedade das ações territoriais e, conseqüentemente, para a necessidade da aproximação do serviço à comunidade (LEAO; BARROS, 2012). Conforme Goffman (1974), toda instituição tem tendências ao fechamento e especificamente, no caso do CERSAM foi possível verificar a constituição de práticas voltadas para o interior da instituição. Foi possível perceber a convivência do paradigma psiquiátrico e psicossocial.

VI - TRAJETÓRIAS EM NARRATIVAS

Neste capítulo, apresentamos as trajetórias de vida dos três participantes da pesquisa. As narrativas são compostas pela descrição do processo de aproximação dos participantes, por trechos da textualização das entrevistas com os mesmos, os quais são apresentados recuados em relação ao texto e pelas falas e depoimentos de terceiros a partir de registros encontrados em prontuário e relatos de familiares. A leitura do prontuário foi um recurso utilizado somente para a construção da trajetória de vida de Regina, uma vez que ela apresenta dificuldades no uso da linguagem. Buscamos contemplar dois eixos temáticos ao longo das narrativas: experiência do adoecimento; trajetos, territorialidades e relações sociais. Contudo, esse eixos não se encontram necessariamente nessa ordem e não possuem separação rígida no corpo da narrativa. Ao fim das narrativas, construímos uma síntese sobre a experiência de adoecimento de cada um e suas relações com a cidade.

6.1. Trajetória de Biduffer²³

Neste espaço cubículo onde passei a minha vida quase toda, fora da sociedade mundial porque eu pensava que era interplanetário e vivia em Biduflândia, vim de lá com vários planos e ideias, mas os planos e as ideias foram distorcidos e fui chamado de louco e utópico. Tudo o que eu quis fazer da minha vida foi física para eu estudar balística, polícia federal para eu acabar com a corrupção. Mas quando eu entrei na Antropologia na Federal fazendo também Sociologia, eu descobri que antropologicamente o estudo do homem na sociedade e no dia a dia, a gente só difere dos outros animais porque a gente é movido por vontade, isso foi o que o grupo da sala de trinta alunos chegaram a conclusão de que era isso. Então, eu comecei a ter vontade, mas vontade não é tudo, é preciso ter um motivo mais sério para ter vontade. Isso é só uma palhinha, vamo' lá...

O convite feito a Biduffer para participar da pesquisa deu-se no CERSAM Leste, numa terça feira que ele se encontrava na instituição para uma consulta psiquiátrica. As entrevistas, por sua vez, foram agendadas por telefone. Estas foram realizadas na casa, onde mora, em dois dias diferentes, duraram em média uma hora e meia em cada encontro e foram gravadas por meio de gravador após autorização do

²³ Biduffer é o nome fictício dado pelo próprio participante da pesquisa.

participante. Ele demonstrou desenvoltura com o processo de entrevistas e apresentou-se bem à vontade e confortável diante das questões e diante do gravador. Ele mora na casa da atual esposa no bairro Santa Efigênia. Na entrada da “vila”²⁴ há um portão, um estacionamento que dá acesso a outras duas casas. Eles moram na casa mais ao fundo. Casa com uma pequena varanda e um terreiro, onde há flores e plantas. A casa é composta por uma sala de estar, onde há sofá, um armário com livros, fotografias, uma televisão; uma suíte, onde dorme o casal. Há uma sala de jantar com uma mesa e cadeiras que se conjuga com a cozinha. Há um corredor com um banheiro e à frente da mesa, uma porta que dá acesso a um quarto de hóspedes. Ao lado da cozinha, uma área de serviço que dá acesso ao terreiro.

As entrevistas não possuíam roteiro definido, porém, questões nortearam a conversa. A primeira entrevista iniciou-se com os dizeres: “Me conta um pouco sobre a sua história, desde criança até os dias atuais”, em seguida perguntamos sobre momentos específicos da vida como: a história do adoecimento, o histórico de internação, tratamento no CERSAM Leste, relações com os familiares, relações com a cidade, cotidiano, lugares da cidade que frequenta. A segunda entrevista teve como objetivo esclarecer pontos que ficaram confusos no primeiro encontro e ampliar e aprofundar a discussão sobre as relações sociais estabelecidas com a cidade.

Biduffer é homem, branco, cinquenta e oito anos, cabelos grisalhos e despenteados, barba branca e olhos verdes. Às vezes apresenta-se de óculos de grau, outras vezes não. Ele veste-se de maneira singular: sobrepõe peças de roupas, veste camisas, casacos e bermudas por cima de calças. É comum vestir-se com camisas de times de futebol, como a camiseta da seleção brasileira e do Clube Atlético Mineiro.

Ele frequenta semanalmente o CERSAM Leste para consultas ambulatoriais com a psicologia e a psiquiatria. Sempre apresenta-se falante e relativamente apressado, com vários compromissos como, por exemplo, participar de alguma reunião como presidente da ASSUSAM-MG²⁵ e participar dos ensaios do grupo de teatro Sapos e Afogados²⁶. É comum vê-lo às terças à tarde em companhia da esposa, que também faz tratamento no CERSAM.

²⁴ Termo utilizado por Biduffer para se referir a sua moradia.

²⁵ ASSUSAM-MG (Associação dos Usuários de Saúde Mental de Minas Gerais) consiste em uma entidade criada em 1994, com intuito de proteger os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e seus familiares, assim como divulgar e defender os princípios da reforma psiquiátrica.

²⁶ “Sapos e Afogados” é um grupo de teatro que, há cerca de 11 anos, surgiu nos dispositivos da Reforma Psiquiátrica de Belo Horizonte, especificamente no Centro de Convivência César Campos, como oficina de teatro para os usuários da rede de saúde mental. Destacou-se então um pequeno grupo

Atualmente, ele divide seu tempo entre a vida doméstica, a participação no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário²⁷, ensaios do grupo de teatro que acontecem no Galpão Cine Horto²⁸ e os afazeres da ASSUSAM-MG. Ao dizer da vida privada, Biduffer enumera atividades voltadas ao autocuidado e faz referência à vida conjugal, ele refere um relacionamento intenso e com a presença de conflitos e rupturas:

As rotinas são as rotinas que a sociedade do primeiro mundo, dos bilionários jogam na televisão que jogam nas músicas e então, tem rotina de assistir televisão, ouvir música, tomar banho... A minha rotina seria pensar vinte e quatro horas na Ludmila, pensar no meu bem estar e no bem estar da Ludmila, e ainda sobra lugar para os amigos também, como conquistar as amigas.

Biduffer descreve brevemente sua vida doméstica e em seguida, conversa sobre as atividades que envolvem o teatro e a ASSUSAM-MG. Com relação à atividade de ator, ele conta sobre a inserção no Grupo Sapos e Afogados. Ele já atuou em diferentes espetáculos, dentre eles “Papo de Anjo”, “Cinema da Visibilidade Íntima”, “Caixa Preta”, “Isso não é um sorvete”, entre outros. Biduffer já apresentou espetáculos em praças de BH e destaca ensaios e apresentações na Praça Floriano Peixoto e Praça da Liberdade, praças localizadas em bairros nobres, como Santa Efigênia e Lourdes, locais importantes na cena cultural da cidade. Sobre sua inserção no teatro, ele diz:

Eu sou ator de carteirinha, na minha carteira profissional está lá profissão: artista. E eu já era louco há muito tempo, pois desde dezoito anos eu enlouqueci (...). Aí eu fiz um teste, vamos fazer a Caixa Preta, foi Caixa Preta o primeiro trabalho?! Eu ganho um cachêzinho, ajuda. Tem um retorno financeiro, mas não é um retorno financeiro que eu esperava.

Biduffer conta com entusiasmo suas atuações no teatro e acrescenta o seu envolvimento com a militância política. A respeito da participação na ASSUSAM-MG, ele diz da sua experiência como presidente da associação:

de usuários que fizeram das oficinas um grupo independente e desvinculado da rede, que naquele momento recebeu o nome de “Companhia Momentânea de Teatro”.

²⁷ O Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário consiste em um dispositivo da Saúde Mental localizado na Regional Leste de Belo Horizonte, que oferece oficinas de música, teatro, pintura, marcenaria, costura, espaços de experimentação, de criação, de convívio e trocas, tendo a arte como eixo orientador.

²⁸ Galpão Cine Horto compreende em um centro cultural do Grupo Galpão, importante companhia de teatro no cenário da cidade de Belo Horizonte e no cenário nacional.

Vou falar como presidente da ASSUSAM que representa qualquer pessoa que esteja chorando demais, nós temos que dar assistência. Mas o que o povo mais precisa, isso é pura sociologia: a gente não quer só comida a gente quer comida diversão e arte, a gente não quer só comida, a gente quer saída para qualquer parte... A minha luta não é para acabar com os hospícios é que os hospícios continuem, mas sem o patrocínio do SUS e é defender por completo o sistema alternativo e, além do sistema alternativo, o sofá amigo. Vou lá na Câmara Municipal...

É interessante perceber que a história de vida dele é marcada pela inscrição no território da loucura, uma vez que ora apresenta-se como louco-ator, ora como louco-presidente. Biduffer diz da experiência de enlouquecimento e localiza pontos de ruptura no curso da sua vida a partir da entrada na faculdade. Durante a infância e adolescência, ele morou com os pais e os sete irmãos. Havia apresentado um bom desempenho escolar e na adolescência, histórico de trabalhos, como vendedor de picolé e office-boy em um banco da cidade. Entretanto, aos dezoito anos, ao passar no vestibular e cursar três meses de Filosofia na Pontifícia Universidade Católica - PUC, ele identifica signos do adoecimento:

Quando entrei na PUC, eu pirei, abriu um leque de conhecimento, eu conversei com psicólogo. Os estudos me deixaram louco, não os estudos da grade curricular do curso de Filosofia, mas os estudos da psicologia, das mulheres, o estudo do ser humano... Eu vi muita mulher bonita, muita gente jovem, o Rock in Rio.... O que me enlouqueceu foi timidez, é fazer tudo e fazer tudo o que falam da gente, tentar resolver o problema antes dos 44 anos, eu sou do tempo de que o mundo ia acabar no ano 2000... Falar que eu não sou louco é impossível, não tem um só dia que eu não enlouqueço.

A respeito da experiência de enlouquecer, ele diz “*por que que eu enlouqueci? Porque um psiquiatra falou... A gota d’água foi quebrar o beiral de casa...*”, “*a pior coisa na nossa vida, na minha vida, é eu ficar sozinho...*”, “*o meu sofrimento, sociologicamente falando é... o Biduffer não consegue, ele é incapaz...*”.

O episódio de agressividade e impulsividade como “quebrar o beiral de casa” foi interpretado por familiares como um signo do adoecimento e logo imperativo da necessidade de uma intervenção médica. Biduffer, então, inicia um itinerário por hospitais psiquiátricos: “*eu fui internado em todos os hospitais psiquiátricos menos no Psicominas e no Santa Maria, o final da minha carreira foi no Raul*”. Ao contar sobre os períodos de hospitalização, ele indica como os pais e irmãos assumiram o papel de informantes sobre a sua condição. Após a condição de informantes referida, é interessante perceber o esvaziamento do significado de família

enquanto núcleo composto pelos pais e os irmãos, sendo comum ao longo do seu discurso, a seguinte fala: *“meus pais e meus irmãos não são minha família, eles são meus parentes, minha família é minha esposa”*. A inserção em instituições fechadas e asilares acarretou modificações nas relações familiares e provocou situações embaraçosas no convívio social como, por exemplo: *“Eu fui internado, voltei pra casa, trabalhei numa fazenda. Não é uma discriminação, as pessoas foram afastando, afastando, os que aproximaram era para saber se eu tinha algum remédio que eu podia ceder pra eles”*

O enfraquecimento dos laços de sociabilidade estão presentes no seu discurso. Ao dizer sobre a experiência da loucura ele a relaciona com ruptura das relações sociais e ao sentimento de solidão:

Eu tô me perdendo [durante o discurso, ele pára, interrompe seu pensamento, fica um tempo em silêncio], isso é sinal de loucura, mas isso tem cura é só voltar a estudar os livrinhos e estudar e fazer as coisas que eu gosto... Aí não tem aquele paf, paf na nossa cabeça, pelo menos na minha cabeça como louco. Existe louco e loucos. Tem louco igual a eu que estou tentando falar o mais racionalmente possível... O que provoca a quebra de um pensamento coerente de um louco é a solidão. Não estou dizendo de solidão de amizade, não. É a solidão profunda mesmo!

Na tentativa de dar sentido à condição de solidão e à perda dos laços, ele diz sobre o imaginário acerca da loucura: *“Existe estigma da loucura, porque quando a gente era pequenininho, a mãe da gente dizia... tinha as ruas, os lotes vagos, agora asfaltados, tinha o homem do saco... (...) Cuidado com o homem do saco, cuidado com o homem doido, louco”*.

A experiência do estigma ganha relevância na história de Biduffer à medida que o coloca à margem de processos produtivos, *“apesar de ter sido condenado a ser um menino lindo maravilhoso e tudo mais, eu fui incompetente...”*, *“meu pai dizia: ‘a gente consegue tudo trabalhando, se não conseguir é porque foi incompetente, se for incompetente vai encontrar o lugar dele”*. Retomamos a descrição de Biduffer acerca da sua atividade enquanto artista que embora haja um reconhecimento da arte, o retorno financeiro ainda é limitado, *“eu ganho um cachêzinho, ajuda. Tem um retorno financeiro, mas não é um retorno financeiro que eu esperava”*. Atualmente, ele apresenta como renda principal uma pensão devido o falecimento do pai. Ainda sobre o estigma, ele narra uma experiência de violência

contra a sua pessoa vivenciada em uma das suas internações em um hospital psiquiátrico, como pode ser visto na passagem a seguir:

Escolhe sua cama aí e põe seu colchão, eu pus lá no fundo, a trigésima cama, aí tinha vinte e nove camas, aí eu comecei a olhar e chega os caras, batendo assim [dá uns tapinhas nas costas] uma mulher cheia de injeção, põe um bastão na boca, e tacava duas bombas CHOQUE. E quando eu via o que acontecia, estrebuchava, como se tivesse tendo um ataque epilético. Pô que roubada, pra que que eu fui querer casar com essa menina... Podia tomar 5 sessões ou não sei quantas sessões, aí chegou na minha vez, estava acabando a injeção, você é forte você aguenta! Bateu, pôs um pouquinho de injeção, eu pus o dedo, bateu, aí eu tive, eu senti meu corpo estrebuchar. Essa foi a pior discriminação que eu sofri na minha vida.

Biduffer inicia trajetória nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico ainda quando em tratamento no Instituto Raul Soares, já que o Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário teve seu nascimento dentro desse hospital psiquiátrico. Sobre esse período, ele pontua que sua rotina na época era “*ir pro Arthur Bispo do Rosário, ir pro Raul, ir pra casa onde eu morava, comer tabule e a noite miojo*”, “*a gente era tachado como retardado*”.

Na década de 1990, aos trinta e nove anos, Biduffer inicia acompanhamento no CERSAM Leste. Acerca da experiência de tratamento nessa instituição, ele faz algumas observações:

O serviço substitutivo só falta apertar um parafuso aqui, outro ali. A diferença é que os serviços substitutivos por questão financeira e por questão de confiança... Eu tenho uma autonomia de voo de 7 em 7 dias. Agora passou para de 15 em 15 dias. Eu acho que o trabalho no serviço substitutivo é um trabalho de confiança, vocês confiam, vocês sabem, vocês veem, vocês têm confiança... Pra sair do surto você tem que ver muita gente bonita, o seu time tem que estar bombando, você tem que ter um motivo para estar fora do CERSAM, porque no hospício você não tinha motivo... a família dava o seu dinheiro e eles gastavam tudo (...) bom motivo é se envolver com a política sem ter rabo preso com ninguém (...) esse é um bom motivo para cair na lucidez!

Nesse trecho, Biduffer refere-se ao CERSAM por meio de palavras como confiança e autonomia. Confiar no portador de sofrimento mental diz de uma ruptura com a noção do indivíduo portador do mal, da raiva, da violência e portanto, aquele que se apresenta como uma ameaça à sociedade. A autonomia de voo reflete a possibilidade de escolher tratar-se e de envolver-se em outros projetos de vida. Biduffer sinaliza que à medida que ele está melhor, menor é sua frequência no CERSAM e aponta os interesses que marcam a sua vida social: as relações sociais

presente na expressão “gente bonita”, o time de futebol “o seu time tem que estar ganhando” e especialmente, ele diz da sua militância política, motivações existentes para estar fora do CERSAM, já que segundo ele “no hospício não havia motivos”.

É interessante perceber a apropriação de Biduffer dos fundamentos dos serviços abertos que se relacionam com fortalecimento como sujeito de direitos e deveres ao contrário da tutela dos hospitais. Como cidadão, então, ele faz críticas a rede substitutiva “falta apertar um parafuso” e diz das condições financeiras desses serviços.

Concomitante a ideia do portador de sofrimento mental como cidadão, sujeito de direitos e deveres, Biduffer traz a cena a rotulação de “doente mental” e a importância do discurso psiquiátrico no campo da saúde mental ao dizer: *“eu descobri agora recente que meu diagnóstico é bipolar esquizofrênico... Isso perante a sociedade dos estudiosos da loucura”*. O discurso sobre a sua vida se confunde com a história do seu adoecimento. Ele, porém, *adverte “mas o que eu sou: eu sou mestre de MIRRA e mestre BARRABA²⁹... À medida que eu ensino pra trinta eu aprendo de trinta”*.

Nessa perspectiva, a sua experiência de loucura diz da permanência do papel de doente, mas da vivência intensa nos serviços abertos, o que facilita um reposicionamento dele enquanto um sujeito louco cidadão que contraria a imagem do louco perigoso, “homem do saco”, mas revela-se como um artista de rua que ensaia e faz apresentações em espaços públicos de Belo Horizonte, da pessoa dada às relações e interações sociais e experiências marcadas pela ideia de reciprocidade “eu ensino pra trinta eu aprendo de trinta” e daquele que se empenha em construir uma política sobre outros moldes “sem ter rabo preso”.

6.1.1. Narrativa de um Maluco Beleza: uma síntese

Na análise da narrativa de Biduffer, a rotulação de portador de sofrimento mental apresenta-se como um fio condutor para a construção da sua história de vida. Nesse sentido, a experiência de vida se confunde com a experiência da loucura. Biduffer é mais enfático em dizer do processo de adoecimento a partir da entrada na

²⁹ BARRABA e MIRRA correspondem a artes marciais criadas pelo participante.

faculdade e da abertura às diversas formas de conhecimento. Ao dizer sobre a sua loucura ele relaciona momentos de crise e de alterações na percepção da realidade e da construção do pensamento. É interessante perceber que após esse momento, existe uma ruptura com o curso da sua vida e então, ele inicia um percurso em instituições de saúde, inicialmente, pelos hospitais psiquiátricos. Na sua trajetória de vida, é possível perceber o abandono da faculdade, a exclusão do mercado de trabalho formal, um distanciamento do contexto familiar.

À inscrição de Biduffer no território da loucura, entretanto, ao longo dos anos e a partir do advento da Reforma Psiquiátrica, subverte uma lógica do aprisionamento ao diagnóstico psiquiátrico e o desempenho exclusivo do papel de doente intimamente relacionado aos itinerários terapêuticos, à medida que lhe permite a inscrição de outros códigos à essa experiência. Dessa forma, a invenção de novos dispositivos de tratamento como o Centro de Convivência, os CERSAM's e a construção da cidadania do portador de sofrimento mental a partir de entidades como, por exemplo, a ASSUSAM- MG, permitiu novas territorialidades. Assim, ele apresenta-se como um louco-esposo, um louco-presidente e um louco-ator.

No âmbito privado, ele diz das relações com a esposa e de atividade com o corpo, a alimentação e tarefas domésticas. No âmbito público, ele toma a cena a partir da inscrição na militância política por meio da participação na ASSUSAM-MG, e atualmente como presidente, participa de fóruns e de discussões em territórios como a Câmara dos Vereadores, as Universidades e as Conferências de Saúde. Ainda na cena pública, ele apresenta-se como um ator de teatro do Grupo Sapos e Afogados e ocupa lugares na cidade como os Centros de Convivências, o Galpão Cine Horto e, especialmente, como artista de rua a partir da inscrição em ruas e praças da cidade, como a Praça Floriano Peixoto e a Praça da Liberdade.

A narrativa de Biduffer revela signos do estigma (a fragilidade dos laços familiares, a exclusão do mercado formal de trabalho), contudo, há um movimento de desconstrução do personagem do louco enquanto um indivíduo perigoso e a inscrição na cidade de Belo Horizonte por meio da arte e da política adotando a imagem do maluco beleza.

6.1.2. Biduffer

Figura 2: Biduffer atuando em Pirados na Virada, espetáculo “Isso não é um sorvete”



Fonte: FACEBOOK. Sapos e Afogados. Disponível em: <https://www.facebook.com/saposeafogadosbr/photos_stream>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

6.1.3. Biduffer e a Praça da Liberdade

Figura 3: Coreto na Praça da Liberdade, em Belo Horizonte/MG.

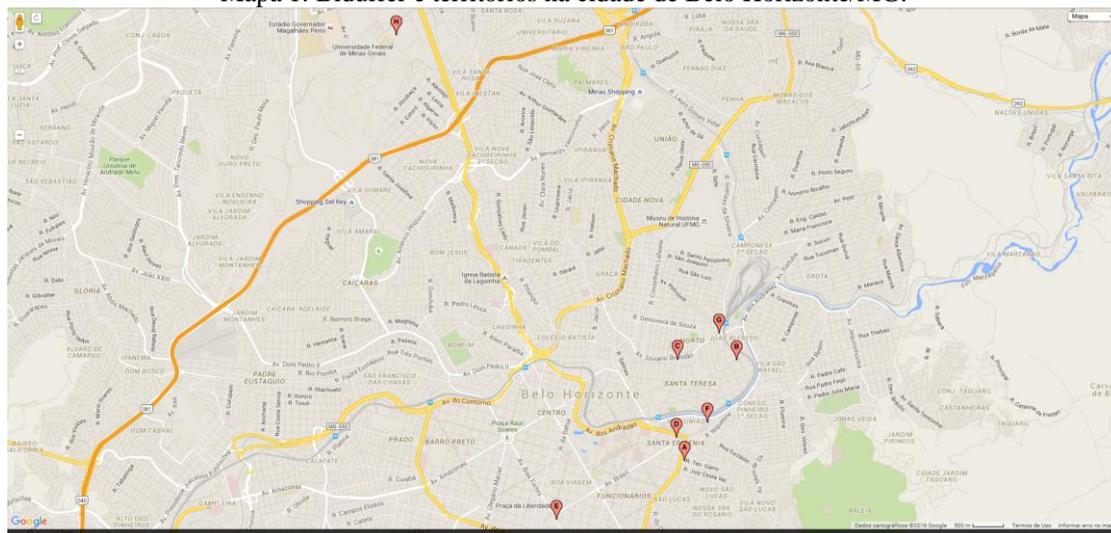


Fonte: DUARTE, 2016.

A liberdade, Sancho, é um dos mais preciosos dons que os homens receberam dos céus. Com ela não podem igualar-se os tesouros que a terra encerra nem que o mar cobre; pela liberdade, assim, como pela honra, se pode e se deve aventurar a vida, e, pelo contrário, o cativo é o pior mal que pôde vir aos homens (Trecho da Obra “El ingenioso Hidalgo don Quijote de la Mancha).

6.1.4. Deslocamentos, trajetórias na cidade

Mapa 1: Biduffer e territórios na cidade de Belo Horizonte/MG.



Legenda: A - Residência B- CERSAM Leste C - Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário D - Praça Floriano Peixoto E - Praça da Liberdade F - Câmara dos Vereadores G - Teatro Galpão Cine Horto H – UFMG.

FONTE: SILVA, 2016.

6.2. Trajetória de Regina Duarte – sobreposição de discursos

“Atriz estendida no asfalto.”

A construção desta narrativa, ao contrário do que ocorreu com Biduffer, baseou-se em diferentes métodos de coleta de dados, dentre eles, a observação, *accounts*, análise documental e entrevistas. A diversidade dos métodos de coleta de dados e não somente a entrevista, deve-se a uma dificuldade da participante no uso da linguagem e na capacidade de narrar a própria história.

As observações e entrevistas ocorreram no cenário do CERSAM Leste, uma vez que ela frequenta diariamente o serviço e permanece naquela instituição nos horários de 9h às 17:30h de segunda a segunda-feira. Visita a moradia da participante e a casa do pai em Sabará também ocorreu durante o trabalho de campo. Entretanto, a maior parte das informações acerca da história de vida foram colhidas por meio de conversas, relatos a partir do movimento de aproximação do sujeito durante observação – que foram registrados no caderno de campo - e análise documental por meio da leitura dos prontuários existentes no CERSAM Leste.

Regina é uma mulher de trinta e nove anos, branca, sobrepeso, baixa estatura, cabelo raspado. Ela apresenta pele bastante queimada de sol, várias cicatrizes nos braços, marcas e machucados no rosto. Em alguns momentos ela apresenta-se enfeitada com colares, brincos, pulseiras e vestidos estampados, em outros momentos apresenta-se descuidada, veste retalhos de roupa e ora apresenta-se nua.

Regina apresenta-se de diferentes maneiras na permanência dia do CERSAM. Há dias e na maioria deles, nos quais ela chega ao CERSAM Leste levada pelo transporte da instituição. Ao chegar cumprimenta a equipe, os outros usuários do serviço, normalmente, com um sorriso no rosto. Ao chegar no serviço toma café com leite, come um pão e dirige-se para o posto de enfermagem para tomar as medicações da manhã e solicitar um banho. A hora do banho costuma ser melindrosa, tendo em vista que ela demanda roupas e muitas das vezes, não há roupa do seu tamanho.

Em dias tranquilos, ela movimenta-se por diferentes espaços do CERSAM Leste, conversa com a equipe de trabalhadores e interage com outros pacientes. É comum avistá-la a tomar refrigerante com um grupo de pacientes, a pedir biscoitos e guloseimas para equipe assistencial e a exibir as unhas pintadas, os colares e anéis que ganhou. Em outros dias, a paciente chega ao CERSAM encaminhada por outro

serviço de saúde (SUP, UPA) é constante queixas de dores abdominais e dores inespecíficas, dor na perna, no pescoço... Há outras ocasiões em que chega levada pelo SAMU ou pela PM por ter sido encontrada desacordada na rua ou por estar nua em via pública. A partir do conhecimento das diferentes formas dela apresentar-se na instituição, escolhemos os momentos mais tranquilos para aproximar e conversar com a participante sobre sua vida.

Regina é nascida em Sabará, onde viveu até os dezessete anos com os pais e os dez irmãos. Eles vivem em uma casa simples de difícil acesso devido a existência de um córrego a frente da casa e a presença de uma ponte feita com pedaços de madeira, portas e janelas construída pelos familiares. O pai conta que Regina era uma criança normal, adorava brincar com bonecas e cantar hinos de louvor. Ela participava do coral na *Igreja Deus é Amor*, igreja que frequentava assiduamente em companhia dos pais. Ele acrescenta que ela sempre gostou de passear, ela e a família passeavam por Sabará e por Belo Horizonte, onde participavam de cultos e vigília na Igreja. A mãe relata que Regina apresentou atraso no desenvolvimento e aos sete anos foi estudar em uma APAE (Associação de Pais e Amigos Excepcionais). Segundo relato da mãe, *“mas ela nunca aprendeu nada”*. Sobre esse período, Regina diz que brincava com as crianças, *“lá tem criança deficiente”*.

Há relatos de relações conflituosas com os irmãos, segundo a mãe, Regina queixa-se dos irmãos *“eles são muito rigorosos com ela, não permitem que ela vá pra rua e volte pra casa”*, diz a mãe. É interessante ressaltar os diferentes significados atribuídos à condição de Regina. A posição dos irmãos assemelha-se ao discurso moral e a ela atribuem a perda ou enfraquecimento do juízo. Os pais, por sua vez, apontam outras causas para o processo de adoecimento da filha. À condição de Regina atribui-se situações que envolvem o ambiente natural e o mundo dos espíritos. Os pais são evangélicos, há relato de que a mãe refere a Regina com os seguintes dizeres: *“o problema dela é de possessão”*.

Regina conta de uma experiência única de trabalho, ela foi babá de gêmeos, mas que após mudança da família das crianças, ela nunca voltou a trabalhar. Aos dezessete anos, ela começa a fugir de casa e ir para as ruas de Sabará, depois instala-se na Praça Sete de Belo Horizonte. Os pais contam que era comum eles deixarem Regina trancada e presa dentro de um quarto para evitar as fugas. A mãe pontua que, devido a baixa renda e as dificuldades econômicas enfrentadas pela família, Regina preferia ficar na rua, onde ela conseguia dinheiro para comprar

sanduíche, iogurte, brincos... A respeito do movimento de ir para rua, Regina diz: “*só minha mãe e meu pai sabem porque eu reino na rua*”. O movimento cada vez mais frequente dela nas ruas de Sabará e posteriormente, nas ruas de BH provoca o distanciamento cada vez maior da família, assim como o enfraquecimento dos laços primários. Regina, então, se lança às ruas da cidade.

Regina fica longo período na Praça Sete, “*eu tenho amigos na Praça Sete*”, ela faz referência a vendedores ambulantes, engraxates e floristas, “*eles me dão remédio, dinheiro, eu não passo fome lá*”. A permanência de Regina nas ruas, especificamente, no centro de BH e, especialmente, na Praça Sete, centro nervoso da cidade é marcada por inúmeros comportamentos nervosos. Ela quebrava vidros de bancos na região central, Bemge, Itaú; ela jogava pedra nos carros; ela ficava nua nas ruas ou então, era encontrada “desmaiada”, “embriagada” no chão. Diante de tamanha desordem, o apelo a segurança pública. A Polícia Militar, então, é acionada e responde a execução de inúmeros boletins de ocorrência e encaminhamento para instituições de saúde. A partir dessas cenas no espaço público, ela inicia circuito e peregrinação pelos serviços de saúde do município e da região metropolitana. Regina, então, ganha visibilidade na cena pública e começa a fazer parte do texto da cidade. Suas atuações foram estampadas na matéria do jornal Estado de Minas de 07 de janeiro de 2007: “‘Atriz’ estendida no asfalto: tensão do dia a dia dos operadores das câmeras, normalmente é quebrada pelas performances de Regina Duarte de BH, que finge estar ferida para chamar atenção”.

A rotulação de “doente mental”, então, inscreve Regina no texto dos problemas da cidade de BH. Ela inicia movimento ininterrupto por diferentes serviços de saúde, ora chega de SAMU, ora de PM, ora é levada por algum transeunte. Chega no CERSAM Leste, nas Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, no Hospital João XXIII, no Hospital Odilon Benhres, no Instituto Raul Soares, no Hospital Galba Veloso, entre vários e tantos outros serviços de saúde da cidade de Belo Horizonte e da região metropolitana.

Regina inicia tratamento no CERSAM Leste em 1998, aos vinte e dois anos, após várias passagens e internações no IRS. Nesse período, quando não estava internada, perambulava pelas ruas de BH e ficava a maior parte do tempo na Praça Sete. Encontramos registro no prontuário “tendo vaga é para deixá-la internada, devido problemas que a paciente vem causando na Praça Sete”. Nos primeiros anos de tratamento no CERSAM Leste, ela chegava diariamente com o SAMU ou a PM e

pouco tempo permanecia no serviço. Com o passar dos anos, Regina prolongou sua permanência na instituição e iniciou discurso de que fazia “tratamento para nervosismo e desmaios”. É comum, ela sair e passar mal nos ônibus e nas ruas “é encontrada caída, com a boca espumando”. Encontramos registros no prontuário do CERSAM Leste “ela vai pra rua, faz cena de doida ou de deficiente mental e é trazida pra cá”. A partir da identidade social de nervosa, de “doente mental”, é interessante perceber a manipulação do estigma presente nas ações dela. É comum a presença de Regina na Feira Hippie³⁰ aos domingos. Ela diz gostar do movimento e faz um gesto com as mãos “lá estava assim ó”. Na feira, ela gosta de comer pastel frito, acarajé, beber cerveja, em alguns momentos, ela tira a roupa ou faz vários cortes superficiais nos braços e no rosto, diante desses comportamentos, ela ganha agrados e a ela é acionada a PM ou o SAMU. Em uma manhã de domingo, estivemos na Feira Hippie e pudemos observar a cena dela nua deitada no chão e com várias escoriações no braço. Aos poucos, as pessoas aproximavam-se, assim como a guarda municipal. Quando chegamos perto e a chamamos pelo nome, ela levantou-se. Assim, foi possível auxiliá-la a vestir-se e convidá-la para um lanche.

Com o passar dos anos (1996 – 2001), o discurso da escolha em ficar na rua modifica-se. Se antes, ela dizia “*eu vou ficar na rua pra sempre*”, “*vou ficar andando no meio das pessoas*”, em 2001 ela pontua “*eu quero sair da rua, a rua está muito violenta, lá eu passo frio*”, “*eu não sou pivete de rua, eu não vou andar com a calça toda rasgada*”. Há histórico de abusos sexuais e agressões sofridas na rua. Com relação ao desejo de voltar a viver em casa com a família, ela dizia: “*se eu for pra casa, eu posso visitar a Praça Sete?*”. O retorno à casa dos pais em Sabará revelou-se como um projeto utópico e cada vez mais distante. O papel social de filha havia sido transformado no único papel social de “doente mental”, o qual Regina tem desempenhado com intensidade. O âmbito doméstico, privado e familiar havia cedido lugar para a cena pública, Regina não é mais reconhecida como filha, como irmã, mas como uma portadora de problemas mentais de BH.

Em 2003, após iniciativa do CERSAM Leste e discussão com políticas públicas da Assistência Social, Regina é inserida na República Maria Maria, dispositivo da assistência social de Belo Horizonte, onde vive até os dias atuais. A

³⁰ A feira de Artes e Artesanato da Avenida Afonso Pena, popularmente conhecida como Feira Hippie, acontece todo domingo na capital mineira há mais de 43 anos. A feira conta hoje com cerca de 2500 expositores que vendem as mais diversas mercadorias

República tem como objetivo acolher mulheres em situação de rua. A casa situada na região da Lagoinha é mantida com o apoio da Secretária de Assistência Social e o Grupo Espírita Consolador. Atualmente, a república possui vinte e uma moradoras segundo informação fornecida por profissional da unidade durante visita à instituição. Trata-se de uma casa grande de esquina, fachada pintada de verde claro. A casa possui dois andares. No primeiro andar, há uma grande sala de jantar com uma mesa e cadeiras que está conjugada à sala de televisão, há cinco sofás que compõem os dois ambientes. Quando chegamos, havia duas moradoras a assistir novela na televisão. Há também uma saleta, que funciona o escritório da casa. De frente a sala de TV, há dois quartos. Regina nos mostrou o seu quarto, onde tem uma cama de solteiro, duas beliches, sendo que Regina dorme na cama de baixo de uma delas. Há um armário de madeira que funciona como um escaninho, onde tem várias portas e cadeados. Regina diz não ter nada para guardar e acrescenta que não tem chave para caso quisesse guardar e trancar algo no armário. Ainda no primeiro andar há um refeitório, com mesas e bancos, uma cozinha e bebedouro. No segundo andar, há mais quatro quartos, dois banheiros, uma sala ampla com cadeiras, poltronas, há uma mesa para realização de atividades e oficinas e um estante com livros. Há também uma sala para trabalhadores administrativos. Ainda no segundo andar, há uma área externa cimentada, alguns bancos e ao fundo varais, máquina de lavar, tanque. As dimensões e descrição revelam aspectos similares aos espaços das instituições asilares, apesar da ruptura do caráter fechado das últimas.

Na visita à instituição, durante trabalho de campo, pudemos observar que Regina cumprimenta as moradoras e os trabalhadores e chama todos pelo nome. Após apresentação de todos os ambientes da casa, ela nos convida para sentar no sofá diante da televisão, nos oferece água. Levanta e solicita a um profissional que nos ofereça água. Seu discurso sobre a república é ambíguo “*eu não gosto daqui, eles não me dão cigarro*”, “*aqui tem festa de aniversário, ontem teve palhaço*”. Sobre sua rotina na República, os profissionais dizem que ela não participa das tarefas domésticas como, por exemplo, preparar uma refeição, lavar roupa. Regina confirma. Ela diz gostar de assistir televisão e novelas.

Atualmente, o cotidiano de Regina consiste em passar os dias no CERSAM e as noites na República Maria Maria. Entretanto, há desvios de rota, é comum saídas para o centro da cidade, a Praça Sete e a Feira Hippie, aos domingos. Apesar desses movimentos é comum que após essas saídas, ela seja novamente capturada pelo

circuito da Saúde Mental, uma vez que quando está a rua, o SAMU é acionado e, então, ela é encaminhada ao SUP³¹ quando noite e ao CERSAM quando dia.

6.2.1. Narrativa de uma nervosa: uma síntese

A análise da narrativa de Regina revela a situação de tensão vivenciada no contexto familiar, devido a presença de dificuldades econômicas e de fugas constantes dela da casa para rua. O movimento de ir para rua é interpretado pelos irmãos como perda do juízo, enquanto os pais avaliam como problemas de ordem espiritual.

Os comportamentos desviantes tomam a cena pública, quando ela ocupa espaços públicos de Belo Horizonte e envolve-se em situações, como, por exemplo, arremessar pedras nos bancos da Praça Sete, ser encontrada nua e deitada na avenida Afonso Pena, durante a Feira Hippie. A partir do tensionamento com a ordem pública, ela inicia percurso pelos serviços de saúde encaminhada ora pela PM, ora pelo SAMU. Os comportamentos desviantes e bizarros adquirem significado de adoecimento para Regina, quando ela inicia itinerário por instituições psiquiátricas. Uma vez que, inscrita nesse circuito, ela passa a dizer: *“eu faço tratamento pra nervosismo e desmaios”*.

A inserção de Regina no circuito da Saúde Mental acarreta uma ruptura com os laços primários, uma vez que, a internação nas instituições psiquiátricas como IRS e, posteriormente, a vinculação ao CERSAM Leste, aumentaram a distância entre Regina e a família. Dessa forma, o espaço privado é esvaziado de sentido e o espaço público aparece como palco para a experiência de vida de Regina.

O papel de portadora de sofrimento mental ganha visibilidade na história de Regina, uma vez que, a partir dessa identidade, ela se inscreve na cidade de Belo Horizonte. Do anonimato da multidão na rua, ela ganha corpo e nome. Entretanto, essa nomeação tem aprisionado a mesma em espaços sociais delimitados e excluído de outros cenários da vida e trocas sociais.

A narrativa de Regina Duarte revela o tipo “nervoso” de Duarte (1986), uma vez que ela apresenta sintomatologia física como aflição, desmaio e perda de consciência assim como, sintomas morais, por exemplo, ela apresenta-se abobada,

³¹ SUP: serviço de retaguarda psiquiátrica que funciona das 19h às 7h, localizado na Santa Casa, região hospitalar de BH.

desorientada, agitada e furiosa. Entretanto, ao contrário dos “nervosos” que no estudo de Duarte eram acolhidos pela família e cuidados no espaço da comunidade, a inscrição de “nervosa”, em uma metrópole como BH, tem provocado um relação paradoxal, se por um lado ele identifica e dá um nome à Regina no meio da multidão, por outro lado essa rotulação a exclui, uma vez que evoca os estigmas da loucura.

6.2.2. Regina Duarte

Figura 4: Regina Duarte.



Fonte: ARRUDA, 2015.

6.2.3. Regina Duarte e a Praça Sete

Figura 5: Obelisco na Praça Sete, em Belo Horizonte/MG.

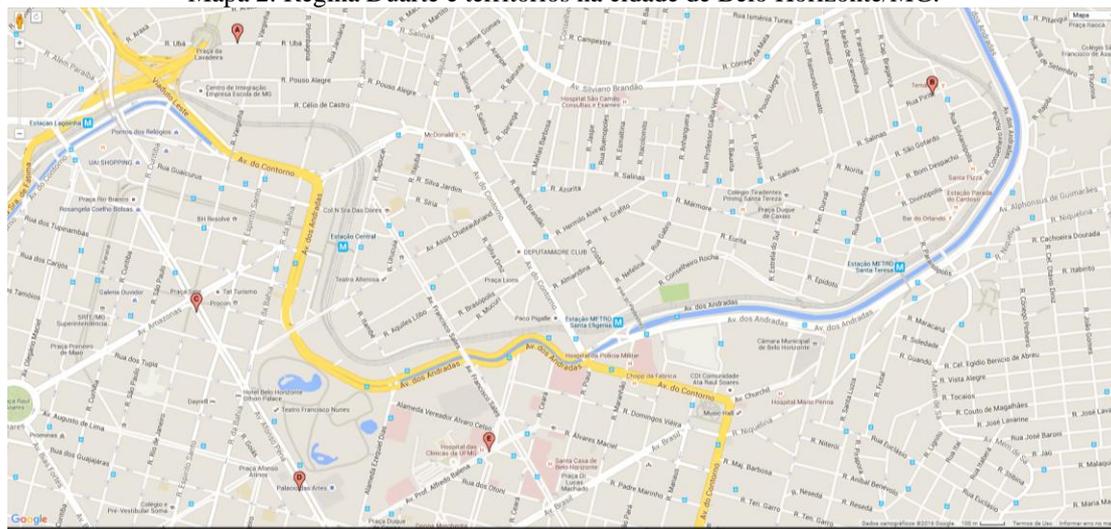


Fonte: DUARTE, 2016.

A Praça Sete³²: “De segunda a segunda, o vaivém de pessoas não para. O trânsito é sempre intenso, independentemente do horário. Por ali, passam todas as tribos, todas as classes, todos os tipos. Marco zero do hipercentro de Belo Horizonte, a Praça Sete está no cruzamento das principais avenidas da cidade – Afonso Pena e Amazonas. É o coração da cidade, o centro nervoso da capital mineira”.

6.2.4. Deslocamentos, trajetórias na cidade

Mapa 2: Regina Duarte e territórios na cidade de Belo Horizonte/MG.



Legenda: A- República Maria Maria B- CERSAM Leste C- Praça Sete D- Feira Hippie E- Região Hospitalar.

FONTE: SILVA, 2016.

³² Informações contidas no site da Prefeitura de BH.

6.3. Trajetória de James³³

“Pedra que muito rola não cria limo”

A construção dessa narrativa se deu a partir dos encontros e das entrevistas desenvolvidas com James. Ele frequenta de maneira esporádica o CERSAM Leste e, quando está na instituição, é comum avistá-lo pelo turno da manhã. Em uma dessas manhãs fizemos o convite para ele participar da pesquisa. Ele demonstrou interesse e se dispôs a nos auxiliar naquilo que fosse necessário. Diante desse primeiro aceite, fizemos um convite para encontrarmos na semana seguinte. O encontro ocorreu em uma praça na rua Silvianópolis, no bairro Santa Tereza, nas proximidades do CERSAM Leste. Nesse primeiro encontro, apresentamos novamente a proposta da pesquisa e iniciamos a entrevista com os seguintes dizeres: gostaríamos de ouvir sobre sua história, você poderia nos contar sua história desde a infância até os dias atuais? Esse primeiro encontro ocorreu em junho de 2015. James concordou com a gravação da entrevista e apresentou-se confortável diante das perguntas. No segundo semestre de 2015, James ficou um tempo sumido do CERSAM e conseqüentemente, inacessível a nós. Ele reapareceu na instituição em novembro, mês que ocorreu o segundo encontro e a segunda entrevista. Mais uma vez, ele apresentou-se tranquilo e interessado com o estudo.

James é um homem, negro, alto, cinquenta e dois anos. Ele sempre é cordial e bem-humorado. Às vezes apresenta-se no CERSAM Leste com os olhos vermelhos e hálito etílico. Normalmente está com uma mochila nas costas e um boné. Ele chega fica poucos minutos na instituição, toma remédio, toma o café da manhã e em seguida, pede liberação para ir embora.

James nasceu na cidade de São Paulo, onde foi criado pela tia, que é a sua madrinha. Ele não conheceu os pais biológicos. A respeito da infância diz ter lembranças de “tempos cruéis”, *“naquela época era um pouco difícil, eu não entendia das coisas, eu era muito novo”*. Lembra que iniciou o uso de medicamentos para dormir aos nove anos de idade, *“o medo é a coisa que mais me apavora. Se uma folha cai no chão, eu fico meio preocupado”*. Conta que morou com a madrinha até os vinte e dois anos de idade e que após uma queda da escada, a madrinha machucou as costas e as pernas, *“ela nunca mais melhorou”*. Ela, então, mudou-se para o interior de São

³³ Nome fictício escolhido pelo próprio participante.

Paulo, para cidade de Bebedouros, para tratar-se e para ser cuidada por outros familiares. A respeito desse período, ele conta que frequentou a Umbanda na busca de cura e alento para a madrinha. Com relação a sua experiência religiosa, ele diz “*eu tava buscando recurso em qualquer lugar, era a única fonte de escape que eu tinha*”. Após a mudança da madrinha para o interior, James conta que os “problemas mentais” iniciaram:

Adoei, não sei... Acabou a memória, acabou a lucidez, eu ficava andando pela rua, não reconhecia ninguém... Eu tava numa fase muito difícil da minha vida. Eu fiquei sozinho em casa com um irmão mais complicado do que eu... Aí eu não suporrei. Os parentes naquela época não dava apoio...

Após a mudança da madrinha para interior do estado, iniciam-se a experiência de adoecimento e o itinerário terapêutico:

Minha primeira internação foi no Hospital de Saúde Mental em Barra Funda, foram dez anos assim. Eu ia ficava internado e depois ficava uns três meses em casa, depois internava de novo. A escola da minha vida não é fácil. Foi complicado lá dentro do hospital. Eu ajudava as pessoas saírem do hospital...

A respeito dos primeiros anos de tratamento, ele afirma que uma prima, a pedido de um tio, ficou responsável pelo seu cuidado. As internações eram intercaladas por períodos de permanência nas ruas e foi assim durante dez anos. Até o momento que James decidiu sair de casa, “*fica mais fácil, você sabe como é família, quando tá tudo bem, tá tudo bem, quando atrapalha, atrapalha tudo!*”, “*optei por viver sozinho, não dar mais trabalho*”.

A opção pela rua é reforçada pelos dizeres da madrinha “*não precisa de voltar pra casa, não, o mundo é grande. Ai que eu comecei a viver a vida*”. “*Cair no trecho*” é a expressão que James utiliza para dizer da sua errância, “*sempre rodando trecho, Mato Grosso, Bahia, Curitiba, Paraguai, Argentina... Eu sei o que Deus fez, tá feito*”. A iniciação na rua exigiu de James aprendizados, táticas e estratégias. Segundo ele:

Até aprender o que é a rua, a pessoa passa muita dificuldade. É complicado. No começo foi difícil, eu quando sai de casa eu tava sem rumo, sem endereço. Ai eu não voltei pra casa mais não. Meu tio dizia: - arruma amizade com gente melhor com você. Abandonei tudo e sai pelo mundo. Eu deixei uma casa própria lá [faz referência à SP]. Eu quero uma rodinha pra andar mais rápido. A rua é boa, mas tem que ter paciência com ela, porque ela não perdoa não.

Nos lugares por onde andou, procurou abrigo nos Albergues Municipais e desenvolveu inúmeros trabalhos. É recorrente a trajetória de inserção em trabalhos informais. *“Tô sem profissão na minha carteira. Minha carteira, acho que nunca foi assinada, a não só uma vez em SP, como ajudante de tipógrafo”, “a vida assim é, a gente tem que trabalhar pra viver”*. Com relação a sua trajetória por cidades e suas experiências de trabalho, ele diz:

Passei em Patrocínio, trabalhei um ano numa fazenda de café. O patrão me despediu, eu sai andando pela estrada pelo mundo a fora... Eu trabalhei em Curitiba. Eu queria receber e o patrão não queria me pagar, fui no serviço social, aí eu peguei um ônibus pra cá [ele faz referência a cidade de Belo Horizonte].

Vir para Belo Horizonte, segundo ele *“foi no trecho”*... Ao dizer da sua chegada em BH, ele relembra a fala da madrinha *“você não precisa de voltar pra casa não, o mundo é grande”*. Em BH, ele conta do trabalho na Pastoral de Rua e, posteriormente, na ASMARE³⁴:

Antes de ir pra ASMARE eu trabalhava com a Pastoral de Rua. Ela criou dentro do Centro de População de Rua uma área de reciclagem, de papel reciclado. Eu fazia agendas. Depois a Pastoral não quis continuar com o serviço... Aí eles levou a gente a trabalhar na ASMARE. Eu fazia papel reciclado lá e trabalhei na marcenaria. Eu fazia carrinho que recolhe papel, eu fiquei um ano lá. Ficou meio aperto os recursos, eu estava tendo uma vida com compromissos...

James refere experiências na rua, experiência de um relacionamento estável e da construção de um lar, uma casa própria *“eu já fiquei na rua, já fui casado, participei da primeira bolsa aluguel, aí eu ia conseguir a casa própria...”* James apresenta uma crítica com relação ao trabalho da ASMARE, ao refletir sobre o valor do trabalho, tanto o valor social quanto o valor financeiro, ele aponta que diante da pouca rentabilidade do trabalho e frente às exigências de uma vida de “compromissos”, que ele se refere a casamento (casa e esposa), ele viu a necessidade de procurar algo mais rentável e assim, finalizou seu trabalho na ASMARE.

Dificuldades econômicas e o término do relacionamento amoroso provocaram seu retorno às ruas. James identifica pontos de apoio na cidade para pessoas em situação de rua, dentre eles, o Albergue Municipal Tia Branca e a República Reviver, situados no bairro Floresta, o Centro de População de Rua,

³⁴ De acordo com Pereira (2011), em Belo Horizonte, os catadores começaram a se organizar com o apoio da Pastoral de Rua da Arquidiocese da cidade, essa parceria culminou com a formação da Asmare, em maio de 1990.

situado na avenida do Contorno, no Barro Preto. A trajetória por esses serviços é marcada por situações de tensão e desenlaces. A respeito da saída da República, ele diz: *“eu fiquei lá um bom tempo, depois acabei arrumando confusão, aí eu sai. Voltei, depois arrumei confusão de novo”*.

Belo Horizonte inscreve-se de uma maneira diferenciada na vida de James. Ao contrário das outras cidades, por onde ele passou, em BH verifica-se uma permanência mais prolongada (dezoito anos), ainda que de forma intermitente.

BH... Eu não fico fixo em nenhum lugar... Eu saio, depois eu volto. São as esquinas da vida. Eu gosto de BH é uma coisa meio diferenciada, BH tem tudo, tem trabalho, moradia, e agora tô entendendo que minha mãe falava pra mim: pedra que muito rola não cria limo. Agora eu só saio pra passear.

Ao dizer da experiência de vida em Belo Horizonte, ele refere mudança nos últimos anos relacionadas à sociabilidade na grande metrópole. *“BH já mudou muito, tá igual SP, você dá um bom dia, ela nem te responde, você não conhece seu vizinho, tá muito, não conhece nada. Quando eu conheci BH aqui era muito diferente...”* Entretanto apesar de reconhecer traços da impessoalidade de BH ele faz um contraponto com a cidade natal, São Paulo:

Até o clima de BH me faz bem, eu estive em São Paulo, o clima lá é terrível, lá é chuva, é sol e frio. Sem espaço de tempo. Aqui o tempo é mais gentil! BH é o paraíso, aqui tem muitos acessos, parques, zoológico, cinema, muita coisa saudável que pode frequentar em BH. Eu gosto de tudo! No meio das amizades é melhor ainda! Eu gostei de BH, não sei o que eu faço em BH. Eu acho que a cidade me acolheu, por mais dificuldade que eu passo aqui é melhor do que SP.

Atualmente, James reside em BH, entretanto, às vezes sai e *“pega o trecho”*. Ele mora em uma casa alugada no bairro Alto Vera Cruz, Regional Leste de Belo Horizonte e divide com um casal de amigos e outros dois amigos o aluguel e as conta de luz e de alimentação. Contudo, ele faz planos de voltar a ficar no abrigo e *“pegar o trecho”*. Nos últimos meses de setembro, outubro e novembro de 2015, ele esteve em São Paulo, onde visitou alguns parentes e nos próximos dias, planeja ir para o Espírito Santo, *“talvez a gente deve descer para Vitória...”* Ele possui um cadastro em uma firma chamada Buscar, atualmente, tem desempenhado trabalhos esporádicos de montagem e desmontagem de palcos para shows e eventos.

No circuito por Belo Horizonte, ele narra a participação em vários cenários da cidade. Ele diz da permanência na região central, onde realiza bicos e faz

planos de montar um barraca de camelô e conta que frequenta, esporadicamente, a Igreja da Boa Viagem. Ele enumera dispositivos culturais como cinemas, bibliotecas e exposições artísticas no Palácio das Artes e espaços da Pampulha, “*eu já passei muito na Pampulha, passei final de ano, vi muita pessoas diferentes. Pessoas em clima de festa. E gratuito!*” É interessante perceber a inscrição dele na cidade enquanto cidadão e “peregrino”, assim, ele se nomeia.

A narrativa acerca das aventuras e da errância tomam a cena na história de vida de James. A experiência do adoecimento, por sua vez, apresenta-se esvaziada de sentido na sua vida atual. É interessante perceber a marca das dificuldades cotidianas concretas no que se refere a moradia, ao laço social e ao trabalho. Contudo, ele não relaciona essas dificuldades ao quadro de adoecimento.

A vida é complexa. Na minha idade eu já passei por muitas coisas. Já estive no mundo das drogas, graças a Deus não estou mais. Têm coisas difícil de aceitar. Têm coisas que complicam a trajetória da vida. Você acredita em problema mental? Acho que a pessoa passa dificuldades, mas transtorno mental... Já fiz exame pra cabeça, tenho trezentos anos que tomo remédio e não encontraram nada... Eu tenho é muita paúra.

No movimento de sobrevivência e resistência nas ruas, James conta da sua relação com CERSAM Leste. Este compreendido como mais um dispositivo da cidade de BH que se inscreve na sua trajetória de vida.

Eu acordo antes das seis, faço uma hora de caminhada até chegar ao CERSAM. Venho na parte da manhã, eu tomo remédio. Depois em fico andando pelas veredas da vida, vendo se eu almejo alguma coisa melhor do que minha situação na vida. Aqui eu me sinto bem. É uma válvula de escape, aqui eu consigo me aguentar pro dia inteiro, por isso eu venho pela manhã, buscar esclarecimento... Isso aqui é como se fosse meu berço, aqui eu consigo relaxar, conversar com as pessoas.

Ao contrário do significado atribuído à experiência de adoecimento vivenciada nos hospitais de São Paulo durante a sua juventude, no qual ele ressalta a perda da lucidez e da memória, atualmente, ele questiona a existência da loucura “*you acredita mesmo em problema mental?*” e diz das dificuldades reais que existem na sua existência concreta enquanto morador de uma metrópole. Ao dizer sobre sua relação com o CERSAM e a cidade, ele faz uma constatação: “*A vida na sociedade é uma coisa muito diferente do que eu imaginava, eu pensava que só eu tinha problemas, mas eu vejo que a população tem problemas...*”

Entretanto, apesar de valorizar o lugar do CERSAM Leste e da proposta de tratamento de um serviço aberto, ele faz reflexões acerca dessa modalidade de tratamento ao dizer:

Aqui eu tô sentido com pé no chão. O tratamento aqui é bom, mas esse negócio de voltar pra casa, tá difícil... Eu tenho esperança ainda, não sei se vou aguentar esse movimento da sociedade, alugar um lugar, pagar conta. Eu só, sozinho eu não aguento, não, se eu tivesse uma companheira...

A trajetória de James revela a experiência de viver em uma metrópole, as dificuldades dos laços de sociabilidade em uma sociedade individualista e capitalista e aponta a necessidade de políticas que extrapolem o direito à saúde, mas desafiam políticas de assistência, de moradia e de inserção no trabalho.

6.3.1. Narrativa de um andarilho: uma síntese

A análise da narrativa de James revela tempos e espaços distintos com relação à experiência do adoecimento. Se na juventude, aos vinte e dois anos ele explica o adoecimento com um estado de perda de memória e da lucidez e descreve sua passagem por hospitais psiquiátricos, atualmente, ele questiona a existência de problemas mentais e faz referências às dificuldades cotidianas de moradia e de trabalho.

Na história de James, à experiência da loucura é possível atribuir o fenômeno da errância. Os constantes deslocamentos podem ser compreendidos como narrativa para dar sentido à situação de aflição. Nessa perspectiva, para entender a trajetória de vida de James, apropriamos de classificações referentes à heterogeneidade do universo da população de rua. A categoria trecheiro nos apresenta pertinente. Consoante Mendes (2007), são chamados trecheiros aqueles que fazem da estrada – do trecho – seu território existencial. Contudo, é comum a construção do território existencial dos andarilhos pela apropriação dos lugares em que se encontram e dos recursos a que têm acesso e não por uma demarcação espacial (MENDES, 2007).

À narrativa de James é importante reconhecer que trecho-corpo-casa-instituição se encontram em um mesmo território: a rua. Na rua, os andarilhos, quando levados a se fixar, acabam por construir moradias e estabelecer fronteiras que

marcam um interior e um exterior; os trecheiros se institucionalizam rapidamente nas cidades; contudo, o corpo permanece como território importante.

James diz de uma relação acolhedora com Belo Horizonte e é capaz de identificar lugares na cidade: o Abrigo, a Pastoral de Rua, o CERSAM. Ele acessa tanto dispositivos da Saúde quanto da cultura, mas levanta questões com relação ao direito à moradia e ao trabalho. Ao contrário da noção de identidade individualizada, definida, sujeitos enquanto unidades totais, optamos pela ideia de territorialidade, uma vez que é possível reconhecer uma rede de sinais que se encontram fragmentados por diversas segmentariedades, assim como descreve Perlongher (1991). Sendo assim, ele se inscreve na cidade por meio deslocamentos e movimentos e pelo nome “andarilho” e o seu circuito revela territórios existenciais como o corpo e a rua.

6.3.2. James

Figura 6: James



Fonte: ARRUDA, 2015.

6.3.3. James e a Avenida Afonso Pena e Palácio das Artes

Figura 7: Palácio das Artes na Avenida Afonso Pena, em Belo Horizonte/MG.

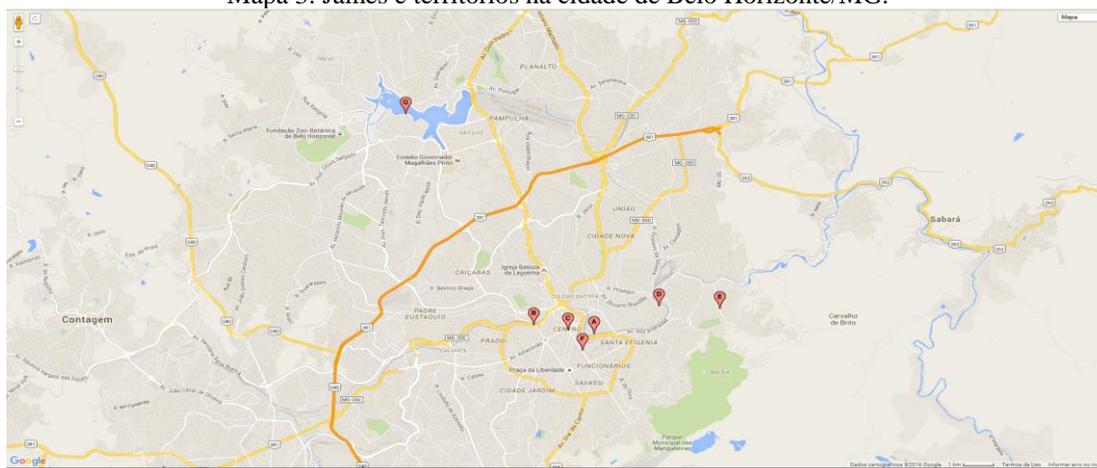


Fonte: DUARTE, 2015.

*“Eu já disse quem sou Ele.
Meu desnome é Andaleço,
Andando devagar eu atraso o final do dia.
Caminho por beiras de rios conchosos.
Para as crianças da estrada eu sou o Homem do Saco.
Carrego latas furadas, pregos, papéis usados.
(Ouço harpejos de mim nas latas tortas.)
Não tenho pretensões de conquistar a inglória perfeita.
Os loucos me interpretam.
A minha direção é a pessoa do vento” (MANOEL DE BARROS)³⁵.*

6.3.4. Deslocamentos, trajetórias na cidade

Mapa 3: James e territórios na cidade de Belo Horizonte/MG.



Legenda: A - Albergue Tia Branca B - Centro de População de Rua C - Praça Sete, Praça da Rodoviária D - CERSAM Leste E - Alto Vera Cruz F - Palácio das Artes G - Lagoa da Pampulha.
FONTE: SILVA, 2016.

³⁵ Trecho da obra “*Livro de Nada*”. Encontrado em: BARROS, Manoel de. Livro sobre nada. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000a.

VII- SOBRE RELAÇÕES: A INSTITUIÇÃO, A CIDADE E AS TRAJETÓRIAS

Percorrer o território do CERSAM Leste e as narrativas dos participantes da pesquisa nos revelou pontos importantes para pensar a experiência da loucura na cidade de Belo Horizonte. Um marco para compreender essa experiência está na desconstrução do manicômio como centro gravitacional da loucura e a descentralização dos territórios da loucura por meio da construção de uma rede de serviços abertos e comunitários na cidade.

Na história de Belo Horizonte, é possível reconhecer um período de marginalização espacial da loucura. De acordo com Fassheber (2009), até a criação do primeiro hospital especializado para doentes mentais em Barbacena (1902), Minas Gerais tinha duas alternativas para o encaminhamento dessa população: os anexos para loucos existentes nas Santas Casas de Misericórdia, nos municípios de São João Del Rei e Diamantina e o Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro. Outro possível destino para o grupo era a cadeia pública. Apenas em 1922, com a criação do Instituto Raul Soares, a loucura passou a situar-se na cidade de BH. Contudo, vale ressaltar que cabia aos loucos o território fechado, os muros do hospital e a marginalização espacial, uma vez que o IRS era localizado na fronteira da área suburbana da cidade, ou seja, no limite da cidade planejada. Nas décadas seguintes, Belo Horizonte foi contemplada com o segundo hospital psiquiátrico público, o Hospital Galba Veloso (1961), localizado no bairro Gameleira, zona periférica de BH.

A Reforma Psiquiátrica e a reestruturação dos serviços de Saúde Mental incluem espacialmente a loucura no território da cidade por meio da construção de serviços comunitários de acolhimento à loucura, os CERSAM's, nas Regionais da cidade de Belo Horizonte: Barreiro, Leste, Venda Nova, Oeste, Pampulha, Nordeste, Noroeste, Norte. A distribuição desses serviços pela cidade provocou uma reorganização das relações entre loucura e cidade, uma vez que esta a partir da Reforma encontra-se dentro da cidade. Entretanto, como se constitui a experiência da loucura a partir da inserção desses dispositivos na cidade?

A análise do território do CERSAM nos provoca a pensar essa nova realidade. O nosso trabalho de campo no CERSAM Leste revelou que as espacialidades das instituições mudaram, assim como suas relações com as pessoas

com sofrimento mental e as relações estabelecidas entre esse dispositivo e a cidade. O significativo fechado, trancado, “casa dos loucos” dos manicômios cedeu lugar às espacialidades abertas, onde é possível apreender conexões, movimentos de vida e experiência social atribuída à experiência da loucura. Ao contrário de hospitais psiquiátricos localizados em territórios marginais da cidade, os CERSAM’s localizam-se em pontos importantes da vida social da cidade, como é o caso do CERSAM Leste, localizado no tradicional bairro Santa Tereza. Percebemos transformações no relacionamento com os PSM, a partir do reconhecimento de uma prática assistencial que se propõe a privilegiar a construção da autonomia dos pacientes e questionar o mito da periculosidade e o lugar da desrazão do portador de sofrimento mental. Todavia, a inserção no território de BH por si só não traz consigo a ideia de cabimento da loucura à cidade. Então, julgamos importante refletir sobre o que nos revelam as experiências de loucura dos participantes da pesquisa.

As análises das narrativas dizem de experiências singulares de loucura e apropriações distintas do CERSAM e dos espaços da cidade, o que nos remete a nossa escolha pelo referencial teórico da Sociologia Fenomenológica de Schutz, que enfatiza a experiência como uma relação sujeito-mundo dada pela existência concreta de indivíduos e a loucura compreendida como experiência, vivida e significada em contextos de ação e interação (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999). Contudo, apesar das especificidades de cada trajetória de vida, identificamos pontos comuns às histórias como, por exemplo, a fragilidade dos laços familiares, a tensão entre a casa e a rua e a exclusão do trabalho formal. Esses atributos dizem da existência de trajetórias marginais.

Compreendemos que nas trajetórias marginais as pessoas apresentam dificuldade ou impossibilidade de articular uma identidade, já que a aversão ou o relativo estranhamento a respeito das convenções da ordem, da família e do trabalho enfraquecem ou tornam-se frouxas, ou pelo menos, inconstantes (PERLONGHER, 1991). Nessa lógica, observamos sociabilidades marginais que apontam para a existência de dois fenômenos: a desterritorialização e a reterritorialização. As experiências da loucura, tal como apresentadas nas nossas narrativas biográficas, nos dizem desse fenômeno a partir da desterritorialização com relação aos códigos familiares, “normais” e do trabalho e a reterritorialização por meio da apreensão de novos códigos internos ao grupo que indicam ou traduzem variações comportamentais, gestuais e corporais e a reelaboração de laços de sociabilidade.

As trajetórias de vida dos três participantes do estudo revelam relações fracas, frouxas ou inconstantes com familiares. Na narrativa de Biduffer, é importante enfatizar o esforço que ele faz para distinguir família e parente, o que revela uma fragilidade dos laços primários e o exercício de construção de novos laços afetivos. A dificuldade do convívio doméstico é evidenciado, quando ele enquanto presidente da ASSUSSAM-MG aponta a necessidade da existência do “sofá-amigo”, que ele explica como um quarto em qualquer casa que poderia abrigar diferentes pessoas, quando elas estivessem passando por dificuldades de convivência e conflitos familiares, “*você dorme lá, depois no outro dia, volta pra casa*”. Na história da Regina Duarte, é possível verificar conflitos constantes, um enfraquecimento dos laços e conseqüentemente, o abandono da família. Na história de James, a frouxidão e a inconstância dos laços primários de sociabilidade também faz-se presente e a saída para os impasses está no deslocamento do ambiente doméstico para as ruas, assim como pôde ser observado na narrativa de Regina.

O enfraquecimento dos laços familiares dos PSM traz conseqüências às relações estabelecidas entre eles e a casa/a rua e, conseqüentemente, o espaço privado/espaço público. Segundo DaMatta (2000), casa e rua são, no contexto sociocultural brasileiro, espaços complementares de significação que transcendem uma oposição simples entre público e privado. Consoante o autor, no espaço doméstico e no espaço público, o brasileiro adota ações diferenciadas e éticas que diferem em cada um desses espaços: o espaço da casa revela-se a partir de uma ética conservadora, enquanto a rua como *locus* de uma ética liberal, tanto no sentido de ser o lugar do exercício da igualdade, sob a perspectiva da cidadania, quanto no sentido de ser o lugar da competição do mercado. As trajetórias de vida dos nossos participantes apontam que, se não há cabimento para comportamentos bizarros, inadequados na ética conservadora da casa, a rua apresenta-se como um lugar possível para existir, como aponta Lobosque (1997): “A rua talvez não seja nunca o traçado ordenado e puro da circulação pública; será sempre, talvez, o espaço e o lugar possíveis para a errância, o extravio, a extravagância dos sujeitos, para a absurda falta de cabimento de cada um de nós”.

Contudo, segundo DaMatta (2000), o universo cultural brasileiro é avesso à igualdade, o que se reflete na desvalorização da ideia de cidadania e na valorização da deslealdade nas relações competitivas, o que torna a rua um lugar especialmente perigoso. Daí a exigência do aprendizado de táticas e estratégias de sobrevivências

para viver na ou da rua. As narrativas ilustram situações de violência como, por exemplo, abusos sexuais sofridos por Regina e o movimento constante para tirar sustento da rua, como descrito na trajetória de vida de James.

A desterritorialização com relação aos códigos familiares tensiona a dimensão do público e do privado à medida que observa-se uma mistura entre o espaço da rua e da casa, o que, segundo DaMatta (2000), acarreta uma forma grave de confusão e conflitos. Nas trajetórias de vida analisadas é possível perceber atributos do universo da rua que se chocam com a ética da casa como, por exemplo, as saídas de Regina de casa e a mendicância que não são toleradas por uma família religiosa e o uso de drogas de James. A dimensão do público e do privado, dessa forma, é tensionada. Nessa lógica, as nossas narrativas biográficas rompem com a ideia de uma cidade racionalizada por meio da existência de procedimentos urbanísticos nas metrópoles que tendem: a isolar segmentos sociais, normatizar espaços de moradia e de passagem; a manter os corpos isolados e anestesiados e a provocar um esvaziamento da rua enquanto um lugar de encontro, uma vez que, a superposição de lugares cria atores e cenários limiares e marginais, não definidos por parâmetros sociais convencionais (FRANGELA, 2009).

Nas três narrativas, é interessante notar o esvaziamento de sentido atribuído à esfera doméstica, ao cotidiano privado e a valorização do uso do espaço urbano. Na história de Biduffer, as ruas, as praças, são cenários, palcos de atuações da sua arte de rua. Na história da Regina a rua, a Praça Sete, a Feira Hippie apresentam colorido afetivo, uma vez que quando questionada sobre o porque de ir até esses locais, ela diz *“lá eu tenho amigos”*, o que lhes configuram sentidos de lugar. Na história de James, quando a casa é no território da rua, não são apenas as relações sociais privadas que invadem o espaço público, ou que são invadidas por este. As narrativas apontam que a relação da loucura com a rua rompe com a concepção dos espaços públicos, das praças e das calçadas como espaços de passagem, esvaziados da produção de sociabilidade.

A desterritorialização também encontra-se presente no campo do trabalho. Na história de Biduffer, observamos uma ruptura com o trabalho formal e o abandono dos estudos, como a Faculdade de Filosofia. A inserção no campo do trabalho dá-se pela nomeação de artista, contudo, ele próprio problematiza o retorno financeiro de tal atividade, o que revela apesar da importância do processo criativo, que há precariedade financeira. A história de Regina é marcante, a ideia de que ela não foi

cunhada para o trabalho “ela nunca aprendeu nada”. James, por sua vez, apesar do aprendizado de ofícios como, por exemplo, de tipógrafo, não possui um corpo disciplinado para o trabalho formal que exige rotinas e padrões.

Ao fenômeno de desterritorialização encontramos a reterritorialização. Apesar do estranhamento aos códigos ditos “normais” como as convenções da ordem, da família e o do trabalho, é interessante perceber o movimento de construção e de ressignificação das experiências e das relações sociais. Os novos grupos, ou “códigos-territórios” são distintos nas narrativas biográficas. Biduffer reterritorializa-se no universo da loucura, da arte e da militância política. A nomeação de louco o inscreve nos signos da loucura, das artes cênicas enquanto ator de teatro do grupo Sapos e Afogados e a na presidência da ASUSSAM-MG. Na história de Regina Duarte, é marcante o processo de desterritorialização e a tentativa de reterritorializar-se a partir da imersão no universo da loucura e do signo do nervoso. James, por sua vez, reterritorializa-se a partir do universo do andarilho, que faz do corpo seu território existencial e nos trabalhos informais existentes em cada trecho.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como finalizar essa trajetória? A respeito do processo de investigação, é importante destacar o exercício constante para aproximarmos a nossa intenção biográfica da escrita etnográfica. Para tanto, valorizamos o trabalho de campo e a sistematização do método descritivo por meio da observação sistematizada e repetida de situações no CERSAM Leste e o método narrativo a partir da construção da história da instituição e das trajetórias de vida de pessoas com problemas mentais. Com relação a nossa fundamentação teórica, optamos por trabalhar com autores e referenciais que pudessem nos preparar para a imersão no trabalho de campo para compreender as experiências e os territórios da loucura, sem contudo engessar ou aprisionar nossos olhares e nossas análises afim de que entrássemos no campo para buscar elementos que confirmassem nossas teorias. Nesse sentido, o aprofundamento sobre o conceito de experiência da loucura e estigma possibilitaram o aprendizado para nos dispor ao encontro etnográfico. Ao longo dessa narrativa, revelamos ao leitor todo o processo de investigação e as condições de pesquisa, impasses metodológicos, contradições, etapas fundamentais para minha formação enquanto pesquisadora.

Caminhar na tentativa de compreender a experiência da loucura e suas relações com a cidade de Belo Horizonte foi uma tarefa fascinante. Fascínio pela imersão em um mundo estrangeiro e encontrar a possibilidade do exercício da alteridade. Construir narrativas sobre a experiência da loucura foi deparar com a novidade a cada registro, como por exemplo, terminado o percurso das entrevistas, analisado seu conteúdo, um dos participantes vira e nos provoca *“não, não, pode apagar tudo, porque aquele ali não era eu”*. Foi fundamental saber começar de novo, e de novo e de novo...

Ir ao encontro da história da loucura e da história da cidade de Belo Horizonte, possibilitou perceber o mal estar existente na relação entre portadores de sofrimento e a cidade planejada e idealizada conforme os ideais modernistas: espaços racionalizados que privilegiam a ordem. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, vivenciada em Minas Gerais e em Belo Horizonte, inaugura um campo de tensão aos ideais modernistas, ao questionar a loucura como o lugar da desrazão e da violência. A partir do processo da Reforma, a exclusão espacial da loucura é revista e novos dispositivos de tratamento são criados e inseridos na cidade de Belo Horizonte. Não

mais instituições fechadas, os hospitais psiquiátricos IRS e HGV são destinados a cuidar dos portadores de sofrimento mentais moradores de BH, mas serviços comunitários, territoriais e abertos presentes nas Regionais e em pontos importantes da vida social da cidade.

A criação da rede de serviços substitutos aos manicômios foi fruto de lutas políticas, conforme a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da formulação da Política Nacional de Saúde Mental. Apesar da lei nacional, os serviços estruturaram-se a nível municipal. Em Belo Horizonte, no caso específico do CERSAM Leste, destacam-se as mobilizações sociais por meio da luta da Comissão de Usuários e Familiares para concretização do espaço e a votação da obra no âmbito do Orçamento Participativo. A constituição do CERSAM Leste, serviço comunitário, territorial e aberto de acolhimento às crises psiquiátricas, propôs uma desconstrução com o espaço social fechado do hospital psiquiátrico. Nessa perspectiva, novas espacialidades e as relações foram construídas. A “casa dos loucos” foi substituída por espacialidades, onde apreendemos conexões, movimentos de vida e experiência social atribuídas à experiência da loucura. O atributo territorial, entretanto, pode ser problematizado à medida que observamos uma valorização da dimensão burocrática do conceito de território em detrimento da vinculação do trabalhador ao território e ao conhecimento dos cenários de vida dos portadores de sofrimento mental. Foi possível perceber que o cotidiano institucional e as práticas assistenciais se propõem a pensar outro lugar social para o louco e para a loucura, uma vez que há o exercício da construção da autonomia dos pacientes e o questionamento o mito da periculosidade e da desrazão do portador de sofrimento mental. Contudo, observamos a prevalência de ações intramuros e pouca articulação entre o dentro e o fora da instituição.

A análise institucional, porém, por si só não foi capaz de dizer sobre as experiências de loucuras. Foi preciso aproximarmos de sujeitos concretos que vivenciam tal experiência. Dessa forma, debruçamos sobre as trajetórias de vida de pessoas que são assistidas no CERSAM Leste.

A partir da construção das narrativas, percebemos que cada participante atribui um significado diferenciado à experiência da loucura, que podemos apreender por meio da imagem do maluco beleza, do nervoso e do andarilho. Entretanto, as histórias de vida apontam a existência de trajetórias marginais, uma vez que encontramos o enfraquecimento dos laços familiares e a exclusão de processos de produção da vida, o trabalho. A rua, o espaço público tomam a cena nas trajetórias de

vida. Observamos diferentes ocupações e usos desses espaços que extrapolam a concepção de lugar de passagem e de deslocamento. O fenômeno reterritorialização faz-se presente a cada trajetória. Novos códigos e territorialidades coexistem: a arte, a militância política; a errância, a mendicância; o uso prejudicial de drogas e de trabalhos informais. É importante ressaltar que o fenômeno da reterritorialização é particular em cada caso e depende da possibilidade de cada sujeito fazer novas leituras de contexto de vida.

Reconhecemos que, apesar da Reforma Psiquiátrica, ainda observamos a manutenção do estigma da loucura, porém, os loucos diante do outro que o estigmatiza não se mantêm passivos ou invisíveis, asilados nos muros dos hospitais psiquiátricos. A constituição de um serviço territorial, comunitário e aberto provoca os mecanismos de circulação social. A forma de resistir é se fazer sair da invisibilidade, tomar a cena, manipular códigos sociais que entremeiam os deslocamentos, criando novas territorialidades e codificações.

Ao finalizar esta trajetória, somos provocados por algumas certezas e outras questões. Nos parece claro que as Políticas de Saúde Mental devem considerar a pluralidade de sentidos atribuídos à loucura e a maneira de considerá-las é dar voz aos sujeitos que sofrem. A construção das narrativas de vida nos apresenta como um método valioso para compreender as experiências da loucura. Apesar das certezas, muitos questionamentos em torno dos temas família, trabalho e espaço público emergiram dessa travessia. Questionamentos que apontam outros caminhos possíveis de investigação. A Reforma Psiquiátrica reorienta os cuidados de forma que a família volta a compor a assistência às pessoas com problemas mentais, entretanto, verificamos a existência de uma fragilidade desses laços primários. O enfraquecimento dos laços familiares podem acarretar situações de vulnerabilidade social, como o abandono e trajetórias de rua por vezes presente nas histórias de vida de portadores de sofrimento mental. A exclusão do trabalho também corrobora com o aparecimento de situações de vulnerabilidade social. Como romper com o cenário de marginalização da loucura? Apontamos a necessidade da existência de novos estudos com as temáticas família e trabalho, para embasar políticas públicas que visam garantir o cabimento da loucura nos espaços sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGUIAR, T. F. R.; SILVA, R. H. A. da. **Vastos subúrbios da nova capital:** formação do espaço urbano na primeira periferia de Belo Horizonte. 2006, 445 f., enc. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/VCSA-6X4NU4>>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

ALBERTI, V. **Manual de história oral.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: Pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (ORG.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz., 2002. p.74-81.

_____. Saúde Mental, territórios e fronteiras. In: AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 15-21.

AMORIM, O. **Os tipos populares desapareceram quando os arranha-céus começaram.** *Diário de Minas.* Belo Horizonte, 14 de fevereiro de 1958. Disponível em: <<http://www.jangadabrasil.com.br/revista/marco122/pa12203.asp>>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

ANDRADE, Luciana Teixeira. **Ordem Pública e Desviantes Sociais em Belo Horizonte (1897 – 1930).** Dissertação (Mestrado) – Departamento de Sociologia, Belo Horizonte, 1987.

BABBIE, E. **The Practice of Social Research.** 10ª Ed. Belmont, CA: Wadsworth/Thompson Learning, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, F. O. A Saúde Mental na atenção ao louco infrator. In: NILO, K. et al. (org). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte, 2008.

BARROS, N. F.; NUNES, E. D. **Sociologia, medicina e sociologia da saúde.** *Revista Saúde Pública*, v. 43(1), p.169-175, 2009.

BARROS-BRISSET, F. O. **Genealogia do conceito de periculosidade.** *Responsabilidades*, v. 1, p. 37-52, 2011.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

_____. **Outsiders: estudos da sociologia do desvio.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BERMÚDEZ, C. M. **Sociología y salud mental: una reseña de su asociación.** *Rev. Colomb. Psiquiat.*, v. 38 / No. 3, 2009.

BRANDAO, I. C. S. **Resumo da ópera. Metipolá - Revista do Cersam Leste**, Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, p. 2 - 71, 01 dez. 1998.

BRASIL, F. D.; COSTA, L. A. **Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 435-442, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.065>>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

CAMPOS, C. R. **Cidadania, sujeito, Cersam e manicômios. Metipolá - Revista do Cersam Leste**, Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, 1997.

CASTRO, F. F. **A sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Ciências Sociais Unisinos**, v. 48(1), p. 52-60, jan./abr. 2012

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9(2), p.315-33, maio/ago. 2002.

COMISSÃO CONSTRUTORA DA NOVA CAPITAL. **Revista Geral dos trabalhos da Comissão Construtora da Nova Capital**. Rio de Janeiro: H. Lombaerts C., ago. 1895.

COSTA, L. A.; FONSECA, T. M. G. **Cidades sutis: dispersão urbana e da rede de saúde mental. Psicologia & Sociedade**, v. 25(n. spe. 2), p. 21-30, 2013.

CUNHA, C. N. **Os sentidos subjetivos da participação política para as pessoas com sofrimento mental**. 2013, Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

DAMATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; CNPq, 1986.

EMERSON, R. M.; FRETZ, R. I.; SHAW, L. L. **Writing Ethnographic Fieldnotes**. Chicago: University of Chicago Press, 1995.

FASSHEBER, V, B . **O processo de reforma psiquiátrica no Município de Barbacena-MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da “cidade dos loucos”**. 2009, Dissertação (Mestrado), FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, G. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. Psicanálise e Barroco – Revista de Psicanálise**, v.4, n.1, p. 77-85, jun. 2006.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO, C. R. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(1), p.129-138, 2009.

FONTES, M. P. Z. **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. 2003, Dissertação (Mestrado), Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ/FAU/PROARQ, 2003.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANGELA, S, M. **Corpos urbanos errantes:** uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. São Paulo: Anablume, Fapesp, 2009.

GASPAR, Y. E.; MAHFOUD, M. **Uma leitura histórica do conceito de experiência e uma proposta de compreensão do ser humano em seu caráter essencial:** Experiência elementar e suas implicações para a Psicologia. *Anais*, III SIPEQ & V EFAE. São Paulo: SEPEQ, 2006. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IIIcipeq/anais/pdfs/pchf11.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

GASTALDO, E. **Goffman e as relações de poder na vida cotidiana.** *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 68, p. 150, out. 2008.

GASTÃO, F. N.; CAMPOS, G. W. S. **Instituições de “portas abertas”.** *Rev. Ter. Ocup.*, Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr. 2005.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas.** Série Pesquisa em Educação, v. 10, caps 1 & 2. Brasília: Líber Livro Editora Ltda., 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. **“A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização”.** *Psicologia & Sociedade*; v. 22 (1), p. 112-120, 2010.

GRIOLO, T. et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p.39-85.

GUERRIERO, I, C, Z; DALLARI, S, G. **A necessidade de diretrizes éticas adequadas às pesquisas qualitativas em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v.13, n.2, p. 303-311, 2008.

GUIMARAES et al. Centros de convivência: novos contornos na cidade. In: NILO, K. et al. (org). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte:** o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte, 2008.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14(1), p.297-305, 2009.

HOUAISS, A., VILLAR, M. S., FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, 2001.

JORGENSON, D, L. **Participant Observation: A Methodology for Human Studies.** Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1989.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

KOFES, S. **Uma trajetória em narrativas.** Campinas, SP: Mercado de letras, 2001.

KOFES, S; MANICA, D. Apresentação. In: KOFES, S; MANICA, D. (org). **Vidas e grafias: narrativas antropológicas, entre biografia e etnografia.** Rio de Janeiro: Lamparina & FAPERJ, 2015.

LANCEY, A; LUFF, D. **Qualitative data analysis.** *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care*, 2001.

LANGDON, E, J. **Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas.** *Ciência & saúde coletiva* [online], vol.19, n.4, p. 1019-1029, 2014.

LAPLATINE, F. **Aprender a Antropologia.** 1ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

LEÃO, A. **O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território.** 2010, 301 p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

LEÃO, A; BARROS, S. **Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira.** *Saúde Soc.*, São Paulo, v.21, n.3, p.572-586, 2012.

LEITE, R, V. **Viver a tradição e encontrar a alteridade cultural: investigação fenomenológica na comunidade rural de Morro Vermelho.** 2011, 140 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

LIPSKY, M. **Street level bureaucracy. Dilemmas of de individual in public services.** Parte III - *Patterns of practice.* Introduction, chapter 7, 8, 9 e 10. New York: Russel Sage Foudation, 2010.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial.** São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Um desafio à formação: nem teoria, nem o medo da invenção.** *Cadernos de Saúde Pública.* Organização LOBOSQUE, A, M. Encontro Nacional de Saúde Menta, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte. ESP-MG, 2007.

LUCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J. **O movimento antimanicomial no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007.

MALAMUT, B. S., MODENA, C. M.; PASSOS, I. C. F. **Violência e poder no discurso psiquiátrico:** da exclusão sistemática às subjetivações normativas. *Psicologia & Sociedade*; v.23(n. spe.), p. 53-62, 2011.

MENDES, M. V. B. **Os moradores de rua e suas trajetórias.** 2007, 130p. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental.** Saúde em Casa. M. E. de Souza (Coord.). Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf. >. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4^a Ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. **Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19(4), p.1103-1112, 2014.

NUNES, M, O; TORRENTÉ, M. **Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18(10), p.2859-2868, 2013.

ORBUCH'S, T. **"People's Accounts Count"**. *Annual Review of Sociology*, 1997.

OTONI, C; ZACHEÉ, K; SOARES, M. A Política de inserção produtiva: afirmação de um projeto. In: NILO, K. et al. (org). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte:** o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte, 2008.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. **O território no programa de saúde da família.** *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.* v. 2(2), p.47-55, jun. 2006.

PERLONGHER, N. **Territórios marginais.** In: *Primeira versão.* IFCH/ UNICAMP, n. 27, 1991.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios.** São Paulo: Editora 34, 1996.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

SCARAMELLO, M. L. Biografias judiciárias: analisando laudos psiquiátricos de autos de processos penais. In: KOFES, S.; MANICA, D. (org). **Vidas e grafias:** narrativas antropológicas, entre biografia e etnografia. Rio de Janeiro: Lamparina & FAPERJ, 2015.

SOUZA, P. J. C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: NILO, K. et al. (org). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte, 2008.

SCHTUZ, A. Dom Quixote e o problema da realidade. In: LIMA, L. C. **Teoria da literatura em suas fontes.** v. II. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983. p. 191- 201.

_____. El forastero: ensayo de psicología social. In: SCHTUZ, A. *Estudios sobre teoría social* N. Míguez, trad. Buenos Aires: Amorrortu, 1974. p. 95-107.

_____. **Fenomenologia e relações sociais.** (A. Melin, Trad.; H. R. Wagner, Ed.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: Velho, O. G. **O fenômeno urbano.** Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

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

VELHO, G. **Becker, Goffman e a Antropologia no Brasil.** In: *ILHA*, Florianópolis, v.4, n.1, p. 5-16, julho de 2002.

WATIER, A. N. **Para uma Sociologia da Experiência. Uma leitura contemporânea François Dubet.** *Sociologias*, Porto Alegre, ano 5, n. 9, p. 174-214, jan/jun 2003.

WEBER, M. **Ação e relação social. Sociologia e sociedade:** leituras de introdução à sociologia (compilação de textos) Marialice Mencarini Foracchi e José de Souza Martins. Rio de Janeiro: LTC, 1977.

_____. **Conceitos básicos de Sociologia.** Tradução de Rubens Eduardo Ferreira Frias e Gerard Geirges Delaunay. São Paulo: Centauro, 2002.

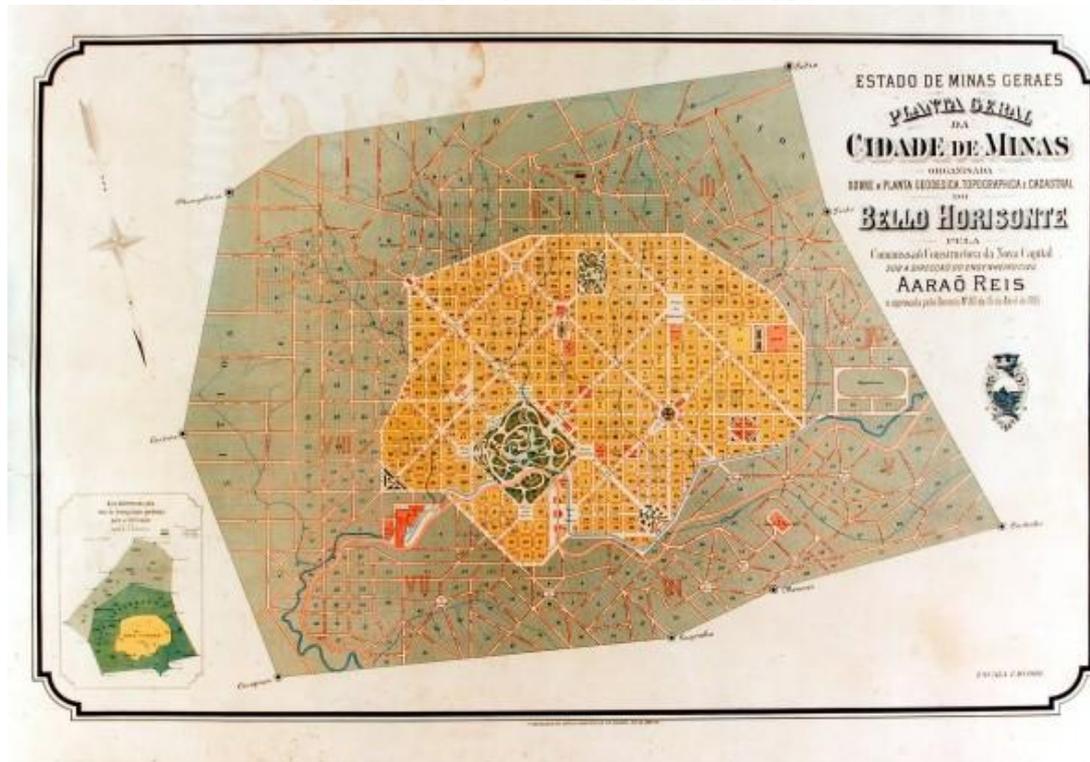
_____. **Economia e sociedade:** fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Régis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. 4ª ed. Brasília: UnB, 1998.

WEISS, R. S. **Learning from Strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies.** Capítulos 1 & 5. New York: The Free Press, 1994.

ANEXOS

ANEXO I - BELO HORIZONTE: CIDADE PLANEJADA

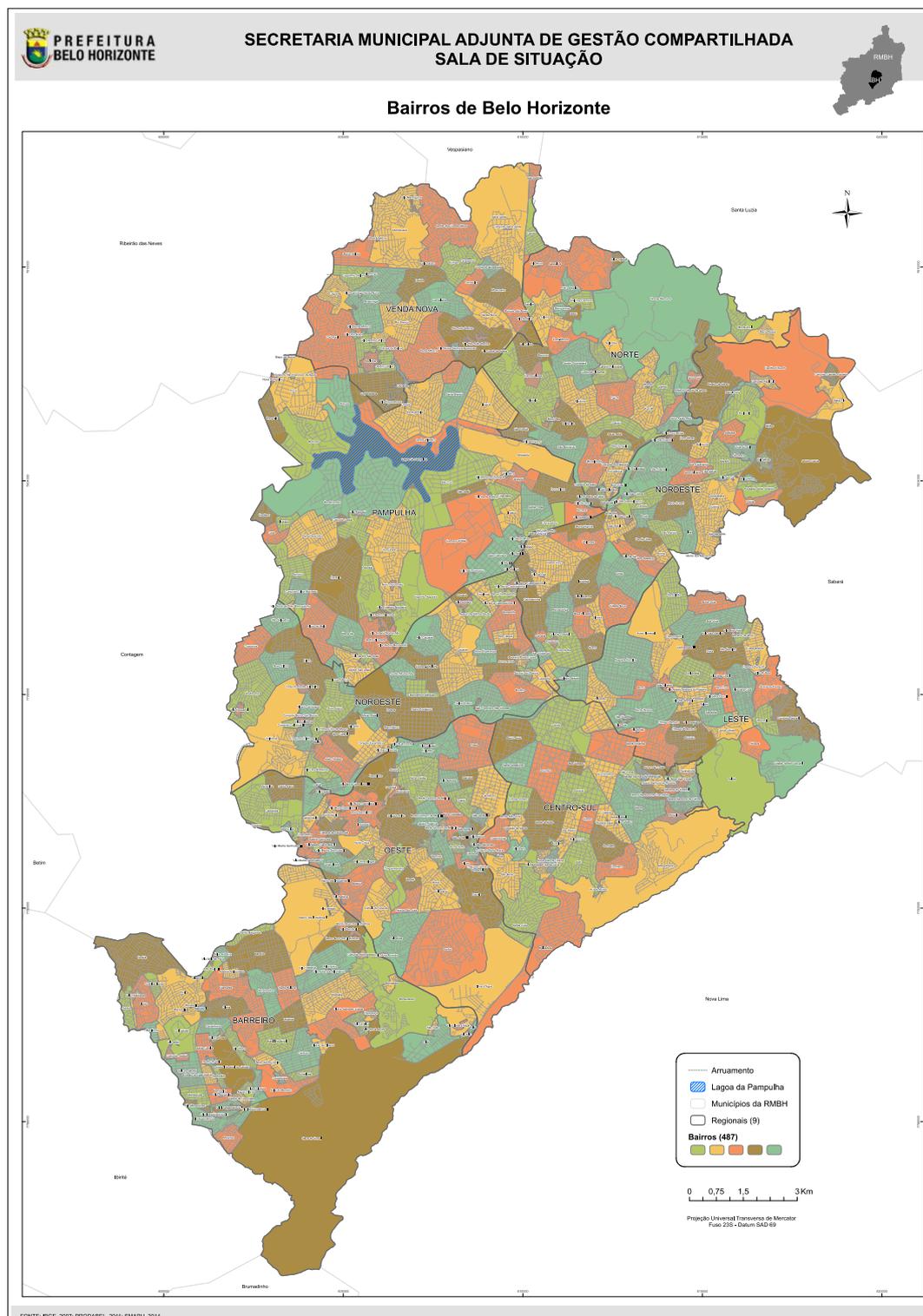
Planta Geral da Cidade de Belo Horizonte/MG



Fonte: Arquivo Público Mineiro. Disponível em:
<http://www.siaapm.cultura.mg.gov.br/modules/grandes_formatos_docs/photo.php?lid=92>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

ANEXO II - MAPA DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE BELO HORIZONTE

Mapa dos Bairros e Regionais de Belo Horizonte/MG.



Fonte: IBGE, 2007; PRODABEL, 2011; SMAPU, 2014. Disponível em: <http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/estrutura-territorial/unidades-de-planejamento>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que terá duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, não ocorrerá nenhum tipo de penalização. Em caso de dúvida, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com os Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005, CEP 31270-901 – BH/MG – Telefax: 3409-4592 – e CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309

1. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Narrativas da vida social de portadores de sofrimento mental na cidade de Belo Horizonte.

Pesquisador Responsável: Amanda Elias Arruda

Telefones para contato: (31) 87420493

Orientador da Pesquisa: Prof. Dra. Ana Lúcia Modesto

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a vida social de portadores de sofrimento mental assistidos no Cersam Leste da cidade de Belo Horizonte. Para tanto, serão realizadas observação participante de cunho etnográfico e entrevistas. Os atores da pesquisa serão: (a) usuários do Cersam Leste identificados pela equipe assistencial a partir da definição do critério da pesquisa (usuários que apresentam histórico de internação psiquiátrica em manicômios e experiência atual de tratamento no Cersam Leste).

A participação como sujeito da pesquisa é por livre decisão e opção da pessoa. Portanto, sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A participação na pesquisa poderá causar riscos como o constrangimento por alguma pergunta ou tópico considerado incômodo. No entanto, não há obrigatoriedade de responder a nenhuma pergunta ou

de compartilhar alguma informação que você julgar imprópria, incômoda ou pessoal. Como benefícios da pesquisa, a observação participante e as entrevistas visam dar voz aos portadores de sofrimento mental, resgatar a história do Cersam Leste e possibilitar identificação de facilitadores e de barreiras a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental.

As entrevistas serão gravadas, transcritas e utilizadas como material de pesquisa. As informações relacionadas aos objetivos da pesquisa serão utilizadas para fins de análise e como conteúdo da dissertação de mestrado e/ou como parte de publicação relativa à pesquisa. Serão preservados os dados que você delimitar como confidenciais. Os materiais ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores sendo arquivados por um período de 5 anos. A sua participação não implica em nenhuma despesa ou gratificação. Está previsto reembolso de gastos no em decorrência da pesquisa.

Amanda Elias Arruda

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa Narrativas da vida social de portadores de sofrimento mental na cidade de Belo Horizonte. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Amanda Elias Arruda sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

_____, ____ de _____ de _____