

INTRODUÇÃO

Percebo, nesta avenida, um inocente seguido pelas crianças... admiro também esse pobre diabo. Vi esse pobre louco... que pretende fazer com tantos farrapos? Vi essas loucas rudes, cantando injúrias nas ruas.

Michel Foucault

O título dessa dissertação - Loucos pela rua: escolha ou contingência - evoca dois tipos de questões que merecem explicitação. A primeira delas diz respeito à ambigüidade exposta na preposição “pela”, que liga duas noções complexas – Loucura e Rua. Se, por um lado, loucos “pela” alude de imediato a uma espécie de liberdade anunciada em uma expressão muito comum que significa “desejoso de”, ao mesmo tempo remete à idéia de um desamparo e abandono no qual se encontra um número não desprezível de pessoas com sofrimento psíquico que faz do espaço público um lugar de moradia. Nesse vazio sem borda, que é a rua, os loucos estão por escolha ou por contingência? A segunda questão diz respeito à necessidade de se trabalharem conceitos extremamente densos e que se entrelaçam no tecido da “sociedade urbana” que são o espaço público e a loucura.

Juntamente com uma população de miseráveis, os chamados loucos compõem o cenário das cidades, integrando as lembranças, fantasias e sonhos infantis, personagens dos versos poéticos, dos relatos da literatura universal, na prosa de Guimarães Rosa, na poesia de Carlos Drummond de Andrade, Ítalo Calvino, Manoel de Barros, José Paulo Paes e tantos outros. Embora inseridas no conjunto maior da população pauperizada que vive nas ruas, essas pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave, só recentemente, têm sido objeto de interesse, preocupações e pesquisa dos gestores estatais e de estudos no denominado campo da saúde mental, restando, por isso mesmo, fora do contexto clínico e de formulações específicas das políticas públicas.

Na cidade, espaço do anonimato, lugar do inumerável, da multidão, é aí que, paradoxalmente para alguns, se encontra a prova mais manifesta da errância absoluta que

reveste a psicose¹. Na cidade, lugar de todas as solidões e em meio à multidão que transita, destaca-se essa evidência estranha, a loucura e o enlouquecimento, como um modo de vida e de arranjo psíquico que fervilham em meio a outros indistintamente. Evidência insólita, insolente e própria de um ordenamento psíquico, de uma tentativa singular de manutenção da vida.

O objetivo dessa dissertação não é unicamente constatar e pesquisar qualitativamente a realidade humana, que compreende os loucos que vivem nas ruas; é também colocar em interlocução campos de saberes como a sociologia e a psicanálise, dirigindo-os especificamente para o campo das políticas públicas de saúde mental da cidade de Belo Horizonte. Trazendo para o cenário da interlocução teórica e prática, da análise e do debate, os portadores de sofrimento psíquico grave que habitam as ruas dessa cidade, extraindo-os do conjunto maior que é a população que faz da rua um lugar de moradia, na perspectiva de compreender os modos de vida e os determinantes sociais, econômicos e subjetivos subjacentes a essa condição.

Com esse trabalho tenho ainda a ambição de uma aposta: a de ceder-lhes a palavra, construir trilhas e meios de acompanhar sua deriva, na perspectiva de extrair, do que parece impossível, a possibilidade de com eles construir um norte, para que *talvez de errantes possam se fazer nômade*² e até mesmo sujeitos de direitos, de sua própria história, de seu próprio caminhar. Enfim, de em meio à multidão incógnita, vestir-lhes da humanidade que lhes foi negada.

¹ Termo introduzido em 1845 pelo psiquiatra Ernest Von Feuchtersleben, para substituir o termo loucura e definir as doenças da alma dentro de uma perspectiva psiquiátrica. Por extensão, designa, ao mesmo tempo, certas doenças mentais quer sejam orgânicas ou especificamente mentais. Retomado por Freud como conceito, desde 1894, é utilizado para designar a reconstrução inconsciente para um sujeito de uma realidade delirante ou alucinatória.

² Termos extraídos do texto de apresentação do Atelier de n. 9 “Psychose dans la Cite” do programa de divulgação do Congresso “Penser la Psychose – Du Traitement a L’accompagnement” em novembro de 2002 – Bruxelas, Bélgica – organizado pela Liga Bruxelense Francófônica para a Saúde Mental e a Comissão Comunitária Francesa da região Bruxelas-capital, em colaboração com a União de Ajuda à Saúde Mental e a Associação Francesa de Psiquiatria. O termo errância é utilizado para explicitar uma maneira de estar no mundo ao sabor das contingências que são estranhas ou desconhecidas pelo sujeito. Já o termo nômade trás uma conotação de escolha.

CAPÍTULO I

A GÊNESE DAS CIDADES – O FENÔMENO URBANO E A PRODUÇÃO DA POBREZA

Memória

*a cidade
não se atenta
que por ali
por debaixo
sob arcos
outrora passou um rio*

*ágora das palavras
palco de Rap Rock
pichadores
grafiteiros
loucos irresidentes*

*passagem de musas tardias
transeuntes assustados
apressados
ribeirando águas
ribeirinhos*

Mercedes Merry Brito

Para tratar da questão das pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave que vivem nas ruas em situação de indigência, julguei necessário empreender um estudo sobre a gênese das cidades, destacando dentro de contextos históricos específicos o surgimento da pobreza e da indigência, seus determinantes, sua produção. Ao mesmo, tempo considerei importante avaliar os modos de tratamento dos agravos à saúde dessa população ao longo da história em alguns países do mundo ocidental. Para tanto, lancei mão de contribuições de autores como Henri Lefebvre, Michel Foucault, Heitor Resende e outros, que trabalham tanto a gênese das cidades, o fenômeno urbano e a produção da pobreza quanto o destino dos doentes e dos loucos, dentro deste contexto.

O fenômeno urbano constituiu-se em objeto de investigação de Henri Lefebvre (1999) que, em vários momentos de seu percurso, debruça-se sobre a problemática urbana, considerando-a muito mais que um simples subproduto da sociedade industrial. A cidade é vista por esse autor como um campo de tensões e conflitos, como lugar de enfrentamentos e contradições se produzindo como resultado dos processos de urbanização. O autor formula

nessa obra questões relativas à produção do espaço, o direito à cidade, a exploração de suas possibilidades práticas e a compreensão de sua gênese e produção. Também Calvino (1997) atenta para uma nova reflexão da problemática urbana: *É quando a cidade deixa de ser um conceito puramente geográfico para se tornar um símbolo complexo e inesgotável da existência humana* (CALVINO,1997).

Lefebvre (1999:20) pergunta sobre a gênese das cidades e sobre os caminhos percorridos pelo fenômeno urbano. No início o que há? Populações destacadas pela etnologia e pela antropologia. Lefebvre situa em torno desse zero inicial, apontado por essas ciências, os primeiros grupos humanos, os coletores, pescadores, caçadores, pastores que marcaram e nomearam o espaço, explorando os lugares, as topias fundamentais.

Em princípio, o que importa é saber que, em todos os lugares onde a história aparece, a cidade acompanhou ou seguiu de perto a aldeia. O autor prefere sustentar que a agricultura somente superou a coleta e se constituiu como tal sob o impulso autoritário de centros urbanos, geralmente ocupados por conquistadores hábeis que se tornaram protetores, exploradores e opressores da população, ou seja, administradores, fundadores de um Estado ou de seu esboço. Administradores, inclusive, da vida cotidiana das pessoas, decisores de quem poderia ou não desses espaços compartilhar. Nessa linha de raciocínio introduz a noção de “cidade política”, aquela que acompanhará de perto o estabelecimento de uma vida social organizada, da agricultura e da aldeia. E observa que *a representação segundo a qual o campo cultivado, a aldeia e a civilização camponesa teriam lentamente secretado a realidade urbana corresponde a uma ideologia.*

Essa aproximação entre a cidade e a aldeia camponesa remete-me à questão da necessidade de conformação e utilização do espaço em face das novas relações de troca e de poder que se estabelecem. Num determinado momento, no Ocidente europeu, tem lugar um “acontecimento”, diz Lefebvre. Trata -se de um fato considerável, mas latente, porque ainda é desapercibido. É quando o peso da cidade, em seu conjunto social, torna-se tal que o próprio conjunto se desequilibra. A relação entre a cidade e o campo, até então, conferia primazia a este último: à riqueza imobiliária, aos produtos do solo, às pessoas possuidoras de feudos ou de títulos mobiliários. A cidade conservava, em relação aos campos, um caráter heterotópico,

ou seja, cercado por muralhas e pela transição dos *faubourgs*. Em um dado momento essas relações se invertem:

Desde então a cidade já não aparece como uma ilha dentro de um oceano camponês. Já não aparece como monstro, como paradoxo, inferno ou paraíso oposto à natureza aldeã. O campo não é mais que a circunvizinhança da cidade, seu horizonte, seu limite. Essa inversão de sentido, de valoração da cidade, não pode ser dissociada do crescimento do capital comercial, da existência do mercado. (LEFEBVRE, 1999:25).

As pessoas da aldeia deixam de trabalhar para os senhores territoriais, abandonam a submissão a uma natureza detentora de forças tenebrosas e atormentadoras, passam a produzir para a cidade, para o mercado urbano, buscando no mercado o caminho da liberdade. Entre as pessoas e o mundo instala-se uma mediação essencial: a realidade urbana deixa de coincidir com o campo e será reunida e subjugada pelo Estado, sobre o domínio da razão.

O logos renasce; mas o seu renascimento não é atribuído ao renascimento do urbano e sim a uma razão transcendente. Trata-se de um racionalismo que culmina com o filósofo Descartes e acompanha a inversão que substitui a primazia camponesa pela prioridade urbana. (LEFEBVRE, 1999:24).

Isto porque a cidade já detinha a escrita, bem como uma oposição à rusticidade ingênua e bruta, de sua escrita esboça-se uma “*planimetria*”. Nessa nova ordem se visualizam novos planos de cidade, precisamente nos séculos XVI e XVII na Europa, uma nova organização e também uma nova estratificação social. A cidade é mostrada em perspectiva ao mesmo tempo em que é pintada, representada e disposta geometricamente. Situa-se, desde então, em uma dimensão vertical, a do conhecimento e da razão que domina e constitui uma totalidade. Toda essa configuração de uma (geo)metria racional prepara o terreno da implantação da *cidade comercial* na *cidade política*, prosseguindo sua marcha ascendente, pressentindo e preparando lentamente, a emergência do capital na *cidade industrial*.

Nesse movimento, a realidade urbana perde os traços que uma época anterior lhe atribuía: totalidades orgânicas, sentidas de pertencer, imagens enaltecidas, espaço demarcado e dominado pelos esplendores monumentais. Ela se povoa com os signos do urbano na dissolução da urbanidade; torna-se estipulação, ordem repressiva, inscrição de sinais, códigos sumários de circulação e de referências. Ela também se lê ora como um rascunho, ora como uma escrita autoritária. (LEFEBVRE, 1999:26)

Será necessário, então, a realização de procedimentos de recenseamento das capacidades e potencialidades humanas, tendo em vista a separação dos produtivos e a dos “não -produtivos” e, também, poderíamos dizer, os “com razão” e os “sem razão”. A todos sem distinção, reservando-se o “não lugar” da errância pura e simples, ou um lugar, o cárcere. Lá onde se misturam, os “sem nada”, os vagabundos, os ladrões, as prostitutas e também os até então imensuráveis e invisíveis, loucos.

1.1 – A unificação do poder urbano

Trata-se, aqui, de considerar os motivos pelos quais se empreendeu em dado momento da evolução das cidades, um reordenamento, uma investigação espacial e social, uma estratificação e uma qualificação das populações. A iniciação de cálculos que pudessem medir a força ativa da população urbana. Isto porque é nesse momento que se visualiza entre os miseráveis, crianças, vagabundos e doentes, pestilentos e leprosos, uma população até então despercebida: os chamados loucos, ou seja, os andarilhos, os improdutivos, os vagantes e sem moradia, objetos dessa dissertação. É nesse momento também que emerge o medo nas cidades e que se inauguram e se confundem, no tecido urbano, as práticas de controle e as formas de exclusão social.

Existem registros na França, Inglaterra e Áustria, do século XVII, da iniciação de cálculos relativos à força ativa de suas populações. Foucault (1979) situa esse momento colocando, entre outras questões, o problema da unificação do poder urbano, na segunda metade do século XVIII. Precipualemente por razões econômicas:

(...) sentiu-se necessidade, ao menos nas grandes cidades, da construção de uma unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado. Na medida em que a cidade se torna um importante lugar de mercado que unifica as relações comerciais, não simplesmente ao nível de uma região, mas ao nível de nação e mesmo internacional a multiplicidade de jurisdição torna-se intolerável. (FOUCAULT,1979:86)

Paralelamente ao desenvolvimento das cidades cresce e torna-se visível uma população operária pobre e que irá se tornar a massa proletária do século XIX, aumentando as

tensões políticas no espaço urbano. Estabelecem-se, assim, as razões de ordem política que fundamentam a necessidade de uma unificação do poder como forma de controle social, descritivas de diversas formas de exercício do poder.

De maneira esquemática, diz Foucault (1979), na Europa do século XVII, o grande perigo social vinha do campo.

Camponeses pauperizados ao extremo, no momento das más colheitas e dos impostos, impunham as foices e iam atacar os castelos nas cidades. As revoltas do século XVII foram revoltas camponesas e incluíam nelas as revoltas urbanas. No final do século XVII a situação se inverte, e as revoltas urbanas tornam-se cada vez mais freqüentes com a formação de uma plebe em vias de se proletarizar. Daí a necessidade de um poder político capaz de enquadrinhar essa população. (FOUCAULT, 1979:79)

Instalam-se então nas cidades os modelos de controle social, adotados nas cidades européias, durante toda a Idade Média, sobre os criminosos, os desviantes, as crianças, os pobres e também sobre os loucos, como esboço de uma medicina sanitária que será aprimorada ao longo do século seguinte.

Foucault (2002) estabelece ainda uma relação comparativa entre as práticas de exclusão do século XVII e XVIII e as formas de controle social iniciadas na Idade Média. Esse tema foi desenvolvido exaustivamente durante um curso ministrado no Collège de France no período de 1974 a 1975. Nessa obra, o autor acrescenta à prática da exclusão dos leprosos, desenvolvida no livro sobre a História da Loucura, publicado em 1961, uma outra, a de exclusão do pestilento. A exclusão da lepra era uma prática social que comportava, em princípio, uma divisão rigorosa, um distanciamento, uma regra de não-contato entre um indivíduo, entre um grupo e outro. Os leprosos, diz Foucault, eram lançados para fora dos muros das cidades, para fora dos limites da comunidade. Exclusão que implicava uma desqualificação jurídica e política. Praticava-se, inclusive, um rito fúnebre dessa passagem. Da cidade para a eternidade, numa cerimônia de natureza tal que tornava os bens do “morto” peculiáveis e transmissíveis. Cabe-me perguntar a que distância estaríamos dessa prática do poder em relação ao tratamento dado ao louco na sociedade contemporânea.

É sob essa forma que se descreve ainda hoje, a maneira como o poder se exerce sobre os loucos, sobre os doentes, sobre os criminosos, sobre os desviantes, sobre as crianças, sobre os pobres. Descrevem-se em geral os efeitos e os mecanismos de exclusão, de desqualificação, de exílio, de rejeição, de privação, de recusa, de desconhecimento; ou seja, todo o arsenal dos conceitos e mecanismos mostra que essa prática ou esse modelo de exclusão do leproso foi um modelo historicamente ativo, ainda bem mais tarde em nossa sociedade. (FOUCAULT, 2002:54)

Entretanto, existiu nessa mesma época um outro modelo de controle que pareceu a Foucault ter tido *uma fortuna histórica muito maior e muito mais duradoura*. Trata-se do modelo da peste que substituiu o modelo da lepra. A seu ver, essa substituição responde a um processo histórico importantíssimo que ele denomina de ‘invenção das tecnologias positivas de poder’. Na verdade uma prática antiética a todas as práticas relativas aos leprosos que pode nos informar sobre as sutilezas de uma política sanitária que também servirá de molde para o tratamento futuro da loucura.

O modelo de exclusão do leproso, ao desaparecer em fins do século XVII e início do século XVIII, dá lugar à reativação de um outro, tão antigo quanto o primeiro, para dar conta o problema da peste e do policiamento da cidade empestada. A cidade em estado de peste era dividida em distritos, que, por sua vez, eram divididos em quarteirões e ruas que passavam a ser vigiadas por inspetores, com sua população avaliada e passada em revista ininterruptamente. Em vez de expulsão, quarentena estabelecida, fixada, controlada.

Trata-se ainda da observação cuidadosa das diferenças sutis entre os indivíduos que estão doentes e os que não estão - as pessoas eram contadas na medida em que deveriam aparecer na janela de suas casas, periodicamente. De uma divisão e subdivisão de poder que chega a atingir o grau fino da individualidade. Nesses procedimentos estão presentes antes a observação próxima e meticulosa do que o distanciamento aplicado ao leproso. Enquanto a lepra pede distância, uma marcação definitiva de uma parte da população, a peste exige uma espécie de aproximação cada vez mais sutil, cada vez mais insistente. No lugar do rito de purificação, a peste inaugurou o rito da maximização da saúde, da vida, da longevidade:

Trata-se do exame perpétuo de um campo de regularidade, no interior do qual avaliava-se sem cessar cada indivíduo, para saber se está conforme a regra, à norma de saúde que o definia. (FOUCAULT, 2002, 58)

Existe uma vasta literatura sobre a peste – Morte em Veneza, de Thomas Man, brilhantemente levada para o cinema por Lucino Visconti, é uma referência exemplar, em que o jovem e belo Tádzio, floresce em meio à pestilência e decadência da aristocracia italiana do final do século XIX, quando a peste mortífera retorna a Veneza, assombrando as ruas já desérticas de vida daquela cidade, arrastando consigo a arte de um pianista envelhecido. Foucault lembra-me que o sonho literário da peste é povoado por dois aspectos: um, que acolhe um momento de grande confusão pânica, em que as pessoas, ameaçadas pela morte que transita entre elas, abandonam sua identidade, tiram suas máscaras e se entregam a uma grande depravação, produzindo uma literatura da decomposição das individualidades, de uma espécie de sonho orgiástico da peste, em que a lei é esquecida.

O momento em que a peste desencadeia é o momento em que, na cidade, toda regularidade é suspensa. A peste passa por cima da lei, assim como passa por cima dos corpos. (FOUCAULT, 2002:58)

Houve também um outro sonho da peste, o sonho político da peste, o sonho do exercício pleno do poder sobre os corpos e as mentes:

A peste é o momento em que o policiamento de uma população se faz até seu ponto extremo, em que nada das comunicações perigosas, das comunidades confusas, dos contatos proibidos pode mais se produzir. (FOUCAULT, 2002:59)

O momento da peste é o momento do policiamento exaustivo de uma população por um poder político, cujas ramificações capilares atingem sem cessar os indivíduos, seu tempo, seu *habitat*, sua localização, seu corpo. A peste, além de trazer o sonho de um poder orgiástico, alimenta e fundamenta o sonho político exaustivo e sem obstáculos, de exercício pleno e completamente transparente a seu objeto. Conquanto Foucault queira, na obra sobre *Os anormais*, produzir uma argumentação em torno do nascimento do poder do Estado sobre os corpos, sobre a sexualidade na era clássica, oferece-nos os elementos históricos de uma invenção que nomeia as tecnologias positivas de poder e normalização sobre a loucura.

Da lepra, obtêm-se uma reação negativa, de exclusão; da peste obtêm-se uma reação inclusiva, a partir da observação e multiplicação dos efeitos de poder. Passa-se de uma

tecnologia de poder que expulsa, que bane e marginaliza, para uma tecnologia de poder positiva que fabrica os saberes, entre eles o da prática da Medicina social urbana, que se estende aos nossos dias através do confinamento sumário, da psiquiatrização e medicalização da loucura.

É, ainda mérito da Idade Clássica, ou seja, do final da Idade Média até o século XVIII, a invenção de uma massa considerável de técnicas científicas e industriais. Também, a invenção das formas de governo, de aparelhos administrativos e instituições políticas. Entretanto, Foucault chama a atenção para uma invenção menos evidente, menos visível numa primeira análise, que são as técnicas de poder que não agem por arrecadação e coerção e, sim, por produção e maximização dessa produção. Um poder que age por uma ‘inclusão densa e analítica dos elementos’.

Inventou-se então a “arte de governar”, através das técnicas de poder como as que podem ser transferidas para suportes institucionais muito distintos como o aparelho de Estado, as instituições, a família etc. Arte de governar, no sentido em que se entendia nessa época o “governo” das crianças, o “governo” dos loucos, dos pobres, bem como posteriormente o “governo” dos operários do século XIX. Aperfeiçoou-se uma técnica geral do exercício do poder que se constituiu no reverso das estruturas jurídicas e políticas de representação e a condição de funcionamento e de eficácia de diversas instituições e aparelhos de Estado. Essa técnica geral de governo dos homens comporta um dispositivo típico, que é “à organização disciplinar” (FOUCAULT, 2002:60), precisamente a técnica de normalização produzida pela Medicina psiquiátrica que continua sendo refinada em nossa contemporaneidade.

É ainda em Foucault (1985), que encontrei uma referência ao desenvolvimento de uma atitude de medos, da cidade, numa citação a Canabis, um filósofo do final do século XVIII que dizia a respeito das cidades: *Todas às vezes que os homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde.* (FOUCAULT, 1985:87)

Nasce, assim, o “medo urbano”, um certo número de pequenos pânicos que atravessam a vida urbana das grandes cidades. Medo das oficinas e fábricas em construção, do amontoado das populações, das casas altas demais, das caves, dos esgotos, bem como das epidemias e até mesmo dos cemitérios que invadem pouco a pouco as cidades européias. Esse pânico é característico de um cuidado, de uma inquietude político-sanitária que se forma à medida que se desenvolve o tecido urbano.

Para dominar esses fenômenos, a classe burguesa lançou mão, de suas reivindicações às autoridades tradicionais, na perspectiva da realização de um sonho médico-político da boa organização das cidades no século XVIII, do modelo da quarentena. Surge, assim, uma forma de controle e poder sobre os corpos e mentes das populações urbanas, que será reeditada pela Medicina psiquiátrica, melhor dizendo pelos médicos psiquiatras do século XIX, quando da internação dos pobres, vagabundos, prostitutas, bem como dos denominados loucos de todo gênero. Uma citação de Foucault será apresentada por Elisabeth Roudinesco (1994), e esclarece de pronto sua crítica ao saber psiquiátrico e sua declaração de guerra a todas as formas de reformismo institucional:

(...) não foi a medicina que definiu os limites entre a razão e a loucura, mas, desde o século XIX, os médicos foram encarregados de vigiar a fronteira e de guardá-la. Ali assinalaram doença mental. A indicação significa interdição. (ROUDINESCO, 1992:7)

Além da necessidade do controle das tensões políticas, a cidade não é somente um lugar de mercado, mas um lugar de produção, exigente de mecanismos de regulação homogêneos e coerentes. Lefebvre busca na física a díade ‘implosão -explosão’, para falar de um movimento complexo que ocorre nas cidades. Implosão enquanto termo que nomeia uma enorme concentração de pessoas, de atividades e riquezas, de coisas, de objetos e instrumentos, de meios e pensamentos que compõem a realidade urbana.

O termo explosão caracteriza um movimento que explode em projeções, em fragmentos múltiplos e disjuntos que irão conformar as periferias, os subúrbios, as residências, etc. É um movimento também característico da sociedade contemporânea, que na visão de Milton Santos, (1990) vai-se desenvolver a partir de dois pólos ativos do processo de urbanização que compreendem:

De um lado, os agentes hegemônicos da ação econômica, social, cultural e política e, de outro, a grande massa dos pobres constituindo uma forma de adaptação e ajustamento as situações novas que na verdade acabam por impedir a explosão das cidades. Movimento esse, próprio das subestruturas de cada subsistema, territorial, econômico e sociocultural que interagem entre si e sobre o sistema como um todo, criando sucessivos níveis de equilíbrio. O preço dessa adaptação será o duplo processo de uma involução urbana e de modernização incompleta. (SANTOS, 1999:183)

Essa seria a nova configuração espacial e populacional nas cidades contemporâneas, que são os aglomerados e as favelas, associada a um fenômeno ainda mais recente, denominado *fenômeno extremo*, por Jean Baudrillard (1992), para analisar as transformações profundas que a sociedade de consumo opera sobre as estruturas mentais do homem moderno.. Trata-se da movimentação de pessoas ou grupos que se associando àquelas que, isoladamente, já faziam das ruas um lugar de trânsito e moradia, se mobilizam da noite para o dia, na construção de acampamentos provisórios, ao longo dos condutos viários, de moradias precárias sob viadutos, se fixam nas praças e nos terrenos baldios. Trata-se, enfim, de uma invasão “marcovaldiana”³, do espaço público por glebas populacionais.

Dessa forma constatei que, na atualidade, a miséria rompeu os limites espaciais, transbordou das vilas, favelas e cortiços para as ruas e praças das grandes cidades, provocando a necessidade de um reordenamento do espaço entre os pobres que chegam e os loucos que, a seu modo, sempre o habitaram, e que o problema se coloca, agora, *o campo das maiorias e não mais no de minorias conhecidas e identificáveis*. (ANANIAS, 1995:11)

³ Marcovaldo é um personagem do livro - *As cidades invisíveis de Ítalo Calvino*. Homem ingênuo que reside com sua mulher e filhos em um porão na área urbana de uma cidade contemporânea. (São Paulo: Companhia das Letras, 1999).

CAPITULO 2

A CASA DOS LOUCOS

*É no interior de vocês
que se encontra a força de romper
essa cadeia infernal..*

Franco Baságlia

Nesse capítulo, pretendo apresentar os elementos de uma arquitetura material e conceitual, as ferramentas políticas e morais que forjaram e construíram os alicerces e as paredes de um lugar para os loucos, em princípio, comum com os pobres e depois específico, consistente, e enfim destacados da pobreza, do século XVII até os dias de hoje. Época em que essa construção secular começa a ser questionada e demolida e as palavras dos loucos, arrancadas do silêncio do ferro, das pedras e dos porões, começam a serem ouvidas.

A Idade Clássica apreendeu a loucura e, curiosamente, também a pobreza como pária da razão, preparando, ao longo do século XVI, os argumentos de seu enclausuramento no século seguinte: *a loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência, porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica (FOUCAULT, 1999:45)*. É consultando os clássicos da literatura, da filosofia de Descartes, de Montaigne e de Pascal e também os arquivos do Poder Público, analisados por Foucault, que encontraremos as razões dessa mudança.

Dessa forma, constata-se que nada em comum existe entre o aprisionamento da loucura no mundo clássico e a liberdade na qual ela aparecia à luz do dia durante a Renascença. Nessa época, ela estava presente em toda parte e misturada a todas as experiências com suas imagens e seus perigos. *A percepção social da loucura na Idade Média*

encontra-se com a idéia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária. (AMARANTE, 1995:23)

Durante o período clássico, a loucura será mostrada por entre grades. Sua manifestação se dando à distância sob o olhar de uma razão iluminista que lhe nega qualquer tipo de parentesco, fazendo-a desaparecer conceitualmente e na prática do exercício da razão cartesiana. A loucura torna-se, então, algo para ser visto, deixa de ser um monstro no fundo de si mesmo, para ser um animal de estranhos mecanismos que, deve ser mostrado e apontado como uma figura vergonhosa do desatino e da bestialidade humana.

A loucura clássica pertencia às regiões do silêncio. São inúmeros os textos dos séculos XVII e XVIII, onde se aborda a loucura: mas ela é citada como exemplo, á titulo de espécie médica ou porque ela ilustra a verdade abafada do erro; é considerada obliquamente, em sua dimensão negativa, porque é uma prova a contrário daquilo que é, em sua natureza positiva, a razão. (FOUCAULT, 1999:509).

Com efeito, o século XVII criou vastas casas de internamento. *Mais de um habitante em cada cem das cidades européias desta época conheceu as agruras de uma casa de internação (RESENDE, 1990:24).* Ali, os laços entre miséria e loucura são estreitados, passando loucos e pobres a serem vigiados e punidos como inimigos comungados da razão. Em 1657 decretou-se a fundação de um primeiro hospital voltado para esses fins na Europa, o Hospital Geral de Paris. Nessa época, inúmeros estabelecimentos foram transformados e agrupados sob administração única e destinados ao acolhimento dos pobres daquela cidade:

A Casa e o Hospital da grande e da pequena Misericórdia, a Casa do refúgio no bairro de Saint-Victor, a Casa e o Hospital de Cipião, a Casa de Savonnerie, com todos os lugares, praças e jardins, casa e construções que dela dependem. Essas instituições serão destinadas aos pobres de Paris, de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis. (FOUCAULT, 1999:49)

A tarefa de recolher, alojar, alimentar, punir e corrigir a pobreza passa a ser confiada a uma instância da ordem monárquica e burguesa, na figura de uma autoridade designada que em nada se assemelhava a uma instância da medicina que só muito mais tarde será seu juiz e também seu algoz. Outorga-se essa tarefa a diretores nomeados que, em caráter vitalício, acumulavam o poder de autoridade, direção, administração, polícia, jurisdição, correção e

punição sobre todos os pobres, tanto no interior quanto no exterior do Hospital Geral. Essa autoridade constituída tinha ainda a competência de formular as táticas de cerceamento, os projetos de gradeamento das prisões e celas, as gaiolas de ferro, enfim, de todas as formas imagináveis e inimagináveis de contenção e cerceamento. Sendo essa estrutura, própria da ordem monárquica e burguesa contemporânea de sua organização, sob a forma do absolutismo que se ampliou em rede por todo o território francês.

Muitas vezes essas novas casas de internamento são estabelecidas dentro dos próprios muros dos antigos edifícios de propriedade da Igreja, que já haviam sido esvaziados da lepra, seja em decorrência de decisões eclesiásticas, seja por decreto real no final do século. Também são mantidas pelas finanças públicas ou cotas do Tesouro real. Dessa forma nessas instituições se articulam, não sem conflito, os interesses da manutenção da ordem no mundo da miséria pelo Estado e a responsabilidade assistencial eclesiástica. O dever da caridade e a vontade de punir. A dimensão desse fenômeno se constata pelo alastramento dessas casas de internação por todo território europeu, constituindo-se em um *amálgama abusivo de elementos heterogêneos* (FOUCAULT, 1999:55), como as *Zuchthäusern*, nos países de língua alemã, e as *Houses of Corrections*, na Inglaterra, construídas para alívio dos pobres e punição do vagabundos e “desatinados”, que se viram da noite para o dia com o destino mais funesto que o dos leprosos. Desde então, loucura e miséria passam a conviver num mesmo espaço. O louco, antes peregrino de sua própria sorte, doravante será silenciado e só terá hospitalidade entre os muros do hospital e ao lado dos pobres.

A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético – de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido. (FOUCAULT, 1999:56)

Curiosamente, esse par de “loucos e pobres”, por motivos de conjuntura socioeconômicas e políticas, será reenlaçado e reencontrado na atualidade, disputando nas ruas das cidades modernas o espaço da sobrevivência e da miséria.

Resta-me considerar os aspectos econômicos que envolveram a criação desses dispositivos, desses depósitos de pobres e loucos na era clássica. Para Foucault, em toda a

Europa o internamento tem o mesmo sentido, considerando-se as suas origens. Trata-se de uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade, que se vê às voltas com o problema da diminuição dos salários, desemprego e escassez da moeda.

Por outro lado, fora dos períodos de crise, o internamento adquire um outro sentido, uma outra utilidade. Na época da prosperidade, o plano geral das casas de internação passa a se pautar pela lógica da produtividade, através da utilização da mão-de-obra barata. É quando uma exigência moral torna-se tática econômica. A criação do Hospital Geral em Paris, por exemplo, deu-se na perspectiva da supressão da mendicância, entretanto, os ingleses puderam visualizar no trabalho dos encarcerados um remédio para o desemprego e um estimulante para a nascente e próspera indústria manufatureira.

A era clássica utiliza o internamento de modo equívoco, fazendo com que represente um duplo papel: reabsorver o desemprego ou pelo menos ocultar seus efeitos sociais mais visíveis e controlar os preços quando eles ameaçavam ficar mais alto. (FOUCAULT, 1999:70)

Resende data a elevação da loucura como problema social a partir do fim do campesinato como classe e o fim dos ofícios artesanais. As cidades européias do final do século XV, com o advento da manufatura de divisão social do trabalho, já se ressentem da escassez da mão-de-obra e nas ruas se avolumam mendigos e desocupados. Os empresários enfrentam problemas com os trabalhadores artesãos. Nessa fase de transição, a nova concepção do trabalho estritamente vigiado e totalmente racionalizado é prática conhecida apenas nos presídios e nas casas de correção.

Só em Paris, nessa época, estimava-se em mais de 80.000 a população de mendigos. Na zona rural, uma situação similar, a prática do cercamento das propriedades, a dispersão dos dependentes feudais e a modificação dos métodos do amanho da terra espalharam pelos campos hordas de homens desesperados que se tornaram assaltantes de estradas, ladrões e vagabundos. (RESENDE, 1990:23)

Instaura-se no continente a condenação ética da ociosidade. Na Inglaterra, uma lei de 1496 determina a marcação a ferro nos corpos dos vagabundos e a pena de morte para os recitrantes. Na França, os desertores do trabalho são caçados, condenados e punidos nas

prisões. Os pais que se recusam a mandar seus filhos para o trabalho na indústria são passíveis de severas punições. As medidas legislativas de punição se completam com a criação das Casas de Internação. O fato de os loucos terem sido envolvidos na grande proscricão da ociosidade não é indiferente. Tanto quanto os pobres e ociosos, naquela época, serão submetidos às regras do trabalho obrigatório. Nos ateliers, em que eram confundidos com os demais, distinguiam-se por si sós, através de sua incapacidade para o trabalho e de seguirem o ritmo da vida coletiva.

A necessidade de conferir aos alienados um regime especial, descoberto no século XVIII e a grande crise da internação que precede a revolução francesa estão intimamente ligadas à experiência da loucura e a sua relação com a obrigatoriedade geral do trabalho. Essa referência, encontrada em Foucault, é importante na medida em que constatei, no desenrolar da pesquisa realizada para os fins dessa dissertação, a existência de uma relação singular do chamado louco com o trabalho, em vez de incapacidade pura e simples. Essa relação pode ainda informar, sobre o grau de constrangimento e até mesmo de sofrimento a que milhares dessas pessoas foram submetidas, a partir das exigências do trabalho vigiado e racionalizado no mundo clássico, e na forma de trabalho obrigatório, que se apresenta na sociedade contemporânea.

Na visão de Foucault, ocorre ainda uma transformação importante de caráter moral-religioso, na relação entre a miséria e a comiserção divina, no mundo da reforma protestante. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, como que vindo de um outro mundo, agora ele vai destacar-se como estranho, sobre um fundo formado por um problema moral. À medida que para a Igreja a pobreza deixa de ser objeto de elogio e glorificação, a partir da reforma de Lutero e Calvino, para ser objeto de punição divina, o pobre passa a ser alvo do descontentamento de Deus e não mais de sua glorificação. *Despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura como a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados. (FOUCAULT, 1999:57)*

Para o Estado, a loucura passa a ser um problema de polícia, referente à ordem dos indivíduos na cidade. Se vagantes sem trabalho, se andarilhos sem rumo, pobres e loucos indistintos, logo serão percebidos como perturbadores da ordem estabelecida.

2.1 - O nascimento do “asilo ideal”

Durante a época clássica, o hospício teve a função de ‘hospedaria’, de toda sorte de marginais que ameaçavam à lei e à ordem social. O olhar dos administradores das cidades sobre a loucura não é, nesse período, diferenciador de outras categorias marginais, embora o critério da exclusão estivesse referido à desrazão. O enclausuramento, portanto, não tem ainda uma conotação de medicalização, nem uma natureza patológica. A preocupação com critérios médico-ciêntíficos pertencerá ao período seguinte, ao século XIX, quando a loucura dirá respeito fundamentalmente à psiquiatria. O novo claustro da loucura passa a ser, então, o hospital, agora medicalizado e governado pelo médico. E esse lugar ocupado pela Medicina como detentora absoluta do saber sobre a loucura, só será questionado a partir da terça parte do século XX.

Será nesse contexto histórico, encarcerados a mais de 200 anos, que os loucos, essa escoria da razão social, serão encontrados pela psiquiatria.

É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos e lá os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos libertado. (FOUCAULT, 1999:48).

Philippe Pinel e a psiquiatria do século XIX tiveram como referência conceitual o modelo médico asilar baseado na teoria da degenerescência, para impor ao louco os aparatos de um novo tratamento moral que diz respeito à utilização conveniente da disciplina e onde todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para esse fim. Nesse sentido, a violência franca administrada aos loucos nas casas de internação, diante da compreensão da loucura enquanto falha moral será substituída pela violência velada da ameaça e da privação. Nos espaços que passam a ser denominados asilos, a função médica é claramente introduzida. O que era um problema político passa a configurar-se igualmente como um problema médico.

No ano pós-revolucionário de 1793, no asilo de Bicêtre, na França, antes casa dos pobres, é feita a revisão de todos os internamentos por “demência” que foram realizados no passado, sob a supervisão do Doutor Philippe Pinel, médico renomado por sua reputação de conhecedor das doenças do espírito.

Acontecimento semelhante ocorreu no mesmo ano na Inglaterra quando, por facilitação da legislação inglesa, favorecedora da iniciativa privada no domínio da assistência, Tuke, um médico membro da Sociedade dos Quacres, sinaliza para seus membros que por desventura tivessem perdido a razão, a possibilidade da criação de um estabelecimento, uma casa que pudesse oferecer os recursos da arte, e todas as amenidades da vida compatíveis com a sua condição. Um lugar aprazível, longe da balbúrdia da cidade, lugar da cura e de alívio dos males do espírito, sem correntes celas ou grades em seus enquadres. Um estabelecimento desse porte foi construído na cidade de York e tanto aí quanto em Bicêtre, instrumenta-se o saber médico, na aplicação de um método de cura, fundado no princípio da liberdade, favorecendo o aparecimento de uma objetividade que *não mais será ocultada nem nas perseguições, nem nos furores que lhe correspondem* (FOUCAULT, 1999:466).

Nessa construção da arquitetura conceitual e material da nova casa dos loucos, o que importa ressaltar não é o fato de as correntes lhes terem sido arrancadas, mas, em primeiro lugar, a constituição de um campo asilar onde a loucura poderá aparecer em sua verdade pura, objetivada e classificada pelo saber médico, que passa a ter sobre ela um poder absoluto, e sob o seu olhar, “alienista”, mantida isolada da cidade, excluída do convívio social.

Em segundo lugar, a constituição de *uma operação positiva que encerra o louco em um sistema de recompensas e de punição que o inclui em um movimento da consciência moral* (FOUCAULT, 1999: 482). A medicalização da loucura, ou seja, sua transformação em entidade mórbida, é concomitante à concepção do confinamento como uma forma terapêutica. Num espaço onde ela poderá ser observada, controlada, e finalmente curada. Dá-se, então, a passagem de um mundo da reprovação para um universo da vigilância e do julgamento. Nesse sentido, os loucos podem descobrir-se numa “atadura” muito especial, como diz Erving Goffman, num lugar que lhe foi atribuído pelo saber médico, que consiste em apoiar o papel

profissional dos que parecem impor-lhes essa condição. *O lugar da auto-servidão moral auto-alienadora* (GOFFMAN, 1961:312).

O tratamento moral do louco, nesses termos, só vai perder sua substância a partir de meados do século XIX, por força das intensificações dos processos do darwinismo social, da deteriorização das condições de vida nas cidades, da necessidade de nova remoção para as casas de internação de elementos perturbadores da ordem, destruindo o ambiente humanizado, familiar e ameno propício à cura dos loucos, preconizados por Tuke e Pinel. Acrescentam-se a esses fatores o desenvolvimento da Medicina bacteriológica e da Neurologia que colocam em questão as bases científicas do tratamento moral. As modernas teorias das origens hereditárias e biológicas da loucura servirão como luva para a função social exigida à Psiquiatria naquele momento histórico, referendando cientificamente os processos de exclusão das evidências do pauperismo, os emigrantes, vagabundos e desordeiros, vítimas não mais das suas lamentáveis condições de vida, mas das taras e degenerescências individuais e raciais. No entendimento de Resende (1990), a assistência psiquiátrica dessa época, sob a égide da Medicina biologicista, mergulha novamente no longo sono do período pré-pineliano, para só emergir dele na época da Segunda Guerra Mundial.

2.2 - O confinamento dos loucos no Brasil

A contrário do que aconteceu na Europa, até meados do século XIX, não havia no Brasil nenhum lugar especial para o recolhimento dos denominados alienados mentais. Somente na década de 30 é que surgirão os primeiros protestos vindos da comunidade médica contra a situação dos loucos internados na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, sem qualquer tipo de assistência médica específica ou cuidado especial.

Jurandir Freire Costa (1989), traz as seguintes referências históricas do primeiro movimento de médicos contestadores do tratamento oferecido aos alienados naquela cidade, que viviam encarcerados ou vagando pelas ruas da cidade e que culminou na fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental:

Até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro, não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica. Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia. (COSTA, 1989:15)

Em vez das celas insalubres dos hospitais gerais e dos castigos corporais, os médicos da LBHM advogavam a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Nesse período, precisamente no ano de 1832, surgem respectivamente no Rio de Janeiro e na Bahia as primeiras Faculdades de Medicina, as Associações da Classe Médica e uma primeira legislação sanitária municipal como instrumento de fiscalização dos males da cidade (MACHADO,1978:39).

Os ventos da modernidade européia encontram um Brasil recém-saído de uma tutela colonial, buscando afirmar-se enquanto Estado-nação. Nesse momento, os médicos, reunindo-se em associações de categorias, buscam consolidar sua influência e afirmação enquanto classe. Afirmação essa que, se de um lado implica na afirmação concomitante de uma unidade e de uma nacionalidade da população, por outro lado coloca o problema de sua identidade multi-racial, heterogênea e dispersa numa área demasiado extensa. Um povo razoavelmente indisciplinado e, do ponto de vista do Estado, desorganizado. O discurso médico volta-se para essa questão, propondo dispositivos de esquadramento, classificação e controle dessa população. O hospício é um deles.

Com efeito, com pompa e circunstância, a partir de um decreto do jovem imperador, constrói-se e inaugura-se, no ano de 1852 o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Confirmam-se desse modo os dizeres de Jane Russo (1993). *Aqui como na Europa, não foi a psiquiatria que criou o hospício, mas, o contrário.* No momento em que o país se afirma enquanto nação, a Medicina, enquanto disciplina acadêmica e profissão, e a Psiquiatria, enquanto especialidade preocupada com a especificação mais rigorosa dos desvios que perturbavam a sociedade da época, dão início ao enclausuramento de pessoas com sofrimento psíquico em hospitais públicos, que vão sendo construídos para esse fim em vários Estados do território nacional, como São Paulo,

Pernambuco, Bahia e Minas Gerais, estendendo-se esse procedimento ao longo das décadas seguintes.

Essa escalada de exclusão social dos loucos no Brasil se deu, na leitura de Resende (1990), a partir das mesmas circunstâncias que, alguns séculos antes determinaram na Europa o que Foucault denominou “o grande enclausuramento”, ou seja, *desordem, ociosidade, perturbação da ordem social e obstáculo ao crescimento econômico, residindo às diferenças, puramente em causas estruturais*. Como em outros estados do país, principalmente nos anos 60 e 70, em Minas Gerais, ocorreu uma maciça proliferação de clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o setor público, basicamente nas cidades de Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora. Até 1991, data da promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica Federal, que dispôs sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais, existiam em Minas Gerais um total de 8.087 leitos psiquiátricos.

Quanto à rede pública, ela dispunha, como ainda hoje, de três hospitais para adultos: o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, fundado no final do século XIX, o Instituto Raul Soares, fundado em 1922, que abrigava toda a população de indigentes do Estado, e o Hospital Galba Velloso, fundado em 1964 para funcionar como referência de triagem e distribuição de pacientes previdenciários para a rede particular conveniada.

Nesse clima de horror e maus-tratos viveram confinados nesses cárceres, homens e mulheres e também crianças e adolescentes até 1979, data da abertura à imprensa e das denúncias crescentes de profissionais e movimentos sociais em nível nacional e internacional. Hiram Firmino (1982), foi o primeiro jornalista a ter acesso às dependências dessas instituições em Minas Gerais e o privilégio de formular a primeira denúncia pública dos desatinos cometidos no seu interior.

Um jardim florido na frente. Uma seqüência de pátios ensolarados, tipo alçapões de cimento ao fundo. Muros acinzentados de até cinco metros de altura. Nenhuma área verde, nenhuma sombra, nenhum banco para se assentar... Enfermarias escuras e fétidas. Homens e mulheres transmutando seus problemas, piorando na doença. Nenhum médico, apenas os atendentes. Uma esperança, enfim, muito remota de se livrar do itinerário público da loucura... Que começa aqui, no Hospital Galba Velloso, e termina quase fatalmente em Barbacena, depois de um estágio pelo Raul Soares e pelas clínicas

particulares que em nada contribuem para a humanização da psiquiatria. (FIRMINO, 1982:15)

Entretanto, ao longo do tempo, o destino dessas pessoas nem sempre foi única e exclusivamente o hospício. Trataremos dessa questão no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 3

LOUCOS PELA RUA, DESDE QUANDO?

TEORIFRASTOS

*Olha em tua volta e vê:
os inválidos nas ruas, os mendigos nas calçadas,
e em contraste com a miséria mineira,
os ricos em seus autos conversíveis indiferentes...*

*Veja o mundo pela ótica duvidivista,
e derrubarás a hipocrisia da alta sociedade,
que prega o amor, a bondade e a justiça para todos,
mas somente em palavras, não em atos...*

*Eu quisera ser Spartagus de novo,
e libertar do mal os não sábios,
que vivem aos sabores da negra sorte...*

*Olha para mim e minhas impressões,
se são boas ou más,
mas saiba, o amor tudo conquista...*

Carlos de Safo - (Pseudônimo de um dos sujeitos entrevistados)

Ao longo das épocas, podemos constatar, através da literatura especializada, dos relatórios dos administradores e médicos, da consulta aos arquivos das instituições públicas, que muitas pessoas conseguem, escapar do funesto destino das casas de internação. Por terem pedido as referências familiares, algumas ganham as ruas após a alta hospitalar, outras resistentes ou refratárias, nem mesmo chegam a ser internadas, escapando dos enfermeiros ou policiais, no ato mesmo da internação.

Existem aqueles que, nem mesmo chegam a ser internados, abandonam suas casas e acabam encontrando abrigo em algum lugar recôndito da cidade, os que vivem a errar pelo perímetro urbano, pelas avenidas, às margens das malhas viárias que circundam ou cortam as pequenas, médias e grandes cidades. Aqueles que rondam pelas imediações dos bairros onde provavelmente tiveram ou têm referências familiares e comunitárias passando a ser, ora alvo

de deboches das crianças, ora objetos de cuidados de pessoas solidárias. E que podem ser encontradas nos versos dos poetas universais, como José Paulo Paes (1992):

Ninguém com um grão de juízo ignora estarem os loucos, muito mais perto do mundo das crianças que do mundo dos adultos. Eu pelo menos não esqueci os loucos da minha infância... Havia o elétrico, um homenzinho de cabeça pontuda que dormia à noite no vão das portas, mas de dia rondava sem descanso as ruas da cidade... Havia também o João bobo... O Félix...

Ou como Manoel de Barros (1996), com seu *Andarilho*:

Eu já disse quem sou ele. Meu nome é Andaleço. Andando devagar eu atraso o final do dia. Caminho por beiras de rios conchosos. Para as crianças da estrada, sou o Homem do Saco. Carrego, latas furadas, pregos papéis usados. Ouço harpejos de mim nas latas tortas... eu pertença de andar atoamente.

Esses que, na verdade, fazem parte de uma ‘visão romântica da loucura’, enquanto "liberdade", finalmente alcançada e acalentada nos sonhos de todos os humanos. São eles os sujeitos privilegiados de minha pesquisa e que alimentaram o meu desejo de produzir essa dissertação.

3.1 Um ser errante e seus destinos múltiplos

A presença de uma significativa população de loucos vagando pelas ruas não é invenção da modernidade. Até meados do século XV, esse existente estranho, tinha uma existência marcadamente errante e destinos múltiplos e singulares, conforme interesses político-culturais em jogo. Reverenciados como oráculos de divindades, queimados vivos, espancados até a morte, figuras circenses em exposição ambulante tal como o autista Kaspar Hause, escorraçados das cidades, espancados, afastados para cercanias distantes, confiados a mercadores e peregrinos.

A Europa Central data nos arquivos municipais a partida obrigatória de insensatos aos cuidados de barqueiros e marinheiros nas denominadas ‘haus dos insensatos’, que

deslizavam pelos rios e canais renascentistas. Lançá-los às vagas do mar, mais do que fazer fluir para longe essa figura inoportuna, tinha o significado de ungir e purificar tanto a cidade de origem quanto o alienado.

Confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. (FOUCAULT, 1999:12)

É possível que essas naus que assombravam a imaginação de toda a primeira parte da Renascença tenham sido naus de peregrinação, navios altamente simbólicos em busca da razão. Acontecia,

(...) de alguns loucos serem chicoteados publicamente, e que no decorrer de uma espécie de jogo eles fossem a seguir perseguidos numa corrida simulada e escorraçados da cidade a bastonadas. Esta navegação louca, num certo sentido, não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação linear do louco no horizonte das preocupações do homem medieval. Lançá-los às vagas do mar mais que fazer fluir para longe essa figura inoportuna, tinha o significado de ungir e purificar a cidade de origem e o alienado. (FOUCAULT, 1999:11)

Resende (1990) enfatiza a leitura realizada por Erasmo de Rotterdam no seu livro escrito em 1506, *Elogio da Loucura*, e a de Michel Foucault em seu livro *Doença Mental e Psicologia*, onde ambos consideram a loucura como companheira inseparável do homem, ao longo de todo o seu trajeto conhecido pela história. Para Resende, do Velho Testamento aos estudos etnográficos das sociedades chamadas primitivas, a referência à presença da loucura é abundante, fazendo com que Foucault chegue a afirmar que:

(...) não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: esses homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. (RESENDE, 1990:20)

Há algo neles que fala da diferença e chama à diferenciação. Durante o período da Idade Média e da Antigüidade, o louco gozou de um certo grau de *extraterritorialidade*, diz Resende, e a loucura era experimentada em seu estado livre, circulando pelas cidades, pelos campos, entremeando a vida e a linguagem dos homens. Não sendo uma questão que

envolvesse o Poder Público, a não ser em questões relativas à proteção da propriedade de insanos perdulários ou anulação de seus casamentos, a loucura era tratada no âmbito privado. Os tratamentos médicos na Grécia e Roma antigas permaneceram como procedimentos isolados, restritos aos mais abastados, ao lado da difusão popular mágico-religiosa. Embora não encontre na literatura referências quanto à magnitude do problema da doença mental, supõe que o número de doentes não era grande. Considera também o fato de as populações serem reduzidas e sua longevidade restrita, diminuindo a possibilidade da manifestação da loucura, que aparece em grande parte na idade adulta.

Na América colonial, diz Resende, os governos municipais costumavam remunerar famílias de lavradores que mantinham sob custódia loucos não totalmente incapacitados para o trabalho. Considera também que nas sociedades pré-capitalistas, a aptidão e a inaptidão para o trabalho não se constituíam em um critério importante na determinação da normalidade, isto porque, naquelas sociedades, as formas de organização do trabalho, a agricultura, o artesanato, o trabalho artístico, eram por sua natureza, pouco discriminativas para as diferenças individuais.

Considera ainda o fato de o próprio conceito de doença mental limitar-se nessa época a seus aspectos manifestamente exteriores, ao comportamento diretamente observável, quando esse se constituía em estorvo para o ambiente familiar imediato e para a comunidade. É importante ressaltar que guardadas as proporções da distância entre as épocas, praticamente nada mudou quanto à percepção que a família e a comunidade têm dessas pessoas que se ejetam do ambiente familiar e se lançam nas ruas. Muito pouco ou até mesmo nada se perguntou até hoje sobre as motivações que lhes engendraram essa decisão.

Enquanto as famílias de posse mantinham seus loucos em casa, aos loucos pobres restava a vida vacante, pelos campos e mercados das cidades, tendo sua sobrevivência assegurada pela caridade pública. Tratamento que não é muito diferente para os loucos que vivem nas ruas de nossas cidades na atualidade. No Brasil, enquanto ampliam-se assustadoramente os índices de pobreza, provocados pelos denominados ventos da globalização, amplia-se a distância do Estado e na mesma medida a organização da sociedade em pequenos ou em grandes grupos, as organizações não-governamentais, nas campanhas de

combate à fome e ao frio, de combate à pobreza. É importante anotar que, para os loucos que vivem nas ruas, a sociedade em geral se mantém em silêncio e as poucas tentativas de aproximação e auxílio social, na maioria das vezes, são frustradas, desde que se desconhece que essas pessoas geralmente são avessas às formas usuais de filantropia, por força mesmo de sua condição psíquica.

3.2 A casa, a rua, o público e o privado: uma distinção necessária

Para que possamos tratar de questões relativas às pessoas e particularmente dos loucos que erram pelo mundo e vivem nas ruas, julguei necessário estabelecer uma diferenciação entre os conceitos contemporâneos de público e privado, do universo da casa e da rua. Essa diferenciação poderá revelar questões que cada vez mais são esquecidas, como a série de tensões derivadas do fato de cada um destes termos corresponder a universos e significações singulares e contrastantes. A consideração ou a elisão dessas diferenciações certamente trará conseqüências distintas na compreensão do problema, tal como ele se apresenta em nossa sociedade.

Hannah Arendt (1972), ao tratar da educação moderna, tece considerações em torno dos conceitos de público e privado. O privado *diz respeito ao espaço que protege em princípio, pequenos sujeitos humanos do mundo exterior. Trata-se de um universo do aconchego que usualmente é o lar, a moradia, a casa de responsabilidade dos humanos adultos* (ARENDR, 1972:236). Ela nos diz que a criança, por necessitar ser protegida do mundo, tem como lugar tradicional a família, cujos membros adultos retornam do mundo exterior e se recolhem à segurança da vida privada entre quatro paredes. Essas quatro paredes, entre as quais a vida familiar privada é vivida, funciona como uma espécie de escudo contra o mundo, e, sobretudo contra o aspecto público do mundo. *Toda vez que esta é permanentemente exposta ao mundo sem a proteção da intimidade e da segurança, sua qualidade de vida é destruída.* (ARENDR, 1972:236). Considerando por essa ótica, podemos dizer que as pessoas com sofrimento psíquico que se lançam nas ruas para fazer delas um lugar de moradia são invadidos em suas vidas pelo mundo, perdendo essa capa de proteção proporcionada pelo grupo familiar e pelo lar.

O espaço dito público, por sua vez, acolhe inúmeras atividades orientadas por interesses convergentes e divergentes, algumas exaltadas, outras camufladas. Sua denominação referencia mais do que tudo, os modos possíveis de gestão e concorrência e da possibilidade de imposição abusiva de controles privados. O conflito aí é inerente devido a delimitações coletivas, móveis e tensas de fronteiras e separações e decorre das várias formas de reconhecimento de direitos e deveres destinados à construção social do espaço. Em outro momento Hannah Arendt (1958) trabalha a correlação entre esses dois conceitos, considerando o termo público e denotando dois fenômenos intimamente correlatos mas não perfeitamente idênticos:

(...) tudo que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível. Para nós, a aparência - aquilo que é visto e ouvido pelos outros e por nós mesmos - constitui a realidade. Em comparação com a realidade que decorre do fato de que algo é visto e escutado, até mesmo as maiores forças da vida íntima - paixões do coração, os pensamentos da mente, os deleites dos sentidos - viver uma espécie de existência incerta e obscura, a não ser que, e até que, sejam transformadas, desprivatizadas e desindividualizadas, por assim dizer, de modo a se tornarem adequadas à aparição pública. (ARENDR, 1958:59)

Em segundo lugar, o termo público significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente na medida em que cada um ocupa um lugar dentro dele. Trata-se do mundo do artefato, dos negócios que habitam o mundo feito pelo homem. O mundo enquanto elemento intermediário, ao mesmo tempo em que de separação e de estabelecimento de relações entre os homens.

Já a esfera privada, que em sua acepção original diz respeito à privação, só tem significado para Arendt em sua relação com a múltipla importância da esfera pública. *Viver inteiramente uma vida privada significa, acima de tudo, ser privado da realidade que advém justamente do fato de ser visto e ouvido por todos, aquele que não se dá a conhecer (ARENDR, 1958:60)*. Privado do outro por assim dizer e, portanto fadado a não existir. O que quer que se faça permanece sem importância ou consequência para os outros, e o que tem importância para um é desprovido de interesse para os outros.

Para Arendt, nas circunstâncias modernas, essa privação de relações “objetivas”, com os outros, tornou-se o fenômeno de massa da solidão, tal como as massas religiosas. O motivo

pelo qual esse fenômeno é tão extremo é que a sociedade de massas não só destrói a esfera pública e a esfera privada, priva, ainda, os homens não só do seu lugar no mundo, mas também do seu lugar privado – o lar onde eles se sentiam resguardados contra o mundo.

A partir dessas elaborações, podemos considerar que as pessoas com sofrimento psíquico que se lançam nas ruas perdem o espaço da intimidade e de proteção que se encontra no lar e na relação com o grupo de origem, realizando o apagamento dessa distinção, ao que parece, humanamente necessária. Podemos considerar, ainda, o fato de que, quanto mais a sociedade moderna elide essa diferenciação entre o público e o particular, entre o que é vivido na intimidade e o que pode ser exibido para outrem à luz do dia, mais naturalizada será a convivência com a exposição pública de pessoas, fazendo do espaço público um lugar de moradia e sobrevivência.

Uma discussão de certo modo distinta da estabelecida por Arendt em torno da casa enquanto esfera do privado, do íntimo, será realizada por Gaston Bachelard (2000). Distinta, na medida em que nos permite cavar em um ínfimo espaço do público, algo em torno da tessitura necessária e imaginária de um habitar humano. Tal como para Arendt, a casa, para Bachelard, vai ser considerada como do âmbito do privado, como uma unidade complexa e carregada pela imaginação que aumenta os valores da realidade, constituindo-se como um “ser” privilegiado para o estudo fenomenológico dos valores de intimidade do espaço interior. Para Bachelard, todo espaço traz em si a essência da noção de casa. A casa em sua “função original do habitar”.(BACHELARD, 2000:24)

Construindo paredes, com sombras impalpáveis, reconfortando-se com ilusões de proteção. Tremendo por detrás de grossos muros, duvidando das mais sólidas muralhas. O ser, abrigado, sensibiliza os limites do seu abrigo, na mais interminável das dialéticas.
(BACHELARD, 2000:25)

A casa como fenômeno estrutural, como canto do mundo e como um primeiro universo é o espaço onde poderemos encontrar a concha inicial, o germe da felicidade central, segura e imediata. Vista por esse ângulo, como um espaço de um vínculo “antropocósmico”, a mais humilde das casinhas é bela. Carregada de uma *primitividade que pertence a todos, ricos ou pobres se aceitarem sonhar.* (BACHELARD, 2000:24)

E sonham, mesmo aqueles que colocam à prova os limites humanos da sobrevivência material e psíquica, quando tecem, no espaço em que escolhem para se fixar de forma precária e artesanal, uma maneira singular de habitar.

3.3 Antecedentes históricos e metodológicos das pesquisas sobre pessoas que fazem da rua um lugar de moradia

Os estudos sociológicos de fenômenos propriamente urbanos têm origem na denominada Escola de Chicago, nome designado para indicar um conjunto de trabalhos de pesquisa sociológica realizado entre 1915 e 1940 por professores e alunos da Universidade de Chicago, caracterizando *um modo de pensar de uma geração de estudiosos sociais americanos*. (COULON,1992:7). Pautando-se fundamentalmente pela pesquisa empírica, promoveram uma espécie de revolução nas investigações de cunho sociológico sobre as cidades e sua população. Esse método de pesquisa ou essa escola de pensamento tem fundamentos na filosofia pragmática de John Dewey, formulada a partir da filosofia de Willian James, segundo a qual a atividade humana deve ser considerada sob o ângulo de três dimensões interligadas e inseparáveis: a biológica, psicológica e a ética.

Na verdade, antes do aparecimento desses trabalhos empíricos, as investigações sociológicas eram orientadas para pesquisas sociais impregnadas de moralismos e muito próximas do jornalismo investigativo. Por conseguinte, surge no universo das investigações sociológicas a eleição metodológica da pesquisa empírica, marcada pela insistência nas investigações advertidas de moralismos, interessada na produção de conhecimentos que pudessem se constituir em ferramentas para a solução de problemas sociais concretos e essencialmente urbanos, tendo em princípio como objeto a cidade de Chicago, com o objetivo de compreender questões de cunho político e social, que se traduziam principalmente no aumento da pobreza e na imigração de grande contingente populacional europeu.

Tem o mérito, ainda, de empreender o desenvolvimento de métodos originais de investigação, através da utilização científica de documentos pessoais, trabalho de campo sistemático, exploração de diversas fontes documentais, orientando o que hoje se denomina

pesquisa qualitativa em ciências sociais. O sociólogo e historiador Albion Small, fundador do Departamento de Antropologia e Sociologia da Universidade de Chicago, em uma publicação datada de 1894, denominada por ele de “guia de laboratório”, consagrou alguns capítulos à conduta empírica da sociologia, sublinhando a importância do *habitat* para as relações sociais. Essa perspectiva de trabalho, que estimulou toda uma geração de pesquisadores, incluía a observação das comunidades em que viviam, a análise do “mosaico dos pequenos mundos”, o estudo de sua história e o mapeamento de suas características.

Uma pesquisa importante realizada por alunos dessa “escola”, que a meu ver inaugura as preocupações com uma parte estratificada da população de uma cidade e que vai de encontro ao meu objeto de pesquisa – pessoas com sofrimento psíquico grave que fazem da rua um lugar de moradia – foi realizada por Robert Farisson e Warren Danum e diz respeito ao estudo da incidência e localização da doença mental na cidade. A pesquisa mostrou que havia um grande número de doentes mentais em determinadas áreas da cidade de Chicago.(BECKER,1996)

A “Escola de Chicago” também é inspiradora em um tema que aparece em inúmeros de seus estudos, “o estrangeiro”, tema esse que já havia sido objeto de interesse do sociólogo George Simmel para situar um personagem que se instala no espaço urbano, dele permanecendo à margem. O “estrangeiro” não apreende os íntimos mecanismos desse espaço, permanecendo de certo modo exterior ao grupo social local. Na grande cidade moderna, diz Simmel, cada um pode tornar-se um “estrangeiro”, homem sem raízes no interior de sua própria sociedade. Embora de forma distinta, posto que referente mais às condições e características de uma população que se distancia dos grupos de origem, sejam étnicos ou familiares, “o estrangeiro” de Simmel, a meu ver, de alguma forma se assemelha às populações pauperizadas que se avolumam nas ruas das cidades e de forma específica ao louco que, embora faça parte desse contingente marginalizado, permanece distante com aparência de homem sem raízes, de um “vagabundo em potencial”.(COULON, 1999:57), estrangeiro com quem, paradoxalmente, a cultura, ao longo do tempo, se familiarizou.

Uma referência mais recente de pesquisas realizadas sob a inspiração dessa “escola” e que vai ao encontro de meu objeto de pesquisa, vem de um estudo realizado em 1997, pela

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - *Estudos sobre as Condições Sociais e de Saúde Mental de Moradores de Rua Adultos no Município de Porto Alegre* que, entre outros, absorveu a experiência realizada na cidade de Chicago, que desenvolveu uma pesquisa para um programa de reabilitação de desabrigados.

As referências bibliográficas do estudo realizado pela UFRGS, chamam atenção nesse sentido, particularmente a obra de SLAGG, N.B., LYONS, J.S., COOK, J., que tem como título: *A Profile of Clients Served by a Mobile Outreach Program for Homeless Mentally Hospital and Community Psychiatry*, datada de 1994.

Ao estudar os desabrigados da cidade de Chicago, esses autores computaram os seguintes dados: 70% dessa população apresentavam algum tipo de transtorno mental. Sendo que 16% apresentavam dependência e 12% usavam algum tipo de drogas. Os estudos sobre morbidade apresentaram um percentual de 25% de esquizofrênicos e 36% preenchem critérios para abuso de substâncias tóxicas. Esse trabalho realizado em Porto Alegre, faz ainda referência à autores como Teeson (1993), que também observou na cidade de Chicago, 40% de pessoas apresentando danos cognitivos e Zlotnik (1996), que observou que esses desabrigados com transtornos mentais ou uso de substâncias químicas tinham menos hábitos de procurar trabalho, ficando mais isolados socialmente. Conquanto todos esses estudos concluam pelo uso de substâncias tóxicas ou psicoativas entre essas pessoas, não apresentam dados para além dessa constatação que pudessem precisar esse uso diretamente associado a transtornos psíquicos, considerando, inclusive, a possibilidade desse hábito ser um suporte ou um fator de apaziguamento para um sofrimento psíquico de base. E a assertiva de que estudos mais aprofundados e adiscritivos a respeito devem e podem ser realizados.

Deste modo, a ‘Escola de Chicago’, torn a-se uma referência inspiradora de pesquisas interdisciplinares e produções teóricas voltadas para grupos estratificados da população de uma cidade, tal qual a que pretendo desenvolver nesse trabalho, ao tratar dos modos de vida e motivações de pessoas com sofrimento psíquico grave, que moram nas ruas de uma grande metrópole que é a cidade de Belo Horizonte.

3.4 A miséria em espetáculo: moradores de rua no Brasil, quem são, de onde vêm?

Os estudos dos fenômenos sociais que acometem as cidades têm-se avolumado na mesma medida da pauperização de um contingente crescente da população mundial. População esta que, por uma série de contingências advindas da pobreza extrema a que chegou, tem como último recurso de sobrevivência morar na rua. Não se trata mais de pequenos grupos de marginalizados e mendigos que as cidades do passado conheciam, pessoas impossibilitadas de ganhar a vida, ou que se auto-excluíaam do convívio social. No Brasil, apesar da pouca literatura sobre o assunto, realizou-se um I Seminário Sobre População de Rua, na cidade de São Paulo, em 1992, que deu visibilidade a essa realidade social brasileira, convidando, para o debate teórico, pesquisadores, parlamentares, trabalhadores do poder público e movimentos sociais. A cidade de Belo Horizonte realizou o “II Seminário Sobre População de Rua”, em 1995. Dentre os temas debatidos no seminário realizado em São Paulo, publicados no livro ‘População de Rua. Brasil-Canadá’ (ROSA, 1995), destaca-se o de Delma Pessanha Neves que, a partir de dados obtidos de uma longa experiência de pesquisa junto ao segmento populacional que habita e ou trabalha nas ruas das grandes cidades, tenta estabelecer o perfil dessa população, formulando uma concepção da rua, como um espaço público que se organiza por referência a instituições e sistemas de hierarquias que definem e legitimam papéis que nela vão sendo construídos e reconhecidos.

Para Pessanha, a partir da década de 80, os miseráveis passam a impor, de forma exuberante, sua presença no espaço público, em uma sociedade que vem sendo organizada para diminuir ao máximo o uso formal da força de trabalho. O desemprego e o processo de globalização que têm lançado nas ruas um contingente crescente da população em vários países do mundo, são fatores acordados pelos pesquisadores em geral, pela mídia, pelos movimentos sociais e pelos formuladores das políticas públicas. *Os Sans-Abri* (sem abrigo) e depois *Sans Domicile Fixe* (sem domicílio fixo), na França. *Os Homeless* nos Estados Unidos e Inglaterra. *Os Under-Class*, que compreendem os “sem vergonha” e os “promíscuos”, de quem fala Wacquant (1996) em *A underclass urbana do imaginário social e científico norte-americano*, e a denominada “*Pop de Rua*” no Brasil são os novos termos usados para identificar essa população. Sem-casa, sem-teto, sem-ocupação. De resto, são termos que

emprestam sentido positivo aos apropriadores da rua nos países que, longe de constituírem o Estado Providência, negam-lhes os direitos sociais de moradia e justiça social.

Para maior compreensão dessa população, Pessanha (1995:62) considera necessário destacar alguns processos de urbanização das cidades, o *da apropriação privada da rua; o deslocamento não planejado de parte da população das favelas*. Deslocamentos esses que obedecem a mecanismos seletivos de realocação dos espaços urbanos, atingindo segmentos que não têm condição de pagar aluguel ou que, oriundos de cidades menores e do campo, não conseguem ocupar o espaço já exíguo das favelas. Estes fenômenos urbanos carecem de visibilidade imediata. Acrescentando-se a eles o aumento da violência e a guerra das gangues do tráfico de drogas. Considera também a ausência de uma política de transporte urbano que força um contingente significativo da população a procurar meios de subsistência próximos de suas habitações anteriores, nos grandes centros urbanos. É importante ressaltar um aspecto novo dessa territorialização do espaço urbano que é o processo de “encasulamento”, de cercamento dos diferentes segmentos populacionais – os condomínios da classe média e alta – que acabaram por eliminar várias formas de intercâmbio realizadas por segmentos residentes no mesmo espaço habitacional.

Existe ainda na rua um outro tipo de pobre, o que não aceita a pobreza isolada ou escondida. São pobres que se dão a ver e se movimentam no sentido da busca do convívio com pessoas potencialmente sensíveis à demanda de ajuda e de consumidores das mercadorias em constante mutação no mercado, que por eles são colocadas à venda. No estabelecimento desse tipo de relação localiza-se uma referência moral: “Sou pobre mas sou honesto” A proposição interativa entre a população de pobres acampada nas ruas e as pessoas potencialmente sensíveis ou intolerantes dá-se a partir de uma representação da pobreza muito difundida no Brasil: o carente. É possível conhecer as relações que vão sendo tecidas por esses pobres no espaço público, como forma de compreensão da vida social que aí se sedimenta.

A apropriação do espaço público pelos pobres para o desenvolvimento de atividades privadas, aquelas exercidas no contexto da casa, se fundamenta num sistema de classificação que delimita arenas, cujas regras de convivência estão constantemente abertas ao debate entre eles e os concorrentes usuários que aí aportam. (PESSANHA, 1995:61)

A coexistência de pluralidade de usos, de interesses e atividades no espaço público entre eles se torna ainda possível porque é estabelecida por negociações que objetivam a construção de acordos ou consentimentos forçados. Os indivíduos que acedem a esse espaço, visando à integração criativa de um modo de vida e a um conjunto de atividades produtivas, devem inserir-se numa rede de comunicação, de troca, de apoio, de alianças e interesses. Pessanha considera ainda que a ocupação e a sobrevivência de pessoas pauperizadas no espaço considerado público exigem uma série de mediações necessárias à apropriação da rua. Esse não é o espaço do desgarrado e do abandonado, mas de organização de uma rede de camaradagem e convivência que prolifera nas grandes metrópoles, realizada por indivíduos e grupos originários das camadas profundamente empobrecidas, em termos de controle autônomo e de recursos básicos à subsistência física e social. *É exatamente por esta integração hierarquizada que o espaço público urbano pode aparecer como uma fronteira em movimento* (PESSANHA, 1995), definindo-se pela disponibilidade à invenção de novos significados e à apropriação de benefícios. Essa dinâmica propicia a reprodução de posições inter-relacionadas até mesmo dos miseráveis, atores sociais que, no cenário das megalópoles, são protagonistas dos processos os mais diversos.

Outro aspecto importante a considerar é a forma de administração das intolerâncias realizada por essa população. Os miseráveis vão-se acercando das ruas de maneira progressiva e por aproximações. Deste modo, realizam uma movimentação cada vez mais distanciada dos espaços circunvizinhos ao da moradia anterior e cada vez mais próxima das ruas. Movimento que envolve o estabelecimento de relações e de apropriações de um saber sobre esse modo de vida e de sobrevivência, com os da ponta da miséria.

O debate sobre os conflitos decorrentes da concorrência na apropriação do espaço público valoriza esta pobreza e tem sido realizado pelo Poder Público no Brasil nas duas últimas décadas impondo ações dos governos locais que, em um passado não muito longínquo, se restringiam à expulsão sumária e ao internamento, principalmente daqueles considerados portadores de sofrimento psíquico, notadamente perturbadores da ordem pública. Muito recentemente, um trabalho de reinserção social tem sido sustentado por algumas prefeituras consideradas mais progressistas, como a de São Paulo, Porto Alegre, Juiz de Fora e Belo Horizonte.

Entretanto, as formulações ainda tímidas dos projetos de reinserção passam ao largo do ataque às questões de fundo. Na maioria das vezes, os miseráveis nunca são os beneficiários de medidas governamentais de contenção dos processos de empobrecimento. No Brasil, não há uma política vigorosa nesse sentido, a não ser as compensatórias. Na falta de uma política consistente, apresentam-se no cotidiano das ruas os mais variados segmentos sociais caritativos que acabam por realizar a proeza de cuidar, mantendo o estado de indigência e assujeitamento, que se configura em um processo que podemos denominar de institucionalização da população de rua.

3.5 Os que vivem “na” e os que vivem “da” rua

Zaluar (1995:57) tenta estabelecer um perfil para a população de rua de algumas metrópoles brasileiras a partir da leitura do estudo sistemático que alguns órgãos públicos vêm realizando no País. Órgãos, até então, encarregados de conter, transladar, expulsar essa população do espaço público. Esse estudo dá-nos condições de desfazer vários equívocos sobre essa população, estabelecendo uma distinção entre os que vivem “da” rua, dali retirando sua sobrevivência, e os que estão “na” rua, por uma série de outras circunstâncias.

Quanto aos primeiros, os camelôs, os lavadores de carro, os floristas – adultos e crianças – os vendedores de balas nos semáforos, os que conjugam as atividades de trabalho com as de mendicância, a autora associa-os a esse contingente, que tem aumentado em virtude da recessão econômica, do crescimento vertiginoso do crime organizado e das atividades econômicas ilícitas nas principais metrópoles do País. São pessoas que buscam na rua uma forma complementar de sustento, tendo-a como uma espécie de passaporte de retorno a casa. São também, principalmente os camelôs e vendedores ambulantes em sua maioria, presas fáceis da cooptação de trabalho para contrabandistas ou de comerciantes receptores de roubos os mais diversos, o que torna difícil precisar as fronteiras entre esse trabalho e o crime. Os que trabalham para empresários “da” rua e os autônomos teriam que ser, ainda classificados na visão de Zaluar, na categoria de nômades do trabalho e os que adquirem pontos fixos pelos mais variados arranjos informais. Deve-se considerar ainda o fato de que

esse contingente da população recebe, muitas vezes, remuneração acima do que receberiam no setor formal do mercado de trabalho.

A população que mora efetivamente “na” rua, que ainda é significativamente menor em termos numéricos, apresenta características altamente diferenciadas. São pessoas que também vêm buscar na rua uma forma de sobrevivência e não têm para onde retornar. Morando efetivamente no espaço público, comem, tomam banho, vestem-se e dormem na rua. Será entre elas que encontraremos os portadores de sofrimento psíquico.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Leão XIII, em 1991, no Rio de Janeiro, contou 1.000 pessoas que, efetivamente, moravam nas ruas centrais da cidade, ou 1.674, segundo a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Uma outra pesquisa realizada por esta mesma instituição, na região central do Rio de Janeiro, em dezembro de 1997, contou 2.094 (dados extraídos do Censo População de Rua de B. Horizonte, 1998), ou seja, em seis anos esse número duplicou. Em São Paulo, a situação não é muito diferente. A Secretaria Municipal do Bem-Estar Social registrou, em levantamento realizado em 1991, 3.396 pessoas morando nas ruas. (ZALUAR, 1995: 54)

3.6 A população de rua em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, o primeiro censo dessa população foi realizado em 1998 pela Prefeitura municipal, com o título “Características Demográficas e socioeconômicas da População de Rua em Belo Horizonte”. Esse trabalho fez parte de um conjunto de ações que visavam à efetivação da integração da população de rua no campo dos direitos sociais, deflagradas pelo “Fórum de População de Rua”⁴, que foi inaugurado na administração Patrus Ananias, funcionando de 1993 a 1998. Desse fórum faziam parte representantes da administração pública municipal e entidades da sociedade civil, constituindo-se como espaço da produção coletiva de indicativos das Políticas Públicas para essa população. O censo de

⁴ Uma lei de nº 8.029 sancionada em 06 de junho de 2000 e publicada no Diário Oficial do Município - DOM, pelo gestor de uma segunda administração da então denominada Frente BH Popular tenta dar caráter institucional a esse espaço indicativo de políticas públicas, sem contudo conseguir reativar-lhe o vigor, a consistência e a participação coletiva dos anos anteriores.

1998 apresenta o número 916 adultos e 204 crianças sob sua responsabilidade, morando nas ruas. Os dados foram computados naquele ano, por tipo de local utilizado por grupos ou pessoas, para pernoite ou permanência diária e por região administrativa do Município. Pelos dados, essa população se concentra em sua maioria nas regiões Centro-Sul, que compreende a área central da cidade, a região Leste, que congrega bairros de classe média e de risco, margeando as grandes vias públicas, a Avenida do Contorno e Avenida dos Andradas. Também na região Noroeste, que embora não se configure como uma região de extrema pobreza, é possuidora de viadutos de acesso aos bairros periféricos, tornando-se lugar privilegiado para a fixação dessa população. É nesta regional que também se localizam a maioria dos equipamentos sociais de atenção a essa clientela e que foram reformados e redimensionados em sua lógica de funcionamento a partir de 1993: o Albergue Municipal, o Centro de Referência para População de Rua, local para passagem do dia, cuidados com o corpo, de oficinas de arte, reuniões etc, a República Masculina inaugurada em 1994 e a Casa Maria Maria, inaugurada em 2000, para acolher as mulheres e seus filhos, abrigando hoje 40 mulheres e sete crianças, sendo que, cerca de 80% de sua clientela são de pessoas em atendimento com sofrimento psíquico, segundo responsável pela casa.

Na região Centro Sul, o censo de 1998 computou 343 pessoas nessa situação, sendo que 264 delas foram encontradas morando sob viadutos ruas e avenidas. Nos Centros de Referência para população de rua foram encontradas 33 pessoas. Sob viadutos, 45 pessoas foram encontradas, e 01 em outro logradouro.

Na região Leste foram computadas cinco pessoas vivendo sob os viadutos. Nas ruas, avenidas e praças, 33 pessoas; quatro em outros logradouros. Na região Noroeste foram encontradas 315 pessoas que passam o dia nas ruas e dormem no Albergue Municipal, 78 morando sob os viadutos e 42 vivendo nas ruas praças e avenidas, computando um total de 435 pessoas. Na região Nordeste foram encontradas nove pessoas morando nas ruas. É ainda digno de nota o número de população encontrado sob viadutos na região Oeste – 53 pessoas margeando as grandes malhas viárias e morando sob viadutos e 01 pessoa morando em uma praça. Na região Pampulha foram computadas 11 pessoas morando sob viadutos e 10 vivendo em praças, ruas e avenidas. Nas regiões Barreiro, Norte e Venda Nova somaram-se um total de 10 pessoas vivendo sob viadutos ou em praças, ruas e avenidas. É importante ressaltar que o censo de 1998 não absorveu a população de crianças e adolescentes que fazem da rua um

lugar de moradia. A pesquisa não computou a distribuição etária da população inferior a 18 anos que vivia sob a responsabilidade de moradores de rua. Caso esses dados fossem considerados, apresentar-se-ia um aumento significativo no número total da população de rua do Município.

Resta acrescentar o número de 819 crianças e adolescentes (dados fornecidos pelo Programa Miguilim, da Secretaria Municipal de Assistência Social em 2003), que compreende a população de ‘meninos e meninas com trajetória de rua’ (FERREIRA, 2001), àquelas que, organizadas em ‘bando’, fazem também da rua um lugar de moradia.

Essa população, apesar de ser composta por Brasileiros natos na sua totalidade, nunca recebeu os serviços que o Estado deve prestar aos cidadãos. Ou seja, sempre esteve fora de todos os níveis de atenção aos quais tem direito todo cidadão desde a infância. Em sua maioria são analfabetos, ou com grau insuficiente de escolaridade (primeiro grau incompleto) e sem qualificação profissional. Em sua maioria, não possuem moradia, apresentam problemas sérios de saúde, inclusive de saúde mental, tema de meu interesse nessa pesquisa.

3.7 O lugar do louco no espaço da miséria

Se os dados das pesquisas sobre a população moradora de rua realizadas em vários Estados brasileiros, no período de 1992 a 1998, são alarmantes, as estimativas apresentadas são ainda mais graves na medida em que anunciam seu crescimento perante o agravamento de questões mais amplas por que passa a Nação brasileira. A partir das pesquisas realizadas em São Paulo, Porto Alegre, Juiz de Fora e Belo Horizonte, no momento em que essa massa crescente de pobres ganha as ruas buscando modos de sobrevivência, passando a ter visibilidade social através das pesquisas censitárias e da mídia, é que vamos encontrar, dentre eles, uma quantidade considerável de portadores de sofrimento psíquico grave. Por conseguinte, sua incidência silenciosa e constante, o agravo de suas condições de saúde, o estado de abandono e desamparo em que se encontram não podem mais passar despercebidos.

O estudo que foi realizado na cidade de Juiz de Fora (HECKERT, 1998) aponta o crescimento desse segmento social no Brasil. Embora não aprofunde questões relativas aos determinantes sociais e subjetivos que levaram essas pessoas a fazerem opção por esse modo de vida, esse estudo traz referências importantes com relação às características especiais da população de rua, encontrando nela uma prevalência elevada de transtornos mentais. Trata-se de uma pesquisa que faz uma avaliação das condições de saúde mental deste grupo social. Tomando como referência a população de rua de Juiz de Fora, situada no sudeste de Minas Gerais, ateve-se somente aos indivíduos que efetivamente vivem nas ruas, excluindo os migrante e aqueles que ali estavam temporariamente.

Foram considerados moradores de rua pessoas ou grupos que passavam 24 horas do dia em lugares públicos, por dias consecutivos, suprindo de várias formas suas necessidades básicas de sobrevivência, sem apresentar endereço de moradia. Essa delimitação admitiu o uso de equipamentos assistenciais públicos e filantrópicos destinados à população denominada carente. Estipulou-se o tempo mínimo de 12 meses de exposição no espaço público e a idade mínima de 18 anos. Este trabalho contou com a participação de trabalhadores sociais da prefeitura municipal e os entrevistados, em número de 111, foram submetidos à aplicação de ficha epidemiológica, especialmente elaborada para a pesquisa e que reunia dados demográficos e biográficos, entre outros. Posteriormente, essa mesma população foi submetida à entrevista psiquiátrica segundo o protocolo do SCAN-Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, versão 1.0. Entre os entrevistados, apenas um não apresentou escore para um diagnóstico psiquiátrico. Os diagnósticos mais encontrados foram os relacionados ao abuso de álcool (9%); 32% transtornos de humor, seguidos por transtornos decorrentes do uso de outras substâncias psicoativas. Os transtornos orgânicos e psicoses esquizofrênicas alcançaram taxas idênticas de (9,6%). Foi encontrado índice elevado de co-morbidade (78,3%), predominando as associações entre alcoolismo e outros transtornos mentais. Encontraram-se dados indicadores da existência de um subgrupo específico de esquizofrênicos na população estudada.

Estudos realizados em Porto Alegre, em 1996, pela PMPA e FESC, em parceria com a PUC/RSG constatou a existência de 222 moradores de rua, que ali aportaram por problemas de relacionamento familiar e/ou dependência álcool/drogas. O mesmo estudo mostra que, como características comuns, apresentam histórias de sucessivas perdas, onde se incluem as

casas, o trabalho, a família e a própria auto-estima. Apresenta também um índice significativo de pessoas que não apresentam condições de fornecer informações (30% dos entrevistados) devido à desorganização mental em que se encontravam por ocasião da entrevista (REIS et. al. 1996).

Um estudo sobre o assunto foi iniciado em 1997, também em Porto Alegre, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com o Hospital das Clínicas – serviço de Psiquiatria e Medicina Legal, que fundamentou a elaboração de um projeto de pesquisa denominada: *Estudo sobre as condições sociais e de saúde mental de moradores de rua adultos no município de Porto Alegre*. Essa pesquisa, a meu ver, é a que mais se aproxima dos objetivos desta dissertação, na medida em que busca uma correlação entre *o status de saúde mental desta população e sua história de vida vinculada à situação de rua*. Pretende também avaliar as características desse grupo social, na perspectiva de trazer elementos importantes sobre suas condições de vida e saúde, contribuindo assim na construção de indicadores para formulação de políticas públicas específicas.

Um outro trabalho, o de uma organização não-governamental, “Médicos Sem Fronteiras” (2002), no Rio de Janeiro, através do Projeto Meio-Fio, atua diretamente junto à população de rua daquela cidade, oferecendo assistência médica primária e acompanhamento social, procurando garantir o acesso à saúde e reduzir os índices de morbidade e co-morbidade daquela população. Considera-se que 38% da população assistida apresentam algum componente psiquiátrico de base ou secundário à sua condição social.

Os trabalhos de pesquisa, abordagem e atendimento à população de rua e particularmente às pessoas com sofrimento psíquico grave nessa condição, que estão sendo desenvolvidos em Belo Horizonte, serão apresentados no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 4

A POLÍTICA DE INCLUSÃO:

O Bandarra

Ele só andava por lugares pobres

E era ainda mais pobre

Do que os lugares pobres por onde passava

*Falou do começo: Quem abandona a natureza entra
a verme*

Aves nutriam por ele deslumbramentos de criança

Ele sabia o sotaque das lesmas

E tinha o modo de árvore pregado no olhar

O homem usava um dólmã de lã sujo de areia e cuspe

De aves

Mas ele nem tô aí para os esterco

Era desorgulhoso

Para ele a pureza do cisco dava alarme

*E só pelo olfato esse homem descobria as cores do
amanhecer*

Manoel de Barros

A exposição das atividades desenvolvidas pelos pobres que na rua buscam recursos para sua sobrevivência, tornou-se uma demonstração exemplar de como a rua se transformou em espaço de construção de fronteiras econômica, política e cultural. Fazendo um recorte nesse contingente que se amplia no espaço urbano, particularmente na cidade de Belo Horizonte, tentarei caracterizar esses personagens de difícil abordagem, que têm passado despercebidos das pesquisas censitárias em geral – os loucos de rua. Sujeitos que, de uma forma singular, compõem o cenário das cidades, mantendo-se geralmente isolados do conjunto da população adscrita – de rua, fazendo também do espaço público um lugar de moradia e, a seu modo, algum tipo de laço, algum tipo de negociação e de aliança.

Esforços conjugando campos de saberes científico, técnico, políticos e organizacional, no Brasil e em outros países, têm promovido uma ampla discussão em torno do paradoxo que envolve a questão da cidadania dessas pessoas e da possibilidade da construção de um outro lugar social para a loucura na sociedade, diferentemente do que, como já visto, reservou-lhes as cidades clássicas e depois as modernas, desde sua apropriação pelo discurso médico-psiquiátrico no século XIX, seu conseqüente *enclausuramento* nos depósitos reservados à exclusão da “anormalidade” humana, ou seu abandono nas avenidas, ruas e nas praças públicas.

4.1 – Antecedentes históricos da reforma psiquiátrica brasileira

Delgado, em *As razões da tutela*, faz uma síntese dos antecedentes históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, situando, em 1903, o início de seu *período reformista* com a convocação do especialista em sífilis cerebral, Juliano Moreira, para salvar o Hospício Nacional de Alienados e formular uma política para a área. Juliano Moreira propõe a criação de colônias agrícolas. A era Capanema, no período do Estado Novo, consolida o modelo das colônias agrícolas de inspiração germânica. O manicômio se estabelece solidamente como o centro gerador de idéias, de políticas e de formação em saúde mental. Em 1946, é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, fechando um ciclo de grande significado para a compreensão do modelo brasileiro. Três movimentos são fundadores: o expansionismo manicomial da era Capanema, sua sustentação legal através do Decreto 23.559, de 1934, e a criação do já citado Serviço Nacional de Doenças Mentais. Durante os anos 50, há o prosseguimento da implantação de hospícios públicos estaduais, ao lado da construção de estabelecimentos privados filantrópicos.

A partir de 1966, o movimento sofre uma inflexão definitiva com o investimento maciço, por parte do governo, na criação e contratação de clínicas privadas. Isto levou à expansão desordenada da oferta de leitos psiquiátricos custeados pelo Poder Público, que foram preenchidos, não raras vezes, através de uma demanda que não era de natureza exclusivamente médica. Assim, os anos 60 e 70 foram marcados pela cristalização do modelo hospitalocêntrico, que se tornou o principal adversário de diversas tentativas de

descentralização do modelo, buscando práticas não asilares (INPS 1973; INAMPS/CONASP 1982; MS/DISAM 1983; Cerqueira 1983).

Entretanto, a Reforma Psiquiátrica contava com um antepassado importante que já vicejava na década de 60: a comunidade terapêutica, experiência que foi absorvida por alguns hospitais privados e que, se não prosperou como modelo, serviu para instigar idéias.

Delgado (1992) chama a época compreendida em 1978/1987 de período germinativo. Enfatiza três movimentos políticos que foram capitais para que o pêndulo mudasse seu curso a favor da reforma: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em Camboriú, em 1978, que se moveu em torno da participação dos trabalhadores de Saúde Mental no painel sobre Assistência Psiquiátrica; o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, que contou com a presença do psiquiatra italiano Franco Baságlio que, na época, visitou vários hospitais psiquiátricos, além do comparecimento maciço de trabalhadores de saúde mental de todo o País. Foi onde se promoveu a primeira denúncia oficial da violência manicomial no País. Outro evento que acelerou a concretização das aspirações da reforma em Minas Gerais compreendeu o ato de fechamento sumário do Hospital Psiquiátrico Anchieta, em Santos, no Estado de São Paulo, pela então prefeita Telma Santos (1989/1992), seguida da imediata criação de serviços substitutivos naquela cidade.

A progressiva abertura do governo militar e a vitória do PMDB nas urnas de Minas Gerais e São Paulo proporcionaram à realização de experimentos em direção à reforma. A estratégia de ambulatorização foi reiniciada em novas bases e houve a contenção do parque manicomial privado. Essas medidas não tiveram nenhum impacto significativo na qualidade do atendimento e não abalou a hegemonia asilar, mas foram embrionárias para o que veio depois.

Ao longo da década de 80, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, surgido em 1978, consolidou-se, culminando, em 1991, na criação do 'Fórum Mineiro de Saúde Mental', espaço aberto à participação de técnicos, usuários, familiares e movimentos sociais, que acabou por se constituir em uma grande tribuna não-governamental para o

encaminhamento das pautas, do que passou a denominar-se “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”.

Ainda no campo institucional, em Belo Horizonte, dois outros eventos associados e de particular importância vieram dar as condições políticas concretas para a mudança do modelo de Assistência em Saúde Pública: a decisão de implantação do Sistema Único de Saúde, a partir da Carta Constituinte de 1988, que possibilitou “a articulação entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária Brasileira” (CAMPOS, 1998) e a ascensão do município à categoria de gestão plena da assistência.

4.2 - O projeto de saúde mental do município de Belo Horizonte

Belo Horizonte é o município brasileiro que mais avançou no cumprimento da Lei n. 10.216, da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a humanização do tratamento psiquiátrico no Brasil. Uma rede de serviços substitutivos aos manicômios vem sendo construída ao longo dos últimos 10 anos no município: os Centros de Referência para o atendimento de pessoas em crise, os Centros de Convivência, as equipes mínimas de saúde mental dos Centros de Saúde, os Programas de Geração de Renda e Trabalho e, mais recentemente, os dispositivos de Residências Terapêuticas, criados a partir da Portaria n. 004/2000, pela Secretaria Municipal de Saúde, no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde. Esta rede de serviços dispõe sobre a adoção de equipamentos públicos para acolhimento de pacientes que tiveram seus laços sociais fragilizados e até mesmo rompidos, após um longo período de internação. São dispositivos que fazem frente às estruturas clássicas de ordem médica e policial de controle social, que encarcerou durante mais de duzentos anos os denominados “loucos de todo gênero” nos hospícios (expressão observada no Código Civil Brasileiro, de 1916, herdado do Código Criminal do Império).

Como foi visto no capítulo 2 desta dissertação, a exemplo das capitais mais desenvolvidas, Belo Horizonte vinha, até então, caminhando na direção de uma cultura manicomial solidamente implantada, tal como ainda hoje encontramos em várias cidades brasileiras. Entretanto, uma mudança de rumos ocorre, facilitada por um movimento em curso

no Estado de Minas Gerais, desde o final da década de 70, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental.

Um texto (LOBOSQUE & ABOU-YDI, 1998:248) denominado *A cidade e a loucura – entrelaces*, traz uma referência interessante a respeito dessa mudança em Minas Gerais:

Um curioso desvio de rota parece ter-se iniciado entre nós. Na efervescência desse movimento, os profissionais de saúde mental apropriam-se de certos saberes contemporâneos como o da filosofia de Foucault, a sociologia de Castel, a psiquiatria como a de Baságliá que, em 1979, fecha as portas de um hospital psiquiátrico em Trieste, na Itália. Dissemina-se, então, em diferentes espaços, críticas e debates que abordam, sob um novo ângulo as questões suscitadas pela loucura.

Até 1986, o município de Belo Horizonte contava com uma rede de serviços de nível primário e secundário completamente “sucateadas” e dentro de um modelo de assistência perverso e incipiente. Entre 1986 e 1993, os ambulatórios e os PAMS, que funcionavam tendo como referência o modelo médico, distribuídos na cidade em conformidade aos interesses políticos de ocasião, passaram a contar com um profissional de saúde mental, aí lotado a partir de interesses múltiplos e aleatórios. A absorção desse profissional pela rede de assistência se assentava na proposta de enfrentamento da questão da saúde mental, pelo viés de um modelo preventivista que, além de manter a lógica manicomial intocada, trazia em seu bojo o agravante de uma psicologização, medicalização e psiquiatrização de questões sociais.

Na nova organização da assistência preconizada pelo SUS, que implicou a universalização, regionalização, distritalização e territorialização da atenção à saúde, a rede ambulatorial básica, o antigo nível primário, passa a exercer função específica no conjunto geral da reforma sanitária: responder de forma eficaz e ágil pelos agravos à saúde da população de uma determinada área de abrangência. De Posto de Saúde passa a Centro de Saúde, passando por reformas de área física, acréscimo de especialidades, organização da farmácia, aquisição de equipamentos e recomposição de recursos humanos, entre eles psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais para compor as denominadas equipes mínimas de saúde mental. Elo importante do projeto maior de desconstrução da lógica manicomial no município, em articulação com os demais níveis locais ou de proximidade territorial de

atenção à saúde mental, os Centros de Referência em Saúde Mental para o atendimento das urgências e os Centros de Convivência como espaços de oficinas de artes e ofícios.

É nesse contexto que o Centro de Saúde Carlos Chagas, que se constituía em equipamento de assistência imunológica para todo o Estado, municipaliza-se, passando, através do Orçamento Participativo de 1996 – mecanismo de gestão popular de políticas públicas –, a compor a rede de equipamentos de saúde do Distrito Sanitário Centro Sul e a responder, inclusive, pela demanda de atenção à saúde da população fixada nas ruas de sua área de abrangência, a região central da cidade.

4.3 - O trabalho no Centro de Saúde Carlos Chagas

A equipe de saúde mental do Centro de Saúde Carlos Chagas, desde a sua municipalização, em 1996, vem trabalhando a partir da elaboração de um projeto específico para sua área de abrangência – o acolhimento e atendimento ao morador de rua com sofrimento psíquico, além do atendimento aos egressos hospitalares, priorização dos casos graves de neurose e psicose de crianças, adultos e adolescentes, o estabelecimento de parcerias com os demais equipamentos de saúde mental já constituídos; interlocução com equipamentos comunitários ou governamentais de reinserção social.

Acolher pessoas com sofrimento psíquico grave em uma unidade como esta não é tarefa fácil. O paciente com sofrimento psíquico, que até então tinha os hospícios como referência para atendimento e internação, passa a ter entrada na rede de saúde pelo denominado nível básico ou primário, como qualquer outro cidadão, com acesso concomitante e suporte de todas as demais especialidades clínicas ali existentes. Essa estratégia de entrada no sistema de saúde para pessoas com sofrimento psíquico grave exige, por seu turno, uma interlocução constante dos profissionais de saúde mental com os profissionais das demais áreas de atenção da unidade, os porteiros, os faxineiros, motoristas, auxiliares, agentes comunitários de saúde, equipe de enfermagem, a clínica médica geral e especializada e a gerência da unidade. Envolve também uma articulação externa e constante com os diversos atores sociais que compõem os projetos de construção de cidadania da

população em geral e, de forma específica, com aqueles que lidam com a questão da população de rua, como os equipamentos de atenção da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (os albergues noturnos próprios e conveniados, repúblicas, casas de passagem, centro de referência, a Associação de Catadores de Papel - ASMARE, a Associação dos Lavadores de Carro, o Departamento de Controle Urbano do Distrito Sanitário Centro-Sul, Superintendência de Limpeza Urbana, setor de Zoonose da Secretaria Municipal de Saúde, a Polícia Militar, a Associação de Moradores do Centro, empresários, lojistas, os hospitais psiquiátricos públicos e equipamentos de atenção à saúde mental substitutivos à lógica manicomial existentes na grande BH e interior. Em alguns casos é necessária a realização de contatos com outros estados, consulados, familiares e instituições públicas de outros países.

Em 2002, com a implantação do Projeto de Política de Saúde da Família, pela Secretaria Municipal de Saúde, o Centro de Saúde Carlos Chagas passou a contar com uma equipe de saúde da família – ESF, composta de um clínico geral, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma assistente social e um agente comunitário de saúde, voltada para a atenção à população moradora de rua. Em junho desse mesmo ano, essa equipe realizou um estudo do perfil dessa população, visando ao planejamento de ações que pudessem diminuir os riscos de adoecimento. Foram realizadas entrevistas com 120 pessoas que utilizam os equipamentos sociais de albergamento noturno da cidade, tendo em vista o recolhimento de dados com relação aos principais agravos à saúde dessa população. Foram detectados 33% de pessoas com patologia mental já aderida ou em processo de adesão à unidade de saúde.

Embora estejamos lidando com um segmento da população tida como de difícil aderência aos equipamentos de atendimento, os efeitos desse trabalho se fazem sentir no número significativo de estabilizações, de apaziguamento de quadros graves de psicoses, de restabelecimento de vínculos familiares ou substitutos, até mesmo em outros municípios e Estados, na construção de laços sociais antes inimagináveis, na inserção no mercado formal e informal de trabalho, nos fóruns de participação popular e luta pela cidadania da cidade, na assiduidade aos atendimentos clínicos em geral, locais e em outros equipamentos da rede, na diminuição significativa de reinternações psiquiátricas.

Entretanto, uma parcela desta população tem-se destacado como objeto de difícil abordagem, e por isso mesmo se tornaram sujeitos privilegiados de minha pesquisa prática e conceitual. São os andarilhos, os moradores dos ‘bueiros’, dos terrenos baldios, dos barracos de papelão improvisados nas praças públicas, dos casarões abandonados, sitiantes anônimos dos parques, fixados em esquinas, nas portas de residências, lojas e instituições, debaixo de marquises e viadutos que provocam a comoção dos órgãos envolvidos no controle urbano e zelo dos bons costumes sociais. Figuras excêntricas, personagens de uma estética bizarra que compõem o cenário do cotidiano da grande metrópole, carregadas de objetos, pertences singulares e badulaques, silenciosas e, em princípio, arredias ao mínimo laço social. A realidade dessa população é de difícil abordagem, colocando a nu, no espaço social, uma certa ‘estética da loucura’ agregada a uma estética da fome, da miséria material, psíquica, e da exclusão absoluta.

A essas pessoas faltam as âncoras dos elementos simbólicos e concretos, que normalmente o conjunto da sociedade, mesmo precariamente, tem à sua disposição, como os laços comunitários e familiares minimamente estabelecidos, instrução, acesso aos bens sociais, aos meios de subsistência e assistência, educação, lazer, trabalho e renda.

Esses loucos que fazem da rua um lugar de moradia e se constituem em objeto privilegiado de minha dissertação são, em grande parte, oriundos de camadas pauperizadas da população, mas, diferentemente dos demais, encontram na estrutura psíquica que lhes são próprias um elemento agregador ao estado de miserabilidade idêntica ao dos moradores de rua: dificuldade com o cuidado de si, alheamento com relação à questão do tempo e, de forma singular, uma dificuldade maior e diferenciada de fazer laço social. Por conseguinte, terão dificuldades também no estabelecimento das mediações simbólicas necessárias na apropriação da rua com seus pares na miséria. Fazem laço com o mínimo de pessoas, geralmente com quem lhes dá o alimento, o calçado, o cobertor, tornando-se pouco a pouco molambos humanos, encobertos em trajes extravagantes e em constante risco de vida.

Alguns deles, por iniciativa própria, auxiliados ou não pelos órgãos de assistência, ensaiam uma forma de ganho pela via do trabalho, como engraxates, locutores de rádio, catadores de latas, varredores de rua, lavadores de carro, vendedores ambulantes, etc. A meu

ver, essas iniciativas se constituem para essas pessoas em verdadeiras atividades laborativas, além de serem também um trabalho intenso de ordenamento psíquico. O fato de essas atividades se encontrarem associadas a um componente delirante, não lhes imputa nenhum desdouro; entretanto, o fato de serem exercidas sem nenhum suporte, seja no âmbito de um referencial terapêutico, seja de um setor do campo do trabalho, não se sustentam por muito tempo. A degradação física, psíquica e social para esses indivíduos é progressiva quanto mais distantes estiverem do cuidado de outrem (da assistência institucional, estrutura familiar, da comunidade etc). É importante acrescentar que, em um passado muito recente, quando essas pessoas em “crise” extrapolavam os limites do convívio, excediam do pacto social estabelecido mesmo que precariamente com a classe média, com o entorno miserável que disputava com ele o espaço público/privado em nosso país, eram levadas pelos órgãos de controle social para internação involuntária, de onde retornavam após algum tempo, tentando ocupar o mesmo espaço de fixação, caso o entorno não se lhes tornasse hostil.

Esses sujeitos, portadores de sofrimento mental grave, geralmente psicóticos e apresentando comportamento excêntrico, por isso mesmo vulgarmente denominados “loucos”, compreendem uma parte não desprezível da população pauperizada das grandes metrópoles - no caso “loucos de rua”, que, na forma extremada de privação e abandono, constituem-se em um extrato específico da exclusão social. Isto porque

pelo sofrimento psíquico e pela sociedade, situando-o novamente no espaço, no tempo e como habitante da cidade, na medida em que desvela a história de sua identidade, que se tornou desconhecida ou há muito esquecida. Esse encontro com um outro pode levar a um novo contar, onde se pensava nada mais haver para ser contado.

Não existe trabalho de campo que não vise ao encontro com um outro, que não busque um interlocutor, de que não existe escrita de pesquisa que não coloque o problema do lugar da palavra do outro no texto. (AMORIM, 2001:18).

Ao dar ênfase à questão da palavra, como espaço de um saber a ser construído nessa pesquisa, enfrentei um outro desafio: o de considerar a palavra do louco em seu valor de verdade. É importante lembrar que se trata de um campo de pesquisa novo, de dar a palavra a sujeitos que, na maioria das vezes, trazem um componente delirante em sua fala, e que nem por isso é considerada desprovida de um valor de verdade.

LOBOSQUE (2001) enfatiza o lugar privilegiado que tem a palavra do portador de sofrimento psíquico em um tratamento que tem como objetivo justamente ajudá-lo a sair dessa condição de “portador”. Nesse sentido acentua como primeiro passo obter dele próprio o consentimento para tratá-lo, *o que só se faz quando colocamos em primeiro plano as palavras que nos traz, considerando o lugar desde onde ele as enuncia*. Trata-se, portanto, de algo para além e distinto da investigação dos aspectos fenomenológicos que, certamente, são importantes e pelos quais se interessa a psiquiatria clássica. E de considerar que a palavra do louco:

(...) por mais desarranjada que esteja em sua tessitura, resguarda ao menos virtualmente a possibilidade de interlocução: mesmo quando fala sozinho, é a um Outro que o sujeito se dirige – um Outro que fala com ele, ainda que alucinatoriamente. Mesmo quando a possibilidade de endereçar-se a alguém parece inteiramente perdida, não será jamais perda de tempo procurar resgatá-la. (LOBOSQUE, 2001:39)

Trata-se ainda do estabelecimento de uma interlocução com um sujeito diferente e distinto e com quem é possível, mesmo na dissimetria dos discursos e posições, um encontro no desenrolar do trabalho, que Benveniste denomina *condição de intersubjetividade*

(AMORIM, 2001:89) e que Françoise Devoine denomina *condição particular de enunciação* (AMORIM, 2001:213).

5.2 Sobre os sujeitos da pesquisa

Todos os sujeitos da pesquisa, após a primeira abordagem, foram considerados portadores de sofrimento psíquico grave pela equipe de saúde mental do Centro de Saúde Carlos Chagas, da qual faço parte, estando eles, em sua maioria, excluídos da rede de assistência à saúde e social. Uma outra característica comum a esses sujeitos é a forma de sobrevivência, aproveitando-se do lixo para retirada de alimentos e sucatas para construir sua moradia ou demarcar seu território no espaço de fixação escolhido. Alguns deles confeccionam sua própria vestimenta, o que lhes dá uma característica bizarra e extravagante. Outros recolhem objetos que encontram nas ruas, pedaços de madeira, fios de arame, pedras, sacolas de plástico, tecidos, cordões, pulseiras de relógio, antenas de rádio, equipamentos eletrônicos, passando boa parte do dia envolvidos em seu acondicionamento e em sua manipulação. Alguns deles têm o hábito de leitura de algum livro de cunho religioso, didático, poético ou semanário antigo de jornal. Um deles passava o dia todo andando pelas ruas da cidade, tendo como argumento a necessidade da espera do anoitecer para então se recolher. Alguns deles apresentam alguma alteração da linguagem, ora articulada, ora incompreensível, e apenas um permaneceu durante todo o período da pesquisa em absoluto silêncio. Outros apresentam um discurso totalmente delirante de conotação messiânica, mística, oracular, reivindicatória ou persecutória. Ou falam incessantemente de seus objetivos. Mais adiante vou retomar em detalhes cada um desses aspectos. Mas vejamos, apenas para ilustração, dois fragmentos de falas:

*Pretendo fazer aqui uma construção.. É necessário um tipo de trabalho, uma estaca, uma demarcação com esses materiais. Depois de passar algum tempo tem que ser feito um outro tipo de trabalho, colocar as estacas nas partes onde deve ser iniciada a construção. Mas por enquanto, não. Fica assim de papel por enquanto...
é uma obra aberta...*

...eu decidi viver na rua por causa de uma revelação. E na minha maneira de viver tem uma regra. Assim como a OAB tem uma regra sou da Ordem de Melquizedeque: sem pai, sem mãe, sem genealogia, sem princípio nem fim de dias...

Nas consultas que fiz aos arquivos de dois hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte – o Instituto Raul Soares e o Hospital Galba Veloso – ambos conhecidos da população em geral e com a função histórica de serem a porta de entrada para a rede hospitalar conveniada e, mais recentemente para a rede substitutiva aos hospícios, encontrei prontuários de seis dessas doze pessoas. Duas delas passaram períodos significativos de suas vidas produtivas entre a fixação nas ruas e estadia no Hospital Raul Soares.

Dos 12 sujeitos pesquisados, sete são do sexo masculino e cinco são do sexo feminino. A média de idade dessas pessoas é de 30 a 55 anos e a ida para a rua se deu para todas elas entre a idade de 20 a 40 anos aproximadamente. Seis delas são de cor negra, uma mestiça e cinco são de cor branca. Com relação à cidade de origem apenas três nasceram em Belo Horizonte, cinco são do interior do Estado de Minas Gerais e quatro vieram de outros estados do país. Mais dados a este respeito está na tabela anexa ao fim desta dissertação.

Dados relevantes dizem respeito à profissão dos sujeitos entrevistados. Onze se situaram em condições de subemprego, desempregados ou assalariados, antes da ida para as ruas. De um ainda não foi possível colher nenhum dado a esse respeito. Quanto ao grau de escolaridade, seis tiveram o primeiro grau incompleto, dois concluíram o segundo grau, e dois tiveram-no incompleto. Apenas um se apresentou sem nenhuma escolaridade. Outro dado relevante diz respeito à moradia anterior dos entrevistados: sete disseram possuir moradia própria antes da ida para as ruas, quatro sujeitos as consideraram boas, três as consideraram precárias, dois disseram que suas moradias eram pobres mas não eram muito ruins. De um deles não foi possível obter nenhum dado a esse respeito e, outros dois passaram uma boa parte de suas vidas em instituições para menores abandonados ou infratores.

Outro dado importante diz respeito ao tempo de permanência nas ruas: cinco dos sujeitos entrevistados estavam nessa condição há mais de dois anos. Quatro estavam nas ruas há mais de cinco anos. Dois há mais de 10 anos e um há menos de seis meses.

Com relação ao estado civil dos sujeitos entrevistados, oito se disseram solteiros e quatro se disseram separados. Dez deles vivem completamente isolados e não estabeleceram nenhum vínculo social significativo durante todo o tempo de fixação na rua. Oito tinham os vínculos familiares completamente cindidos e quatro mantinha-os em condições muito precárias. Tal dado os distingue da população de rua em geral, que muitas vezes congregam famílias inteiras, se reúnem e se organizam em grupos, buscando em conjunto as mais variadas formas de sobrevivência e de vínculo com diversos grupos sociais. Duas das senhoras entrevistadas ressentem-se da falta dos filhos que lhes foram tomados por instituições públicas e doados a outras famílias, o que nos remete à problemática dos portadores de sofrimento mental em relação aos filhos, as implicações e conseqüências dessa separação no adoecimento psíquico dessas pessoas, questão que será aprofundada no item sobre estudo de casos.

Nenhum dos doze entrevistados demonstrou interesse em retornar para casa de seus familiares ou ingressar em algum dos equipamentos de assistência existentes no Município, nos primeiros contatos realizados. Três foram retirados do local de fixação por ocasião do agravo de sua saúde física e mental. Desses três, um retornou à família, outro passou a morar em uma pensão, e o terceiro, depois de uma rápida estadia em um hospital psiquiátrico, encontra-se atualmente em um abrigo provisório pertencente ao Estado. Uma senhora, atualmente, mora em uma casa locada pela Prefeitura, outra está residindo em uma república para mulheres. Uma outra passou a morar ora com os parentes, ora em um barracão alugado, por iniciativa própria. Outra fez uma demanda de moradia e aguarda os encaminhamentos dos órgãos da Prefeitura. Um dos entrevistados voltou ao trabalho e se diz disposto a retornar para a casa de sua família. Um deles ora fica na rua, ora aluga uma pensão. Apenas dois dos entrevistados não demonstraram interesse algum em sair do local de fixação. Dois sujeitos estão desaparecidos, Oito encontram-se atualmente em atendimento residencial, ou ambulatorial. Dois continuam sendo acompanhados em seu local de fixação.

5.3 Análise dos casos

Considerando a complexidade dos dados obtidos no campo e o grande número de questões que eles suscitam, optei pela seleção de oito dos doze casos pesquisados.

5.3.1 Sobre dois percursos de internação

Caso 1: A Dona da Praça

Meu desejo de realizar um estudo mais sistematizado sobre essa população nasceu da primeira abordagem que realizei em conjunto com uma educadora social da Secretaria Municipal de Assistência Social, em 1996, quando ainda não existia nenhum equipamento público nem profissionais preparados para o enfrentamento desse tipo de questão.

Trata-se de uma senhora alta e negra, de 45 anos que, há muitos anos, fazia do quarteirão fechado da rua Rio de Janeiro, próximo a Praça Sete, região central da cidade, seu lugar de moradia, local de trabalho e palco de reivindicações.

No primeiro contato, nós a encontramos em franca agitação, respondendo com veemência e irritação aos achques dos transeuntes que passavam ou se postavam junto a sua casa de papelão, erguida no centro daquele quarteirão. Dizia-se dona daquele espaço, bem como de outros existentes na cidade, lembrava a todos que ‘perdera sua casa em um incêndio’, devendo-lhe o Estado, por isto, deferência e obrigações. Trazia na cabeça um pano encardido e no corpo roupas feitas de restos de cobertor. Na boca restava-lhe apenas um dente, o que lhe dava um aspecto assustador.

Diante do agravamento de seu quadro clínico, que punha em risco a sua vida e a de quem por ali passasse, da falta de dados dos técnicos sobre sua origem e referências

familiares, além da ainda inexistente articulação entre os serviços substitutivos aos manicômios para o acompanhamento e acolhimento desses casos, essa senhora ativa e exigente foi levada, por força de nossa impotência clínica e institucional, pela Polícia Militar para internação no Instituto Raul Soares.

A consulta aos arquivos dessa instituição revelou que, durante os últimos sete anos, ela havia passado por sete internações. Sua vida assim se resumia: por três meses do ano morava no hospício, os outros nove morava e trabalhava naquele quarteirão como vendedora ambulante. Por ocasião de uma visita ao hospital, encontrei-a no fundo da enfermaria feminina, iniciando a construção de uma nova casa de papelão. Essa atitude acelerou a sua alta hospitalar, uma vez que foi considerada pelos técnicos da instituição como uma tentativa de fixar moradia naquele local. Em uma reunião realizada com os técnicos de referência, fui informada de que, para a instituição, aquela senhora estaria “melhor na rua do que no hospital”.

Sabemos que a permanência de pessoas na rua se dá *sempre em função de rupturas. Rupturas drásticas com a família, a escola, a comunidade de origem, muitas vezes com a série de instituições e Programas de Assistência* (FERREIRA, 2001:35). Tais considerações tornam no mínimo insuficientes os argumentos de “melhoria na rua”, que justificaram a alta daquela senhora do hospital psiquiátrico. Se podemos considerar que fatores subjetivos podem estar associados a esse tipo de “opção”, uma análise mais acurada da situação pode nos levar a entender que a casa de papelão, lençóis e madeira, construída por essa senhora tanto na rua quanto na enfermaria do hospital psiquiátrico, dizia respeito menos a uma opção real de fixação na rua ou de permanência no hospício e mais a uma forma de elaboração de cunho delirante, de aparente apaziguamento do sofrimento psíquico que a acometia. Era uma forma singular usada por essa senhora, seja no hospício ou na praça pública, para se referir a uma série de motivos ainda desconhecidos, algo muito importante que havia sido perdido. Enfim, uma verdadeira tentativa de solução de sua situação de indigência social e psíquica.

Recebida a alta hospitalar ela retorna, imediatamente, à praça. Acompanhada por um psiquiatra da unidade de saúde de referência, passei a visitá-la periodicamente nesse lugar de fixação. Um trabalho paralelo a esses encontros, de contato com os trabalhadores locais, de

busca de referências familiares, foi iniciado pelos profissionais da área da assistência social. Localizada a família, essa senhora chegou a passar um mês morando em bairro longínquo e pobre, em companhia de um filho e de sua nora, situado na região metropolitana. Nesse período, visitei-a e constatei a precariedade da moradia e de sua condição de convivência familiar.

Voltando à praça, ela dá continuidade à construção de sua casa de papelão, mas recebe do Poder Público a oferta de uma casa, através do Projeto “Se Essa Casa Fosse Minha” da Secretaria Municipal de Assistência Social.⁵ Essa oferta, inicialmente recebida com desconfiança, em pouco tempo tornou-se uma realidade e a casa foi escolhida e mobiliada, passo a passo, com a sua participação. No início do ano de 2000, os atendimentos a essa senhora passaram então a ser discutidos, programados e realizados, em sua própria residência, pelas equipes de saúde mental do Centro de Saúde Carlos Chagas, do Cersam Leste (Centro de Referência em Saúde Mental) e educadores sociais, passando a ser a praça apenas seu local de trabalho e de encontro com seus pares na luta pela sobrevivência material.

Caso 2: Dona Branca

Uma outra senhora, branca, de 42 anos, foi abordada pela primeira vez por mim e pelos educadores sociais em março de 1999. Havia onze anos que ela dormia em um quarto da Praça Afonso Arinos, próximo ao Automóvel Clube, localizado na área central da cidade. Na consulta aos arquivos do Instituto Raul Soares, encontrei os dados de 32 internações iniciadas em 1986, quando ela tinha 25 anos de idade, e estendidas até o ano de 1999, todas elas motivadas por uma agressividade excessiva a terceiros. Consta nos arquivos da instituição psiquiátrica que a primeira internação dessa senhora se deu pelo fato de ela se encontrar muito agressiva, saindo muitas vezes de casa para as ruas, levando duas filhas pequenas. Consta no relatório médico dessa primeira internação, que ela trazia consigo uma criança de um ano ao peito e outra de três anos pela mão.

⁵ Programa recentemente extinto, (2002) de oferta de bolsa-aluguel para moradores de rua.

Com o início das abordagens realizadas por mim e com a presença sistemática dos educadores sociais no local de sua fixação, cessaram as internações e ela passou a falar de sua história, de sua cidade natal, de sua intolerância com as pessoas, de seus pais falecidos. Oriunda de uma cidade do interior de Minas, fala do pai sapateiro e seleiro de montaria, falecido quando ela ainda era criança, e por quem nutria uma afeição especial. A mãe faleceu quando ela tinha 14 anos e já trabalhava como doméstica na capital. Sua casa no interior foi tomada por um tio ‘brigador’. Frequentou a escola primária até os sete anos de idade. Diz que até o segundo ano ganhava livros e uniforme dos pais. No terceiro ano, a mãe conseguia-lhe os livros emprestados mas faltava material. No terceiro ano tomou bomba, e logo em seguida veio com a mãe e demais irmãos para a Capital.

Não se casou, mas teve seis filhos. Quatro deles com um homem, dois com um outro. Contou-me que todos os seus filhos foram encaminhados para adoção. Fala ainda de uma aflição com relação ao outro sexo, dos homens que fazem filhos e depois se vão.

Justifica sua ida para as ruas pelo fato de ser pobre e ter perdido sua moradia. Estabeleceu como estratégia de manutenção nessas condições passar o dia inteiro andando e só à noite se recolher. Quando se cansa, usa um banco da praça e espera anoitecer. Traz consigo algumas sacolas, em uma delas, roupas, em outra, cobertores, em uma outra um colchão velho e pedaços de papelão. Não pede esmolas e sente-se fraca para trabalhar. Relatou-me que tomava banhos periódicos e se alimentava em casa de uma senhora, moradora da área central da cidade, que para sua infelicidade, veio a falecer.

Durante os anos de 2000 a 2003, além dos aspectos clínicos, trabalhamos com essa senhora na reorganização de sua documentação e na obtenção de um benefício previdenciário. Gradativamente, ela passou a frequentar o Centro de Saúde Carlos Chagas, a Secretaria de Assistência Social, o restaurante popular, a agência bancária, as lojas da cidade, lanchonetes. Chegou a fazer duas visitas aos familiares residentes em sua cidade de origem. Atualmente, mora na ‘Casa Maria Maria’, moradia provisória da Secretaria Municipal de Assistência Social. É assídua aos atendimentos no Centro de Saúde onde fala da vontade ainda existente de se isolar na rua, mas também do desejo de morar em uma casa, em que os gastos de locação não comprometam sua alimentação. Fala também de um grau de insuportabilidade ainda intenso com relação ao outro, mas não o suficiente para que ela o agrida, podendo assim

transitar com maior tranquilidade entre a casa provisória e a unidade de saúde. Nesse caso, foram necessários paciência e um longo trabalho de construção da possibilidade de que ela pudesse realizar um outro trânsito pela vida e pela cidade.

Atualmente, nos atendimentos na unidade de saúde, essa senhora tem tido a chance de se perguntar sobre em que condições poderia ter criado seus próprios filhos. Questão que também é colocada por outras pessoas com sofrimento psíquico dessa ordem. Esse caso nos remete à necessidade de discutir a relação dessas pessoas com os filhos, sobre o destino dessas crianças quando os pais ou vão para as ruas, ou são internados ou afastados para tratamento. Sobre os efeitos desse afastamento na subjetividade da criança e de seus pais, enfim, questões que podem inaugurar uma discussão com relação à psicose, família e parentalidade.

QUINTÃO (2003) convida-nos a uma reflexão sobre nossa prática na rede pública de saúde, onde é comum o encontro com situações clínicas mais ou menos dramáticas, de pessoas com sofrimento psíquico com filhos pequenos ou próximos da concepção, que perderam as referências sóciofamiliares, guardando, quando muito, uma relação tênue com as mesmas.

As soluções encontradas até o momento pela sociedade, diante do insuportável de tal situação, não foram além das propostas anticonceptivas, de esterilização e separação definitiva da criança de seus pais para adoção ou inscrição em um percurso institucional claramente danoso para esses pequenos sujeitos. Entretanto diz o psiquiatra:

Quando chegamos a testemunhar alguns encontros tardios dos pacientes com seus filhos fica-nos a pergunta: o que podemos fazer para não reproduzirmos simplesmente atitudes que visam apenas o alívio de uma tensão insuportável de fato, mas que freqüentemente rompem com qualquer possibilidade, principalmente quando mais tarde uma estabilidade maior é atingida pelo paciente? (QUINTÃO, 2003:1)

Considerações sobre os casos 1 e 2

Nesses dois casos relatados tratamos das circunstâncias que levaram duas mulheres a se fixarem nas ruas da cidade por um longo período, sendo abordadas já em idade madura, uma delas apartada de seus filhos ainda pequenos, as duas em precárias condições psíquicas e materiais. Isso nos faz interrogar sobre as chances de acolhimento que elas tiveram, ao longo de sua estadia nas ruas, chances de escuta dessas dificuldades, durante as repetidas internações e atendimentos nas urgências dos hospitais psiquiátricos, que em nada concorreram para uma mudança radical nesse percurso de exclusão.

Por outro lado, podemos constatar o início de procedimentos que incluem abordagem e atendimento, inaugurando uma nova e criativa metodologia de trabalho e intervenção, junto a essa população até então desconhecida e, conseqüentemente, fora das políticas públicas de assistência.

5.3.2 Sobre o ‘habitar’ e sua significação para dois sujeitos em particular

Vimos, nos dois casos anteriores, a importância e a relação particular que cada um deles tinha com o ‘habitar na rua’ e a prática de internação vigente no município de Belo Horizonte até meados da década de 90. Vimos também como se age, atualmente, no tratamento da demanda de cada um deles, através das condições oferecidas pelo Poder Público local, a partir de 1998. Os dois casos que passaremos a relatar ilustram uma diferença com relação aos dois primeiros, exigindo outras formas de abordagem e tratamento das questões que suscitam.

Caso 3: O Senhor da Construção

Um senhor negro de 52 anos, oriundo de São Vicente, município do Estado de São Paulo, instalou-se há mais de 15 anos em um terreno baldio em um bairro de classe média, próximo à região central da cidade. Conta ele que, até os 20 anos, trabalhou como escriturário

em um cartório de uma cidade próxima à sua cidade natal, depois trabalhou em um escritório de café nas docas da cidade de Santos, e, mais tarde, como operário da construção civil, em outros estados. Relata que “antes havia duas moradias. Infelizmente a parede de uma delas ruiu, tornando o local muito perigoso”. As famílias que aí residiam tiveram então que se mudar e ele seguiu para a Bahia chegando até Aracaju. Após algum tempo resolveu retornar, passando pelo Espírito Santo, depois pelo Rio de Janeiro até chegar em Belo Horizonte e se instalar no seu atual “sítio”, onde diz ter encontrado uma nascente de um rio da qual retira água para sua sobrevivência, lugar que pretende futuramente fazer uma nova construção. Por enquanto tem executado um trabalho de “mapeamento do terreno” com esculturas de ferro velho e entulhos da construção civil.

Esse bairro, até a década de 80, acomodou casebres de moradores humildes que dali foram se retirando, dando lugar às edificações comerciais e residenciais da classe média alta. Lembra-se esse senhor de um manancial que passava pelo atual local de sua fixação, hoje submergido pelo asfalto. A coleta de dados feita com os moradores trouxe referências sobre o terreno baldio onde ele mora, hoje abandonado por disputa de contenda patrimonial. Ali ele sobrevive, morando sob um toldo de plástico, sustentando uma teoria da qual não abre mão: a vida é possível de ser mantida através de reaproveitamento do que se pode encontrar no lixo. Tem o hábito cotidiano de sair para trabalhar duas vezes por dia, retirando do lixo alimentos ainda em boas condições, tecidos que utiliza para confeccionar sua própria roupa e calçados que necessitam ser refeitos para se adaptarem ao seu muito caminhar. Traz sobre a cabeça um turbante à moda árabe para proteger-se do sol. Não sente falta de banhos. Separa os plásticos que recolhe do lixo, cuidadosamente, para que sejam usados como cama e proteção das “intempéries” e dos animais perigosos que ele chama de “protozoários”. Com vigorosa convicção, fala que pretende construir nesse espaço um assoalho de material mais consistente. Até o momento, ele tem organizado esse espaço utilizando-se de jornal, revistas e lixo, até que seja possível criar o que chama de “melhores condições”. Utilizando vários termos da área da construção civil, as mãos e um capacete de operário como instrumentos, tece e arquiteta os planos de uma futura e sólida construção. Faz rampas para facilitar a passagem naquela área que denomina “uma obra em aberto” e adia indefinidamente a sua concretização, pelo menos no que tange à complexidade exigida pela construção de uma residência, que diz ele, “por enquanto, fica assim, por enquanto”. Sabedores de seu costume de recolher cois as no

lixo, os moradores do entorno, reservam-lhe, no cotidiano, roupas velhas, sapatos e restos de alimentos que são cuidadosamente acondicionados nas lixeiras existentes na região.

Considerações sobre o caso 3

Esse senhor remete-me a Arthur Bispo do Rosário, renomado louco interno da Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, que viveu cinquenta anos dedicando-se, “sob as ordens de Deus”, a um trabalho de reconstrução do mundo. Trabalho este que executou através das artes plásticas e que evidenciava um extenuado exercício com as letras, sulcadas em bordados de pequenas imagens recobertas por linhas e palavras, que retratavam as coisas ordinárias do dia-a-dia. Sobre um pedaço de muro, Arthur Bispo escreveu: “Assim eu devo construir o muro que fica no fundo de minha casa”. E sobre uma telha recoberta... “telha – cobre vossa moradia”.

Assim como Bispo, podemos dizer que o “Senhor da Construção”, dessa “obra infinda”, está ao longo de muitos anos executando um trabalho exaustivo e cotidiano de apaziguamento de seu sofrimento psíquico. Não tendo no momento, ou como diz, “por enquanto”, nenhuma demanda de moradia ou pressa em passar para o “ambiente social”, mantém-se estabilizado em termos de saúde psíquica pela via do trabalho de planejamento, de ajuntamento de materiais, de latas, pedaços de peças de automóveis, arame e entulhos catados nas ruas, de demarcação do terreno com esculturas pacientemente elaboradas, repintadas e fixadas no solo de sua habitação. Não aceita nenhum objeto de quem quer que seja, diretamente. Um panetone que lhe ofereci por ocasião de uma visita, teve que ser deixado, sobre um arranjo de papel colocado por ele no chão. Entretanto parece já contar com a minha presença, marcando a data para uma próxima conversa, ou para refazer ou completar algum dado da pesquisa.

Chamemos esse seu fazer cotidiano delirante, uma espécie de trabalho de “suplência”, que aparece como uma verdadeira “eficácia do sujeito” (SOLER, 1993: 5:17), assim denominada para ser distinta de um “déficit”, termo utilizado pela medicina e psicologia funcionalistas, que acabaria por afetar a criação. *Se uma obra for esculpida no*

abismo mesmo onde a loucura tende a precipitar a criação, ela poderá – sem dissolver a dimensão do enigma – impor-se como uma suplência. (LAIA, 2001:36)

Suplência que viria de encontro à ausência de algo na estruturação psíquica de pessoas portadoras de sofrimento mental grave e que, na verdade, designaria uma tentativa de cura feita de forma solitária através da obra, diante de outras formas de trabalho psíquico. Obra esta, sulcada e esculpida no abismo da própria experiência da loucura.

Nos últimos dois anos, o “Senhor da Construção”, além da presença sistemática dos técnicos da abordagem e atendimento, tem recebido a visita periódica de funcionários da SLU (Serviço de Limpeza Urbana), que retiram o lixo acumulado por ele no terreno, com o seu consentimento e sob a sua supervisão, além de técnicos da Zoonoses, de quem recebe orientação com relação aos cuidados necessários à sua sobrevivência naquele local de risco. Sabe que pode contar com os profissionais da área de saúde e que, embora não faça nenhum tipo de demanda, o poder público tem meios de cuidar de sua saúde e de prover-lhe de documentos e benefícios previdenciários. Esse caso exemplifica que a cronificação da loucura muitas vezes extrapola os muros dos hospícios estendendo-se às ruas. E que quanto maior o tempo de fixação no espaço público, mais difícil será o trabalho de reversão dessa condição. E também que uma rede de atenção articulada e preparada é necessária para o enfrentamento de questões que esse e outros casos suscitam.

Esse caso faz também alusão a toda configuração e estruturação material e espacial de uma cidade que é denominada por ZUQUIN (2000) de “*paisagens do poder*”, onde se visualizam as edificações que emergem, que brotam nos centros das cidades, os edifícios vistosos de arquitetura arrojada, transformada em distritos financeiros e museus de arte, em distritos culturais, que se articulam entre si. As iniciativas privadas sobrepondo-se às do Estado no saneamento e organização de serviços básicos. Espaços públicos são “domesticados” por Shopping Centers. E a crescente população de migrantes e imigrantes que assomam as megalópoles, transmitindo sua diversidade cultural, costumes e linguagem.

Paisagem que diz respeito a uma construção material, e também a uma representação simbólica das relações sociais e espaciais existentes nas cidades contemporâneas, onde emergem os programas de reestruturação urbana frente às pressões de ajustes no mundo às normas do mercado global. Nesse sentido a paisagem torna-se uma poderosa expressão das restrições estruturais de uma cidade. *O que observamos como paisagem é aquilo que é construído, escondido e que resiste – é uma paisagem do poder.* (ZUKIN, 2000:80). Assim, podemos entender que até onde a visão e a linguagem podem alcançar - os limites do visível, mas, também, do invisível, os ditos e os silêncios entre os ditos, que compõem a arquitetura material e humana de uma cidade - compreende uma paisagem do poder. Podemos entender ainda que as habitações populares, os aglomerados humanos nas favelas, os grupos de miseráveis acampados nas ruas, assomados à presença dos loucos solitários, como o ‘Senhor da Construção’, fixado em um terreno baldio, e em meio a modernas e promissoras edificações habitacionais e comerciais, possuem níveis de tensão estrutural inerentes ao conceito de paisagens do poder.

Caso 4: Dona Anja

Uma senhora negra de 72 anos, que se autodenomina “Anja”, porque enviada de Deus, passou a ser conhecida pelos técnicos de saúde pública a partir de uma reunião com os educadores sociais em 2001, quando da decisão do Poder Público, através da Gerência de Patrimônio Histórico do Município, de reestruturação do Viaduto de Santa Tereza, marco histórico, cultural e arquitetônico da cidade de Belo Horizonte. “Anja” chegou nesse sítio há 19 anos, vinda de uma pequena cidade localizada no Norte de Minas Gerais. Havia sido trazida para a capital, conduzida em veículo do poder público por haver ficado ‘fora de si’, sendo internada em um hospital onde sem o seu consentimento, deram-lhe ‘uma injeção envenenada’. Trouxeram-na uma segunda vez por estar morando sob uma árvore em uma praça de sua cidade natal. Pediu então ao motorista do carro que a conduzia que a deixasse no parque municipal. Desde então montou casa sob o viaduto, toda tecida de arames, ferro e tábuas de compensado. Possui o hábito de transitar pelas ruas do parque, do Centro e pelo Mercado Central, catando alimentos não perecíveis e sucatas, na intenção de sua comercialização.

Sob o teto do viaduto, impregnado de fuligem e poluição sonora, “Anja” me apresenta sua moradia. Ali se encontram separados os cômodos no chão batido, a cozinha, a prateleira, panelas e talheres, o fogão de lenha bem assentado, uma cama no topo da escadaria interdita, a sala, a lavanderia, um portão de entrada, um pequeno jardim. Vestindo trajes rotos, expressão cordial e anfitriã, provavelmente pelo fato de já conhecer as educadoras sociais que me acompanhavam naquele dia, apressa-se a procurar uma cadeira para que pudéssemos nos assentar. No percurso das entrevistas, aceita dos educadores sociais, após ter consultado o seu Deus, fumo de rolo, sandálias e roupas. Conta-me, em um de nossos encontros, que seus dois filhos, hoje adultos, com os quais não interessa ter contatos, “moram em palacetes bem próximos, sendo ela mesma dona do posto de gasolina local”.

Considerações sobre o caso 4

Se por um lado essa senhora, tal como Arthur Bispo do Rosário e o “Senhor da Construção”, por um mandado de Deus e a seu modo, realiza um trabalho psíquico também de apaziguamento de seu sofrimento, se empenhando na construção de um mundo e de um espaço onde possa “habitar”, podemos dizer que, ao mesmo tempo, constrói no cotidiano de sua vida algo que também se contrapõe à paisagem do poder.

A retirada de “Anja”, desse sítio, foi descartada a partir de um relatório enviado pelos técnicos envolvidos na abordagem ao Gerente Regional Centro-Sul, ocasião em que as reformas do patrimônio histórico da cidade foram realizadas no local sem causar transtornos à estranha inquilina. Atualmente nova demanda está sendo feita, desta vez com o intuito de transformar aquele espaço em estacionamento para uso do governo local.

Esse caso demonstra que, muitas vezes, os interesses que movem o poder local no sentido da solicitação de uma intervenção das equipes que trabalham com a população de rua, dizem respeito às políticas de implementação e de revitalização do grande centro, e de recuperação do patrimônio histórico e cultural de uma cidade. Portanto, a retirada de “Anja”, ou de qualquer outro sujeito desses sítios, deve envolver uma discussão mais ampla em torno da implementação de uma política do espaço urbano, que possa recuperar os espaços

patrimoniais e arquitetônicos, levando-se em conta as pessoas que muitas vezes aí se instalam para sobreviver psíquica e materialmente. A esse propósito diz Lia Mota:

As intervenções não deveriam ocorrer, sem considerar o valor que os lugares tem como referenciais para as pessoas que lhes dá sentido de pertencimento a um território, com base em sua cultura, e sua história – esses referenciais vinculam o cidadão ao lugar e criam identidades variadas. Visto que desta forma, o patrimônio cultural vincula-se à condição de qualidade de vida, de cidadania e do amor pela própria história. (MOTTA, 2000:174)

É importante lembrar que, até o início da década de 90, as práticas de intervenção do Poder Público local, junto à população de rua portadora de sofrimento psíquico, consistia em seu deslocamento para fora do perímetro urbano ou para as cidades do interior, através de viaturas policiais, de ônibus ou trens para os manicômios da cidade de Barbacena.

O trabalho que vem sendo desenvolvido atualmente, pelos técnicos de saúde mental e educadores sociais tem promovido uma reversão dessa conduta e se constitui em uma prova concreta de uma “mudança do olhar sobre a loucura na cidade”, inserida no conjunto maior das políticas públicas para a população desprovida de condições de moradia e sobrevivência.

Finalmente, é importante acrescentar que o acompanhamento do caso clínico e social de “Anja”, ao longo de dois anos, deixou entrever a confiança depositada por ela nos técnicos da abordagem e atendimento. Embora o Poder Público local ainda não apresente respostas concretas à demanda de moradia que é formulada pela população que vive nas ruas, aquela senhora já admite a possibilidade de mudança, não para um logradouro qualquer, um abrigo, um asilo, mas para uma casa própria. Já admite, também, ser acompanhada pelos educadores sociais a uma consulta médica oftalmológica, na unidade de saúde, e providências com relação à regularização de sua documentação.

5.3.3 Sobre a questão do trabalho do delírio e a sensibilização da família e dos demais atores sociais

Caso 5: O Senhor dos Anéis

Uma demanda de intervenção foi formulada pelo Distrito Sanitário Centro-Sul para que os técnicos da saúde efetuassem uma avaliação de um “estranho mendigo”, fixado na região da Savassi, causador, já havia cinco anos, de constrangimento aos lojistas e medo aos transeuntes e moradores daquela região. Deparei-me com um homem de cor mestiça, aparentando ter em torno de 30 anos, com uma apresentação estética muito singular. Silencioso, distante e avesso à conversação, trazia os cabelos crespos e sujos até a cintura, trajava vestes sobre vestes, carregando sacos enormes repletos de argolas de todas as ordens e tamanhos, de couro, arame, barbante, fios de plástico, anéis em todos os dedos das mãos e contornando-lhe todo o corpo, de onde exalava um odor fétido difícil de suportar.

Inicialmente, arredio à aproximação, aos poucos, com o passar do tempo, foi-se acostumando com a minha presença e a dos demais técnicos escalados para aquela intervenção. Uma pesquisa junto aos moradores e trabalhadores da região trouxe-nos informações importantes sobre as referências familiares e o tempo de fixação daquele senhor estranho naquela região. Várias visitas foram feitas à sua família, oriunda do norte de Minas Gerais e residente em um aglomerado no bairro da Serra.

Sua mãe, uma senhora viúva de 60 anos, já não fazia questão e nem acreditava no retorno desse “íngrato e improdutivo filho”. Tinha mais dois filhos trabalhadores, uma filha alcoólatra, outra de 20 anos trabalhadora, e ainda outro de 25 anos com história de internação psiquiátrica periódica. A saída do filho de casa se deu há cinco anos, após uma briga com um jovem na rua em que morava, resultando em uma tentativa de internação no Instituto Raul Soares. Conta-nos ainda que o filho, desde a adolescência, “cata e junta coisas da rua. Parece que é coisa feita, não é doença, não”. O marido, já falecido, abandonou-a a muito tempo. Disse que ele não tinha gosto pelo trabalho, não punha as coisas dentro de casa, donde o filho puxou o pai.

A referência constante dessa mãe ao trabalho, de alguma forma, aparece no labor cotidiano desse jovem que denominei de “O Senhor dos Anéis”. Isto porque, pelos relatos dos trabalhadores locais e de sua própria mãe, esse senhor passava o dia inteiro envolvendo-se em anéis, arrastando sacos e catando lixo. O que me fez pensar que ele, através desse trabalho exaustivo, tentava dar uma resposta ao desejo de sua mãe. Um trabalho que de alguma forma demonstrava a existência de um arranjo vital na estrutura psíquica daquele portador de sofrimento mental, como um significante⁶ importante que lhe permitia elidir, pelo menos por algum tempo, o ser inútil que tinha o sentimento de ser, através de uma realização assintótica do desejo.⁷

É importante também assinalar que se esse senhor apresenta uma espécie de abandono dos cuidados do corpo, isto não é incomum nas pessoas com sofrimento psíquico acentuado. Entretanto o que quero ressaltar é o fato de que: *Não estamos somente diante das conseqüências negativas de uma falta, mas de soluções criativas, de verdadeiras invenções da parte do sujeito.* (ZENONI, 2002:42)

Durante os dois anos que se seguiram de nossos encontros com o “Senhor dos Anéis”, ele muda algumas vezes de lugar, de fixação e já responde de soslaio aos meus cumprimentos. No contato com o entorno (moradores e trabalhadores da região), surge a referência de uma senhora, que lhe serve, todos os dias, o café da manhã. É ela que nos convoca, através de um telefonema, para nos informar que por vários dias ele não bate à sua porta, mantendo-se imóvel e embrulhado nos cobertores no seu lugar de fixação. Numa visita de urgência, realizada por mim, acompanhada pelos educadores sociais, constatei que esse senhor

⁶ Termo introduzido por Ferdinand de Saussure (1857-1913), dentro do quadro de sua teoria estrutural da língua, para designar a parte do signo linguístico que reenvia à representação psíquica do som (ou imagem acústica, por oposição a outra parte ou significado que reenvia ao conceito). Retomado por Jacques Lacan, como um conceito central de seu sistema de pensamento, o significante torna-se para a psicanálise um elemento significativo do discurso consciente ou inconsciente, os atos e as palavras do sujeito à sua revelia e à maneira de uma nomenclatura simbólica.

⁷ Termo utilizado em psicanálise, extraído da Geometria Analítica, que diz respeito à aquilo que não pode coincidir. Tangente a uma curva no infinito; reta limite da família de tangentes a uma curva quando o ponto de tangência tende para o infinito. Para caracterizar um trabalho ou uma ação continuados, necessários ao sujeito portador de sofrimento mental Uma forma singular de realização do desejo.

apresentava um quadro de infecção aguda, causada por um dos anéis que trazia no dedo anular.

Diante desse fato, convidei-o a ir a um hospital. Acredito que nesse momento o medo da morte suplantou o medo do outro, possibilitando que ele passasse de um alheamento ao estabelecimento de um primeiro laço social, representado pelos técnicos da atenção, ao consentir ser levado para internação em um hospital geral. Esse acontecimento possibilitou sua permanência durante 15 dias no setor de cirurgia plástica do Pronto-Socorro - Hospital João XXIII, situado na área central da cidade, onde recebeu os cuidados necessários à sua reabilitação.

A entrada de um andarilho maltrapilho e fétido em um hospital dessa natureza, acompanhado de uma equipe técnica, constitui-se em fato novo no campo da saúde pública em Belo Horizonte e inaugurou uma série de negociações, cuidados e esclarecimentos que foram fatores fundamentais para a série de procedimentos que se seguiram: o contato com a equipe de plantão daquela unidade de urgência, a higienização do paciente, a discussão da equipe cirúrgica sobre a pertinência ou não de se amputar o dedo anular do paciente, a procura de um serralheiro pelas dependências do hospital e imediações a partir da decisão pela retirada do anel, o que dispensou o recurso de uma amputação. E finalmente o suporte da equipe de enfermagem no acompanhamento após a cirurgia plástica que se realizou.

Após a alta programada junto ao setor de assistência social, ele é recebido em casa por seus familiares. Um pequeno cômodo na parte inferior da casa lhe foi reservado, uma cama, lençóis e fronhas lhe foram doados por vizinhos sensibilizados. A mãe também recebeu uma cesta básica de alimentos e, a partir de uma consulta médica, recebeu os remédios necessários para o tratamento de um glaucoma.

Dois meses depois, o “Senhor dos Anéis” volta para a rua e seu quadro se agrava. Pedia-nos, quando nos aproximávamos, uma caixa de engraxate para trabalhar. Um novo telefonema da moradora da região nos informa que ele se encontrava transitando sem cessar, alheio entre os carros, trazendo a caixa de engraxate (que foi confeccionada na marcenaria da

ASMARE – Associação de Reciclagem de Papéis e Outros Materiais Reaproveitáveis), cheia de lixo, sobre os ombros. Essa conduta considerada de risco resultou no seu encaminhamento ao Cersam Leste, unidade de urgência em saúde mental do Município. O alto grau de insuportabilidade familiar exigiu dos técnicos envolvidos suportes de várias ordens, incluindo atendimentos à mãe e esclarecimentos a ela, com relação à verdadeira enfermidade do filho, sua relação com o tempo, com o outro, a necessidade da medicação continuada e a dificuldade com relação ao trabalho, pelo menos nos moldes que ela esperava, inerente à sua condição mental.

Há um ano, o “Senhor dos Anéis” tem comparecido mensalmente na unidade de saúde para psicoterapia e medicação, de forma espontânea, tendo feito ele próprio, durante os atendimentos, uma demanda de trabalho assalariado. No *atendimento feito por muitos* (ZENONI, 2000), primamos pela discussão coletiva dos aspectos clínicos e sociais do caso, o que envolve ainda a palavra do paciente e de sua família. Sua mãe nos informa que já há algum tempo ele se envolve com afazeres da casa, de forma aceitável.

A evolução desse morador de rua nos reforça a hipótese segundo a qual, nesse tipo de intervenção, é possível contar com uma mobilização da subjetivação, o que nos permite apostar na possibilidade de rearranjos subjetivos, aliados aos novos modos de vida do sujeito. Recentemente, uma vaga na ASMARE lhe foi concedida. Lá ele recolhe e separa o lixo, função que tem exercido de forma satisfatória para ele, para a família e para instituição que o acolheu.

Caso 6: O Sentinela

Um outro senhor, branco e de aproximadamente 50 anos, que nomeei de “O Sentinela”, passou cinco anos fixado à sombra de um coqueiro, acumulando lixo, cuidando de ratos e raspando pedaços de madeira, em uma praça pública localizada no final da Avenida Brasil, no bairro de Santa Efigênia. Essa praça, denominada Marechal Floriano Peixoto, tem como fundo o quartel de Polícia Militar e à frente os portões do Hospital Psiquiátrico Raul Soares. Mal cheiroso e desdentado, trajava roupas escuras, um gorro na cabeça e um guarda-chuva. Mantinha sempre ao seu lado um cajado, provavelmente para se proteger. Esse senhor manteve-se durante mais de um ano indiferente à minha presença e dos educadores sociais,

demonstrando por nós uma espécie de aversão. Quando eu me aproximava, declinava da proposta da realização de uma entrevista e de qualquer ajuda dizendo-se capitão de polícia e usuário do citado hospital.

Nesse trabalho, contamos também com a presença de técnicos da Zoonose que fizeram um trabalho de desratização do local. Isto porque “O Sentinela” já mantinha uma relação estreita com os ratos aninhados na região. Os ratos, dizia ele, “também são humanos”. Perante a visível degradação de sua saúde e a constatação de sua incapacidade de pedir ajuda, programamos com a Polícia Militar a sua remoção para o hospital psiquiátrico que ele próprio havia reconhecido como sendo um lugar de referência para a sua saúde. É importante considerar que, muitas vezes, uma intervenção dessa natureza, que para nós se deu no contexto de uma intervenção clínica e não disciplinar ou repressora, é necessária e determinante para a manutenção da vida dessas pessoas a despeito dos riscos que ela implica de aceitação ou de recusa por parte delas.

Nessa intervenção programada e discutida entre os técnicos da saúde e a Polícia Militar, “O sentinela” aceitou ser acompanhado pelos policiais - que se apresentaram respeitosamente, chamando-o de capitão, como é de praxe entre subordinados de uma corporação dessa natureza. Para surpresa dos técnicos da saúde, esse senhor seguiu com os militares, marchando para o hospital psiquiátrico localizado em frente ao local de sua fixação, onde recebeu medicação e os demais cuidados necessários. Atualmente se encontra em uma instituição de acolhimento de pessoas em situação de indigência pertencente ao Estado. Na estadia no hospital, foi possível colher dados sobre sua origem e nome de familiares residentes em Belo Horizonte. De posse desses novos dados e de belada a rigidez psíquica, construída ao longo de muitos anos de fixação na rua, minha expectativa e a dos demais técnicos envolvidos, é a da construção de uma outra saída para ele. Recentemente fui procurada por um de seus familiares, interessado na discussão de uma forma de se evitar que ele retorne para as ruas.

Caso 7: O Lavador de Carros

Um outro senhor encontrava-se fixado há quatro anos em uma rua no bairro de Lourdes, nas imediações da rua Guajajaras, próximo ao Shopping Diamond Mall. Exercia, ali, a função de lavador de carros. Sua exaltação delirante chamou a atenção dos comerciantes locais, levando-os a solicitar providências junto à Secretaria de Assistência Social. Uma visita ao local foi realizada pela equipe de educadores sociais que, por sua vez, solicitou à equipe de saúde mental do Centro de Saúde Carlos Chagas uma avaliação e a condução conjunta do caso.

Esse senhor me disse que morou com uma senhora em um prédio da região, que foi tomado por assaltantes e destruído pelo fogo. Suportava por pouco tempo a minha presença, porém receptivo com relação à continuidade de nossos encontros. Vestia-se com roupas comuns, trazendo no pescoço um colar de várias voltas feito de plástico e arame e um relógio danificado no pulso. Além de lavar carros, atividade que exercia de maneira descontínua, ajuntava, em sacolas de plástico, arames, pedaços de madeira restos de equipamentos eletroeletrônicos, correntes de relógio, roupas femininas e toda sorte de quinquilharias. Dizia que tudo era aproveitável e que a maioria das pessoas disso não se apercebia. Dizia também que era perseguido, mas que tinha a proteção de um amigo. E ainda que não era bobo, que conhecia bem a música popular brasileira e que sabia das boas ou más intenções das pessoas.

Os dados sobre sua origem e história de vida só foram colhidos posteriormente quando fui informada de que um casal havia procurado ajuda para ele no Hospital Galba Veloso, apresentando-se como ex-patrões e amigos de sua mãe. Nasceu na cidade de Mariana e, como órfão, passou a infância e adolescência transitando entre a casa dos patrões da mãe falecida ainda jovem, e internatos da Febem. Foi funcionário da Cemig, passou no concurso dos Correios e trabalhou como empacotador em um supermercado.

Trabalhou na Cemig até o momento em que se sentiu perseguido por um colega de sessão. Na época em que passou no concurso dos Correios, não foi localizado para assumir o cargo. No emprego de empacotador, que lhe foi arranjado pelo casal de amigos da mãe, diz que começou a se incomodar com os barulhos de carros e com as “vozes” que vinham da rua.

Contatado esse casal, deu-se início a um trabalho de sensibilização, a partir da constatação de seu interesse por aquele senhor e de um total desconhecimento sobre as condições psíquicas que provavelmente o haviam levado a abandonar a casa, o trabalho, e a fazer a opção por viver na rua. Tinham com ele um excesso de exigências e zelo que acabavam por contribuir para o seu afastamento. Um espancamento seguido de uma pneumonia mobilizou a gerente de uma padaria próxima ao seu local de fixação a providenciar o seu internamento no Hospital São José.

Sua alta hospitalar foi programada e discutida com o casal de cuidadores que se ofereceu para administrar seus proventos previdenciários, bem como a locação de uma pensão próxima de sua residência. Atualmente esse senhor frequenta a unidade de saúde de referência, mensalmente, para atendimento psiquiátrico e psicoterápico. O casal de cuidadores, por iniciativa própria, tem procurado reunir-se periodicamente com a equipe técnica, com o intuito de obter orientação e principalmente tratar do excesso de zelo que ainda tem para com esse senhor.

Considerações sobre os casos 5, 6 e 7

No relato desses três casos, fica patente a importância de uma articulação entre os mais variados setores da assistência e da sociedade civil, a presença dos técnicos junto à família, amigos ou trabalhadores da região, enfim, o acolhimento, a interlocução e a sensibilização de todos os atores sociais, que vão sendo detectados ao longo do trabalho. Esses elementos são fundamentais para o trabalho de reconstrução da história de vida e de reinserção social dessas pessoas.

Um outro aspecto importante a ser considerado diz respeito à compreensão necessária de alguns aspectos desse adoecimento psíquico e vai exigir o esclarecimento de questões relativas à psicose, de suas formas fenomenológicas e discursivas de apresentação, as tentativas de autotratamento, de estabilização, de apaziguamento do sofrimento, e de outras considerações eminentemente clínicas.

É importante assinalar que “formas de estabilização” como estas, a própria produção delirante, as atuações do sujeito muitas vezes dramáticas, o ajuntamento de lixo, o ato de amarrar sobre si objetos-dejetos, cuidar de ratos, fazer-se andarilho, nem sempre são tributárias do aval social, deixando o sujeito muitas vezes à mercê do isolamento e exclusão.

Em debate sobre o filme “Dizem que sou Louco”, sua produtora, a psicanalista Mirian Chnaiderman (2000), apresenta-nos essa população de portadores de sofrimento mental grave, fixada nas ruas da cidade de São Paulo, de forma distinta dos sem-teto, que, de alguma forma, também ficam “enlouquecidos”, tomados pelas drogas, pela violação de seus corpos, pelo desenraizamento identificatório. Para os primeiros, ela fala de uma estrutura psíquica em jogo, favorecendo a aparência e atitudes bizarras, e a decisão de distanciar-se dos outros grupos que vivem nas ruas. Na rua, diz a psicanalista, “eles se aliviam de um barulho interno... quando as vozes ficam muito intensas”. Uma análise dos dados de minha pesquisa demonstra que, mesmo estando nas ruas, esses sujeitos não conseguem se aliviar do sofrimento psíquico que os acometeu. Certamente “ir para a rua” é uma saída para uma pessoa que sofre de uma invasão de vozes, de imagens, do alto grau de insuportabilidade do grupo familiar, de sua dificuldade de conviver com as pessoas da comunidade de origem.

Entretanto, a partir dos casos relatados pode-se afirmar que, se esse recurso se constitui em uma tentativa de “autotratamento”, na qual se empenham algumas pessoas afetadas por um sofrimento psíquico grave, ele não é suficiente, na medida em que abandonados a essa sorte, sem suporte institucional e familiar, tendem progressivamente a uma degradação maior, de suas condições de saúde física e psíquica, que na maioria das vezes os levam à morte.

5.3.4 – Sobre um atendimento feito a tempo

Caso 8: O Surfista

Um outro sujeito de minha pesquisa ilustra o que eu denominaria de atendimento feito a tempo. Atendimento que já encontra na rede pública de saúde um aparato tanto institucional

quanto discursivo, organizado e ampliado de atenção, com características distintas da assistência que tinha como referência o hospital psiquiátrico, marcado por uma ausência absoluta de recursos no campo da assistência social, bem como de profissionais envolvidos na construção de uma nova metodologia de atendimento e reinserção social dessa população.

Trata-se de um homem de aparência muito jovem, de 31 anos, que sai de casa dias depois da morte da avó, por quem nutria uma feição especial. Ele diz que se sentiu, a partir daquele momento, incapaz de cumprir as exigências do irmão mais velho de ajudar na mudança de casa e nas despesas da família em sua nova configuração. Lança-se então nas ruas, tendo como destino a cidade do Rio de Janeiro, portando consigo apenas uma prancha de surfista feita de papelão. Entretanto, o medo do escuro e das chuvas fazem-no mudar de idéia e ele se embrenha em um matagal. Nesse curto período de tempo começa a ouvir vozes, culpando-o pela morte de muita gente. Sem conseguir se livrar dessas acusações e sentindo-se fraco pela falta de alimentação, retorna depois de alguns dias para o centro da cidade. Através de um telefonema comunica às autoridades policiais a sua condição de assassino, fazendo-lhes um pedido de punição.

Esse jovem apresenta-se na visão de SOLER (1993) como um escravo, “um mártir do inconsciente”, desde que se encontra atormentado e subjugado pela imposição de uma voz que lhe vem do exterior e sobre a qual ele não possuía, até aquele momento, nenhum controle. Diferentemente de outros casos pesquisados, que seriam denominados por ela “trabalhadores do inconsciente”, na medida em que cada um e a seu modo produziu, sem necessitar de ajuda de outrem, mesmo que de forma precária, algum tipo de solução.

Do setor de urgência psiquiátrico o jovem em questão é imediatamente encaminhado ao Centro de Saúde de referência, onde inicia um tratamento. Voltou ao trabalho de técnico de som e já admite a possibilidade de um reencontro com seu grupo familiar, na medida em que passa a considerar a possibilidade de ter tomado as palavras do irmão de maneira “muito forte”.

CONCLUSÃO

Ao longo desse trabalho, recorri à leitura de diversos autores, com o intuito de realizar um estudo sobre a gênese das cidades, destacando, dentro de contextos históricos específicos, o surgimento do fenômeno urbano, da pobreza, da miséria e da indigência que se perpetuam no decorrer da história da humanidade, seus determinantes e sua produção. Esse recurso teve como objetivo reencontrar e destacar, no contexto de evolução e desenvolvimento das cidades, e em meio a uma população de miseráveis, um personagem, o “louco na rua” e descortinar, dentro deste contexto, os lugares e os destinos que lhes foram reservados na sociedade.

A realização desse percurso histórico-crítico possibilitou-me a compreensão mais ampla da evolução das cidades e o estabelecimento de um espaço cada vez mais denso de conflitos e tensões, lugar de enfrentamentos e de contradições, resultantes do processo de urbanização. A pobreza e a miséria seriam uma das conseqüências desses processos, por que passaram e ainda passam as cidades em desenvolvimento.

Situando-se perante novas e complexas relações de troca e poder, as cidades clássicas já se deparavam com a exigência de uma nova conformação e utilização do espaço urbano, em uma dimensão vertical e racional. Surgem as práticas de recenseamento e separação entre os produtivos e os não-produtivos, entre os “com razão” e os “sem razão”. Momento em que se fez necessário um reordenamento, um esquadramento espacial e social, uma estratificação e uma qualificação das populações. É nesse contexto de uma nova ordem social e estratificação da população que se pode visualizar, entre os miseráveis, crianças, vagabundos, pestilentos e leprosos, uma população até então desapercibida, os denominados loucos, os andarilhos improdutivos, os vagantes e sem moradia.

Da análise desses elementos é possível extrair e avaliar os modos de tratamento dos agravos à saúde desse crescente e excludente contingente populacional ao longo da história, bem como o destino dos doentes e os modelos de exclusão dos loucos, na perspectiva de

estabelecer uma comparação entre as práticas de poder estabelecida nas cidades, em seu novo contexto e configuração, desde o final da Idade Média, até os dias de hoje.

Recorrendo a autores como Michel Foucault e Heitor Resende, pode-se descortinar a construção, através das épocas, de uma arquitetura material e conceitual de encarceramento específico da loucura, a partir do século XIX. O nascimento das casas de internação, patrocinadas a partir de uma exigência moral da razão iluminista, pelos governantes, pela Igreja e pelo nascente poder de jurisdição médica sobre os loucos. Pode-se visualizar ainda o momento em que, para o Estado, a loucura passa a ser um problema de polícia, referente à ordem dos indivíduos na cidade. Se vagantes, sem trabalho, se andarilhos sem rumo, pobres e loucos indistintos, passam a ser percebidos como perturbadores da ordem estabelecida.

Momento em que a loucura passa a ser considerada, ao mesmo tempo, um problema social e médico, na medida em que o louco muitas vezes carrega uma especificidade com relação à questão do labor, em um mundo cada vez mais exigente de especialização e submissão às regras do trabalho obrigatório.

Um outro recorte que realizei no trabalho sobre a *História da Loucura*, em Michel Foucault, possibilitou-me situar questões relativas a esse ser errante que é o louco, seus destinos múltiplos, e uma série de contingências que possibilitaram que ao longo da história, um número significativo dessas pessoas escapassem do destino funesto da expatriação, do cárcere ou da internação sumária, ganhando as ruas das cidades e, com elas, uma “suposta liberdade”. Os que se mantinham improdutivos quando o cárcere servia de depósito de mão-de-obra barata, no mundo do desenvolvimento industrial, os que dessa prisão de alguma forma escapavam, os refratários e resistentes à internação. Aqueles que, em nossa modernidade, nem mesmo chegaram a ser internados e acabaram encontrando abrigo em algum lugar recôndito das pequenas vilas ou das cidades em desenvolvimento.

Considerarei ainda necessário empreender um estudo comparativo entre os conceitos contemporâneos de público e privado, entre o universo da casa e da rua, a partir do estudo de autores como Hannah Arendt e Gaston Bachelard. Essa diferenciação pôde revelar questões

cada vez mais esquecidas, como a série de tensões derivadas do fato de que cada um destes termos corresponde a universos e significações distintas e contrastantes, trazendo conseqüências na compreensão de questões relativas particularmente aos loucos, que erram pelo mundo e vivem pelas ruas das cidades, fazendo do espaço público o lugar reservado a intimidade.

Tratei também de questões relativas aos antecedentes históricos e metodológicos das pesquisas sobre pessoas que fazem da rua um lugar de moradia, partindo dos estudos sociológicos sobre os fenômenos urbanos, empreendidos pela Escola de Chicago (1915-1940), que revolucionou os métodos de investigação sobre as cidades e sua população.

Recorri também à literatura que trata do estudo e da avaliação dos fenômenos sociais, que se têm avolumado na mesma medida da pauperização de um contingente crescente da população mundial. No Brasil, apesar da pouca literatura sobre o assunto, realizaram-se dois seminários que tiveram seu conteúdo publicado, um na cidade de São Paulo (1992), outro na cidade de Belo Horizonte (1995). Os debates inaugurados por esses seminários no país, sobre os conflitos decorrentes da concorrência pela apropriação do espaço público, valorizaram essa pobreza ‘intolerável’ que, juntamente com a violência, passou a fazer parte da agenda política brasileira.

É nesse contexto de aumento das desigualdades sociais e da população de miseráveis que ganham as ruas nas duas últimas décadas, de debates e discussões teóricas congregando ONG, universidades e o Poder Público brasileiro em sua versão mais “esquerdista” que nascem os trabalhos de pesquisa e as práticas de reinserção social dessa população, incluídos aqui os portadores de sofrimento psíquico grave, que tiveram e ainda têm como destino o abandono, a expulsão sumária das cidades e o enclausuramento nos hospícios.

Fazendo um recorte nesse contingente de pobres que se amplia no espaço urbano, procurei caracterizar um personagem de difícil abordagem, o louco de rua. E demonstrar a conjugação de esforços nos campos de saberes científico, técnico, políticos e organizacionais que se têm realizado no Brasil e particularmente na cidade de Belo Horizonte, envolvendo a

discussão sobre a cidadania dessas pessoas e a possibilidade de construção de um novo lugar social para a sua ‘loucura’.

Considerando a complexidade de dados obtidos no campo e o grande número de questões que eles suscitam, optei pela seleção de oito dos doze casos pesquisados, a descrição de tipos sociais encontrados e ações realizadas pelas equipes envolvidas que, a um só tempo, pudessem informar sobre a história singular de alguns dos sujeitos pesquisados, com respeito à idade, origem, cor, estado civil, dados familiares, forma particular de cada um para lidar com o sofrimento psíquico, o percurso institucional realizado, os modos de vida, as formas de sobrevivência, os motivos e dificuldades de saída da condição precária em que vivem. Saídas estas que vêm sendo construídas com eles, por profissionais envolvidos no trabalho de reversão da exclusão a que está submetido um contingente nada desprezível de pessoas morando nas ruas da cidade de Belo Horizonte.

Partindo de considerações metodológicas necessárias à abordagem de um universo específico, como o de pessoas com sofrimento psíquico grave, pude, finalmente, no contexto da pesquisa de campo e estudo de casos, trabalhar com uma série de dados importantes que veio lançar uma luz mais direta na questão colocada no título dessa dissertação: Loucos pela rua – escolha ou contingência?

Nesse sentido, foi importante ressaltar que a metodologia de trabalho, a forma de abordagem, a condução dos casos, a articulação e a interlocução constante com os demais parceiros da assistência, a sensibilização do Poder Público e da sociedade civil em geral, têm sido importante para a reversão do processo de exclusão a que foram submetidos esses sujeitos. Esse trabalho vem sendo construído, ao longo dos últimos oito anos, pela equipe de saúde mental do Centro de Saúde Carlos Chagas da qual faço parte, em estreita parceria com o Programa População de Rua, da Secretaria Municipal de Assistência Social e em consonância com o Projeto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, voltado para a construção e sustentação de um modelo de atenção exequível, eficaz e substitutivo à lógica manicomial, na cidade.

É preciso destacar o interesse prático, clínico e sociológico que encontramos em todos os casos pesquisados nos quais aliamos elementos teóricos que se distanciam da psiquiatria tradicional, a invenção de uma nova metodologia de trabalho, além de estarmos atentos no curso de nossas intervenções ao que a própria loucura pode nos ensinar. Julgamos que tal trabalho pode sustentar um encontro do psicótico em seu labor psíquico e em suas formas inventadas de estabilização e sobrevivência, tanto material quanto psíquica. Estas se encontram presentes no discurso reivindicatório e na construção de casas de papelão da senhora da Praça 7; na proteção de uma divindade buscada pela senhora fixada sob um viaduto; no isolamento necessário da senhora fixada no passeio de uma avenida; no abandono da família e na decisão de se tornar um surfista, do jovem andarilho da BR-040; no trabalho de acumulação de objetos do “Senhor dos Anéis”; na fixação de “O Sentinela”, em frente a um quartel militar; no trabalho infundo de construção de uma obra, realizado pelo “Senhor da Construção”. Trata-se de formas de estabilização e sobrevivência material e psíquica, que se apresentam para essas pessoas, ora para estancar, ora para deslocar seu sofrimento na perspectiva de um autotratamento muito singular, como demonstram esses diversos casos aqui apresentados.

Os dados da pesquisa de campo me levaram também a considerar várias questões relevantes e até mesmo de uma certa maneira, independentes. A primeira diz respeito à constatação de que os sujeitos da pesquisa, bem como seus familiares, em sua maioria, são de origem social baixa e pauperizada, com baixo nível de escolaridade, ausência de formação profissional e história de subemprego.

A segunda, diz respeito à constatação de que em um dado momento da vida (que normalmente se situa em torno dos vinte, até os quarenta anos) qualquer pessoa, independente de sua cor, idade, sexo e origem social, pode ser acometida de um sofrimento psíquico grave e fazer a “escolha” de viver na rua. Momento que se pode identificar como de desencadeamento da enfermidade.

Entretanto, esses dados, por si só, não foram suficientes para que eu pudesse responder à questão colocada sobre a existência de um fator preponderante, determinante dessa situação. Uma “escolha” ou um determinante socioeconômico responsável pela ida

dessas pessoas para a rua? Ou seja, afirmar que, mais do que uma escolha forçada pelas contingências psíquicas, elas tiveram algum nível de liberdade nessa opção, ou que a pobreza está na origem do rompimento que essas pessoas fazem com seu grupo familiar com a comunidade de origem.

É importante ressaltar que, embora a maioria deles seja oriunda de classes menos privilegiadas, nem toda pessoa portadora de sofrimento psíquico grave, seja ela de classe baixa ou abastada, faz da rua um lugar de moradia. A maior parte dos sujeitos pesquisados disse que as condições de suas residências anteriores eram boas, razoáveis, ou não eram tão ruins, alegando motivos de outras ordens, muitas vezes delirantes, para seu rompimento. Um deles, por exemplo, que tinha o nível secundário completo e residia em um bairro de classe média, lançou-se nas ruas a partir da morte de sua avó e por considerar-se incapaz de responder a uma demanda de seu irmão mais velho. Outros se lançaram às ruas a partir de uma “determinação superior”, outros por força de uma “missão a cumprir”. Um outro porque na volta de uma de suas viagens de trabalho, encontrou uma parede da casa caída, donde optou por sair andando, na perspectiva de realizar uma construção mais segura em outro lugar. Várias pessoas pesquisadas consideraram uma dificuldade de relacionamento com parentes e vizinhos, como fator preponderante nessa opção. Apenas duas pessoas fizeram menção a uma situação de pobreza na sua história de vida, e mesmo assim sem considerá-la como fator determinante em sua “escolha”.

Esses dados levaram-me então à necessidade de considerar a forte influência de um elemento subjetivo na opção dessas pessoas para viverem na rua. Ou como uma necessidade imperiosa do sujeito, a partir da estrutura psíquica em jogo: como uma tentativa de alívio do sofrimento, falaciosa certamente, porque a rua mais maltrata do que trata, mas, enfim, uma tentativa solitária e particularizada de cura.

A pesquisa de campo demonstrou ainda que muitos dos sujeitos pesquisados foram se afastando de seus lares e da comunidade de origem de forma progressiva. Essa constatação nos dá uma pista com relação à necessidade de preparo técnico de profissionais de saúde e agentes comunitários, que poderão detectar de imediato esse tipo de conduta.

Foi-me necessário também agregar outros dados à pesquisa, como o desconhecimento do grupo familiar ou da comunidade local, sobre as condições psíquicas e de adoecimento dessas pessoas. E ainda dados de profissionais de várias áreas, como a polícia, a limpeza e o controle urbanos, sobre o tratamento que os órgãos públicos davam a elas por ocasião de sua saída de casa, e durante sua estadia na rua. E ainda sobre a compreensão que a própria instituição hospitalar, fosse ela psiquiátrica ou geral, tinha com relação a essa iniciativa dessas pessoas.

O estudo de casos pôde esclarecer que o trabalho de sensibilização e esclarecimento de todos os atores sociais envolvidos, empreendido pelos técnicos da abordagem e de atendimento, modificou sensivelmente a posição desses atores sociais, particularmente familiares e pessoas da comunidade local, tornando-os, inclusive, participantes ativos na sustentação de um tratamento e no processo de reinserção social dos sujeitos pesquisados. É importante também ressaltar a desmistificação da idéia de “violência e agressividade”, existente no imaginário social com relação a essas pessoas que, de uma maneira geral e para minha surpresa, mostraram-se acessíveis e interessadas em serem sujeitos de uma pesquisa dessa natureza.

No caso que denominei de “Um atendimento feito a tempo”, relatei o percurso de um jovem que saiu de casa em 2001, tendo rapidamente acesso aos novos equipamentos de atenção psicossocial. A avaliação clínica realizada por mim e pela equipe de saúde que me acompanhou nesse caso levou-me a considerar que, embora essas pessoas tenham adquirido uma capacidade considerável de resistência, construindo formas variadas e criativas de sobrevivência, quanto maior o tempo de estadia na rua, maiores são os agravos à sua saúde física e psíquica.

De posse desses e de outros dados colhidos no decurso da pesquisa de campo, pude finalmente concluir que, muito mais do que ausência de condições materiais e psíquicas, a ida e permanência de pessoas com sofrimento mental nas ruas da cidade de Belo Horizonte sinalizam a fragilidade ou a ausência de uma metodologia de trabalho técnico compatível com esse tipo de situação específica.

Com relação ao trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde mental e assistência social, concomitante à elaboração dessa dissertação, posso afirmar que a presença, na cidade de Belo Horizonte, de técnicos especializados do setor de saúde e de assistência social sinaliza a invenção de uma nova metodologia de abordagem e atendimento a pessoas moradoras de rua com sofrimento psíquico grave, envolvendo e transformando a prática de uma diversidade de agentes sociais, sejam eles do Poder Público ou da sociedade civil.

Posso afirmar ainda que um trabalho que envolve o atendimento continuado, o respeito, a palavra e a condição dessas pessoas na rua, a sensibilização dos familiares, a programação e a discussão das intervenções a serem realizadas pelos vários setores envolvidos, a disponibilização de equipamentos de atenção, a obtenção de uma moradia, seja ela individual ou coletiva, particular ou assistencial, a regularização da documentação, a obtenção de um auxílio previdenciário podem modificar radicalmente o quadro de indigência psíquica e material em que elas se encontram.

Essa experiência e os dados da pesquisa de campo ilustram ainda que, mesmo não se constituindo como uma alternativa única, desde que muitas outras podem ser construídas com as pessoas com sofrimento psíquico grave que habitam as ruas, é necessário que o Poder Público se posicione de forma efetiva com relação às políticas de habitação, bem como de assistência e de educação para uma população crescente de miseráveis que tem feito das ruas das cidades um lugar de moradia e, de forma particularizada, recursos materiais e humanos, voltados para a reversão da situação de indigência e abandono em que se encontram os loucos que vivem nas ruas. É o que demonstra a situação de uma das senhoras pesquisadas, que depois de um longo percurso de atendimento, se dispôs a mudar-se da casa que construiu sobre o viaduto, para uma casa própria. E de uma outra que atualmente mora em uma moradia provisória da Prefeitura.

Os dados da pesquisa e o trabalho prático e teórico realizado levam-me finalmente a afirmar que existe uma congruência de fatores que diz respeito a uma determinação sociocultural, econômica e política, bem como uma determinação subjetiva, que levam pessoas com sofrimento psíquico grave a fazerem das ruas um lugar de sobrevivência material e psíquica e um lugar de moradia. E que a lógica de exclusão a que são submetidas extrapola

os muros dos hospícios, na forma extremada de abandono às vicissitudes das ruas, nos grandes centros urbanos.

BIBLIOGRAFIA

- ALTUSSER, Luiz. (1992), *O Futuro dura muito pouco*. São Paulo, Companhia das Letras.
- AMARANTE, Paulo. (Org.). (1994), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, FioCruz.
- _____. (1995), *O homem e a serpente*. Outras histórias para a psiquiatria e a loucura. Rio de Janeiro, Editora FioCruz.
- _____. (1995), *Loucos pela vida*. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil Rio de Janeiro, Panorama ENSP.
- AMORIM, Marília. (2001), *O pesquisador e seu outro*. Baktim nas ciências humanas. São Paulo, Musa.
- ANANIAS, Patrus. Prólogo. In ROSA, Cleisa M. M. (Org.). (1995), *População de rua Brasil e Canadá*. São Paulo, Hucitec.
- ARANTES, Augusto Antonio. (2000), *O espaço da diferença*. Rio de Janeiro, Papyrus.
- ARENDDT, Hannah. (1958), *Entre o passado e o futuro*. Crise na educação. Público x privado. São Paulo, Perspectiva.
- _____. (2001), *A condição humana*. Rio de Janeiro, Forense.
- BACHELARD, Gaston. *Poética do espaço*. (2000), Rio de Janeiro, Martins Fontes.
- BARROS, Manoel. (1996), *Livro sobre nada*. Rio de Janeiro, Record.
- _____. (2001), *Tratado geral das grandezas do ínfimo*. Rio de Janeiro, Record.
- BAUDRILLARD, Jean. (1992), *A transparência do mal*. Ensaio sobre os fenômenos extremos. São Paulo, Editora. Papyrus.
- BECKER, Howard. (1996), "A Escola de Chicago." *Mana - Estudos de Antropologia Social*, 2, n. 2:
- BENILTON, Bezerra.(Org). (1993), *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- BRANCO, Lúcia Castelo.(2000), *Os absolutamente sós*. Llanosol, A Letra - Lacan. Belo Horizonte, Autêntica.

- BROIDE, Jorge. (1993), *A rua enquanto instituição das populações marginalizadas: Uma abordagem psicanalítica através de grupo operativo*. Dissertação
- CADERNO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. (1987), Cidades. B. Horizonte, Puc Minas, n. 8. Dezembro.
- CALVINO Ítalo. (1999), *As cidades invisíveis*. São Paulo, Companhia das Letras.
- _____. (1997), *Marcobaldo ou As estações na cidade*. São Paulo, Companhia das Letras.
- CAMPOS, Cezar Rodrigues. (1999), Cidadania, sujeito, cersans e manicômios. *Revista Metipolá*. Belo Horizonte, Centro de Referência em Saúde Mental Leste, Secretaria Municipal de Saúde.
- CAMPOS, Cezar Rodrigues; MALTA, C. Debora; REIS, Teixeira Afonso; SANTOS, F, Alainer; MERHY, Elias Emerson, (org.). (1998), *Sistema Único de Saúde*. Reescrevendo o público. São Paulo, Xama.
- COSTA, F, Jurandir. (1989), *História da psiquiatria no Brasil*. Um corte ideológico. Rio de Janeiro, Xenon.
- COULON, Alain. (1992), *A Escola de Chicago*. São Paulo, Papirus.
- D. INCAO, Ângela.M. (1992), Modos de ser e de viver. A sociabilidade urbana. São Paulo, *Revista Tempo Social*, USP.
- DAMATTA, Roberto. (1997), *A casa e a rua*. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro, Rocco.
- DELGADO P. Gabriel. (1992), *As razões da tutela*. Rio de Janeiro Tecorá.
- DICTIONNAIRE de La Psychanalyse. Refêrences Larousse. 1993, Sciences de L.Homme. Paris, Larousse.
- DIZEM que sou louco. (1992), Direção: Miriam Chnaiderman, Produção: Video Track. Apoio: Secretaria De Estado da Cultura, São Paulo.
- ESCOLA LETRA FREUDIANA. (2000), *O corpo na psicanálise*, Rio de Janeiro, ano XVII, n 27.
- ESCOREL, Sarah. (1999), *Vidas ao léu*. Trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro, FioCruz.

- FAMED – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/HCPA. (1997), Estudos sobre as condições sociais e de saúde mental de moradores de rua adultos no município de Porto Alegre.
- FAPEMIG/PUCMINAS/PBH/1999. Mapa da Exclusão Social de Belo Horizonte.
- FARGE Arlette. (1986), *La vie fragile*. Violence, pouvoirs et solidarités à Paris au XVIII siècle. Paris, Hachette.
- FERREIRA, Tânia. (2003), *Psicoses na adolescência - tratamentos possíveis*. Texto inédito. Belo Horizonte.
- _____. (2001), *Os meninos e a rua*. Uma interpelação à psicanálise. Belo Horizonte, Autêntica.
- FIRMINO, Hiram. Nos porões da loucura. (1982), Rio de Janeiro, Codecri.
- FOUCAULT, Michel. (1995), *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal.
- _____. (1999), *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva. SP.
- _____. (2002), *Os anormais*. São Paulo, Martins Fontes.
- FREUD, Sigmund. (1969), *O caso Scherber*. Livro XII.. Rio de Janeiro, Imago. (Coleção Standard.)
- GARCIA Célio. (2001), Clínica do social. *Alétheia*. Governador Valadares, Centro de Estudos Freudianos n. 3.
- _____. (1997), *Clínica do Social*. Belo Horizonte, Mestrado em Psicologia Social da UFMG.
- GOFFMAN. Erving. (1961), *Manicômios prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva.
- GOLBERG, Jairo. (1994), *Clínica da psicose*. Um projeto na rede pública. Rio de Janeiro, Te Cora.
- HECKERT, Uriel. (1998), *Transtornos Mentais a População de Rua*. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP. (Tese Doutorado).
- HIDALGO, Luciana. *Arthur Bispo do Rosário*. O senhor do labirinto. Rio de Janeiro, Rocco.
- JULIEN, Philippe. (1999), *As psicoses - um estudo sobre a paranóia comum*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud.
- LACAN, Jacques. (1985), *Seminário. As psicoses*. Rio de Janeiro, Zahar.

- LAIA, Sérgio. (2001), *Os escritos fora de si. Joyce, Lacan e a loucura*. Belo Horizonte, Autêntica
- LAURENT, Eric. (1989), *Estabilizaciones en las psicosis*. Argentina, Manantial.
- LEFEBVRE, Henry. (1999), *A revolução urbana*. Belo Horizonte, Humanitas.
- LOBO, S. Elizabeth. (1992), Caminhos da Sociologia no Brasil: modos de vida e experiência. *Revista de Sociologia da USP*. São Paulo, Tempo Social.
- LOBOSQUE, Ana Marta.(2001), *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro, Garamond.
- LOBOSQUE, Ana Marta & ABOUY-Id. (1998) A Cidade e a Loucura – Interlaces. In CAMPOS , Cezar Rodrigues; MALTA, C. Débora; REIS, Teixeira Afonso; SANTOS, F. Alainer; MERHY, Elias Emerson (org) *Sistema único de Saúde. Reescrevendo o público*. São Paulo, Xama.
- MACHADO, Roberto et al. (1978), *Danação da norma*. Rio de Janeiro, Graal.
- MAINGUENEAU, Dominique. (1993), *Análise do discurso*. Campinas, Pontes, Unicamp.
- MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. (2002), Informativo n. 11 – 1º semestre .Rio de Janeiro.
- MINAYO, Cecília Maria.(1993), *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HucitecAbrasco.
- MOTTA, Lia. A apropriação do patrimônio urbano: Do estético-estilístico nacional ao consumo visual global. In: ARANTES, Antonio A. (Org.). (2000), *O espaço da diferença*. São Paulo, Papirus.
- PAES, Paulo, José. (1992), *Prosas seguidas de Odes Mínimas*. São Paulo, Companhia das Letras.
- PESSANHA, Neves Delma. (1995), Perfil da população de rua. In: ROSA, Cleisa M. M. (Org.). (1995), *População de rua Brasil e Canadá*. São Paulo, Hucitec.
- PESSOTI. Isaias. (1994), *A loucura e suas épocas*. Rio de Janeiro, 34.
- PINHEIRO, Godoy, O. Entrevista: Uma pratica discursiva In: SPINK, Mary Jane. (Org.). (1999), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano - Aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, Cortez.
- PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Características demográficas e Socioeconômicas. *Indicadores demográficos. População de Rua*. (1998). Anuário estatístico 2000

- QUINTÃO, A.(2003), Leonardo. *Psicose e parentalidade*. Texto inédito. Belo Horizonte.
- RABINOVICH, Solal. (2001), *A forclusão*. Rio de Janeiro, Zahar.
- REIS, C. Nelson dos; PRATES, J.C.; MENDES, Jussara. (1996), *A realidade dos moradores de rua de Porto Alegre*. PMPA/FESC – FSS/PUCRS
- RELATÓRIO ANUAL DE ABORDAGEM. Secretaria Municipal de Assistência Social. Gerência de Políticas para a População de Rua, 2000.
- RESENDE, Heitor. (1990). Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes.
- REVISTA Coringa. (2000), *Há algo de Novo nas Psicoses*. Belo Horizonte, Escola Brasileira de Psicanálise. nº 14
- REVISTA CORINGA.(1999), *Psicanálise e Saúde Mental* Belo Horizonte, Escola Brasileira de Psicanálise. n. 13.
- REVISTA DA ASSOCIACAO MINEIRA DE PSIQUIATRIA. 1990, *Psicose Entre nós*.
- ROCHA Gilmar; OLIVEIRA, S. Silvana. (1997), *Cidade à deriva. Cadernos de Ciências Sociais*. Belo Horizonte, Departamento de Sociologia. PUC/MG.
- ROCHA, Gilmar; OLIVEIRA, S. Silvana. (1997), *Cidade à deriva. Cadernos Ciências Sociais*, Depto Sociologia. Belo Horizonte, Puc Minas.
- ROUDINESCO et al. (1994), *Leituras da história da loucura*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- ROSA, Maffei M. Cleisa (Org.). (1992), *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. São Paulo. Hucitec.
- _____. (Org.). (1995), *População de Rua . Brasil e Canadá*. São Paulo. Hucitec.
- ROTTERDAM, Erasmo. (2001), *Elogio da loucura*. São Paulo, Martin Claret.
- RUSSO, A. Jane. (1993), *Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil*. In: *Duzentos anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- SANTOS, Milton. *A metrópole: modernização, involução e segmentação*. In: L. VALLADARES & PRETECEILLE.E (Org). (1990), *Reestruturação Urbana: tendências e desafios*. São Paulo, Nobel-UPERJ.

- SENNET, Richard. (1998), *O declínio do homem público – As tiranias da intimidade*. São Paulo, Companhia das Letras.
- SMITH, Neil. Contornos de uma política espacializada: Veículos dos sem-teto e produção de escala geográfica. In: In: ARANTES, Antonio A. (Org.). (2000), *O espaço da diferença*. São Paulo, Papirus.
- SOLER, Colette. (1993), *Estúdios sobre las psicoses*. Argentina, Manantial.
- _____. (1998), *A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro, .Contra Capa.
- WACQUANT. D.J.Loic. (1997), A underclass urbana no imaginário social e científico norte-americano. *Estudos Afro-asiáticos*.
- _____. (1995), Proscritos da cidade. Estigma e divisão social no gueto americano e na periferia urbana francesa. *Novos Estudos Cebrap* n. 43.
- ZALUAR, Alba. Perfil da população de rua. Comentários. In: ROSA, Cleisa M. M. (Org.). (1995), *População de rua Brasil e Canadá*. São Paulo, Hucitec.
- ZENONI, Alfredo. (2000), “A clínica da psicose: o trabalho feito por muitos.” *Revista Abre Campos*. Belo Horizonte, Instituto Raul Soares, ano 1 - n 0.
- ZUKIN, Sharon. Paisagens urbanas pós-modernas: Mapeando cultura e poder. In: ARANTES, Antonio A. (Org.). (2000), *O espaço da diferença*. São Paulo, Papirus.