

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

ALLAN SAFFIOTTI

Atenção em Saúde Mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os
Centros de Atenção Psicossocial

São Paulo

2017

ALLAN SAFFIOTTI

Atenção em Saúde Mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os
Centros de Atenção Psicossocial

(Versão Original)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Doutor
em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora:

Profa. Dra. Ianni Régia Scarcelli

São Paulo

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Saffiotti, Allan.

Atenção em saúde mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial / Allan Saffiotti; orientadora Ianni Regia Scarcelli. -- São Paulo, 2017.

215 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 2. Território 3. Saúde mental comunitária 4. Atenção básica 5. Intervenção psicossocial 6. Psicologia social I. Título.

RA790

Nome: SAFFIOTTI, Allan

Atenção em Saúde Mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha esposa Bárbara, presença de todas as horas, pelo apoio incondicional neste desafio (e em todos os outros...), e à minha filha Sofia, amor que não cabe em palavras.

AGRADECIMENTOS

Apesar do momento da escrita exigir alguma solidão e recolhimento, esta tese, como todo trabalho escrito, é atravessada pela presença de muitos. Correndo o risco de cometer injustiças, cito aqueles que estiveram mais presentes nesse momento. Agradeço:

Em primeiro lugar aos meus pais, Adilson Saffiotti e Valquiria Seabra Rodrigues, pelo amor que me deu morada no mundo e por todo apoio ofertado, mesmo na dificuldade, para eu poder seguir meus sonhos.

À Prof^a. Ianni Régia Scarcelli, pela confiança depositada em aceitar seguir este percurso comigo, pela escuta cuidadosa e pela postura maiêutica nas orientações, fundamental para construção desta pesquisa.

A todos os trabalhadores dos CAPS que se dispuseram a participar desta pesquisa pela receptividade, pelo acolhimento e por compartilharem suas experiências de trabalho.

Aos Profs. Paulo Amarante, Carlos Botazzo e Bernardo Parodi Svartman pelas contribuições valiosas no exame de qualificação.

Aos meus companheiros do grupo de orientação Eliane Costa, Luis Ferro, Tatiana Bichara, Tatiana Mascarenhas, Luciana Siqueira, Márcio da Silva e Roberta Boaretto, pelas muitas e valiosas leituras, questionamentos, sugestões, apoios e incentivos ao longo desses anos. Em especial para Rafael Castellani e Rebeca Daneluci, que não me deixaram enlouquecer nas semanas que antecederam o depósito.

Aos parceiros de profissão e de vida André Prado, Renato Luz e Tatiana Braga, não só pela leitura cuidadosa e pelos muitos apontamentos, mas pela amizade e presença na maioria dos momentos importantes.

Ao amigo e mestre José Moura Gonçalves Filho, que me ajudou (e ajuda) a confiar na minha capacidade e a escutar minha sensibilidade.

Aos meus colegas de trabalho do CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, pelas parcerias, pelo aprendizado, pelas longas conversas, pelo cuidado mútuo e pelas taças de vinho compartilhadas, em especial para Fernanda Pimentel, Celso Bueno e Rosangela Fonseca, que contribuíram com seus muitos questionamentos desde a inquietação inicial até conclusão deste trabalho.

À Juliana Gomes Yoshida pela participação como pesquisadora auxiliar nos grupos operativos e pelos apontamentos que fez sobre os grupos.

À Nalva e a todo o Departamento de Psicologia Social e do Trabalho pela apoio na solução de todas as questões relacionadas as normas e a organização institucional.

Ao amigo Paulo Mijas, pela ajuda nas normas, no rigor da escrita e na revisão do Abstract.

Ao CNPq, pelo fomento que permitiu a realização desta pesquisa.

A mensagem mais importante que gostaria de passar é que a busca da utopia é algo ancestral e companheiro do homem. O que distingue o ser humano dos outros animais não é o dedão, é exatamente o fato de que ele é portador de utopia. Eu sei que hoje se costuma ridicularizar quem fala em utopia, mas não me preocupo em insistir que sem ela não vale a pena viver, e sem ela também é impossível pensar, porque o pensamento não é produzido a partir do que houve, nem do que há. O pensamento portador de frutos é produzido a partir do que pode ser. É isso que nos reúne aqui, nesta sala, e é isso que reúne os homens de boa vontade em toda a parte.

MILTON SANTOS (2000)

RESUMO

SAFFIOTTI, Allan. Atenção em Saúde Mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial. São Paulo, 2017 (215 p.). Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa tem a intenção de, referenciada no campo da psicologia social e nos debates que envolvem políticas públicas, saúde mental e saúde coletiva, investigar os modos como os trabalhadores de saúde mental desenvolvem suas práticas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir do entendimento de território como *ethos*. Parte-se do testemunho do uso polissêmico e reificado do termo território por trabalhadores e gestores, bem como da consideração da cidade como o campo, por excelência, da produção de vida e das articulações em rede dos diferentes dispositivos de assistência. Como metodologia optou-se pela descrição densa da experiência profissional do pesquisador e da escuta da experiência dos trabalhadores de CAPS. Este dispositivo foi eleito pela constatação da importância que assumiu para a política nacional de saúde mental, escolhido pelas políticas governamentais como eixo da reforma psiquiátrica e com a tarefa de transformar os modos de relação entre loucura e sociedade. Optou-se pelo Grupo Operativo enquanto instrumento para investigação da experiência dos trabalhadores, que permitiu a emergência, nas discussões, das noções de território, práticas construídas a partir dessa noção e na relação da equipe com o serviço, com os usuários. Foram estudados cinco grupos em quatro CAPS de diferentes regiões da cidade de São Paulo, propondo-se como tarefa “Falem sobre como se trabalha neste CAPS considerando a política atual de Saúde Mental”. Na análise das falas buscou-se estabelecer uma relação dialógica entre a experiência desses trabalhadores, seus pontos de vista, em comunicação com a experiência do pesquisador e também com o entendimento dos autores que nos orientaram bibliograficamente. Assim, teceu-se um diálogo entre as narrativas dos trabalhadores e os autores eleitos nesta pesquisa, a fim de compreender como esses profissionais construíram suas próprias práticas e o que influenciou este processo. Na fala dos trabalhadores, os CAPS têm ocupado um lugar centralizado no cuidado oferecido aos sujeitos em sofrimento psíquico, principalmente pela dificuldade dos dispositivos da rede da saúde em acolhe-los em suas necessidades. Percebe-se a rede de saúde como ainda incipiente e com vazios entre os serviços e, além disso, a rede de atenção psicossocial ainda não dispõe suficientemente de outros serviços importantes em se tratando de produção de vida. Mesmo com o tensionamento para burocratização dos serviços, os trabalhadores têm se empenhado em criar ações pautadas pela realidade psicossocial dos sujeitos e das potencialidades dos territórios onde se encontram. Entretanto, esse manejo é limitado: as condições em que os serviços estão inseridos os levam ao cansaço, sofrimento e desânimo. A noção de território mostrou-se polissêmica: área geográfica, rede de saúde, território afetivo, entre outros, sendo área territorial adstrita o sentido mais comum; em algumas circunstâncias a polarização dentro-fora levava a ações burocratizadas. A partir desses diálogos foi se elaborando a noção de *território* como um *ethos*, que seria um modo de habitar o mundo que orienta o cuidado no sentido de se colocar como presença humana diante do outro, apoiando a construção de outras moradas possíveis para esses sujeitos em um movimento de subjetivação com o outro.

Palavras chave: Centro de Atenção Psicossocial, (CAPS), Território, Saúde Mental, Atenção Básica, Intervenção Psicossocial, Psicologia Social.

ABSTRACT

SAFFIOTTI, Allan. Attention in Mental Health from the notion of territory: a reflection on the Psychosocial Attention Center. São Paulo, 2017 (215 p.). Thesis (Doctorate). Institute of Psychology, University of São Paulo.

Referenced in the field of social psychology and debates involving public policies, mental health and collective health, this research intends to investigate the ways in which mental health workers develop their practices in the Psychosocial Care Centers (CAPS), from the understanding of territory as ethos. It begins with the testimony of the polisemic and reified use of the term territory by workers and managers, as well as the consideration of the city as the field, par excellence, of the production of life and the networked articulations of the different assistance devices. As a methodology we opted for the dense description of the researcher's professional experience and listening to the experience of CAPS workers. This device was elected by the recognition of the importance that it assumed for the national policy of mental health, chosen by governmental policies as axis of the psychiatric reform and with the task of transforming the modes of relation between madness and society. The Operational Group was chosen as a tool to investigate the workers' experience, which allowed the emergence, in the discussions, of notions of territory, practices built from this notion and in the relationship of the team with the service, with the users. Five groups were studied in four CAPS from different regions of the city of São Paulo, being proposed as task "Talk about how to work in this CAPS considering the current policy of Mental Health". In the analysis of the speeches we tried to establish a dialogical relationship between the experience of these workers, their points of view, in communication with the researcher's experience and also with the understanding of the authors who guided us bibliographically. Thus, a dialogue was established between the narratives of the workers and the authors elected in this research, in order to understand how these professionals built their own practices and what influenced this process. In the workers' speech, the CAPS have occupied a centralized place in the care offered to the subjects in psychic suffering, mainly due to the difficulty of the devices of the health network in receiving them in their needs. The health network is perceived as still incipient and with gaps between services and, moreover, the psychosocial care network still does not have enough of other important devices when in terms of life production. Even with the tension for bureaucratization of services, the workers have been committed to create actions guided by the psychosocial reality of the subjects and the potentialities of the territories where they are. However, this management is limited: the conditions in which services are inserted lead to tiredness, suffering and discouragement. The notion of territory proved to be polysemic: geographic area, health network, affective territory, among others, being territorial area attached the most common sense; In some circumstances the polarization inside-out led to bureaucratic actions. From these dialogues, the notion of territory as an ethos was developed, which would be a way of inhabiting the world that guides care in order to place itself as a human presence before the other, supporting the construction of other possible dwellings for these subjects in a Movement of subjectivation with the other.

Key words: Psychosocial Attention Center, (CAPS), Territory, Mental Health, Primary Health Care, Psychosocial Intervention, Social Psychology.

RÉSUMÉ

Saffiotti, Allan. Soins de santé mentale de la notion de territoire: une réflexion sur les centres de soins psychosociaux. São Paulo, 2017 (215 p.). Thèse (PhD). Institut de psychologie, Université de São Paulo.

Cette recherche a l'intention d'enquêter sur la façon dont les agents de santé mentale développent leur pratique dans les centres de soins psychosociaux (CAPS) de la compréhension du territoire comme un ethos. Il est référencé dans le domaine de la psychologie sociale et des discussions portant sur la politique publique, la santé mentale et la santé publique. Une partie du témoignage de l'utilisation polysémique et réifié le mot de territoire par les travailleurs et les gestionnaires, et l'observation de la ville comme le domaine par excellence de la production de la vie et les articulations de réseau des différents dispositifs d'assistance. La méthodologie choisie était la description dense de l'expérience professionnelle de recherche et d'écoute à l'expérience des travailleurs CAPS. Ce dispositif a été élu par la réalisation de l'importance qu'il a accepté pour la politique nationale de santé mentale, choisi par les politiques gouvernementales comme l'axe de la réforme psychiatrique et la tâche de transformer les modes de relation entre la folie et la société. Nous avons opté pour le Groupe opérationnel comme un outil pour étudier l'expérience des travailleurs, ce qui a permis l'émergence, dans les discussions, les notions de territoire, les pratiques construites à partir de cette notion et de relation de l'équipe avec le service, avec les utilisateurs. Cinq groupes ont été étudiés en quatre CAPS de différentes régions de São Paulo, il a été présenté comme une tâche: Parler de comment vous travaillez cette CAPS compte tenu de la politique actuelle de la santé mentale. Lors de l'analyse des réponses cherché à établir une relation dialogique entre l'expérience de ces travailleurs, leurs points de vue, en communication avec l'expérience du chercheur et de la compréhension des auteurs qui nous ont guidés dans la bibliographie. Ainsi tissaient un dialogue entre les narratifs des travailleurs et les auteurs élus dans cette recherche afin de comprendre comment ces professionnels ont construit leurs propres pratiques et ce qui influence ce processus. En parlant des travailleurs, CAPS ont occupé une place centrale dans les soins offerts aux personnes en détresse psychologique, en particulier la difficulté des dispositifs de réseau de la santé qui ne les accueillent pas à leurs besoins. Il est perçu comme réseau de la santé naissante et les vides entre les services et, en outre, le réseau de soins psychosociaux n'a pas assez d'autres services importants en ce qui concerne la vie de la production. Même avec la tension à la bureaucratisation des services, les travailleurs se sont efforcés de créer des actions sur la base de la réalité psychosociale des sujets et le potentiel des territoires où ils sont. Cependant, cette gestion est limitée: les conditions dans lesquelles les services sont insérés le score à la fatigue, la douleur et le découragement. La notion de territoire prouvé polysémique: zone géographique, réseau de la santé, territoire émotionnel, entre autres, étant la 'zone territoriale attache' sens le plus commun; dans certaines circonstances, la polarisation 'à l'intérieur ou à l'extérieur du dispositif' a conduit à des actions bureaucratiques. A partir de ces dialogues était d'élaborer la notion de territoire comme un ethos, ce qui serait une manière d'habiter le monde qui guide les soins afin de mettre en présence de l'homme sur l'autre, en soutenant la construction d'autres façons de vivre pour ces sujets la subjectivité dans un mouvement avec l'autre.

Mots-clés: Centre d'Attention Psychosocial (CAPS), Territoire, santé mentale, soins primaires, intervention psychosociale, psychologie sociale.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- CSM – Centro de Saúde Mental
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- MLA – Movimento da Luta Antimanicomial
- MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
- OSS – Organizações Sociais de Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família
- PTS – Projeto Terapêutico Singular
- RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
- RFB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
- RSB – Reforma Sanitária Brasileira
- SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 2 – TERRITÓRIO, SAÚDE E LOUCURA	22
2.1 A Grande Internação	23
2.2 Nascimento da Medicina Social: disciplina do corpo e do espaço	28
2.3 Bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira	37
2.4 Reforma Psiquiátrica Brasileira	50
2.5 Os Serviços Substitutivos	55
2.6 A Noção de Território na Saúde e na Saúde Mental	65
CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO	80
3.1 A Escolha dos Participantes	82
3.2 A Escolha dos CAPS como Campo para Pesquisa	83
3.3 Grupo Operativo como Instrumento de Investigação	84
3.4 Processo Dialógico como Metodologia de Análise	87
3.5 Primeiro Contato com o Campo	90
3.6 A Realização dos Grupos	95
CAPÍTULO 4 – OS CAPS NO CONTEXTO DA CIDADE DE SÃO PAULO	97
CAPÍTULO 5 – REFLEXÕES SOBRE OS CAPS A PARTIR DA NOÇÃO DE TERRITÓRIO	112

5.1	CAPS II Centro	112
5.2	CAPS III Oeste	132
5.3	CAPS III Norte	156
5.4	CAPS II Leste	177

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	197
--	------------

REFERÊNCIAS	207
--------------------	------------

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	215
---	------------

1 – INTRODUÇÃO

O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para velar intenções, mas para revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar novas realidades.

Hannah Arendt

Experiências de território: tecendo sentidos

Esta pesquisa tem a intenção de, referenciada no campo da psicologia social e nos debates que envolvem políticas públicas, saúde mental e saúde coletiva, investigar os modos como os trabalhadores de saúde mental desenvolvem seu trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como principal referência o entendimento de território como *ethos*, que será desenvolvida ao longo deste trabalho. Parte da constatação da importância que este dispositivo assumiu para a política nacional de saúde mental, que o escolheu como eixo para realização da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e lhe reservou o papel de construir novos modos de relação entre loucura e sociedade.

Apresentarei brevemente minha experiência em um Hospital Dia e um CAPS para discutir o contexto no qual surgiram as inquietações que vieram a ser traduzidas nas questões desenvolvidas nesta pesquisa, já iniciando uma tessitura entre essas experiências e os autores eleitos para dialogar com esta investigação. No cotidiano das ações de trabalho e nas falas dos trabalhadores evidenciava-se uma polissemia da noção¹ de território, que acompanhava a polissemia presente na disciplina de origem (Geografia) e as várias traduções e adjetivações a partir da apropriação desse conceito pelo campo da saúde pública (MONKEN et al., 2008).

Optou-se por utilizar o termo noção porque, assim como ocorreu em outras pesquisas que dialogam com profissionais (SCARCELLI, 2002), a forma como estes compreendem território apresenta-se, em suas falas, ora baseadas em um senso comum, ora apoiadas em

¹Noção, segundo o dicionário Houaiss, pode significar conhecimento imediato, intuito ou superficial, ideia geral

alguma teoria, ora como um esboço de construção de um conhecimento a partir da experiência.

Amarante (1994; p. 145), inspirado na experiência italiana e em suas pesquisas, afirma que o território “é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam (...)”, ou seja, “trabalhar com as forças concretas para a construção de objetos comuns, que não são os objetos definidos pela psiquiatria”. Nesse sentido, território abrange tanto o espaço concreto (os acidentes geográficos) quanto seu uso e as relações que neles se formam (as construções humanas e história), o sentido dados para as vivências, produções materiais e práticas concretas que nele ocorrem (a cultura e o momento histórico), bem como para as constantes transformações que fazem parte da relação dos homens com o espaço e entre si no espaço (campos de territorialização e desterritorialização das ciências e suas epistemologias). As obras de Franco Basaglia (1979, 1985, 2005), Franco Rotelli (1990, 1992, 1994) e do geógrafo Milton Santos (1988, 1994, 1996, 1998, 2000, 2001, 2002) influenciaram as atuais compreensões e usos do termo território e foram fundamentais para o desenvolvimento de território como *ethos* proposto por esta pesquisa.

Assume-se a filiação com um campo epistemológico que compreende que há uma dimensão política indissociável da produção científica, bem como do exercício profissional, não apenas fazendo uma crítica ao modelo positivista de pesquisa científica, mas propondo uma ruptura radical com esse modelo, pois os métodos das ciências naturais têm limites para contemplar a complexidade dos fenômenos sociais, mas são instrumentos de dominação, controle e objetificação das pessoas (ARENDRT, 1973, 1981, 1985, 1993; SANTOS, MENESES, 2010; BASAGLIA, 1979, 1985, 1991, 2005; PICHON-RIVIÈRE, 1998; BLEGER, 2003, FOUCAULT, 1975, 1979, 1987, 1997).

Dessa forma, a narrativa de minha experiência profissional visa cumprir dois objetivos. Primeiramente, aproximar o leitor do fenômeno a ser estudado por intermédio da apresentação do cotidiano de trabalho de duas instituições de saúde mental emblemáticas, em um momento pós-aprovação da Lei nº 10.216 de 2001, que modificou o modelo assistencial à saúde mental no Brasil e em que se buscava ativamente implementar a Reforma Psiquiátrica por meio da abertura de CAPS (inaugurando novos serviços ou transformando ambulatórios e Hospitais Dias em CAPS). Em segundo lugar, visa criar uma distância crítica do fenômeno por meio de uma descrição densa (GEERTZ, 1989), apresentando-o a partir da minha

perspectiva singular, já que, sendo trabalhador do campo da saúde mental, sou atravessado por este mesmo fenômeno que pesquisei. Como, enquanto trabalhador, não tinha *a priori* a intenção de fazer etnografia, para a construção da narrativa me apoiei principalmente na matéria da memória (BOSI, 1994, 2003; BENJAMIN, 1993), e em alguns manuscritos sobre meu cotidiano que fui produzindo de forma não sistemática.

A descrição densa da própria experiência é um trabalho narrativo que busca por construir uma interpretação sobre a realidade vivida que, em um primeiro momento, se apresenta como “um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado” (GEERTZ, 1989, p. 20). A descrição, nesse sentido, já é inevitavelmente uma construção, entretanto, não é considerada como “ruído” ou “interferência” (como se compreenderia em uma pesquisa apoiada na crença da neutralidade ciência e da técnica), mas como a forma de entrar em contato com a realidade. Assim, explicitar ao máximo o lugar do qual parto para me aproximar do fenômeno é uma forma de dar rigor à pesquisa e, simultaneamente, procurar “colocar o território entre parênteses”, em um exercício de suspensão fenomenológica inspirado na proposta basagliana (2005) de colocar a doença entre parênteses, a fim de se disponibilizar para escutar as diferentes narrativas sobre o território que surgirão durante o campo da pesquisa.

Meu interesse pelo tema da saúde mental foi despertado durante a graduação, quando participei em maio de 1997 do simpósio “Fim de Século: ainda Manicômios”², que me estimulou a estudar sobre a loucura e as formas de cuidado ou de descuido³ a ela destinadas, como os hospitais psiquiátricos e os novos serviços que tinham o objetivo de substituí-los (como os Centro de Atenção Psicossocial, os Centros de Convivência e Cooperativas, os Hospitais Dia). Como nessa época a universidade que frequentei não oferecia ainda estágios regulares nessas instituições, entrei em contato diretamente com o hospital que escolhi, o Complexo Hospitalar Juqueri, e agendei uma primeira visita.

² Promovido pelo Depto. de Psicologia Social e do Trabalho do IPUSP, Centro Acadêmico Iara Iavelberg e pelo Coral Cênico de Saúde Mental.

³ No sentido que Yasui (2006) desenvolve: “O cuidado é uma condição que possibilita, produz, mantém, preserva a vida humana frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres. Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando tratar a doença que se instala em um indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um profissional especializado que executa um conjunto de ações técnicas (...) cuidar nos remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro”.

O primeiro choque foi provocado pela localização geográfica, pois o hospital, localizado no município de Franco da Rocha⁴, distava mais de 35 quilômetros do centro de São Paulo. Além da distância, o trajeto, percorrido de ônibus e trem, começava a me informar o lugar que fora reservado à loucura: afastado do centro urbano, longe dos olhos e da preocupação das pessoas. Igualmente impressionante era o tamanho de sua área, formada pela junção de três antigas fazendas.

Fui recebido por um psiquiatra plantonista que me apresentou o pronto-socorro, a pré-internação, as enfermarias e os pavilhões das colônias. Apesar de algumas estarem desativadas, várias colônias ainda estavam em funcionamento e com muitos pacientes. O modelo hospitalocêntrico, mesmo que decadente, ainda tinha força. E não há como entrar em uma colônia e sair igual: o cheiro de fumo e de fezes fica impregnado no nariz; centenas de pacientes por pavilhão, muitos destes sujos, sem roupa ou com as roupas rasgadas e desbotadas, sendo cuidados por apenas uma ou duas auxiliares de enfermagem. A miséria humana chama mais a atenção do que a própria loucura. Na entrada, os pacientes com maior autonomia lhe cercam e pedem coisas (cigarros, comida, seu relógio), mas, mais que coisas, pedem sua atenção e presença. Caminhando para dentro do prédio, outros lhe percebem e mantêm distância, enquanto alguns não demonstram notar nada ao seu redor. A auxiliar de enfermagem me informa que ali havia “apenas” duzentos pacientes, mas que este mesmo pavilhão chegou a ter quase dois mil na década de 1970. A indignação e o desconforto aumentam quando me recordo que este hospital foi uma das principais referências no “tratamento à doença mental” durante décadas. O estranhamento foi tamanho que, a partir desse momento, senti-me compelido a estudar sobre o assunto e tentar compreender por que o que era chamado de “tratamento” eu chamaria de violência, abandono e silenciamento.

Encontrei em minha trajetória diversos relatos de experiências semelhantes a que tive e sinto-me obrigado a dizer: é impossível entrar em um manicômio e sair igual. Um dos relatos que mais volta à memória é o do jornalista Nino Vascon, relatando a primeira vez que entrou no Hospital Psiquiátrico de Gorizia:

Quando entramos num hospício, o cheiro insuportável dos pavilhões fechados (o cheiro típico do manicômio), a balbúrdia das vozes, a baba e a saliva na boca dos internados, as camisas cinzentas, as cabeças raspadas – esses são os elementos da paisagem da doença mental no mesmo país onde se encontram a Galeria dos Uffizzi, Portofino, Capri, Veneza e Roma (BASAGLIA, 1985, p. 16).

⁴ A cidade levou o nome do fundador do hospital e o hospital adotou o nome do antigo município (em 1948, ele foi desmembrado em Mairiporã, Franco da Rocha, Caieiras e Francisco Morato).

Oito anos depois iniciei minha atuação como psicólogo em saúde mental no Hospital Dia. Esse foi fundado em 1993 e atendia cinco cidades: Franco da Rocha, Cajamar, Francisco Morato e Caieiras. Da mesma forma que aconteceu com outros hospitais dia e ambulatórios, foi tentado algumas vezes a transformar a instituição em CAPS, porém, sem sucesso, já que se localizava dentro das dependências do complexo e a prefeitura se recusava a assumir o serviço. Não existia nenhum CAPS na região até 2006, quando foi aberto um em Francisco Morato, que contava com apenas um médico, um psicólogo e auxiliares de enfermagem, tendo sido fechado dois anos depois. As UBS da região raramente atendiam usuários que encaminhávamos, ou deixavam anos na fila ou os encaminhavam de volta, alegando não terem vaga. Havia apenas um ambulatório de saúde mental, que fazia parte do Complexo Hospitalar, e o único serviço que se propunha a cuidar de usuários em crise fora do regime de internação era esse Hospital Dia.

Naquele momento, todo o complexo passava por um processo de desinvestimento e fechamento de leitos, que não era acompanhado pela criação de serviços substitutivos nos cinco municípios atendidos, nem por discussões sobre novos modelos de atenção. Os serviços inaugurados e aqueles que continuavam em funcionamento nessa época não eram, de fato, serviços substitutivos (ROTELLI, LEONARDI, MAURI, 1990): eram regidos ainda pelo modelo médico biologicista e pela mesma lógica manicomial e hospitalocêntrica. Em muitas situações testemunhadas se caracterizavam mais pelo oposto ao serviço forte: diante das demandas da população, mantinham-se em um jogo de encaminhamentos e reencaminhamentos, desresponsabilizando-se do cuidado, deixando o usuário preso em um labirinto burocrático e vazio, sem saber para onde ir ou a quem recorrer. Da mesma forma que em outros lugares do Brasil e também do mundo ocidental, a desinstitucionalização era reduzida em mera desospitalização e a Reforma Psiquiátrica a uma “reorganização administrativa e tecnocrática de serviços” (AMARANTE, 2003, p. 62).

Logo a empolgação pela oportunidade de produzir mudanças no cuidado oferecido ao sujeito em sofrimento psíquico foi se transformando em frustração pela sensação de impotência frente à inércia institucional. Tive a sorte de ser inserido em uma equipe onde havia solidariedade entre as pessoas e ética de respeito e cuidado em relação aos usuários. Porém, dentro do complexo, as diversas unidades que o compunham trabalhavam quase sempre de forma isolada, relacionando-se entre si burocraticamente por meio de encaminhamentos e ofícios; tentávamos, de pessoa para pessoa, efetivar parcerias; as

raríssimas reuniões entre unidades, quando aconteciam, eram por força de convocação e não atravessavam a conversa formal e desvitalizada.

Aqueles que eram atendidos dentro do que se podia oferecer (em grupos, individualmente, em oficinas, nas caminhadas ou sob a sombra da mangueira do pátio) se beneficiavam do encontro, mas, por outro lado, as tentativas de romper com o lugar destinado ao louco e as iniciativas para ocupar outros espaços na cidade foram quase sempre interditas. Era como tecer o sudário de Penélope⁵, com a diferença que não queria o trabalho desfeito: toda ação coletiva iniciada encerrava-se em si mesma, todo acordo precisava ser refeito a cada novo dia. Não havia nenhuma discussão sobre os novos paradigmas em saúde e em saúde mental, sobre o sentido da desinstitucionalização, nem sobre território, territorialização, matriciamento ou qualquer outra proposta das novas políticas em saúde e saúde mental.

A cidade, que teve o desenvolvimento impulsionado a partir do movimento de pessoas que o hospital provocara, mantinha uma relação de orgulho com o hospital, a “menina dos olhos de Franco”, e de repulsa pela loucura quando fora da internação: a cultura manicomial era mais do que legitimada. A ausência de discussão sobre as novas formas de cuidado e de relação com a loucura apontavam para a dimensão simbólica do território que emergia como um dos elementos mais importantes das dificuldades de efetivação da Reforma Psiquiátrica: a cidade era refratária à loucura. O modo como os sujeitos davam sentido ao lugar e a relação do próprio espaço com o modelo psiquiátrico clássico impregnavam as ações e iniciativas no trato com a loucura. Para além dos muros concretos do manicômio, a cidade permanecia murada simbolicamente para outras formas de se relacionar com a loucura, “numa situação de aceitação do hospício frente à doença mental ante a falta de outras alternativas” (SCARCELLI, 1998, p. 28).

Apesar de muitas tentativas com diversos atores (da assistência social da prefeitura, Secretaria de Cultura, Secretaria da Educação, empresas, UBS da área atendida), eram poucas parcerias contínuas fora do Complexo Hospitalar. Os sucessos foram sempre pontuais, geralmente conseguidos a partir de relacionamentos pessoais dos trabalhadores do hospital, que por meio de amigos ou conhecidos na cidade conseguiam efetivar alguma ponte: uma vaga em um dos poucos cursos oferecidos pela prefeitura, ou em uma escola, ou, mais

⁵ Na mitologia grega, Penélope era a esposa de Ulisses que, para continuar aguardando seu retorno e evitar um segundo matrimônio, colocava como condição tecer um sudário para o pai de Ulisses. Tecia, durante o dia, aos olhos de todos, mas, à noite, desmanchava o tecido feito.

raramente, uma oportunidade de emprego. Quando tentávamos apoiar os usuários a frequentar escolas, ou cursos profissionalizantes, ou mesmo quando propúnhamos acordos com empresas, a reação costumava ser de descrédito: “lugar de doente é no hospital, aqui não vai funcionar”. Da forma como acontecia, a Reforma Psiquiátrica fora convertida em desassistência: a Secretaria da Saúde enviava um comando para fechar leitos, os técnicos escolhiam os pacientes que tinham mais autonomia e, após 20, 30 ou 40 anos de internação, eram “removidos” para um asilo menor ou para suas “famílias”. Depois de décadas vivendo em situação asilar, existiam poucos laços com a família além do parentesco sanguíneo. Invariavelmente esse sujeito entrava em crise e era trazido para o pronto-socorro, permanecendo internado na enfermaria na maioria das vezes.

Era comum escutar, de trabalhadores e/ou moradores, comentários ressentidos pela situação de abandono em que todo o complexo se encontrava: falta de materiais, prédios em péssimo estado de conservação, os jardins (outrora bem cuidados) abandonados, a natureza tomando de volta a área das colônias desativadas. Eles tendiam a culpar genericamente “a Reforma Psiquiátrica”, já que assim eram justificados os motivos das transformações. Para muitos colegas de trabalho, havia a necessidade de mudanças na assistência, já que haviam testemunhado abusos e violências provocadas pelos “tratamentos” adotados pela instituição, mas compreendiam a Reforma Psiquiátrica como uma humanização do atendimento e/ou uma modernização do hospital, que coibiria estes abusos e melhoraria a situação precária em que viviam muitos dos asilados, sem questionar o modelo biomédico e suas consequências (como e com que intenção cuidar, o lugar de poder dos técnicos, o lugar do louco e da loucura na sociedade, entre outras questões).

Desde o momento em que entrei na instituição, falava-se sobre as promessas de melhorias e, simultaneamente, sobre o fechamento iminente do complexo. Havia muitos boatos e alguns comunicados oficiais sobre a passagem da gestão para uma Organização Social de Saúde (OSS)⁶, que ninguém sabia explicar como aconteceria, nem quando. Depois de muitas idas e vindas da Secretaria de Saúde e de informes falsos e ações desencontradas da diretoria do complexo, o hospital, em 2010, passou repentinamente a ser gerido por uma OSS. Nenhuma das melhorias prometidas aconteceu (aumento de salário, contratação de mais funcionários, compra de equipamentos e materiais, reformas nas unidades) e, para continuar

⁶ As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que fazem parte de um modelo de parceria adotado pelo Estado de São Paulo para gestão de unidades de saúde. Esta opção de gestão será problematizada ao longo do texto.

trabalhando no mesmo lugar, os funcionários estatutários teriam que aceitar ganhar menos e abrir mão de direitos, o que levou à saída imediata de centenas de pessoas, que se transferiram para outras unidades do serviço público a fim de evitar uma precarização ainda maior de suas condições de trabalho. Mais uma vez, a mudança veio por meio de ações iniciadas por uma instância que pouco ou nenhum contato mantinha com as necessidades dos que eram atendidos e daqueles que atendem, tratando-os, todos, como meros objetos que eram “removidos” para um lado ou para outro. Indignado pela falta de respeito e cuidado aos trabalhadores e usuários, pedi transferência para o CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, na capital paulista, buscando um campo de trabalho menos cristalizado e mais fecundo.

Esse CAPS surgiu em 1987, em um momento de intensa busca por novas modalidades clínicas, como uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado, constituindo-se em uma experiência singular. Foi influenciada tanto pelas experiências da desinstitucionalização em Trieste, na Itália, quanto pela Clínica de La Borde, na França, propondo uma ruptura com as práticas ambulatoriais e hospitalares existentes, que não se mostravam efetivas no tratamento de neuróticos e psicóticos graves (GOLDBERG, 1996). Pretendia conjugar no mesmo espaço tratamento e reabilitação, oferecendo um campo terapêutico dilatado e modificando o foco da “doença” para a pessoa. Ao longo de sua história, atravessou vários momentos de crise em função de mudanças arbitrárias das políticas públicas de saúde e da instabilidade permanente de recursos para este setor, o que levou à descaracterização do trabalho que estava sendo feito para a construção de outros modos possíveis de atuar. Esta instituição foi tantas vezes atravessada por mudanças alheias às demandas dos sujeitos atendidos que, ao mesmo tempo que se distanciou do projeto original, não se apropriou das mudanças que foram acontecendo na saúde mental, ficando de fora, por exemplo, do processo de municipalização dos equipamentos de saúde. Após mais um processo de abandono e sucateamento, passou a ser gerido por uma OSS em 2007, acompanhando o movimento geral do Estado e dos municípios de São Paulo de ceder a gestão das instituições de saúde a agentes privados.

Além de este ser o primeiro CAPS do país, há uma série de características que o distinguem dos demais que se faz necessário enumerar. Este é o único CAPS gerido pelo Estado (todos os demais são geridos pelas prefeituras), e curiosamente não é registrado como CAPS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁷. É localizado em uma região com

⁷ Há duas instituições registradas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) que funcionam no mesmo endereço, uma é o AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL CENTRO SÃO PAULO (que é tipificado como Centro de Atenção Psicossocial), e a outra é a UBS Itapeva. Houve algumas tentativas tanto no sentido de modificar o registro quanto para municipalização, mas elas nunca chegaram a se efetivar (não foram

muitas desigualdades: sede de muitas empresas e bancos, prédios residenciais de alto padrão, cinemas, parques, museus, teatros, bibliotecas, escolas e faculdades, e muitos bolsões de pobreza, com milhares de pessoas vivendo em situação de rua ou em moradias precárias. O território atendido à época era extenso e densamente povoado, com cerca de 480 mil habitantes⁸, sendo também grande o número de usuários cotidianamente atendidos (eram 650 matriculados em 2010 e uma média de 125 usuários por dia), o que dava um aspecto de vida e de movimento ao lugar.

No momento em que entrei nessa instituição, a composição da equipe técnica era heterogênea e extraordinariamente grande para um CAPS II, dividida em três miniequipes com profissionais de diversas categorias, além das descritas como necessárias na portaria que regulamenta o funcionamento dos CAPS: médicos psiquiatras e clínico, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, advogados, educador físico, professora de teatro e oficinairos. Somando técnicos e equipe de apoio, eram mais de 130 funcionários com experiências e trajetórias muito díspares, de aprimorandos recém-formados a trabalhadores que participaram dos primeiros congressos do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental⁹.

A composição da equipe era também heterogênea em relação ao tipo de vínculo de trabalho, apesar de o Estado ter cedido a gestão a uma OSS: havia funcionários públicos (regime estatutário), funcionários contratados pela OSS (regime da CLT), funcionários terceirizados de diferentes empresas (uma para vigilância, outra para copa e faxina, outra para cozinha) e oito recém-formados recebidos anualmente por meio de um programa de aprimoramento multiprofissional (bolsistas da FUNDAP¹⁰), residentes de diversas áreas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O CAPS abrigava ainda dois programas ambulatoriais em parceria com a UNIFESP e a OSS que geria o CAPS, um voltado ao

encontrados dados em textos acadêmicos, mas, pode-se supor que uma das razões seja de fundo econômico, já que a modificação do registro provocaria, entre outras coisas, um aumento nos salários dos funcionários, pois, diferente do trabalho nos Ambulatórios, o trabalho do CAPS é considerado de alta complexidade).

⁸ A área de atendimento é também bastante ampliada quando comparada com a previsão da Portaria GM/MS nº 336 de 2002 (70-200.000 habitantes para um CAPS II). Em 2012, essa situação mudou quando foi inaugurado outro CAPS II nesta mesma região, o que levou, posteriormente, a divisão do território entre ambos.

⁹ A Portaria GM/MS nº 336 de 2002 do Ministério da Saúde preconiza que a equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 4 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 6 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

atendimento de vítimas de violência e outro a transtornos alimentares. O tamanho da equipe, aliado ao fato dos profissionais terem horários de trabalho, tipos de dedicação, salários (inclusive os da mesma categoria) e status diferentes, dificultavam a formação de um coletivo de trabalhadores, o que levava, entre outras consequências, à centralização de decisões pela direção. Como trabalhador, não havia como se apropriar de tudo o que acontecia na instituição.

Ante a tamanha diversidade, não existia um “denominador comum” que orientasse o pensamento e as ações clínicas para que se direcionassem em um mesmo norte. Conviviam vários paradigmas de cuidado, desde psicanalistas de linhas diferentes, fenomenólogos, defensores da reabilitação psicossocial e até profissionais que sustentavam a influência genética na esquizofrenia, o que, por sua vez, gerava contradição nas ações e muitas vezes duras discussões. Para mim, que vinha de um lugar onde se ouvia o “tic-tac” do relógio, mas o tempo parecia não passar¹¹, onde se vivia uma eterna repetição dos dias, encontrei um potente campo de trabalho e de discussão, mesmo com as dificuldades provocadas pela organização do trabalho, que por vezes se burocratizava em demasia. No cotidiano das miniequipes vivíamos um trabalho em conjunto, construído coletivamente na intenção de uma integração possível dos saberes e ações. Era uma difícil construção, tensionada por muitas forças e que nem sempre acontecia; havia momentos em que, nas reuniões de equipe, caíamos no mero relato de casos e distribuição de tarefas. Por outro lado, a integração com trabalhadores das outras equipes e a construção de um coletivo sempre foram precárias, tendendo a uma disputa por qual saber é o verdadeiro (ou qual equipe trabalha “de acordo com a Reforma Psiquiátrica”) ou em uma divisão burocrática das atividades na instituição.

Assim, a ideia de um trabalho “de acordo com a Reforma Psiquiátrica” emergia como discurso sem uma problematização mais ampla das inúmeras vertentes e da heterogeneidade do próprio processo de Reforma Psiquiátrica, tornando-se sinônimo de um trabalho “correto”, “eficiente” ou “verdadeiro”. Assim também, o conceito de território emergia enquanto discurso como estratégia de legitimação da concepção de trabalho adotada: ante a discordância em relação à atuação de um membro da equipe, apontava-se a crítica de não agir

¹⁰ Fundação do Desenvolvimento Administrativo, entidade pública, instituída pelo governo do Estado de São Paulo em 1974 e atualmente vinculada à Secretaria de Planejamento e Gestão.

¹¹ Há uma inscrição latina que circunda o relógio no alto de uma torre, próxima ao prédio central da administração do Juqueri, que diz: “*Ut cuspis, sic vita fluit, dum stare videtur*”. Em uma tradução possível: “Como a sombra de minha haste, a vida passa, enquanto parece imóvel”.

de acordo com a “lógica do território”, porém sem um clareamento mais específico de qual noção de território embasava a crítica.

Chamava atenção a enorme grade de atividades, que cobria todos os períodos da semana e, paradoxalmente, o trabalho era prescrito a acontecer quase exclusivamente dentro do CAPS, e a maioria dos usuários pouco se relacionava com o que havia no território, mesmo este sendo repleto de recursos. Todavia, pouquíssimas atividades aconteciam regularmente fora do CAPS: entre elas, uma parceria antiga e de muito sucesso com um cinema próximo, aonde os usuários iam semanalmente assistir os filmes em sessões abertas a todos, e a atividade de caminhada semanal promovida pelo educador físico. Fazíamos visitas domiciliares e hospitalares quando necessário, mas era difícil se ausentar algumas horas da instituição sem deixar o trabalho “descoberto”.

O elevado número de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, bem como o de usuários atendidos, dificultava a construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS)¹², pois, dada a complexidade e a configuração única de vida de cada pessoa, era necessário uma escuta delicada e um trabalho artesanal, feito muitas vezes de apostas (de que ele poderia se beneficiar de certas atividades, de grupos que poderiam despertar interesse, de vínculos potencialmente terapêuticos – com outros profissionais, usuários, serviços ou familiares – etc.) que se confirmavam ou não, o que conseqüentemente pedia a atualização desse projeto a cada período de tempo. Entretanto, com a sobrecarga de trabalho, a equipe acabava por se deter mais nas situações de crise, levando as demais tarefas de trabalho de forma automatizada e deixando, por exemplo, os PTS dos demais sem a devida atenção.

Outra consequência dessa sobrecarga de trabalho era a dificuldade de construir novas ações fora do CAPS, principalmente o vínculo com outras instituições (que demandava muitas horas de pesquisa e de reuniões), agravando-se ainda mais quando os espaços a serem explorados não possuíam ligação específica com a saúde ou a assistência social, tais como espaços culturais e laborais. Assim, pelo próprio tamanho do CAPS e pela quantidade de atividades e eventos que organizava e/ou sediava, ele parecia exercer uma “força centrípeta”, atraindo mais atividades para “dentro”, como as reuniões de matriciamento com as UBS da área de atuação, que não necessariamente precisavam ocorrer no CAPS. O próprio CAPS,

¹² O Projeto Terapêutico Singular “é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido” (BOCCARDO et al., 2011). É uma das atividades prescritas no cotidiano dos CAPS.

enquanto território, era tragado por um *modus operandi* institucionalizado e ensimesmado, prescindindo de planejar o trabalho “com as setas voltadas para fora”¹³.

Como compreender a concentração do trabalho dentro da instituição? Era parte de um projeto institucional? Era uma opção/singularidade deste CAPS, ou isso se repetiria nos demais CAPS? Como problematizar mais efetivamente a relação entre as ações em saúde mental e território? Estes questionamentos passaram a me acompanhar no cotidiano do trabalho.

Os profissionais, orientados por diferentes paradigmas, tinham compreensões diferentes (e às vezes opostas) do que seria a “lógica do território” e sua tradução em ações e práticas cotidianas. Por exemplo, discutia-se se caminhar pelo bairro valia como uma ação no território ou se essas ações implicavam necessariamente em um acordo com outras instituições (saúde, educação, assistência social, cultura, entre outras). Entretanto, mais do que uma falta de consenso sobre o que seria “ação no território” e/ou o uso do mesmo nome para falar de conceitos e práticas diferentes, era comum uma compreensão instrumentalizada da portaria, descontextualizada da história de sua aprovação e do sentido das ações ali implicadas, o que por sua vez levava a longas discussões e acusações entre os trabalhadores por “não estarem agindo segundo a lógica do território”. Como avaliar essas ações e essas tensões? Era uma tensão relativa a uma situação vivida nesta instituição? Influía o fato de o “território” também diferir de sentido em diferentes leis e portarias?

A Portaria/GM nº 336 (BRASIL, 2002), que regulamenta o funcionamento dos CAPS no país, anuncia como seu dever, entre outros, “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”. No parágrafo 2º do artigo 1º da mesma portaria é estabelecido que os “CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo “a lógica do território”. No primeiro, território é sinônimo de divisão político-administrativa, enquanto o segundo aponta para um outro sentido que não é desenvolvido na portaria. Mereceriam igualmente um cuidadoso desenvolvimento, não realizado neste documento, as palavras/conceitos “responsabilizar-se”, “organização da demanda”, “rede”, “cuidados”, já que se abrem também para sentidos polissêmicos¹⁴. Em outra publicação do Ministério da

¹³ Cf. Figura 1 na página 56 desta pesquisa (BRASIL, 2004, p. 11).

¹⁴ Yasui (2006) faz uma fecunda discussão sobre os significados de “cuidado”, “responsabilizar-se”, “rede” e “território” no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira (p.109 e seguintes).

Saúde, território é designado como “o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares” (BRASIL, 2004).

Esta portaria, junto com outras leis e decretos, é de fundamental importância para a assistência em saúde mental, pois muda o estatuto jurídico da loucura e dá sustentação legal para a incorporação, como política de saúde mental, das experiências inovadoras e exitosas que aconteceram no Brasil, principalmente ao longo da década de 1980. Entretanto, tanto a promulgação de uma lei/portaria/decreto, como a forma como a lei é interpretada e transformada em programas na saúde será condicionada, invariavelmente, pelo jogo de forças dos diversos âmbitos implicados (as forças do cenário político, interesses econômicos de instituições de saúde, conselhos de classe da saúde, condições dos serviços e prefeituras, formação dos profissionais, culturas locais e regionais). No limite, uma lei/portaria/decreto pode ser completamente desvirtuada, ou, dito de outra maneira, fazer uma revolução para não mudar nada. Scarcelli (2014, p. 11) considera que há um “distanciamento e/ou um constante descompasso entre o projeto político e o projeto institucional que correspondem respectivamente aos âmbitos de definição de diretrizes políticas e de implementação de práticas”, e a análise desse descompasso pode nos apoiar na construção de um sentido para esse fenômeno.

No Complexo Hospitalar do Juqueri e nas cidades atendidas por ele, as ações em saúde mental, pautadas em uma leitura operacional das leis e desligadas de seu sentido de transformação dos modelos de cuidado, tiveram como efeito reduzir a desinstitucionalização e a desassistência, impedindo qualquer discussão que colocasse em questão o modelo manicomial e acentuando a medicalização da sociedade. Essa situação só se agravou com a entrada da OSS, que tinha mais interesse no novo hospital que seria inaugurado dentro do complexo, com seus procedimentos de alta complexidade, do que em investir na atenção em saúde mental. O CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, responsável por cunhar a expressão Centro de Atenção Psicossocial (hoje utilizada no serviço escolhido para ser o substituto ao manicômio), outrora produtor de novas práticas de cuidado, padece com ações governamentais que são pautadas em uma concepção de gestão pública relacionada a uma ideia de Estado mínimo e tem levado à mercantilização da saúde. Além disso, na sua origem, o CAPS não foi pensado como um trabalho de base territorial, mas um serviço que se colocaria como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade (AMARANTE; TORRE, 2001).

Seguindo uma lógica neoliberal, conservadora, de diminuição do tamanho do Estado, desde os anos 90, o governo estadual e as prefeituras em São Paulo vêm cedendo a gestão de todos os dispositivos de saúde às Organizações Sociais em Saúde. Essas instituições, entidades do setor privado, apesar de serem nominalmente “sem fins lucrativos”, seguem a lógica do lucro na organização do trabalho, assumindo práticas contraditórias com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e trazendo graves consequências, como uma burocratização e alienação do objeto de trabalho, aliada à uma responsabilização exagerada dos trabalhadores pelos problemas enfrentados tanto no âmbito da assistência quanto no âmbito da organização institucional.

Este CAPS, por sua vez, era uma organização¹⁵ gerida por uma OSS vinculada a uma instituição médica, composto por muitas instituições com conjuntos de normas e valores muito diferentes: a OSS gestora, a Secretaria de Saúde de São Paulo (SESP), as empresas terceirizadas (que respondiam às normas da OSS e da SESP, mas tinham suas próprias), as miniequipes que tinham composição mista em relação ao contrato de trabalho e acabavam por construir formas próprias de atuar, os profissionais psicanalistas que estavam nas três miniequipes e tinham uma maneira própria de clinicar e compreender a Reforma Psiquiátrica, as equipes dos programas ambulatoriais que pouco se envolviam nas questões do CAPS, mas seus pacientes participavam do cotidiano da “casa”¹⁶. A direção da “casa” era da OSS, que na prática funcionava como mais um sistema de regulação do serviço, com sua lógica própria, assentada em um modelo empresarial e biomédico. Esta direção, por sua vez, estava também submetida às ações (ou inações) da SESP, raramente orientadas pelas dificuldades que surgiam no encontro entre a demanda dos usuários e o que era ofertado pela instituição.

Não havia um projeto institucional que orientasse a prática ou servisse de base para uma discussão das contradições inerentes a qualquer instituição. Como afirma Scarcelli (1999, p. 189), essas ambiguidades, conflitos e contradições se expressam de forma mais intensa na prática institucional, por esta ser a confluência dos vários atores desse processo (trabalhadores, população e representantes do poder público) e nela se concretizarem diversas modalidades de ações em saúde mental. Como exemplo dessas ações, orientadas por diferentes paradigmas e objetivos diversos, haviam: vários grupos terapêuticos (de jovens, de

¹⁵ Utilizou-se a definição proposta por Bleger (1991) para organização (uma distribuição hierárquica de funções que se realizam geralmente dentro de um edifício, área ou espaço delimitado) e instituição (o conjunto de normas e padrões e atividades agrupadas em torno de valores e funções sociais).

¹⁶ Curiosamente esta era a maneira pela qual os trabalhadores se referiam ao CAPS. Goldberg (1996, p. 115) já utilizava esta expressão: “(...) resultou na formação de um grupo reunindo todos os pacientes da *casa*”.

família, psicoterapêuticos, entre outros), oficinas (de teatro, de arte, de culinária), caminhadas e outras atividades físicas (como a organização de campeonatos esportivos com outros CAPS), um grupo de geração de renda, orientado pela economia solidária em que usuários planejam atividades de trabalho com apoio de técnicos, técnicos de enfermagem e outros funcionários (por exemplo, os seguranças) em um grupo autogerido, com base na igualdade entre os membros em todos os momentos. Tal confluência de forças diversas, embora permitisse uma rica troca pela pluralidade de concepções e ações, chegava também a dissipar a diretriz comum em torno da necessária reformulação dos parâmetros manicomial de assistência, focados na noção de doença exclusivamente orgânica. Essa questão pode ser melhor observada pela existência, por um período, de um autodenominado Grupo de Esquizofrenia Refratária, que pareceu extrapolar o conceito de aceitação da diferença, por mudar radicalmente a proposta original do CAPS: orientado por um paradigma organicista e com apoio de um laboratório farmacêutico, era destinado a usuários que recebiam uma medicação específica. A volta ao foco na doença e não no sujeito (uma das críticas centrais de Franco Basaglia e de vários atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira) aponta para uma volta ao modelo biomédico: centrado na figura do médico, reduz o sujeito à doença e sua expressão sintomatológica.

Bleger (2003, p. 115) afirma que nas organizações seus objetivos explícitos de criação são sempre suscetíveis a passar para o segundo plano, passando ao primeiro plano a perpetuação da organização como tal. Nesse contexto, o que valeria como “objetivo explícito de criação”? Os documentos com força de lei e trabalhos científicos produzidos no início do CAPS, ou os “objetivos explícitos de criação da OSS”? O discurso de liberdade, pregando a coexistência pacífica de diferentes paradigmas, e o protagonismo do trabalhador entravam em contradição quando alguma decisão sobre um projeto singular ou sobre uma conduta era acatada, mas não efetivada. Este discurso, que pregava a liberdade do trabalhador e das equipes para gerir suas ações, não deixava claro que essa “liberdade” tinha que estar dentro de um direcionamento implícito (a manutenção do CAPS sob sua gestão?), no qual os números tinham grande importância: de atendimentos, de grupos, de eventos, de pacientes, de funcionários.

O que acontece com um grupo quando a palavra não serve para comunicar, mas torna-se puro verbalismo ou mesmo obscurecimento do que se tem a dizer? Em relação à assistência prestada, o efeito foi, permanecendo com Bleger (2003), uma burocratização da organização,

“na qual os meios se transformam em fins e se deixa de lado o fato de se ter recorrido aos meios para conseguir determinados objetivos ou fins” (BLEGER, 2003, p. 115).

O mesmo gesto ambíguo era feito aos usuários, convidados a assumirem um protagonismo nas escolhas institucionais e concomitantemente apresentavam-se situações com pouca margem de participação ativa: eram convidados a propor e decidir sobre festas e outras atividades culturais, entretanto, as questões operacionais (onde, como, quando e quanto) geralmente estavam decididas *a priori* pelos que ocupavam cargos de direção.

Para muitos trabalhadores, o sentido das ações deveria ser orientado pela história do CAPS, pelos seus objetivos declarados de criação, que sobrevivem não só nos textos já escritos, mas também na memória de trabalhadores que estavam lá desde o princípio. Apesar de ter atravessado vários momentos de crises, acompanhando os cortes orçamentários e a instabilidade permanente de recursos e das políticas públicas para o setor da saúde, o lugar histórico e simbólico que o CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira ocupa fez com que sua origem se transformasse em um mito fundador (CHAUI, 2000, p. 6):

Se também dizemos mito *fundador* é porque, à maneira de toda *fundatio*, esse mito impõe um vínculo interno com o passado como origem, isto é, com um passado que não cessa nunca, que se conserva perenemente presente e, por isso mesmo, não permite o trabalho da diferença temporal e da compreensão do presente enquanto tal. Nesse sentido, falamos em mito também na acepção psicanalítica, ou seja, como impulso à repetição de algo imaginário, que cria um bloqueio à percepção da realidade e impede lidar com ela.

Enriquez (1991) afirma que as instituições “são lugares pacificados e expressam um mundo que funciona sob a égide das normas interiorizadas e que permite, apesar de não se ter um consenso total, um acordo para se levar adiante uma obra coletiva”. Ou seja, as instituições fornecem uma ideologia que serve como lei organizadora, porém, neste caso, por coexistirem diversas leis organizadoras de forma contraditória e velada, os conflitos foram aumentando e os trabalhadores e usuários, em sofrimento, adoecendo. Aquilo que era feito, era sempre comparado com esse passado “ideal”, o que provocava em muitos trabalhadores insatisfação e enfado, pois parecia que as ações ficavam sempre subordinadas (consciente e/ou inconscientemente) a um modelo inalcançável: um passado imaginário onde havia uma unidade conceitual.

Por outro lado, esse mito também aponta para a memória de um momento em que as pessoas que participaram da criação do serviço sentiram-se potentes e criativas realizando um trabalho que se apresentava assentado em uma escolha vocacional e eticamente orientada, como se pode perceber nas palavras de Silvio Yasui (2006), quando relata sua experiência:

Os primeiros meses de trabalho no CAPS foram intensos. Assim como eu, vários outros profissionais estavam chegando e em condições parecidas: foram afastados de projetos em que se destacavam. Foi um espasmo autoritário de início do governo estadual. O CAPS conseguiu ser o que é, apesar da política de precarização do trabalho na saúde implementada pelo Governo Estadual naqueles dias. Mas o que importava era que estávamos assumindo um importante projeto, colocando em prática a possibilidade de construir um serviço de cuidados às pessoas que apresentavam sofrimento psíquico, prescindindo do hospital psiquiátrico. Foi uma inesquecível experiência de construção coletiva (YASUI, 2006, p. 10).

Pode-se perceber um sentimento semelhante nas palavras de Jairo Goldberg (1996), que ao longo de seu artigo aponta a preocupação da equipe, àquela época, em não deixar o trabalho ficar subordinado a uma estrutura burocrática autoritária que se via nos demais serviços de assistência:

[...] parecia-nos extremamente penoso acomodar tantas posições heterogêneas, mas ao fim e ao cabo a equipe conseguiu lapidar espécies de projetos individuais de abordagem de cada paciente. Esse amadurecimento também assinala o momento em que se superam os limites do projeto formal de inauguração do CAPS e se abrem as perspectivas de uma atuação coletivamente extraída da prática institucional acumulada (GOLDBERG, 1996, p. 117).

Esta não é uma experiência banal, vai ao encontro do desejo de emancipação e ruptura com a condição passiva de reprodutores de práticas de exclusão e submissão do outro, como explicitado no protesto de trabalhadores no I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1984, discutido por Scarcelli (1998, p. 20). Pode-se compreender esses sentimentos de insatisfação, tristeza e impotência como sintomas da perda do papel de protagonistas dos trabalhadores, da construção coletiva e de uma desvirtuação dos objetivos de criação da instituição (que não significava uma atualização dos objetivos a partir do acúmulo de experiências dos serviços substitutivos).

Um momento grave do desmonte do trabalho coletivo foi quando aconteceu um workshop, que tinha como objetivo avaliar o serviço, com todos trabalhadores do CAPS,

discutindo as dificuldades, lacunas, novas demandas e propostas de ações. Era o momento em que a problematização da própria instituição (da relação entre ela e os usuários, funcionários e seu papel na rede de saúde, do cuidado oferecido e do que se pretendia oferecer) poderia levar à uma transformação mais profunda e um movimento em direção às práticas com base territorial. Para este evento foram realizadas várias discussões prévias, com a equipe se dividindo em grupos e elencando temas que considerava nevrálgicos. Ao final do evento, foi tirado um documento que poderia ser considerado um esboço de projeto institucional que, porém, não foi provocador de mudanças. Para surpresa de muitos, inclusive a minha, alguns pontos, longa e duramente debatidos, foram simplesmente descartados. Por exemplo, o período de recebimento de novos usuários, chamado de triagem. De nada valeram as críticas tanto ao nome (vinculado a uma estrutura ambulatorial), quanto à forma (apenas em alguns períodos da semana) e as muitas propostas de mudanças, pois foi apresentado um outro arranjo, já pronto e alheio ao que foi discutido, que foi implementado.

Em uma instituição burocratizada, a lógica territorial, que poderia organizar o trabalho, perdia potência e se reduzia a discussão formal e anódina, e o CAPS assumia contornos do manicômio que pretendia substituir conforme assumia práticas de tutela, vigilância e controle. A partir daí, para grande parte dos funcionários, toda e qualquer decisão da direção foi colocada sob suspeita. A palavra, nessa situação, não servia para comunicar ou nos colocar no encontro com a realidade, era palavra alienante, oca, que preenchia o tempo e escondia intenções.

A equipe, dividida em três miniequipes interdisciplinares, no cotidiano funcionava como três instituições diferentes dentro de uma grande instituição. As reuniões gerais de funcionários e as assembleias eram ou preenchidas com longos “informes”, ou eram palco de acusações entre funcionários. Prescindindo de um trabalho coletivo ou trabalhando para evitá-lo, a direção decidiu, em um determinado momento, diminuir drasticamente o tempo e a frequência das reuniões gerais e aumentar o das reuniões de miniequipe, pois, diziam que “o tempo seria mais bem utilizado”. Esta compreensão operacional da reunião de equipe teve como consequências o fortalecimento das relações nas miniequipes e a deterioração da relação entre elas, com uma grande diferenciação na forma de trabalhar entre estes três grupos.

Dentro de um ambiente muitas vezes vivido como árido e paranoico, a miniequipe funcionava como campo para o desenvolvimento mais livre do trabalho. O trabalho em um

subgrupo dentro de uma instituição conferia alguma proteção, entretanto, não havia separação verdadeira das questões macroinstitucionais, que atravessavam e afetavam constantemente os grupos menores. No território CAPS, a necessidade de espaços de relação dos profissionais apontava vivencialmente a necessidade de promover espaços de relação entre os usuários e seu contexto.

No espaço das miniequipes havia espaço para a fragilidade, para a dor, para o erro e tempo para narrar as experiências de trabalho, em uma ação que propiciava algum sentido para essas experiências, abrindo o trabalho para outros sentidos e caminhos, para, aí, nos debruçarmos novamente na tarefa de cuidar do usuário da instituição. Diferentemente deste falar instrumental, ter tempo para narrar era subversivo: muitos usuários, muitas tarefas, muitas urgências, e pouco ou nenhum tempo para o diálogo. Por mais que se trabalhasse, a sensação sempre era de que o que havíamos feito era pouco ou quase nada.

Quando o foco é a produção, a fala torna-se apenas uma ferramenta, empobrece e carrega muito pouco da matéria da narração, a vida humana. Ter tempo para narrar é ter tempo para cuidar da formação de cada um e de todos, compartilhando modos de ser e modos de “auscultar”. Dejours (2004), apresentando as estratégias criadas pela inteligência criativa dos trabalhadores de uma indústria petroquímica, utiliza esse termo para falar do tipo de atenção que eles tinham com suas tarefas: “esta auscultação é delicada e só possível para operadores com muita experiência, já que esta vigília auditiva não lhes foi ensinada, nem faz parte dos manuais. Aprende-se no contato com operadores mais experientes”.

A ausculta, no sentido que está sendo empregando aqui, significa o engajamento do corpo sem a exclusão do pensamento racional, que desempenha importante papel na modelagem prática e na formação de representações metafóricas do diapasão do corpo humano. Frente a uma situação adversa de trabalho, burocratizada e alienante, que vinha nos levando ao adoecimento, ao silêncio e ao medo de se expor, uma saída encontrada para dar campo para a inteligência prática e consequente engajamento, foi o superinvestimento nas miniequipes e nas parcerias com colegas mais próximos. Isso, por outro lado, significou o desinvestimento na construção de um coletivo de trabalho na instituição.

O intuito da apresentação destas experiências é contextualizar o surgimento da questão norteadora desta pesquisa e não servir de retrato da situação da Atenção em Saúde Mental Brasileira. Compreendem-se as falas e atos dos sujeitos nas instituições como os fenômenos que revelam os modos de funcionamento grupais, suas contradições e o contexto histórico,

cultural e assistencial em que estão inseridos. Por se tratarem de instituições com papel relevante na saúde mental, podem ser consideradas exemplos emblemáticos das consequências da tradução em ações das novas diretrizes em saúde mental.

Discutir a noção de território não é questionar apenas o lugar onde acontece o cuidado ao louco, é discutir, entre outros aspectos, como a vida é compreendida e cuidada em nossa sociedade, quais os modos de potencializá-la ou, ao contrário, discipliná-la. Proponho, a partir de minha experiência na práxis cotidiana do CAPS, que trabalhar na lógica do território seja compreendido como *ethos*¹⁷, não como *locus*: o território não seria propriamente um lugar, mas uma ética que orienta o paradigma de cuidado, ainda que o lugar onde o cuidado acontece também importe, pois a vida acontece na cidade, no mundo compartilhado, não em instituições fechadas. Considerar “o *ethos* como uma casa, como uma instalação, é ver nele, nos códigos, valores, ideais, posturas, condutas para consigo mesmo e para com os outros, algo equivalente à moradia” (FIGUEIREDO, 1995, p. 143). O cuidado, nesse sentido, seria em função de apoiar aquele sujeito na construção de uma morada possível, que ofereça condições para um habitar minimamente seguro e, em alguma medida, sereno, ou, como nos fala Safra (2004), uma balsa humana para nossa travessia breve pela vida que nos salvasse do desamparo. Assumindo que a própria instituição CAPS é um território tensionado pelas contradições do contexto maior onde está inserida, como ela pode realizar um trabalho a partir desta compreensão de território, como uma ética do cuidado?

A partir destas inquietações, esta pesquisa visou investigar os modos como os trabalhadores de saúde mental desenvolvem seu trabalho nos CAPS e se apropriam da noção de território na construção de suas ações em campo. Para tal, foram realizados encontros com trabalhadores em quatro CAPS do município de São Paulo, conduzidos a partir da técnica de Grupo Operativo, tal como proposta por Enrique Pichon-Rivière (1998) em sua psicologia social da práxis. Com o sentido de realizar uma análise mais detalhada das instituições pesquisadas e de minha trajetória profissional, de compreender as lacunas entre as diretrizes das políticas públicas, o funcionamento institucional e a ação cotidiana, identifiquei questões e tecer reflexões ao apresentar como se dá o trabalho nos CAPS escolhidos para participar da pesquisa. Minha escuta foi apoiada/guiada pela discussão que proponho e desenvolvo de território como *ethos* e, a partir desse norteador, discuti esses modos de trabalho apresentados na fala dos trabalhadores.

¹⁷ Que será melhor desenvolvido no 2º capítulo.

Pretendeu-se, ao abrir um espaço de escuta à experiência de trabalhadores de CAPS, questionar as potências e limites da atuação deste dispositivo dentro do contexto atual, problematizando o lugar a ele designado pela lei, e as contradições entre esses âmbitos que emergem no acontecer deste dispositivo. Por se tratar de trabalho e fala dos trabalhadores, também tratei de questões vinculadas à precarização do trabalho, como o adoecimento dos trabalhadores e o impacto no cotidiano dos serviços.

Justifica-se a escolha por analisar o modelo e as práticas dos CAPS porque, dentro da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a este dispositivo estaria reservado o papel de gestor das demandas de saúde mental do território do seu entorno (aqui compreendido como área administrativa), e de provocador e mantenedor de transformações sociais, por meio da construção de novos modos de se relacionar com a loucura.

Neste momento, há o avanço de uma “onda” conservadora em nossa sociedade, de ameaça a direitos sociais conquistados duramente e de intolerância à diferença; no qual se assiste também um ataque constante ao SUS e aos ideais da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que acontece na construção de uma narrativa em que se questiona a saúde como direito básico e reduz a RSB a mera ampliação da assistência.

O discurso e a prática neoliberal voltam a ganhar força e o Estado de bem-estar social, que nunca foi plenamente efetivado, é apresentado como “vilão” das contas públicas. O poder econômico atravessa tudo, entretanto, é um poder que não tem rosto, não aparece diretamente. A saúde, nesse contexto, é mercantilizada e deixa de valer como direito para ser compreendida como serviço, levando, conseqüentemente, à uma precarização das condições de trabalho dos trabalhadores da saúde. Há também um constante questionamento baseado em uma descrença crônica (e mal-intencionada) na capacidade da coisa pública bem gerir um serviço de saúde e, por outro lado, uma superestimação (também mal-intencionada) da capacidade de gestão dos entes privados.

Por outro lado, testemunha-se também a resistência de trabalhadores, usuários e familiares, que, frente às muitas dificuldades, fazem de algum jeito a Reforma Psiquiátrica acontecer. Estudar os CAPS não é colocar em questão a instituição em si e as novas diretrizes em saúde mental que vieram com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas procurar refletir nas contradições e limites do serviço, muitas vezes relacionadas à forma como foi implementado e/ou as transformações macrossociais do período, e de estar atento às novas necessidades de cuidado e inclusão dentro dos mesmos princípios.

CAPÍTULO 2 – TERRITÓRIO, SAÚDE E LOUCURA

Nas próximas páginas pretendeu-se fazer um breve resumo da atenção em saúde mental brasileira no contexto da saúde pública, tendo como eixo a noção de território. Essa escolha é relevante, pois território será entendido como *ethos*, como ética do cuidado, o que será mais discutido no decorrer do trabalho. Nessa discussão, será privilegiado também um olhar sobre a relação dessa noção com o desenvolvimento de novos dispositivos de cuidado destinados às pessoas em sofrimento psíquico grave, em especial os NAPS e os CAPS.

A escolha deste eixo – território, saúde e loucura – se deu porque a relação entre o sujeito considerado louco e o isolamento (espacial, social e simbólico) está presente desde quando a loucura passou a ser compreendida como fonte de desordem, juntamente com outras formas desviantes daquilo que foi sendo construído como normalidade.

Apesar do inegável avanço na construção de novos saberes e práxis a partir do processo complexo da RPB, observa-se ainda práticas contraditórias na atenção ao sujeito em sofrimento mental grave, que ora apontam para o controle, ora apoiam sua emancipação e cidadania. O retrocesso na saúde mental tem se dado, por exemplo, com o apoio, por meio de financiamento com verbas públicas, a internações compulsórias em comunidades terapêuticas. Essas “comunidades” são instituições manicomiais que em nada se aproximam da proposta de Maxwell Jones (1972), a não ser pelo nome. Tem-se presenciado também o fechamento de leitos em hospitais sem a necessária abertura de serviços substitutivos na mesma medida.

Esta mesma contradição é observada no trabalho realizado nos diversos equipamentos da assistência em saúde mental, que, por conta de historicamente estarem vinculados com modelos de assistências pautados na cura e no indivíduo, permanecem atrelados a um paradigma médico-biológico e de reprodução das estruturas de poder. Essa institucionalização de padrões relacionados à lógica psiquiátrica tradicional nos novos equipamentos que se pretendem ser substitutos ao manicômio diminuiu a força das ações iniciais, o que exige, desta forma, um resgate do debate sobre a relação entre saúde, loucura e território nos CAPS. Faz-se necessário recolocar a questão do território nas políticas públicas em saúde mental, assim como no projeto da Reforma Psiquiátrica e nas práticas de atenção psicossocial.

2.1 – A Grande Internação

A partir do Renascimento inicia-se um modo de organização social em que o louco, assim como os demais sujeitos desviantes, agora entendidos como perigosos, passam a ser segregados, que vai também construindo nosso modo de habitar o mundo e compreender nossa sociedade.

O paradigma cultural e epistemológico surgido nesse momento se tornará hegemônico na Europa e depois será imposto globalmente como paradigma moderno ocidental durante a expansão colonial europeia (SANTOS; MENESES, 2010). A descontextualização da reflexão epistemológica levará a uma naturalização desse modo de organizar e compreender o mundo, tornando-o profundamente enraizado em nossa vida moderna. Mesmo com o surgimento de outros movimentos que procuraram legitimar outras formas de conhecimento e organização da sociedade, esse modo (que dá sustentação à lógica segregacionista) mantém-se hegemônico até o presente momento, ainda que sob outras roupagens.

Foucault, em sua obra *História da Loucura* (1997), realiza um revolucionário estudo sobre a loucura e as formas de exclusão da diferença na cultura ocidental, rompendo com o entendimento predominantemente biológico que se tinha antes e se constituindo em uma das principais referências. Aponta o classicismo como o momento em que a loucura começou a ser excluída do que integrava a cultura e a experiência. Até cerca de 1650 a loucura circulava, fazia parte do cenário e da linguagem comuns, e era, dessa forma, “experimentada em estado livre; a cultura ocidental era estranhamente hospitaleira a essas formas de experiência (Foucault, 1975, p. 78).

Se até a Renascença a loucura ainda possuía essa liberdade imaginária que a fazia florescer e se debater em plena luz do dia, como em *Rei Lear* e com *Dom Quixote*, ela se veria reclusa em menos de meio século, ligada à razão, às regras da moral e suas noites monótonas (FOUCAULT, 1997, p. 78). As relações anteriores entre loucura e sociedade não eram desprovidas de violência. Durante a Idade Média, embora a loucura fosse muitas vezes considerada de inspiração divina, era outras tantas considerada possessão demoníaca, abordada a partir de penitência, tortura e exorcismo.

O marco do que veio a se chamar Grande Internação¹⁸ é o decreto de fundação do Hospital Geral de Paris, em 1656. A partir desse momento diversos estabelecimentos já existentes passam a ser agrupados sob uma única administração e têm como função a ordenação e controle do espaço público pela supressão da mendicância. Não era um estabelecimento médico, antes era uma estrutura semijurídica que, ao lado dos poderes já constituídos, decidia, julgava e executava, desempenhando um papel ao mesmo tempo de assistência e de repressão. Seu surgimento está relacionado à Revolução Industrial, à concentração de pessoas nas cidades e à pobreza originada de uma crise econômica (FOUCAULT, 1997, p. 78). Tal fenômeno ocorre em toda a Europa, especialmente na França, Alemanha e Inglaterra:

Estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. O internamento é, sem dúvida, uma medida de assistência; as numerosas fundações de que ele se beneficia provam-no. Mas é um sistema cujo ideal seria estar inteiramente fechado sobre si mesmo: no hospital geral, como nas *Workhouses*, na Inglaterra, que lhe são mais ou menos contemporâneas, reina o trabalho forçado; fia-se, tece-se, fabricam-se objetos diversos que são lançados a preço baixo no mercado para que o lucro permita ao hospital funcionar (FOUCAULT, 1975, p. 97).

A Grande Internação, criação institucional própria ao século XVII, é “o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (FOUCAULT, 1997, p. 78). Em menos de cinquenta anos, a internação torna-se um amálgama abusivo de elementos heterogêneos: criminosos, pobres, loucos, devassos, idosos incapacitados para o trabalho. O gesto de traçar um espaço de internamento e conferir-lhe poder de segregação organizou uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, bem como uma nova forma de relacionar-se com problemas da miséria originada dos problemas econômicos, onde a obrigação moral se une à lei civil:

Mas a obrigação do trabalho tem também um papel de sanções e de controle moral. É que, no mundo burguês em processo de constituição, um vício maior, o pecado por excelência no mundo do comércio, acaba de ser

¹⁸ Antes da Grande Internação há um processo histórico em que a exclusão social se torna metodologia de saúde eficiente para erradicar a lepra e é essa lógica que legitima a Grande Internação.

definido; não é mais o orgulho nem a avidez como na Idade Média; é a ociosidade. A categoria comum que agrupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas (seja por sua culpa ou acidentalmente). A exclusão a que são condenados está na razão direta desta incapacidade e indica o aparecimento no mundo moderno de um corte que não existia antes. O internamento foi então ligado nas suas origens e no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social (FOUCAULT, 1975, p. 97).

A internação, nesse sentido, é consequência da reorganização do mundo ético e moral, de novas linhas de divisão entre bem e mal, com a ascensão burguesa na cultura clássica. O trabalho assume a forma de um valor ético no novo pacto da existência humana; nos hospitais, a obrigação do trabalho aos internados é ao mesmo tempo exercício ético e garantia moral de adesão a este pacto. Os loucos, mesmo com a aplicação da coação física e outras sanções, começam a distinguir-se de outras categorias na cidadela da moralidade pura pela sua incapacidade de se adaptar ao ritmo do trabalho.

Após a Revolução Francesa, a cidadania é restaurada como princípio da democracia e a situação dos loucos internados é questionada. A própria psiquiatria é um ato de reforma ao propor um tratamento e não a mera exclusão, libertando os loucos das correntes para, paradoxalmente, aprisioná-los no hospital: “É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos ‘libertado” (FOUCAULT, 1975, , p. 48).

Pinel liberta os loucos dos grilhões e desenvolve o conceito de alienação mental como distúrbio da razão: o insensato, não sendo sujeito de direitos, não pode ser objeto de sanções nem é capaz de exercer a cidadania. Entretanto, o alienado ameaça, já que traz à luz o desatino que deixou de fazer parte da experiência na aventura humana, e precisa ser reprimido. A alienação mental privaria o sujeito da razão e da vontade, seus atributos considerados mais humanos, sendo por isso necessário protegê-lo. Na proposta de cuidado pineliana, a exclusão da vida social teria o sentido de proteção e garantia de cuidado, não de perda da cidadania: os loucos seriam acolhidos em uma instituição específica, a fim de tirá-los dos comuns acorrentamentos e maus-tratos sociais (TENÓRIO, 2002).

Nessa passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica, a loucura perde seu lugar social reconhecido de verdade para ocupar um lugar de exclusão,

encarceramento e morte. A ênfase cultural na racionalidade tira o espaço de transcendência anteriormente associado à loucura para entendê-la unicamente como desrazão, de ponto de vista exclusivamente pejorativo. Esse movimento acompanha o surgimento de uma medicina mental a partir do início século XIX, que transformará a loucura em objeto de conhecimento: a doença mental (AMARANTE, 1995, p. 23).

Birman (1978, p. 11 e 12) afirma que essa transformação se deu relacionada ao momento sócio-histórico, preparada desde o século XVII e articulada com o surgimento da sociedade industrial, no qual surge a “demanda de um novo homem, que será regulado nas suas ações e pretensões por uma nova Moral. Esta se inscreve nos códigos jurídicos, nas regras institucionais, no surgimento de novas instituições, nos discursos científico e filosófico”. Assim, a medicina mental emerge como uma nova instituição com espaço e função específica na sociedade, como um discurso e uma prática com pretensões científicas, neste momento de reorganização sociomoral do sujeito.

Para Castel (1978, p. 81), coube a Phillipe Pinel a construção da síntese alienista, sedimentando a ruptura que foi a transformação da loucura em doença. O louco emerge como representante de risco e periculosidade social, e o nascente saber psiquiátrico institucionaliza a loucura articulando três dimensões que, embora presentes anteriormente, ganham novo sentido nesse movimento de medicalização: “classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico¹⁹ das doenças mentais e imposição de uma relação específica entre médico e doente”. No mesmo bojo do nascimento da clínica moderna, com a reorganização do ensino da medicina e da definição da profissão médica (FOUCAULT, 1979), o hospital se transforma em uma instituição medicalizada a partir da ação sistemática e dominante da disciplina, da organização do espaço e do esquadramento (AMARANTE, 1995, p. 25),

Apesar de representar um avanço em relação ao tipo de cuidado que era oferecido antes, o tratamento proposto por Pinel implicaria em uma ortopedia moral, onde o isolamento e a submissão a uma sociabilidade ordenada dentro de uma instituição lhe devolveriam sua razão e sua vontade. O manicômio surge, então, como o lugar exclusivo para construção do conhecimento e tratamento da alienação e o isolamento do alienado como um princípio universal, pois permitira ao mesmo tempo a pesquisa científica e a cura, já que a institucionalização era o instrumento terapêutico. A medicalização da loucura não significou

¹⁹ Refere-se ao processo de descrição e classificação das doenças.

apenas o confisco da loucura pelo olhar médico, mas a definição de um novo estatuto jurídico, civil e social do louco por meio da instituição médica (CASTEL, 1978, p. 57).

A loucura, que permaneceu durante tanto tempo presente no horizonte, desaparece. Antes manifesta e loquaz, é despojada de sua linguagem própria e entrará em um tempo de silêncio produzido do qual não sairá durante um longo período. E, apesar de continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma (FOUCAULT, 1975, p. 97).

2.2 – Nascimento da Medicina Social: Disciplina do Corpo e do Espaço

No Brasil, desde o período colonial, a saúde sempre ocupou papel secundário nas ações do Estado, tendo suas ações atreladas diretamente a questões econômicas e/ou de poder, ou seja, vinculada ao avanço de um nascente capitalismo de matriz europeia. Com a mudança da corte portuguesa para o Rio de Janeiro e a elevação do Brasil à condição de reino unido a Portugal e Algarves, inicia-se uma série de transformações sociais, políticas e econômicas no Brasil. No campo da saúde, há a criação das primeiras escolas de medicina, a Escola de Cirurgia em Salvador (1808) e a Cátedra de Anatomia do Hospital Militar, no Rio de Janeiro (1809).

Resende (1987) afirma que, antes desse período, aos loucos e pobres se permitia vagar pelos campos e cidades, sujeitos aos motejos da criançada e vivendo da caridade pública, só sendo recolhidos às cadeias se apresentassem comportamento violento ou indecoroso. Até 1830, era comum encontrar loucos integrados aos espaços da cidade. Nesta época, a Sociedade de Medicina passa a promover uma campanha pública com o lema “Aos loucos o hospício!”, criticando a situação em que viviam os loucos, tanto os abrigados nas Santas Casas de Misericórdia quanto os que moravam nas ruas, e apontando a necessidade da construção de um lugar adequado – medicamente orientado – para acolhê-los e tratá-los (MACHADO et al., 1978, p. 376).

Essa proposta de ordenamento estava inserida em outra maior, que acreditava que para cuidar da “desordem urbana” era necessário considerar a situação geográfica (por exemplo, se há pântanos, montanhas, rios, entre outros) e, principalmente, as condições sociais. Dessa forma, o papel da medicina vai além da intervenção médico-sanitária sobre o espaço urbano: ela “investe sobre a cidade, disputando um lugar entre as instâncias de controle da vida social” (MACHADO et al., 1978, p. 261), constituindo-se elemento essencial nessa nova configuração da sociedade. O Estado, comprometido com o nascente modo de produção capitalista, penetra em todo seu aparelho, organizando, ordenando e controlando, sempre no sentido de se “produzir” um indivíduo pronto para o trabalho (força física) e uma sociedade “saudável” (ordenada racionalmente), visando à acumulação de capital e o lucro. Nesse sentido:

Só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade de controle social dos

indivíduos e das populações [...]. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto – característico da psiquiatria – de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável (MACHADO et al., p. 376).

Tal fenômeno de medicalização da sociedade é descrito por Foucault (1979) e trata-se de um processo onde a vida social será regulada por um conjunto de normas ditadas pela nascente clínica médica, que organizará as instituições assim como o espaço urbano. Desde o surgimento da medicina social, com sua estreita vinculação à polícia médica, medicina urbana e medicina da força de trabalho, os modos de cuidado/controle da vida e dos corpos sempre foram uma questão central. Para Foucault (1979), a ciência médica nasce com a tarefa de intervir na vida social e organizar o “corpo social”: o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. O capitalismo, desenvolvendo-se mais intensamente em fins do século XVIII e início do XIX, socializou o corpo enquanto força de produção:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1979, p. 80).

As descobertas bacteriológicas de Robert Koch e da medicina higiênica de Louis Pasteur provocaram uma revolução científica, e a ideia da saúde como questão política e social é sufocada e transformada em um programa mais limitado de reforma sanitária, cuja ênfase é dada aos fatores biomédicos em oposição aos sociais (NUNES, 2012).

Assim como na França, no Brasil o hospício surgiu como lugar privilegiado para oferecer cuidado adequado ao louco, pautado na ciência médica e na organização disciplinar do espaço como terapêutica. Neste projeto de ordenação do espaço, a localização escolhida para abrigar grande parte dos hospícios, afastados dos grandes centros urbanos da época, revela a função de controle e de regulação pela nascente psiquiatria daqueles que não se

adaptavam à ordem social e, ao mesmo tempo, instituía em um lugar social reservado à loucura. Em relação ao espaço construído pelo homem, Tuan (1983) afirma que este:

[...] pode aperfeiçoar a sensação e a percepção humana. [...] O espaço arquitetônico – até uma simples choça rodeada por uma clareira – pode definir estas sensações e transformá-las em algo concreto. Outra influência é a seguinte: o meio ambiente construído define as funções sociais e as relações. As pessoas sabem melhor quem elas são e como devem se comportar quando o ambiente é planejado pelo homem e não quando o ambiente é a própria natureza (TUAN, 1983, p. 114).

Assim, a arquitetura e a localização espaço-geográfica dos hospícios delineavam tanto o desejo ortopédico de submeter o louco à lógica racional quanto ao lugar de isolamento e exclusão que era destinado aos resistentes à ordem social. O sequestro e a reclusão compulsória dessas pessoas são vistos não apenas como salvaguardas para a sociedade, mas como “terapêuticos”, como bens praticados ao alienado. Dessa forma, o hospício cumpre uma função disciplinadora e ordenadora não só para os que são ali internados, mas também funcionando como exemplo para toda a sociedade.

No período final do Império e início da República houve a necessidade de se distanciar das práticas associadas ao período anterior, entre elas, o asilo, que se assemelhava a instituições despóticas da monarquia. Os alienistas, que compartilhavam os ideais positivistas e republicanos, demandavam a medicalização do Hospício de Pedro II, instituição filantrópica até então dirigida por religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Ele deveria ter sua organização orientada por princípios técnicos e ser dirigido pelo poder médico. Na primeira Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa e passou a ser dirigido por um médico psiquiatra, Teixeira Brandão. Em 1890, logo após a proclamação da República, passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados (COSTA, 1989).

A sociedade brasileira do final do século XIX e início do XX passava por um período de transformação acentuada, com a decadência do modelo escravagista e a passagem para um modelo pré-capitalista (no Norte e Nordeste), e capitalista (no Rio de Janeiro e em São Paulo), o avanço das lavouras de café, o início da substituição da mão de obra escrava, a migração dos camponeses e dos negros libertos para as cidades e o processo de abertura para a imigração europeia. Para Costa (1989, p. 82):

O Brasil estava sacudido por revoltas sociais e crises econômicas, não por questões históricas ou políticas, mas – segundo eles – por causa do clima tropical e da constituição étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque o calor e a mistura com raças inferiores tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. Infelizmente, nada podia ser feito contra o clima. Em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido.

Ao mesmo tempo em que houve o desenvolvimento das ciências, a industrialização e a urbanização, esse mesmo processo levava à deterioração das condições de vida da população trabalhadora, de higiene e saneamento das cidades, proliferação de cortiços e favelas, focos de desordem e reservatórios de vetores de doenças infecciosas e aglomeração de maltrapilhos nas ruas à espera de trabalho (RESENDE, 1987, p. 42).

A psiquiatria, assumindo um matiz positivista, buscará um modelo centrado na medicina biológica de lógica causal, que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos, procurando um conhecimento objetivo do homem (AMARANTE, 1995, p. 26). Birman (1978) afirma que a psiquiatria, desde seu surgimento, buscou legitimar-se enquanto um ramo da medicina, devendo ser justificada teoricamente e validada enquanto prática científica por meio da explicação das anormalidades anatomopatológicas, sem conseguir, no entanto, encontrar a verdade das doenças mentais nos tecidos e nas estruturas celulares. Enquanto higiene moral, a psiquiatria esteve estreitamente relacionada com a medicina no social, intervindo na relação entre os homens e entre estes e a natureza: higiene dos corpos, das coisas e dos espaços sociais, a fim de se manter a saúde nas cidades. À medicina mental coube preocupar-se com a higiene das paixões, cuidando da inserção moral das individualidades no espaço social, isolando todos os elementos desviantes do conceito de normalidade construído.

A ciência, assumindo-se neutra, cumpria o papel de fiadora dessas medidas em prol do desenvolvimento de uma sociedade supostamente melhor composta por indivíduos mais fortes. Longe de refletir as doenças mentais enquanto construções históricas, este tipo de ciência se constituía como instrumento de controle e dominação, legitimando a intervenção em todos que não se adequassem às normas. Problemas como o alcoolismo na população pobre, que para Costa (1989) eram determinados pelas condições precárias de vida a que eram submetidos, eram compreendidos como disfunção com origem individual (biológica ou moral), que levava à degeneração moral e social.

Nesse sentido, as modernas teorias das origens hereditárias e biológicas da loucura vieram cair como uma luva para as funções sociais que aquele momento exigia da psiquiatria, de “referendar cientificamente os processos da exclusão das evidências do pauperismo, os imigrantes vagabundos e desordeiros (...), vítimas já não mais de suas lamentáveis condições de vida, mas de taras e degenerações individuais e raciais” (RESENDE, 1987, p. 28-29).

A psiquiatria no Brasil do século XX foi estabelecida, tanto no âmbito do saber como no da prática, em função principalmente do conceito de anormalidade como uma forma de psicopatologia, compreensão surgida no final do século XIX, “que fará a psiquiatria abranger não somente a doença mental propriamente dita (...), mas todo e qualquer desvio do comportamento normal, como o dos degenerados, epiléticos, criminosos, sífilíticos e alcoólatras” (PORTOCARRERO, 2002, p. 13).

Na lógica da nova ordem social, a psiquiatria apoia-se na preocupação higienista para atuar no espaço social no qual vivem as pessoas, já que os asilos provisórios eram considerados soluções de amadores por serem despovoados de médicos. As ações, apoiadas na higiene do corpo e/ou na eugeniação das raças, destinavam-se não apenas a tratar os indivíduos que se encontravam em situação de internamento, mas de obter o controle das instituições e intervir no espaço urbano como forma de prevenir o adoecimento: cemitérios, saneamento básico, exército, fábricas, portos, saúde da mulher, educação infantil. A naturalização de problemas sociais levava tanto à responsabilização dos indivíduos quanto cumpria o papel de encobrir as contradições da sociedade e negar a relação entre os conflitos sociais e as condições existenciais das pessoas (RESENDE, 1987).

O hospital psiquiátrico, medicalizado e agora sob controle da instituição psiquiátrica, neste cenário veio a cumprir a função de remover da comunidade toda a sorte de indesejáveis e perturbadores da ordem pública. Apesar de movimentos de separar um público de outro, o destino do doente mental seguiu um caminho paralelo ao dos criminosos: exclusão compulsória em hospitais, que não passam de arremedos de prisões, e reeducação por laborterapias, caricaturas de campos de trabalho forçado. Em uma palavra, exclusão é a tendência da assistência psiquiátrica desde seus primórdios até a atualidade, e a história da assistência ao doente mental não passa de uma sucessão de volteios em torno desse tema (RESENDE, 1987, p. 36).

Rotelli (1990, p. 27-28) afirma que, para os psiquiatras italianos reformadores, críticos desta psiquiatria higienista e moralista, o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado

um objeto fictício, a “doença”, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre essa separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”.

Como parte desse aparato, em 1903, com a aprovação da Lei Federal nº. 1.132, relatada pelo deputado federal Teixeira Brandão (o psiquiatra que também foi diretor do Hospício de Pedro II), a psiquiatria torna-se a maior autoridade sobre a loucura no Brasil e o hospício é o único lugar de cuidado e tratamento, com as internações subordinadas ao saber médico. Esta lei, que dispunha sobre a internação e o tratamento dos chamados alienados, tornou a psiquiatria a maior autoridade sobre loucura em nosso país. Ela decretava, entre outras coisas, a internação compulsória daquele que, “por moléstia mental”, perturbasse a ordem pública, sendo essa moléstia comprovada por atestado médico. A partir deste momento, expande-se o número de hospícios por todo o Brasil.

Para Portocarrero (2002, p. 96), a medicalização da loucura “implica a definição, pela instituição médica, de um novo estatuto jurídico, social e civil do alienado: o estado de menoridade social”. Paulatinamente, a psiquiatria e a medicina passam a deter também a exclusividade do discurso sobre quem deve ser tratado e a exclusividade de determinar o que é a cura e o que é considerado terapêutico: toda resistência e outros saberes eram deslegitimados como ignorância, má-fé ou charlatanismo. A construção do conceito de doença mental associada à noção de periculosidade, realizada pela medicina mental, “propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (BARROS, 1994, p. 34).

O hospital medicalizado, conforme proposto por Pinel, é ao mesmo tempo louvado e criticado, sendo que as críticas referem-se ao fato do caráter fechado e autoritário da instituição. Nesse contexto surgem as colônias de alienados, uma reformulação do modelo pineliano no qual o objetivo seria resgatar a razão por meio do resgate da liberdade, adequando a instituição à nova ordem social, baseada na liberdade, igualdade e fraternidade (AMARANTE, 1995, p. 27).

São criadas as duas primeiras colônias de alienados, tendo como ideia fundamental desse modelo fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho (AMARANTE, 1994, p. 76). Ao contrário dos asilos, que foram construídos na maioria das vezes na saída das cidades, as colônias agrícolas se localizavam mais distantes dos centros urbanos e, por isso, tinham uma menor relação com a cidade. Na prática serviram

para ampliar a importância social e política da psiquiatria, ao mesmo tempo que neutralizavam parte das críticas ao asilo pineliano.

De acordo com Amarante (1994), aí estaria a origem da maioria das "colônias de alienados", modelo hospitalocêntrico e excludente, amplamente difundido no Brasil (quase todos os estados optaram por incorporar colônias em sua rede de assistência), o que levaria a uma acentuação do número de internações e institucionalização, tendo a maioria dos 100 mil leitos psiquiátricos no final da década de 1980.

A laborterapia realizada nas colônias, em sua maioria agrícolas, adestrava para o trabalho criando uma "incurabilidade produtiva" (GOFFMAN, 1974) e que, em algumas instituições, como o Hospital Juqueri em São Paulo, produziam para o autossustento, buscando construir verdadeiras unidades independentes. A instituição tornava-se, dessa forma, mais fechada em si mesma e aberta apenas para receber mais alienados. No cotidiano externamente regulado, o trabalho no hospício comparecia como um dos aspectos mais importantes do tratamento moral, já que este representa um valor chave para a sociedade burguesa e se acreditava que, por meio dele, se poderia recuperar os alienados.

Distantes dos centros urbanos, as colônias-hospícios pouco poder tinham de influir nos processos sociais de seleção e exclusão das pessoas que chegavam para serem cuidadas. Resende (1987) afirma que esses processos pouco ou nada tinham na sua essência um propósito terapêutico. Por exemplo, na inauguração do Asilo de Alienados do Juqueri, o hospital tinha 80 pacientes, muitos "sem diagnóstico algum de doença mental", representantes de um setor improdutivo e inútil da sociedade:

Não havia um diagnóstico preciso dos problemas mentais. Conviviam no mesmo ambiente, esquizofrênicos, alcoólatras, pessoas com síndrome de down, usuários de drogas ilícitas... A lista vai longe! Até presos políticos foram parar lá dentro e morreram sem que ninguém soubesse onde foram enterrados. No início do século 20, imigrantes japoneses chegavam ao porto de Santos e só porque tinham os olhos puxados eram considerados diferentes e acabavam internados no Juquery²⁰. A política da época era limpar as ruas e eliminar aquilo que parecesse diferente e não se enquadrasse nos padrões de normalidade da sociedade (SONIM; FARIAS, 2014. p. 14).

Rapidamente depois de inaugurados, os asilos se tornam superlotados e a realidade dessas instituições brasileiras pouco tinha a ver com o tratamento moral pineliano ou com a

²⁰ Manteve-se a grafia utilizada na inauguração do hospital, escolhida pelos autores citados.

preocupação eugênica desenvolvida no Brasil no início do século XX, tornando-se em grande medida em depósitos de gente, onde se assistia a todo tipo de abusos e descaso. Ao final da década de 1950, o Juqueri abrigava entre 14 e 15 mil pacientes; o Hospital de Barbacena, cerca de 3 mil e duzentos; o Hospital São Pedro (Porto Alegre), 3 mil; em Curitiba e Florianópolis, cerca de 800 cada; em geral, esses números representam pouco mais que o dobro da capacidade (RESENDE, 1987, p. 54). Apesar das reformas operadas pela psiquiatria, orientadas pelos valores humanitários da Revolução Francesa e pelo discurso científico, 100 anos após as denúncias de Teixeira Brandão, a situação encontrada é semelhante: “superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios (...), as colônias há muito abandonaram o trabalho agrícola” e, em seu lugar, surgiu um arremedo de praxiterapia, um trabalho constituído de atividades monótonas e repetitivas” (RESENDE, 1987, p. 55).

Como exemplo da realidade encontrada na maioria dos manicômios brasileiros, cita-se pequenos trechos das histórias de dois dos maiores, o Hospital Colônia de Barbacena e o Hospital e Colônia de Juqueri.

Arbex (2013) nomeia seu livro, que trata do Hospital Colônia de Barbacena, de Holocausto Brasileiro. Em um primeiro momento pode-se pensar que se trate de um exagero, ou até que se fosse mais um nome apelativo para estimular a curiosidade. Entretanto, ao conhecer a história deste hospital, não há a menor dúvida que o título do livro seja bem apropriado à história do lugar, onde mais de 60.000 pacientes perderam a vida. Da mesma forma que aconteceu no Asilo de Alienados do Juqueri (citado acima), cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental, apenas gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder: epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava; meninas grávidas, violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento.

Lá suas roupas eram arrancadas, seus cabelos raspados e, seus nomes, apagados. Nus no corpo e na identidade, a humanidade sequestrada, homens, mulheres e até mesmo crianças viravam ‘Ignorados de Tal’; [...] comiam ratos e fezes, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violentados até a morte (ARBEX, 2013, p. 14).

O Hospital de Barbacena lucrou com a venda de cadáveres para as universidades mineiras de 1969 até 1980. Com as péssimas condições a que eram submetidos os pacientes

(mal-alimentados, malvestidos, dormindo sobre capim, agredidos e violentados) muitos morriam diariamente (nos períodos de maior lotação, fala-se em 16 mortes por dia) e, com seus corpos, vinham a alimentar esse comércio. Estima-se que foram vendidos quase 2 mil corpos nesse período. Na indústria da loucura e da morte, nada se perdia, tudo se aproveitava, exceto as vidas.:

Quando os corpos começaram a não ter mais interesse para as faculdades de medicina, que ficaram abarrotadas de cadáveres, eles foram decompostos em ácido, na frente dos pacientes, dentro de tonéis que ficavam no pátio do Colônia. O objetivo era que as ossadas pudessem, então, ser comercializadas (ARBEX, 2013, p. 64).

Estimava-se que no aniversário de 100 anos do Asilo de Alienados do Juqueri, que em 1929 passou a se chamar Hospital e Colônia de Juqueri, já haviam passado mais de 120 mil pessoas na condição de pacientes. Não há dados confiáveis sobre o número de óbitos, pois os arquivos foram queimados em um incêndio em 2005 no prédio da administração central, mas estima-se em 33.977²¹, entre mais de duas mil crianças e adolescentes, muitas sem atestado de óbito²².

²¹ Não é possível falar de um número preciso nem confiável, mas, enquanto o pesquisador foi trabalhador desse Complexo Hospitalar, alguns funcionários relataram ter testemunhado inúmeras violências e afirmavam que o número de óbitos sempre foi muito maior que o divulgado (alguns falavam em 50 mil, outros em 65 mil), e que o controle documental era precário. Independentemente da precisão dos números, chama a atenção tanto o fato de que havia a percepção das mortes que aconteciam em um número maior que o registrado, como a expressão de medo em muitos funcionários que comentavam, em contatos informais, sobre o que vivenciaram na instituição.

²² http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/113/frames/fr_denuncia.aspx, acesso em 23/10/2016.

2.3 Bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Pretende-se nesta seção apresentar brevemente os movimentos de transição do campo epistemológico e prático da psiquiatria no pós-guerra, nos quais percebe-se uma mudança no objeto psiquiatria tradicional para a psiquiatria reformada (“doença mental”, para “promoção da saúde”) e, por fim, para a proposta radical de desconstrução da instituição da psiquiatria pela Psiquiatria Democrática Italiana, que assume como objeto o sujeito concreto em relação à sociedade e como objetivo não a cura, mas a promoção de vida. O desenvolvimento dessas transformações do objeto e do objetivo da psiquiatria, nesta pesquisa, visa apontar as influências práticas e o embasamento teórico à RPB, que vieram a ser traduzidos, entre outras ações, em “trabalho de base territorial”, ou “trabalho no território nos serviços substitutivos brasileiros”.

As críticas ao modelo asilar remontam a Pinel, que afirmava haver uma contradição entre a prática psiquiátrica, que enclausurava, e o projeto terapêutico-assistencial da medicina mental que pretendia “libertar” os loucos (AMARANTE, 1995). Ao longo de todo o século XX surgiram críticas e iniciativas de reformas ao manicômio e ao tratamento asilar, entretanto, esses questionamentos começaram a ganhar força e legitimidade somente apenas após o fim da Segunda Guerra Mundial.

Os questionamentos se dão tanto em relação à prática assistencial, centrada nos manicômios, quanto acerca da cientificidade dos fundamentos da psiquiatria. Ocorreu uma mutação radical no campo epistemológico quando ela muda seu objeto teórico da doença mental para a saúde mental, levando a uma transformação de seu discurso e a transformação das estruturas de assistência. Dessa forma:

o novo objeto opera um conflito entre a nova prática exigida e a prática anterior erigida em função do antigo objeto: a psiquiatria estará numa região nebulosa, onde nem sempre existirá homogeneidade e coerência entre as suas estruturas lógico-conceituais e os seus instrumentos operacionais de realização terapêutica (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 43).

Nesse mesmo artigo, os autores destacam dois grandes períodos que redimensionaram o campo teórico e conceitual da psiquiatria. No primeiro, questiona-se o modelo asilar, responsabilizado pelo grande número de doentes crônicos, a partir dos movimentos das

Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA) e da Psicoterapia Institucional (França). No segundo, a Psiquiatria Social torna-se Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) ou de Setor (França) que, apesar de em um primeiro plano serem diferentes, trazem semelhanças significativas em um plano profundo: ambas propõem a promoção da saúde mental, inferida como um processo de adaptação social. Rotelli, Leonardi e Mauri (1990) chamam esses movimentos de Psiquiatria Reformada, e afirmam que significou, principalmente, a formulação de um programa de racionalização financeira e administrativa, com redução de leitos hospitalares como uma das primeiras consequências de uma crise fiscal.

Durante o próprio processo de guerra, em que a psiquiatria precisou adaptar-se para responder às demandas do novo contexto, surgiram novas experiências na Inglaterra, com Bion e Rickmann, e Estados Unidos, com Menninger, que, frente à limitação numérica da equipe de profissionais, transformam a estrutura do serviço com a criação de grupos de trabalhando, visando aumentar a eficácia e diminuir a inércia (BIRMAN; COSTA, 1994).

A Europa, ao fim da guerra, sofria com a economia enfraquecida, com a escassez de mão de obra e com o aumento do custo de vida, que levou milhares a morte por fome, frio e outras privações. Nessa nova conjuntura, não era mais possível aceitar que milhares de homens, passíveis de atividades, pudessem seguir estragados nos hospícios. O asilo não recuperava, era um exemplo vivo de violência e desrespeito aos direitos humanos. É nesse contexto que surgem as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra (BIRMAN; COSTA; 1994).

As experiências de Bion e Rickmann influenciam Maxell Jones (1972), que em 1959 consagra e delimita a expressão Comunidade Terapêutica, cunhada por T. H. Main, significando uma série de reformas institucionais com a adoção de medidas administrativas visando à transformação da instituição asilar. Ao organizar os internos em grupos de discussão, grupos operativos e de atividades, Jones objetivava envolver o sujeito em sua própria terapia (AMARANTE, 1995).

Para Barros (1994, p. 48) a abordagem da Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones propunha uma democratização das relações institucionais, liberdade de comunicação e análises individuais e das dinâmicas interpessoais. Jones compreendia o tratamento de um grupo de pacientes como se fosse um único organismo psicológico.

A noção de comunidade contrapunha-se a estrutura hospitalar segregadora e cronificante, na medida em que propunha a execução igualitária de tarefas a doentes e

funcionários. Jones, com sua experiência, influenciou a reforma sanitária inglesa e inaugurou a possibilidade da comunidade se relacionar de outra forma com a loucura, já que demonstrou que alguns doentes mentais poderiam ser tratados fora do manicômio (AMARANTE, 1995).

Apesar da reorganização dos serviços de saúde dando prioridade aos *community care*, na Inglaterra os serviços hospitalares ainda predominavam na década de 1980 e o número de pacientes continuava o mesmo, mais de vinte anos depois do início do projeto de transformação (ROTELLI, 1994).

A experiência inglesa da Comunidade Terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico (ROTELLI, 1994, p. 150). Basaglia et al. (1994) afirmam que, a despeito dos avanços obtidos a partir da proposta de Jones, a Comunidade Terapêutica não conseguiu romper com as relações hierarquizadas entre pacientes e médicos, pois reproduzia-se a mesma retórica da ciência que leva a valorizar a opinião de seus representantes (médicos) sobre a dos pacientes e mantendo, dessa forma, sua autoridade

Já no caso da segunda vertente desta Psiquiatria Social pós-segunda guerra, a Psiquiatria Institucional Francesa, encontram-se duas versões históricas, tensionadas. Uma primeira vertente idealizada e experimentada por François Tosquelles e outra, posterior, de caráter clínico-psicanalítico, sustentada por Jean Oury, que constroem interpretações sobre as reformas que aconteceram na França durante e após a segunda guerra (PASSOS, 2009).

A prática desenvolvida por Tosquelles, primeiro em um campo de concentração e depois no hospital Saint Alban, foi a primeira ocasião histórica de uma nova linguagem terapêutica, iniciada durante o período da guerra em um espaço desestruturado onde a convergência de esforços ganha inteligibilidade no interior de um projeto de renovação global da sociedade, onde procurava-se favorecer um clima de solidariedade militante (BARROS, 1994, p. 49).

Uma característica importante da experiência de Saint Alban é que as atividades de trabalho desenvolvidas eram vinculadas a uma possibilidade de rendimento real e eram integradas à realidade da comunidade do entorno do hospital, possuindo utilidade e provocando intercâmbio real com as fábricas, empresas e atividades agrícolas, multiplicando espaços de convivência e procurando levar as pessoas a frequentar o asilo. Esse movimento

pode ser chamado de “socialização do asilo”, como forma de preservá-lo como espaço terapêutico, já que Tosquelles acreditava na necessidade de manutenção da instituição para proteger a loucura, já que os grupos humanos sempre vão excluir a loucura do seu meio (PASSOS, 2009).

Saint Alban tornou-se um centro irradiador de ideias, sendo um refúgio para diversos intelectuais e pensadores perseguidos pelo nazismo. Georges Daumezon e Philippe Koechlin cunharam a expressão “psicoterapia institucional” em um artigo publicado em 1952 nos Anais portugueses de psiquiatria. Para Tosquelles, a partir desta data, os princípios da Psicoterapia Institucional se perdem no corporativismo do movimento da psiquiatria de setor. A nova doutrina psiquiátrica, para Daumezon e Koechlin, é, em um primeiro momento, orientada pela fenomenologia de base marxista, influenciada por Tosquelles, para depois, em um segundo momento, passar a ter nítida influência psicanalítica (PASSOS, 2009).

A partir de 1960 inicia-se na França a Psiquiatria de Setor, na qual as equipes psiquiátricas cuidavam das pessoas seguindo uma responsabilização regionalizada. Nesta proposta, o hospital psiquiátrico não foi eliminado, devendo ser apenas considerado como último recurso.

O “setor” é considerado, ainda nos dias atuais, expressão da política sanitária francesa implementada pelo Estado assistencial. (...) Não se tratava mais de ressocializar o doente mental, mas de tratá-lo dentro de um conjunto de intervenções multidisciplinares e multi-institucionais presentes no território (BARROS, 1994, p. 50-51).

Para Passos (2009), a política da Psiquiatria de Setor não incorporou os princípios éticos desenvolvidos pela psicologia institucional (por exemplo, um novo modo de relação com o paciente que se baseava no desinvestimento do poder autoritário do saber médico), preocupando-se em sanear os hospitais, tornando-os limpos e organizados, e em multiplicar os serviços externos que reproduzem a mesma lógica autoritária do sistema asilar.

Dessa forma, a experiência francesa de setor acabou por conciliar o hospital psiquiátrico com os serviços externos, deixando de buscar uma transformação cultural em relação à psiquiatria. Buscava-se integrar as práticas psicanalíticas à psiquiatria, e esta se propunha, neste contexto, a reformar a instituição, já que não haveria possibilidade de cura em uma instituição adoecida. Entretanto, as práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais

dirigidas ao tratamento dos “normais” e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura.

Nesses países, bem como nos EUA, a desinstitucionalização foi entendida e praticada como desospitalização, tendo produzido o abandono de um grande contingente da população psiquiátrica e também uma passagem para outras instituições (como casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários “não psiquiátricos”) e novas formas (mais obscuras) de internação” (ROTELLI, 1990, p. 21). Essas ações revelam-se coerentes com as orientações neoliberais e conservadoras de questionamento e redimensionamento do próprio Welfare.

Nem a experiência inglesa nem a francesa conseguiram colocar em discussão a objetificação dos pacientes; nem o que a provoca e mantém, a instituição da psiquiatria. Foi apenas com a trajetória italiana que se propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas (AMARANTE, 1995). Barros afirma (1994, p. 51) que a experiência italiana representou um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da Comunidade Terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora tenha sido influenciada por estas (no princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e na ideia de territorialidade).

Em 1961, Franco Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia²³, e, juntamente com um grupo de psiquiatras, iniciou um amplo trabalho de transformação do hospital visando sua “humanização”. Gorizia se localiza no norte da Itália e o hospital funcionava em uma vasta área verde sombreada por árvores seculares, sendo que o muro que cercava o hospital era um trecho da fronteira com a ex-Iugoslávia (BASAGLIA, 1985).

Basaglia (1979, p. 17) afirmou que, ao entrarem no hospital, ele e seu grupo disseram um não à psiquiatria, mas, sobretudo, um não à miséria. Inspirado na Comunidade Terapêutica e na Psicologia Institucional, Basaglia pretendia tornar a instituição realmente um lugar efetivo de tratamento e reabilitação. Assim, banuiu a violência como recurso terapêutico e para tal procurou eliminar do cotidiano institucional práticas repressivas como a proibição do uso de roupas próprias, sistemas de punições, banhos coletivos, eletrochoques, impregnação provocada pelo excesso de psicofármacos e os quartos fortes (BARROS, 1994 p. 51).

²³ Recomenda-se, para uma análise mais completa das reformas ocorridas na Itália, o belíssimo trabalho de Denise Dias Barros, Jardins de Abel (1994), bem como os livros “A instituição Negada” (1985) e a coletânea de textos de Basaglia, “Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica” (2005), todos indicados nas referências.

Com o passar dos anos, começou a perceber que as medidas administrativas e de humanização não eram suficientes para modificar a situação dos pacientes. O hospital psiquiátrico, mesmo depois de reformado (“humanizado”, atualizado e medicalizado); continuava a não enfrentar o problema da exclusão e reproduzia a mesma lógica concêntrica, contaminando todo o território ao seu redor com a sua cultura (organização que visa o controle social) e regras que reconhecem quem e como deve ser excluído (ROTELLI, 1994).

A partir das mudanças ocorridas em Gorizia percebia-se que emergiam no próprio território, até mais agudamente, as contradições de um mundo da saúde que permanecia dentro dos esquemas e dos códigos de funcionalidade da ideologia dominante. Como então inserir a doença no espaço da saúde, se o que constitui a doença é justamente a identificação desta como improdutividade e a saúde como produtividade?

Durante aqueles anos, as contradições são-doente, normal-desviante, homem-mulher, velho-jovem vão explodindo e revelando-se cada vez mais entremeadas com a divisão em classes e com a atribuição desigual de poder (BASAGLIA, 2005, p. 243).

A partir da falência das reformas psiquiátricas em outros países, do contato com as obras de Michel Foucault e de Erving Goffman e da análise desta experiência de Gorizia, Basaglia começou a questionar o lugar social da loucura, tendo por base a desconstrução do manicômio enquanto instituição e da negação da psiquiatria enquanto ideologia que organiza os serviços de saúde (AMARANTE, 2007). Assim, tornava-se prioritária a desconstrução do manicômio e da instituição psiquiátrica, representando a ruptura com o cerne da lógica que, na saúde, compreendia diversidade como inferioridade (ROTELLI, 1994, p. 150).

Para Rotelli (1994), a instituição psiquiátrica:

é o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente; e, em uma visão objetivante, naturalística, o médico faz-de-conta que não vê o que está implicado nesta rede institucional. Ele busca uma relação com o paciente, uma relação só entre ele e o paciente, entre ele e a loucura do paciente, sem perceber que ele e seu paciente estão imersos neste rede institucional. Sem tomar conhecimento da diferença de poder que existe, sem tomar conhecimento da diferença de classes, sem tomar conhecimento de todas as necessidades de uma forma global da pessoa que ele tem à frente, o psiquiatra se ocupa, então, da doença e não do doente. Ele se ocupa, de tudo aquilo que pertence a uma cadeia disciplinar, e não das necessidades dos internados. Ele vê o paciente com os olhos deformados pelo seu saber, pelo seu assim suposto saber. (ROTELLI, 1994, p. 151)

Assim, a instituição a ser negada não era apenas a estrutura física, mas o “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: “a doença”, a qual se sobrepõe no manicômio o objeto “periculosidade” (ROTELLI, 1990).

Para Basaglia (2005, p. 257) a psiquiatria é reprodutora das relações de classe, cumprindo com a função de controle e ordenamento na sociedade capitalista. Assim, superar o manicômio não era uma proposta de reforma nem de modernizar sua antiga forma de gestão, nem replicar sua lógica no território, mas sim uma proposta de ruptura radical com esse saber e essa prática pela penetração sistemática de uma profunda crise em todos aparatos de controle e sanção. Negar a instituição implica, dessa forma, em dois movimentos: significa não apenas desconstruir o conceito de doença mental, mas, simultaneamente, também resgatar/reconstruir a complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado: a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social (ROTELLI, 1990, p. 90-91).

Para tal, cumpria desmontar os aparatos que sustentavam o conceito de “doente mental”, começando pelo paradigma racionalista “problema-solução”, que sustentava o funcionamento do manicômio a partir de uma relação codificada entre a definição de um problema e uma resposta tendencialmente ideal. O questionamento das práticas sociais que ergueram os muros do manicômio e estabeleceram os limites para a doença mental, um aprisionamento compreendido como princípio arqueológico sobre o qual se ergueu o saber médico-psiquiátrico, foi o ponto de partida para a desconstrução do manicômio (BARROS, 1994, p. 57).

Para Rotelli (1990), o mal obscuro da psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade, ou seja, a psiquiatria coloca entre parênteses o sujeito para cuidar da doença. Basaglia, orientando-se por uma perspectiva fenomenológica, propõe uma inversão, colocar a doença entre parênteses para ser possível ocupar-se do sujeito em sua complexidade:

O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico

em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao ‘duplo’ da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado (AMARANTE, 1994b, p. 65).

Assim, para Basaglia e os reformadores italianos, “o problema se tornará não a cura, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas; ou, dito de outra forma, se trata do processo de singularização e ressingularização (ROTELLI, 1990, p. 91). Dessa forma, o foco deixou de ser “a doença”, objeto da medicina, para ser o sujeito concreto, socialmente constituído, e o objetivo e a prática da “instituição inventada” são a produção da vida e a reprodução social:

[...] Devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro. Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes (ROTELLI, 1990, p. 91).

Mudando-se o objeto e desmantelando as antigas instituições, o processo de desinstitucionalização será o processo prático que reorienta instituições e serviços em direção a este diferente objeto, que, não é mais um objeto em equilíbrio (a doença), mas está, por definição, em estado de não equilíbrio (o objeto é a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social). A instituição inventada sobre este objeto é feita de serviços que

[...] entram com toda força no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida cotidiana, as cotidianas opressões, momentos da reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e por isso terapêuticos (ROTELLI, 1990, p. 97).

A partir da experiência goriziana, fecunda de indicações de mudanças, mas forçosamente fechada dentro do manicômio, em 1971, Basaglia pode iniciar em Trieste, juntamente com grande parte da equipe que estava com ele em Gorizia, uma prática nova,

orientada por esses princípios. Novamente será importante a influência da Comunidade Terapêutica e da Psicologia Institucional, entretanto, não serão um fim em si mesmo, mas sim pensadas como estratégias intermediárias para o desmonte da estrutura manicomial (AMARANTE, 2007). Trieste tinha aproximadamente 300 mil habitantes, e os primeiros serviços substitutivos criados foram sete Centros de Saúde Mental (CSM), com atendimento regionalizado (um para cada bairro da cidade), que funcionavam 24h e para qual foram redirecionados todos os médicos, os enfermeiros e os recursos do antigo hospital (ROTELLI, 1994). É fundamental, para a compreensão da transformação da atenção na proposta desse serviço, o conceito de “tomada de responsabilidade”:

A ‘tomada de responsabilidade’ diz respeito, em primeiro lugar, à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção. [...], quer dizer, portanto, assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento. Este não é desviado burocraticamente em setores separados de competência. O cidadão é acompanhado (apoiado) pelo serviço na rede de instituições da organização social [...] segundo sua necessidade (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 62-63).

Esta “tomada de responsabilidade” não pressupõe um lugar definido, pode acontecer tanto no CSM como em outras instituições (o hospital, o presídio, entre outros), mas, especialmente nos ambientes de vida do sujeito onde ele exerce ou tenta exercer sua sociabilidade (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991).

A partir do momento que o problema fundamental não é a remoção do sintoma, mas a busca da emancipação em suas múltiplas formas, procurou-se criar muitas possibilidades de vida dentro de um novo modelo cultural que não fosse mais o de tutela, mas de participação na construção de projetos que aumentassem as possibilidades e probabilidades de uma vida mais digna (BARROS, 1994). Buscou-se alargar os espaços de liberdade internos do ser humano também atuando na emancipação do ambiente em que vive. Ou seja, propõe-se uma mudança cultural baseada em uma relação de reciprocidade real, sem a qual é impossível manter uma ação terapêutica, para promover o aumento de sua liberdade.

Daí a opção por uma prática baseada, desde o início, na ruptura de todos os mecanismos institucionais que podiam continuar a reproduzir a separação e o sequestro, para fora da vida social, de quem entrava em contato com a instituição, fosse ele já um internado ou novo usuário. O objetivo prioritário dos primeiros atos da transformação institucional tornou-se, assim, a reconstrução da pessoa e da sua identidade social: despedaçar todas as normas que regulamentam a dependência pessoal do internado; reconstruir

concretamente sua identidade enquanto pessoa jurídica; recuperar os recursos econômicos indispensáveis à sua colocação no circuito das trocas sociais; estabelecer as bases, irreversíveis, da sua condição de membro do corpo social. Em outras palavras, substituir a relação de tutela por uma relação de contrato (BASAGLIA, 2005, p. 247-248).

Segundo Barros (1994, p. 80), “o período entre 1975 e 1978 caracterizou-se pela criação e organização dos serviços territoriais”. Em 1976, o hospital foi formalmente fechado, e, mesmo sem um modelo pronto, “trabalhou-se com instrumentos artesanais, iniciativas parciais, baseada na necessidade de abrir espaços e ao mesmo tempo vencer resistências (...)” (BASAGLIA, 2005, p. 245). A miséria, antes silenciada e restrita ao manicômio, fora desnudada e esse primeiro momento exigia um trabalho assistencial de emergência.

Assim, a luta pela desmontagem do manicômio iniciava com o abrir as portas, mas, era necessário um trabalho de reconstrução subjetiva e objetiva para recuperar a autonomia e a sociabilidade daqueles sujeitos, que, por passarem longos períodos de internação, encontravam-se institucionalizados: “a doença, bem fora de parênteses, se revela como o lugar geométrico das incrustações judiciárias, diagnósticas e científicas aplicadas sobretudo, e sem contradição, às classes subalternas” (ROTELLI, 1990, p. 93). Elas precisavam, entre outras coisas, de casa, trabalho, espaço social, de canais para exprimir a própria condição, ainda que de sofrimento. Era também necessário a busca pelas forças vivas no território, o saber do paciente, de seus familiares, dos trabalhadores, dos homens da cultura, de forma a enfrentar as contradições inerentes e ele.

Nesse sentido desinstitucionalização torna-se um processo permanente de luta pela emancipação, principalmente dos grupos sociais mais frágeis e, para operacionalizar essa nova lógica de se relacionar com a loucura, foi sendo, aos poucos, organizada uma nova rede de serviços e de práticas para cuidar da loucura: oficinas de geração de renda, residências assistidas, cooperativas de trabalho, centros de cultura. Todas essas ações visavam o aumento da autonomia e dos processos de vida, mantendo relação intensa com o cotidiano da cidade e com as atividades voltadas a todos cidadãos: cultura, esportes e lazer, transporte coletivo, habitar em imóveis comuns.

Dessa forma, pode-se perceber que da transformação da assistência desenvolvida em Trieste vai emergindo uma prática assentada em um modo de cuidado que tem como alvo o apoio à produção de vida e o rompimento com os mecanismos de controle e tutela. Nesta

prática, os serviços de saúde mantêm uma relação estreita com a vida da cidade e seus atores, não hierarquizada e com trocas para ambos, visando sempre a ampliação da autonomia e a vivência da cidadania:

O novo sistema de assistência de saúde mental prescindiu da retaguarda da internação manicomial, passando a assistir a crise nos próprios CSM, que desenvolviam uma assistência sociopsiquiátrica complexa, fazendo desses dispositivos estruturas intrincadas que, a cada situação de necessidade, podiam adquirir um caráter diferente para atender a demanda: serviço médico-ambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia) ou noturna (hospital-noite), serviço socioassistencial (alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades socio sanitárias, culturais e esportivas do bairro (BARROS, 1994, p. 106).

Esses recursos todos são fornecidos diretamente ou por meio da ativação de outros serviços ou entidades das mais diversas esferas da vida, pressupondo, acima de tudo, o “estar com o paciente”, que não significa uma relação de tutela, mas de cuidado e apoio. Essas operações procuram ativar ou conservar a relação do sujeito com seu ambiente externo, além de promover e sustentar uma relação de proximidade com o operador (trabalhador do CSM) que o acompanha. Dessa forma, os atos práticos do serviço não são, portanto, momentos episódicos de apoio, mas são integrados em uma finalidade mais ampla (DELL’ACQUA, MEZZINA, 1991). O CSM é também o lugar destinado a “resposta à crise”, constituindo-se no que se convencionou nomear de “serviço forte”, ou seja, que assume a responsabilidade pela demanda que surge.

O trabalho que se desenvolve em torno à crise como “resposta à necessidade”, continuamente oferece aos operadores (enfermeiros, servidores, assistentes sociais, médicos) um nível real de relação possível; permite a tradução imediata do linguajar técnico em termos de problemas concretos; bloqueia a tendência da psiquiatria de expelir da intervenção, como escórias, tudo aquilo que se relaciona à materialidade da vida; favorece um intercâmbio concreto entre os diversos sujeitos que atuam; promove um “caminhar com” o paciente (DELL’ACQUA, MEZZINA, 1991, p. 72).

A crise, que para psiquiatria tradicional é sempre direcionada para dentro do sujeito e só é pensada em termos de doença-cura, nos serviços substitutivos provoca a instituição a “colocar-se em crise”: não há respostas prontas e “certas”, é necessário que o serviço crie

respostas singulares a cada demanda que surge, estendendo todas as suas potencialidades de relação no inteiro arco de expressão da existência sofrida do indivíduo e sobre a totalidade das demandas da comunidade. Além dessa disponibilidade para um acolhimento imediato e flexível do sujeito em crise, a presença física dos trabalhadores no território, fazendo a mediação da crise nos lugares de vida desses sujeitos, possibilitava o redimensionamento da “periculosidade do doente mental”, permitindo a este outras modalidades de expressão e as pessoas de seu contexto social uma outra compreensão. A crise que aponta para um conflito, que, não sendo mantido oculto ou contido, pode ser trabalhado, assumido como estímulo à transformação (DELL’ACQUA, MEZZINA, 1991).

É importante ressaltar que nesta experiência de Trieste considerava-se que não poderia haver uma transformação real da instituição psiquiátrica sem uma exigência de uma transformação social e, nesse sentido, sempre se procurou construir um envolvimento da população; desde a abertura dos pavilhões priorizaram-se situações que fossem atrativas para a população e estimulassem o envolvimento. Ao mesmo tempo e em um movimento inverso, buscava-se atividades que permitissem ao paciente sair do manicômio e reconquistar (ou conquistar) os espaços na cidade. O grande slogan desse período é “a liberdade é terapêutica”, e a luta era contra o abandono, o isolamento, a solidão, construindo respostas que transformavam espaços, criavam possibilidades de vida e realizações na cidade que fornecessem uma alternativa ao manicômio.

Criou-se o estatuto jurídico-administrativo do hóspede, que designava a pessoa que, independentemente de qualquer razão médica, “necessitasse de proteção, alojamento assistência não hospitalar até sua efetiva reinserção social. Implicava, também o reconhecimento de que no interior do manicômio existiam pessoas que ali estavam não por motivo médico, mas por se encontrarem impossibilitadas de retornar à sociedade” (BARROS, 1994, p. 88). Este estatuto representava uma denúncia de que a cidade era incapaz de oferecer condições adequadas de vida, e, por isso, possuía o valor estratégico frente às resistências do território. Aos operadores coube mediar a tensão que se revelava com a entrada desses sujeitos na cidade, antes “pacientes” ou “doentes mentais”, pessoas sem rosto ou história, agora circulavam pelos mesmos espaços de todos. Esse processo de desmistificação da loucura e do estigma da periculosidade era, e é, um grande desafio, é necessária uma transformação cultural, uma mudança de valores e quebra de preconceitos, para que a diversidade seja tolerada.

Para Barros (1994, p. 127), a Lei Basaglia, aprovada em 1978, reafirmou a centralidade do território, sendo território compreendido, pelos italianos, como comunidade: o espaço geográfico e cultural onde transcorre a vida do cidadão e, no caso, do usuário dos serviços psiquiátricos.

Basaglia (2005) afirma que a história de Trieste é cada vez menos a história de uma instituição e cada vez mais a história de muitas vidas que, na ruptura das dependências institucionais recíprocas, emergiram e se desenvolveram em uma dimensão dificilmente reconstituível pela análise daquilo que foi:

[...] deveríamos de preferência reconstituir a história das transformações dos diferentes processos reais, dos diferentes percursos internos, através dos quais se transformaram, junto com o espaço institucional que estava sendo transformado, todos aqueles que gravitavam na área da instituição, até assumirem como real, como próprio, como visível, o projeto político em que se enraizavam essas lutas: a eliminação do manicômio (BASAGLIA, 2005; p. 240).

Apoiado em suas experiências práticas e na obra teórica de determinados teóricos, instaurou uma ruptura radical no campo da ideologia e das práticas psiquiátricas, bem como das relações no campo social, pois, ao propor um outro lugar social para a loucura, também promove um outro olhar para todo aquele que se apresenta divergindo do que ainda vale como norma. Sua obra e sua experiência foram e têm sido fundamentais para a construção das práticas de atenção psicossocial desenvolvidas no Brasil.

2.4 Reforma Psiquiátrica Brasileira

O movimento social chamado de Reforma Psiquiátrica Brasileira é amplo e complexo, com a participação ativa de diversos atores e movimentos sociais, tendo sido estudado e descrito por vários autores. A intenção desta tese é fazer uma breve apresentação do tema no sentido de contextualizar a discussão sobre os novos modos de cuidado e o conceito de território.

A primeira crítica do saber médico-psiquiátrico no Brasil vem por meio da fina ironia de Machado de Assis, em que pese em ser uma obra literária, não científica, que em 1882 publica o conto “O Alienista”, criticando acidamente a pretensa cientificidade do alienismo e da internação (AMARANTE, 1995, p. 97).

Mais tarde, no início do século XX, várias críticas surgem, entre os próprios psiquiatras, aos manicômios e suas questionáveis formas de cuidado. Por exemplo, no Brasil, Ulisses Pernambucano apontava a importância dos fatores sociais nas doenças mentais, em meados de 1920, destacando a necessidade de garantir os cuidados mínimos (de higiene e alimentação) aos internos. No Hospital do Juqueri, nas décadas de 1920 e 1930, o médico psiquiátrico Osório César foi pioneiro no uso da arte como recurso terapêutico, tendo se debruçado sobre as produções artísticas dos internos deste hospital, publicando diversas obras sobre a expressão artística deles. No Rio de Janeiro, a psiquiatra Nise da Silveira, a partir da década de 1940, fez uma crítica radical das formas violentas de tratamentos da época, como o eletrochoque, a lobotomia e o choque insulínico, recusando-se a reproduzir essas práticas. Ela criou ateliês de pintura e modelagem para os pacientes, revolucionando a psiquiatria da época (YASUI, 2006, p. 27).

Entretanto, por mais que essas experiências tenham um enorme valor ao mostrar a possibilidade de um outro olhar e outras práticas no cuidado à loucura, não conseguiram no seu tempo ser legitimadas frente ao modelo hegemônico e permaneceram como experiências pontuais. Como descrito no subcapítulo anterior, de meados do século XIX, quando surgiram os primeiros manicômios, até a década de 1970, a oferta de tratamento ao “doente mental” consistiu quase que exclusivamente na internação em hospitais públicos, um modelo de assistência excludente e compulsório

Na década de 1950 acontece um aumento do número de leitos psiquiátricos públicos, concomitante à urbanização e industrialização do país, e os primeiros hospitais privados são criados por meio de convênios. Com o surgimento dos neurolépticos, o processo de psiquiatrização ganha força (AMARANTE, 1994). Na década de 1960, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a partir da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), o governo passa a controlar todos os recursos que aportavam nesse sistema. Baseado na lógica do lucro, a gestão pública da época financia a produção dos serviços de saúde no setor privado, inclusive na psiquiatria, que passa a comprar serviços dos hospitais particulares (AMARANTE, 1995).

A consequência dessa política foi a estruturação da assistência em saúde no Brasil em moldes privados e lucrativos, com grande capitalização e crescimento das empresas nesse setor, o que Amarante (1995) chamará de “indústria da loucura”. Com isso, as internações psiquiátricas cresceram mais de 200% durante o período militar, já que, sem fiscalização, a manutenção do manicômio tinha baixo custo e alto lucro, principalmente se comparada, por exemplo, à diária hospitalar de uma UTI. Dessa forma, a população de asilados aumentou 213%, mesmo com a introdução das terapias medicamentosas com psicotrópicos (CERQUEIRA, 1984).

Esse processo de hegemonia do modelo de assistência médico-privatista torna-se hegemônico no Brasil, baseado na busca do lucro, voltado para uma clínica individualista, centrado no hospital como lugar exclusivo e excludente de cuidados e medicocêntrico, favorecendo também a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. O processo de sedimentação da lógica biológica contribuiu para naturalizar esse processo e obscurecer a análise de outros interesses envolvidos. Pode-se afirmar que essa lógica continua presente, mesmo com o surgimento de outros modelos de cuidado, por exemplo, quando claramente há uma escolha pelo investimento em medicações mais novas e de eficiência duvidosa, de alto custo, mesmo com outras opções no mercado, em detrimento da contratação de mais profissionais de saúde mental.

O período da ditadura civil-militar no Brasil (de 1964 a 1985) foi desastroso para quase todas as áreas sociais, inclusive para a área da saúde, com um recrudescimento dos avanços obtidos anteriormente, sucateamento dos seus serviços, censura de dados epidemiológicos que comprometiam a saúde pública e diminuição do investimento. De acordo com Scarcelli (1998, p. 127), no setor da saúde expressavam-se também discursos e práticas

contraditórias, ainda que com pesos diferentes, como algumas críticas ao modelo asilar e a necessidade de reformas influenciadas pelo modelo comunitário norte-americano, enquanto que, mais intensamente, ao mesmo tempo em que ocorria a consolidação e ampliação deste parque asilar, reafirmando a centralidade do hospital no atendimento e iniciando a transferência de recursos públicos ao setor privado de saúde.

Com apoio do capital externo, no plano econômico acontece o chamado “milagre brasileiro”, o que dava apoio popular ao governo. O PIB aumenta consideravelmente, mas a desigualdade entre ricos e pobres torna-se uma das maiores do mundo. Por conta do arrocho salarial e da falta de oportunidades, a classe média empobrece e o êxodo rural faz as cidades crescerem sem planejamento urbano, aumentando o número de doenças decorrentes das habitações precárias e falta de cuidados básicos.

Coimbra (1995) aponta que, no início da década de 1970, mesmo com a forte repressão, surgem novas formas de resistência às possibilidades de subjetivação da época, forjadas principalmente na periferia das grandes metrópoles, para depois alcançar as camadas médias:

Pequenos atos e experiências que se manifestam com aparente timidez, por muitos considerados insignificantes, começam a romper com o silêncio imposto e são gestados nos bairros de periferia, ainda na primeira metade dos anos 70. Em realidade, são expressões de resistência, autonomia, criatividade e singularidade que irão forjando algumas práticas instituintes e através de suas experiências concretas podem ser percebidas como pequenas revoluções moleculares (COIMBRA, 1995, p. 41).

São aqueles que mais sofrem com as condições precárias de vida provocadas pela expansão do capitalismo, nas periferias das grandes cidades, que começam a irromper na cena pública, reinventam formas de lutar pelos seus direitos, constituindo-se como sujeitos políticos que reivindicam o direito à cidadania e a uma outra relação do Estado com a sociedade: por emprego e salários dignos; nas periferias das grandes cidades, por investimentos na redução do alto índice de mortalidade infantil, por investimentos na infraestrutura de saneamento básico, na coleta de lixo, nos transportes públicos, na construção de moradias e de serviços de saúde que atendessem às suas necessidades, entre outros.

Na constituição dessas novas formas de oposição, a Igreja Católica ocupou um lugar fundamental, por meio das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), que surgiram de uma

crise na própria Igreja. As CEBs ajudaram a organizar diversos grupos (de jovens, de educação popular, os clubes de mães, creches, de carência, entre outros), que passaram a atuar não só nos bairros, mas nas fábricas e em outros espaços significativos. É da fragmentação e da diversificação desses movimentos que irão emergir formas singulares de expressão, associadas às condições em que ganham aparência. É no cotidiano e nos territórios marginais que se começa a romper a tirania do intimismo, onde o que é público é desqualificado e o que é político é rejeitado (COIMBRA, 1995).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira emerge justamente no bojo dos movimentos sociais surgidos na década de 1970, que lutavam por cidadania e pela redemocratização do país. Nesse caso, o questionamento do paradigma da psiquiatria e do modelo asilar de cuidado acompanha o questionamento do modelo hegemônico de compreensão e da atenção à saúde a partir da ação de movimentos sociais, tendo como principal desencadeador o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), onde “se funda o exercício de reflexão crítica sobre saberes e práticas psiquiátricas” (SCARCELLI, 1998, p. 128).

Um dos grandes marcos que impulsionou a Reforma no Brasil foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituições, realizado em 1978, no Rio de Janeiro, no qual os principais nomes da Rede de Alternativas à Psiquiatria, como Robert Castel, Felix Guattari, Erving Goffman estiveram presentes, criando um campo fecundo de discussões para o questionamento do paradigma de cuidado médico dominante. Em especial, tem-se a presença de Franco Basaglia, que, com o apoio do CEBES, profere diversas palestras e debates (AMARANTE, 1995, p. 55). Tem grande repercussão sua visita ao Manicômio de Barbacena, onde denunciou as péssimas condições em que viviam os internos, comparando o hospital a um campo de concentração.

Como característica distintiva dos movimentos americano e inglês, o movimento brasileiro não intencionava reformar a psiquiatria no sentido de torná-la mais humana, mas colocar em questão os pressupostos que a fundamentam e condenar seus efeitos de normatização e controle (AMARANTE, 1995). Ou seja, propunha uma ruptura com o paradigma da tradição científica que sustentava a prática psiquiátrica e com o modelo tradicional que tinha como centro o manicômio.

O manicômio, enquanto metáfora e enquanto instituição concreta, é “sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar” (AMARANTE, 1995). O aparato

manicomial, que está presente no manicômio, mas não se restrinja a ele (embora este se constitua em um emblema desse aparato) é: “o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais” (AMARANTE, 1994, p. 141). Para Goffman (1974), lugar de segregação, isolamento e dessocialização. Para Rotelli (1990, 1992, 1994), é um modo de cuidado que, na verdade, é de controle, pois a tutela tem como função a subtração das trocas e o estabelecimento de relações verticais de mera dependência pessoal.

Outro momento importante da trajetória da RPB foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, que representou

[...] um momento de superação do próprio MTSM, a partir da ampliação de seus princípios e da participação de outros segmentos da sociedade civil, principalmente usuários dos serviços de saúde mental, ex-pacientes psiquiátricos e seus familiares, representantes de diferentes associações que passam a ser criadas principalmente no período que sucede à I Conferência Nacional de Saúde Mental (SCARCELLI, 1998, p. 23).

Nesse sentido, o lema do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), “Por uma sociedade sem manicômios”, dirigia-se tanto para o manicômio-lugar como para o manicômio-metáfora, antítese da vida, e é marcado pela construção ativa e cotidiana de uma utopia, de uma sociedade sem manicômios, colocando-se em franca oposição a uma sociedade pautada por valores neoliberais, na qual a lógica da economia e do acúmulo de capital encontra-se acima do bem-estar dos sujeitos (FERNANDES, SCARCELLI E COSTA, 1999).

Dessa forma, ao propor tratar de sujeitos concretos, pessoas reais, ao invés de tratar doenças, a luta vai para além da construção de novos serviços de saúde, busca a construção de uma outra sociedade que se não relacione com a loucura por meio da doença e da segregação, que aceite as diferenças e apoie o acesso a bens e direitos culturais, assim como o acesso à cidade. Ou seja, passa-se a lidar com questões de cidadania e solidariedade, que necessitam da participação, tanto na formulação quanto na execução de propostas para a saúde, da sociedade civil para se concretizar. É uma luta que transcende o campo da saúde e a coloca em um estreito vínculo com a luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2006).

2.5 Os Serviços Substitutivos

A expressão “serviços substitutos” surgiu durante a transformação da atenção em saúde mental em Trieste, em que o fechamento dos pavilhões dos manicômios foi concomitante para o surgimento de novos dispositivos de cuidado e significa o conjunto de estratégias que busca tomar o lugar das instituições psiquiátricas, e não serem apenas paralelos ou alternativos a elas (AMARANTE, 2007).

A partir do movimento da RPB, várias experiências exitosas foram surgindo como resposta à necessidade da criação de outras formas de cuidado para a loucura, desde o início da década de 1980 e por todo Brasil, impulsionada após a eleição de governos progressistas e a ida para os governos de atores tanto RSB quanto da RPB. Tenório (2002) afirma que nessa década acontecerem três processos que ajudaram a consolidar a RPB, que foi a ampliação da participação dos atores sociais envolvidos, as já citadas experiências institucionais bem-sucedidas e, por fim, o início da reformulação da legislação sobre a atenção em saúde mental.

Os novos dispositivos buscaram justamente inaugurar aqui a materialização desta ruptura com o modelo tradicional, assumindo diversos formatos, de acordo com a orientação ético-política dos trabalhadores e gestores, possivelmente tendo como denominador comum uma postura humanitária no trato com os sujeitos em sofrimento mental. Compreende-se por dispositivo:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1998, p. 244).

De acordo com Scarcelli (1999), a “substituição de práticas manicomiais” assumiu diferentes sentidos: a preservação das condições humanas do homem (motivada pelas condições precárias a que estavam submetidos os pacientes nos hospitais psiquiátricos), a crítica ao aparato técnico-científico, na busca de novas possibilidades de lidar com os sujeitos em sofrimento psíquico até a crítica radical à sociedade capitalista. Dentre essas iniciativas, destacam-se, para esta pesquisa, o CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, os NAPS de Santos e

as transformações da atenção em saúde mental na rede paulistana, ocorridas entre 1989 e 1994, desenvolvidas a partir da gestão da prefeita Luiza Erundina.

O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira começou a funcionar em 1987, como uma proposta da Secretaria de Saúde do Estado, na capital paulista. Influenciado pela Psiquiatria Democrática Italiana e pela Psicoterapia Institucional Francesa, de acordo com Goldberg (1996), a motivação da construção do CAPS era criar uma resposta política ao tratamento que era reservado aos loucos nos manicômios e hospitais psiquiátricos, em uma tentativa de oferecer um cuidado global que, para além da preocupação sintomatológica, garantisse a cidadania ao paciente psicótico. No lugar de tratar a doença, a proposta era cuidar da pessoa, levando em consideração seu desejo e tendo como objetivo a produção de movimento e de autonomia. O CAPS seguiu uma trajetória de experimentação, construindo uma prática que se repensava a cada problema surgido, adotando como paradigma da instituição a produção de movimento cuja única finalidade é impelir o usuário a coeficientes de escolha cada vez maiores no gerenciamento de sua vida. Entretanto, como grande parte das experiências pré-SUS, não tinha uma concepção de rede, integralidade e território nas práticas desenvolvidas, não se constituindo um trabalho de transformação política do território.

Por ser uma experiência única, não trouxe modificação na situação global dos pacientes psiquiátricos nem alterou a política de internações no Estado de São Paulo, cenário que só começaria a ser modificado após as mudanças no quadro político nacional, com a posse de governos democráticos em vários municípios após 1989, que adotaram em seus planos de governo os princípios antimanicomiais (SCARCELLI, 1998).

Na cidade de São Paulo, a gestão da prefeita Luiza Erundina promoveu importantes modificações no atendimento em saúde mental, potencializando e redirecionando o atendimento nos equipamentos já existentes, como as enfermarias de saúde mental no hospital geral, emergência psiquiátrica nos PS, equipes de saúde mental completas em todas as UBS, e com a criação de equipamentos de atenção específicas, como os Hospitais Dia em Saúde Mental (HD), e ações em espaços públicos, ampliando a possibilidade de inclusão a grupos alijados do convívio social, por meio da instalação dos Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) em parques e clubes municipais. Foram investidos recursos tanto para instalação da rede física quanto para o aumento do número de profissionais na saúde. Além disso, houve a preocupação em promover uma política de formação que respondesse às necessidades de

implantação de um modelo de atenção com característica antimanicomial. Apesar do indiscutível avanço obtido, essa implantação de um novo modelo não transcorreu sem conflitos (SCARCELLI, 1999).

A experiência do município de Santos é uma referência na história da implantação do SUS e do desenvolvimento de respostas inovadoras aos problemas dos locais de saúde. O SUS começa a ser implementado neste município apenas três meses depois da promulgação da Constituição de 1988, como ocorrido também na cidade de São Paulo e em outros municípios em que foram eleitos prefeitos progressistas, antes mesmo das leis que iriam regular o sistema serem sancionadas. Combinando esforços das equipes de saúde, muitas ações foram feitas tendo como meta a defesa da vida em diversas frentes (CAPISTRANO FILHO, PIMENTA, , HENRIQUES, 1997).

Em Santos, após a morte de vários pacientes, a Casa de Saúde de Anchieta sofre uma intervenção e inicia-se um processo de transformação de toda a assistência em saúde mental. O hospital psiquiátrico não foi fechado por problema administrativo ou financeiro, ou falta de recursos, como frequentemente acontece, mas com o objetivo de ser substituído por uma outra forma de cuidado. Foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que tinham como eixo a desconstrução do manicômio, apoiados nas ideias de Franco Rotelli e Franco Basaglia e na experiência de Trieste e Gorizia, buscando superar a lógica da assistência para caminhar no sentido da produção da saúde.

Algumas estratégias, compartilhadas com outras experiências, como a de São Paulo, apontam para uma mudança significativa em relação as experiências anteriores, como a regionalização, que tinha por objetivo promover uma mudança cultural, não administrativa (AMARANTE & TORRE, 2001). Outras estratégias importantes, específicas da experiência de Santos, foram: o projeto terapêutico, que envolve responsabilizar-se pela demanda; o atendimento em crise, que aconteceria não só nos NAPS, mas também na casa do usuário; o funcionamento 24h do serviço.

As experiências dos CAPS e NAPS, do mesmo modo que aquelas desenvolvidas nesse mesmo período em alguns municípios brasileiros como São Paulo, representaram um avanço no âmbito técnico-assistencial, construindo novos modos de cuidado que se opunham ao modelo biomédico baseado no manicômio. Todas essas estratégias apontavam para importantes transformações culturais. Nesse sentido:

A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades (...). A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas (AMARANTE, 1995, p. 94 e 95).

Muitas dessas iniciativas influenciariam programas de governo por todo país, buscando deslocar o cuidado da perspectiva reducionista (foco na doença), para o foco no sujeito em sua complexidade, buscando resgatar e/ou construir sua cidadania, e rompendo com o cuidado baseado na positividade/negatividade de sintomas. Nesse sentido, a atuação dos profissionais nesses dispositivos transcendia a instituição para se dirigir à comunidade.

Contudo, ainda se observava a permanência de dispositivos de lógica manicomial, como o próprio hospital psiquiátrico e continuação de certa cultura manicomial, tanto nos novos serviços quanto nas formas de se relacionar com a loucura e com a diferença.

São muitas as dificuldades para a implementação dessa política, pois, como já abordado por Nicácio (2002), a Reforma Psiquiátrica representa muito mais que abrir novos serviços: é instaurar uma nova relação da sociedade com a loucura e, em última instância, da sociedade com ela mesma, rompendo com a racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura como o manicômio (isolamento e segregação), e do controle da sociedade pela disciplinarização, vigilância e submissão.

Essas iniciativas, dentre outras, redundaram em um projeto que consolidou-se como política oficial do Ministério da Saúde, iniciando um processo de modificação nas leis federais e estaduais, institucionalizando algumas das propostas da Reforma Psiquiátrica. A publicação da Portaria nº 224/92 (BRASIL, 1992) estabeleceu novas diretrizes e normas para a assistência em saúde mental, abrindo caminho para a criação de novos serviços de saúde no Brasil, com o nome de CAPS e de NAPS. De acordo com esta portaria, os CAPS/NAPS “são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional”. Também havia a possibilidade de essas unidades assistenciais funcionarem

24 horas por dia, durante os sete dias da semana, dependendo das definições do gestor local. A portaria não utiliza o termo território, mas aponta que esses serviços têm como característica ações em saúde mental em nível local e regionalizado, que, se não foi inspirada, assemelha-se à organização da Psiquiatria de Setor Francesa.

Essa portaria representa um avanço em relação ao tipo de oferta de cuidado, entretanto, ao tornar essas experiências singulares (os CAPS e os NAPS) em modelos e, ao mesmo tempo, reduzir uma à outra, fez com que se perdesse a pluralidade das questões por elas apresentadas (AMARANTE & TORRE, 2001).

Em 1989 o deputado federal Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei nº 3.957/89, que “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”. Em 2001, depois de doze anos tramitando pelo Congresso, o referido projeto de lei é aprovado como a Lei nº 10.216, com importantes modificações em seu texto. Essa lei, que previa a progressiva diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, acompanhada da abertura de serviços substitutivos ao modelo manicomial, centrado no hospital, deu a sustentação jurídico-política às novas práticas de atenção à saúde mental que já vinham sendo desenvolvidas no Brasil. Entretanto, ela mesma foi fruto de intensas discussões, inclusive dentro do Movimento da Luta Antimanicomial, por exemplo, em relação à necessidade de constar no texto a obrigatoriedade da extinção dos manicômios. Cumpre-nos apontar que essa obrigatoriedade foi retirada do projeto original.

A partir dos primeiros anos da primeira década do ano 2000, por meio da Portaria/GM nº 336 (BRASIL, 2002), o Ministério da Saúde elege o significativo CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, outorgando-lhe, em alguns casos (CAPS III), o estatuto de instância-eixo da Atenção no Território (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007). Esta portaria estabeleceu as diretrizes para o funcionamento em serviço aberto dos CAPS, definindo-os como serviço de atenção diária que deviam funcionar segundo a lógica do território, delineou as modalidades de atenção, para qual público estava destinado, a composição mínima das equipes, bem como o horário de funcionamento, tipo de atividade desenvolvida e linhas de financiamento. Em publicação posterior do Ministério da Saúde, procurou-se aprofundar na definição das atribuições dos CAPS:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente

social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

A Portaria n.º 224/92 (BRASIL, 1992), primeira que regulamento os serviços substitutivos no Brasil, não usa o termo território. Já a Portaria/GM n.º 336 (BRASIL, 2002), no primeiro e segundo parágrafos do primeiro artigo, fala em “área territorial” e “lógica do território”. Enquanto o sentido da primeira expressão parece-nos claro (área administrativo-geográfica pela qual o CAPS é responsável), o sentido da segunda não é desenvolvido neste documento e, por não ser um conceito evidente, pode levar a várias compreensões:

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território (BRASIL, 2002).

Em publicação posterior do Ministério da Saúde, sobre as propostas de mudança nas diretrizes da saúde mental, procurou-se desenvolver melhor a noção de território, na qual pode-se perceber semelhanças com o conceito de território usado por Milton Santos (1998, 2000, 2002):

Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (...) Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos (BRASIL, 2004).

Foi de fundamental importância a mudança do estatuto jurídico do louco e da garantia em lei de outra forma de assistência, entretanto, ela por si só não garante a transformação da assistência e a superação da relação de controle e disciplina do sujeito em sofrimento mental.

Ao longo da década de 1990 e mais intensamente na década de 2000, o investimento facilitado para a abertura dos CAPS levou a um grande aumento do número de CAPS I, o que facilitou o acesso da população a um serviço específico de saúde mental principalmente no interior dos Estados que não contavam com nenhuma assistência.

Por outro lado, essa escolha levou a uma política “capscêntrica/napscêntrica”, vertical e compartimentalizada, o que, para Daúd Jr. (2000, p. 58), levou a uma homogeneização e normatização das diferentes práticas antimanicomiais surgidas entre as décadas de 1980 e 1990. Dessa forma, a transformação da experiência singular do CAPS em política pública levou a uma perda de potência, na medida em que a replicação do “modelo” levou a uma burocratização dos serviços. Nesse sentido, Amarante (2003) aponta que:

[...] a política de saúde mental está sendo reduzida à implantação de CAPS [Centros de Atenção Psicossocial]. Não apenas se está reduzindo o amplo repertório de recursos, [...] como se está reduzindo todo o processo social complexo de reforma psiquiátrica a uma reorganização administrativa e tecnocrática de serviços. Em resumo, a reforma psiquiátrica torna-se a clínica modernizada, a psiquiatria renovada, realizada no interior dos CAPS. Por outro lado, o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS [...]. Em meu entendimento, há um risco de capsização da reforma psiquiátrica ao mesmo tempo em que pode haver uma inampsização dos CAPS (AMARANTE, 2003, p. 62-63).

No limite, pode-se implantar uma nova rede de serviços de uma forma que inviabiliza/paralisa o processo da RPB. Ironicamente, o ardil da ordem pode nos impor o papel de reprodutores de relações sociais e institucionais que se pretende transformar (DAÚD JR., 2000, p. 32).



Figura 1: Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004, p. 11).

Apesar do documento do Ministério da Saúde afirmar que a rede possui muitos centros e ao CAPS caberia o papel estratégico de articular e tecer essas redes, nesta figura, na mesma publicação, o CAPS aparece no centro da rede de atenção em saúde mental. Não há setas entre os demais dispositivos e atores da rede, todas linhas apontam para o CAPS, confirmando, de certa forma, a crítica de uma política capscêntrica de Daúd Jr. (2000).

A disponibilidade de verbas para a abertura de mais serviços CAPS levou a uma busca por credenciamento, no Brasil todo, de antigos ambulatórios e hospitais dia, para se tornarem CAPS, o que levou a um grande crescimento do número desse tipo de serviço, principalmente quando se compara com o investimento em outros dispositivos de atenção em saúde mental. Atualmente há, segundo dados do Ministério da Saúde, 1069 CAPS I; 476 CAPS II; 85 CAPS

III; 309 CAPS ad, 201 CAPS i e 69 CAPS ad III, em um total de 2.209 serviços (Saúde Mental em dados 10 - BRASIL, 2015).

A Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, após publicação desta portaria, o governo federal vem aumentando progressivamente o investimento na diversificação dos serviços em saúde mental. A intenção, de acordo com o documento, é ampliar e rearticular os serviços e ações para atenção à saúde de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, com ênfase às demandas decorrentes do uso/abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Nesse sentido, os CAPS continuariam como pontos estratégicos nessa rede de atenção, entretanto, de maneira menos centralizada, já que a ampliação da rede e o fortalecimento da Atenção Básica deve, em tese, deslocar o centro para esta, transformando-a em um centro organizador da rede de saúde.

Além dos CAPS, tem-se investido nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), nos CECCO), nas Unidade de Acolhimento (UA) e nos leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III. Os documentos oficiais (BRASIL, 2015) destacam a reversão, desde 2005, dos recursos financeiros anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar, o que levou a uma inversão do investimento que historicamente era destinado quase que exclusivamente aos hospitais psiquiátricos, e o aumento do investimento na rede substitutiva de atenção comunitária e territorial, apontando pela primeira vez em um aumento substancial no processo de expansão desses serviços.

Outras portarias foram promulgadas em 2011 e início de 2012²⁴, todas no sentido de garantir a instituição da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo a instituição de incentivos financeiros de investimento e de custeio para os serviços que compõem tal rede. Nessas publicações é ressaltado, como um aspecto relevante da atenção, o cuidado em liberdade e na comunidade, o que nos remete a importância que a noção de território assumiu nas políticas públicas em saúde.

²⁴ Portarias promulgadas: nº 3.089 e 3.090 de 2011 e nº 121, 122, 123, 130, 131, 132 de 2012.

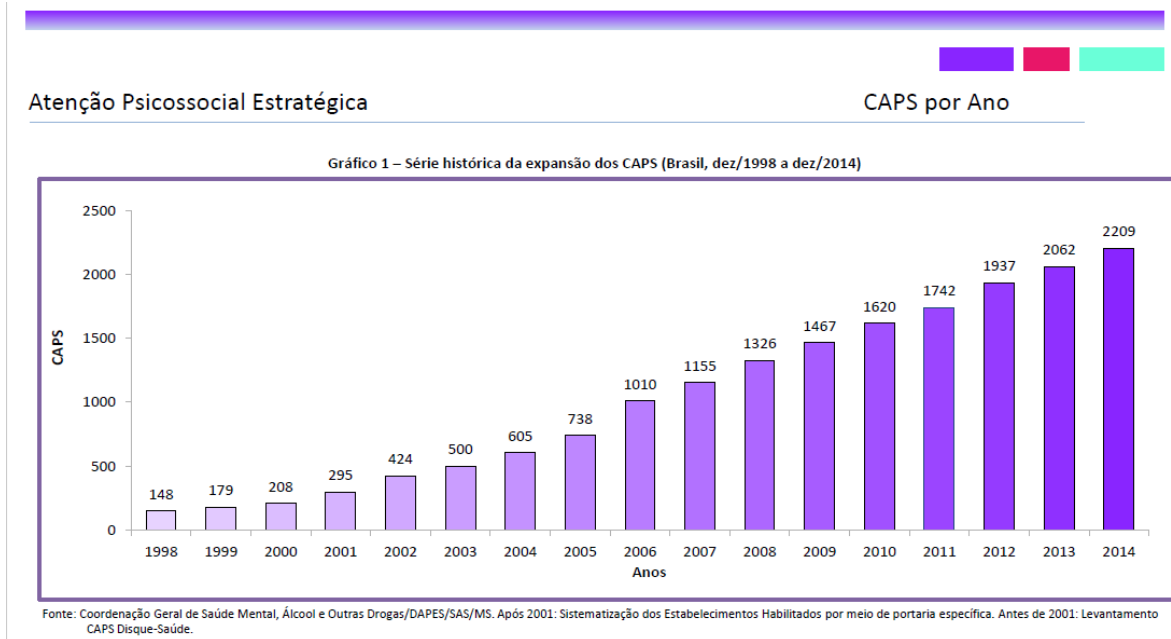


Figura 2: Série histórica da expansão dos CAPS (BRASIL, 2015).

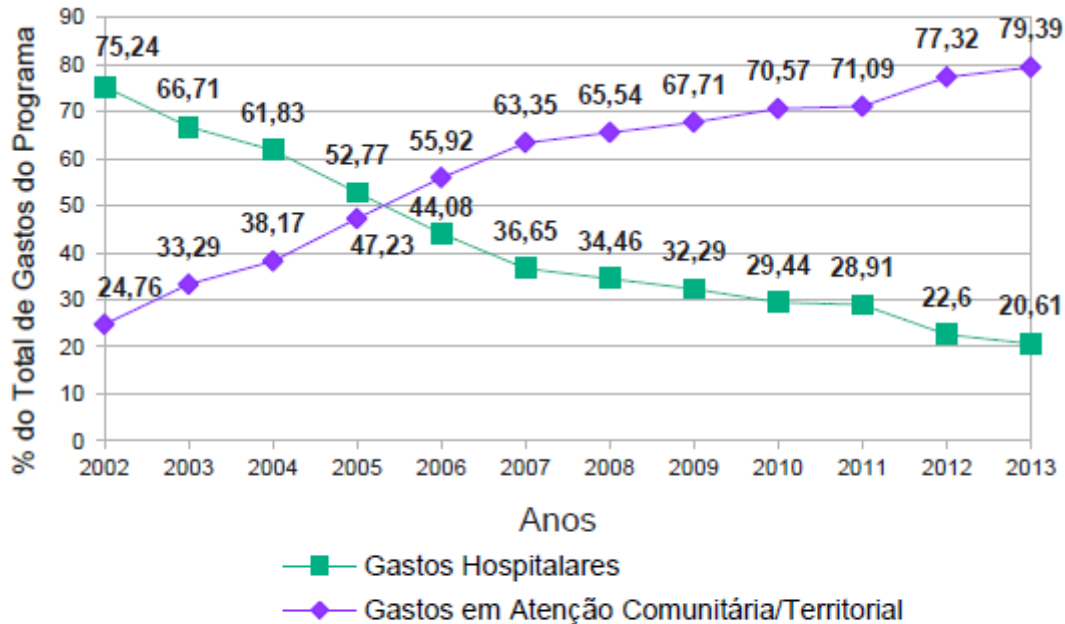


Figura 3: Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial entre dezembro de 2002 a dezembro de 2013 (BRASIL, 2015).

2.6 – A Noção de Território na Saúde e na Saúde Mental.

Esse é um dos problemas que se colocam: o problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.

Franco Rotelli (1990)

Como já mencionado, tem-se observado que a ocorrência do termo “território” nos documentos legais é polissêmica: ora é sinônimo de divisão político-administrativa, ora de área geográfica, ora aparece como o lócus onde se verifica a interação população-serviço no nível local (GONDIM et al., 2008), ou aparece como um tipo de abordagem do cuidado em saúde na Atenção Básica em contraponto ao modelo hospitalocêntrico de atenção; ora o termo é pensado como processo, como uma relação do homem e sua cultura com o espaço por ele habitado.

Nas últimas décadas tem-se assistido à incorporação, pelo campo da saúde, de conceitos geográficos, como espaço, território e ambiente, que são polissêmicos em sua origem. Nesta apropriação são propostos novos sentidos e adjetivações aos existentes, muitas vezes sem o cuidado com a definição original, gerando conflitos lógicos entre as acepções existentes (MONKEN et al., 2008). Essas diversas acepções levam a diferentes discursos, nem sempre coerentes entre si, sobre o que seja o “trabalhar na lógica territorial”.

O conceito de território não é exclusivo da Geografia, tendo sido utilizado e desenvolvido em diversos campos do conhecimento como a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política, a Ecologia, entre outros. Na Geografia, pode-se identificar duas grandes matrizes do termo território: a primeira — jurídico-política — deriva da geografia política clássica e estabelece uma ligação vital entre Estado e território; a segunda — etológica — considera que a territorialidade humana é análoga à animal e está na base da constituição de territórios (MONKEN et al., 2008).

Nesse sentido, é importante destacar a influência que os trabalhos do geógrafo brasileiro Milton Santos têm tido na compreensão do que seja território e como foi integrado no campo da Saúde no final da década de 1970 e começo da década de 1980 pela Reforma

Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica. Pode-se perceber sua influência em diversas publicações do Ministério da Saúde.

A noção de “território usado” é basilar na obra de Milton Santos e é desenvolvida em vários livros e artigos, acompanhando a evolução do pensamento deste autor. Para Silveira (2011), a preocupação de Santos é construir uma categoria central para a formulação de uma teoria social, e, nesse sentido, a preocupação com o destino e com a construção dos lugares que perpassa o uso do território e, por conseguinte, a respectiva noção (SILVEIRA, 2011, p. 152). No início da década de 1990, ele já apontava sua preocupação com o desenvolvimento de uma definição contínua para o termo:

Vivemos com uma noção de território herdada da Modernidade incompleta e do seu legado de conceitos puros, tantas vezes atravessando os séculos praticamente intocados. É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco de perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro (SANTOS, 1994, p. 15).

Santos (1988, 1996) desenvolve um corpo teórico para o espaço geográfico, considerando-o uma instância social, e assume que este conceito é fundamental para a compreensão do mundo atual. Em algumas passagens de sua obra, percebe-se que “espaço geográfico” e “território usado” são apresentados como sinônimos:

O espaço não é nem uma coisa, nem um sistema de coisas, senão uma realidade relacional: coisas e relações juntas. Eis por que sua definição não pode ser encontrada senão em relação a outras realidades: a natureza e a sociedade, mediatizadas pelo trabalho. Não é o espaço, portando, como nas definições clássicas de geografia, o resultado de uma interação entre o homem e a natureza bruta, nem sequer um amálgama forma pela sociedade de hoje e o meio ambiente. O espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, seja a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é independente da forma (os objetos geográficos), e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento. As formas, pois têm um papel na realização social (SANTOS, 1988, p. 10).

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A

identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. O território em si não é uma categoria de análise em disciplinas históricas, como a geografia. É o território usado que é uma categoria de análise (SANTOS, 2007, p. 14; SANTOS, 2000, p. 47).

Em outro artigo, Santos (2002) busca por diferenciar as categorias espaço, espaço concreto e território, afirmando que o termo território tem sido usado como sinônimo de “espaço concreto em si” na própria geografia, ou de uma “determinada área espacial”. O território não se define unicamente pelos sistemas naturais:

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo (Santos, 2002, p. 84).

Por mais que eventualmente sejam usadas como sinônimos, as categorias de território e de espaço têm origens e sentidos diferentes. Santos (1988, p. 28) compreende o espaço geográfico como “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. Ainda segundo Santos (1998), o território precede ao espaço e as unidades territoriais e se tornam espaços quando são submetidas a sucessivas ocupações históricas efetivadas por um povo, por meio do trabalho realizado no interior de um determinado modo de produção, mediados por regras que o poder transforma em ações coercitivas. Território é compreendido, assim, como um recorte do espaço a ser habitado. Em outro momento, Santos (2002), em desenvolvimento posterior do conceito, compreende território usado como um complexo campo de forças.

O território será um campo de forças, uma teia ou uma rede de relações sociais que, a par de sua complexidade interna, define, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade: a diferença entre ‘nós’ (o grupo, os membros da coletividade ou ‘comunidade’, os *insiders*) e os ‘outros’ (os de fora, os estranhos, os *outsiders*) (SANTOS, 2002, p. 86).

Milton Santos foi um duro crítico da globalização, afirmando que esse processo acentuava e aprofundava as desigualdades entre os territórios. Aponta que caminhos da antiga

comunhão individual dos lugares com o universo à interdependência universal dos lugares; se antes território era a base, o fundamento, do Estado-Nação, que ao mesmo tempo o moldava, hoje a nova realidade é a transnacionalização do território. Entretanto, nem antes o todo território era “estatizado” nem agora ele é estritamente transnacionalizado; o território habitado cria formas de relação e sinergia que fazem um contraponto com esse ordenamento exterior àquele lugar. O uso do território se dá pela dinâmica dos lugares contíguos e dos lugares em rede, e esse acontecer simultâneo cria a possibilidade de um acontecer solidário, malgrado as diferenças. A essa nova realidade Santos chama horizontalidades e verticalidades:

As horizontalidades serão os domínios da contiguidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais (SANTOS, 1998, p. 258).

Entre o acontecer horizontal e o acontecer vertical, revela-se um conflito entre o espaço local (o espaço banal ou espaço de todos, vivido por todos os vizinhos) e o espaço global, regido por um processo racionalizador e conteúdo ideológico de origem distante. Contrapõe-se assim, o ato de produzir e de viver (função do processo direto da produção), e outras formas de regulação ligadas a outras instâncias da produção; contrapõe-se o espaço banal e o mundo, aqui compreendido como quem disciplina, comanda, normaliza e impõe racionalidades.

Esse mundo é o do mercado universal e dos governos mundiais. O FMI, o Banco Mundial, o GATT, as organizações internacionais, as Universidades mundiais, as Fundações que estimulam com dinheiro forte a pesquisa, fazem parte do governo mundial, que pretendem implantar, dando fundamento à globalização perversa e aos ataques que hoje se fazem, na prática e na ideologia, ao Estado Territorial (SANTOS, 1998, p. 259).

A noção de “território usado” desenvolvida por Milton Santos tem a função, dentro dessa realidade, de auxiliar no tratamento analítico e no conhecimento sistemático da realidade, de interrogar sua própria constituição nesse momento histórico. Sua aposta é que esse conhecimento, a partir da base da sociedade territorial, permita a construção de novas horizontalidades e abra a possibilidade de uma outra globalização que seja capaz de restaurar o homem na sua dignidade.

É a partir do final da década de 1970 e o início da década de 1980, no bojo do movimento de redemocratização do país, que muitos pressupostos e práticas em saúde são questionados e que a noção de território ganha importância no campo da saúde: aponta-se a precariedade do sistema de atendimento em saúde pública, em um processo de discussão e experiências de novos modelos assistenciais e outros paradigmas de saúde, com uma forte produção teórico-conceitual que veio a embasar o projeto da Reforma Sanitária.

O modelo de assistência em saúde vigente à época era centralizador, excludente, mal distribuídos no território, pouco efetivo e não atento às demandas reais da população brasileira (PAIM, 1997). Paim (2008) define a RSB como “uma reforma social de caráter geral, tendo como horizonte a mudança no modo de vida”. Trata-se, fundamentalmente, de um projeto de reforma social que estaria centrada na democratização da saúde, na elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes, do reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e participação social na política e na gestão; e da democratização do Estado. Nesse sentido, a RSB não pode ser reduzida ao SUS, apesar deste ser fundamental para o processo da reforma sanitária. A radicalidade do projeto implica a consciência de que se pretendem mudanças inclusive no âmbito ético e cultural (PAIM, 1997).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, chamada também de Constituição Cidadã, a saúde é consagrada como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, sendo do poder público o dever de garanti-la: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (Art. 196). É a primeira vez na história do Brasil que uma constituição reconhece a saúde como um direito universal, dispondo de uma seção específica e detalhada por cinco artigos (PAIM, 2009).

A Constituição determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) seria organizado a partir de três eixos fundamentais: descentralização (com direção única em cada governo), atendimento integral (priorizando as atividades preventivas sem descuidar das assistenciais) e participação da comunidade (democratização da gestão). A descentralização buscava adequar o SUS às distintas realidades (sociais, econômicas, sanitárias) de um país imenso como o Brasil, transferindo a gestão e as decisões para o município, já que, estando mais próximo das pessoas e dos seus problemas, as decisões seriam mais efetivas.

Nesse sentido, a municipalização foi uma estratégia adotada para a implementação do SUS, na qual transferiu-se para os municípios a responsabilidade pela coordenação,

planejamento, acompanhamento, auditoria, controle dos recursos financeiros e das ações e serviços de saúde em seu território, tornando-se o principal responsável do poder público pela saúde de sua população.

Mesmo antes da promulgação das leis orgânicas que detalham o funcionamento do sistema de saúde (a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990), no final da década de 1980, assiste-se o início da transformação do sistema de saúde em alguns municípios, no bojo do movimento que levou à eleição de vários prefeitos progressistas. A maioria dos centros e postos de saúde eram de responsabilidade do Estado, e muitos municípios sequer tinham uma estrutura administrativa voltada para saúde.

Nesse momento, a noção de território, apropriado de forma polissêmica pela RSB, foi sendo incorporado aos programas de saúde a partir o movimento de mudança nos sistemas de saúde municipais, em uma tentativa de efetivar novas formas concretas de assistência na saúde (KALIL, 1992; CAPISTRANO FILHO, PIMENTA, HENRIQUES, 1997).

Para Monken et al. (2008), é nesse momento histórico que cresce a preocupação com o conceito de território, motivado pelo projeto de implementação do SUS. Este projeto, influenciado pela RSB, propunha modificar o funcionamento dos serviços de saúde tendo como um dos seus princípios a descentralização e a territorialização, levando a um maior interesse sobre os critérios de delimitação de territórios para a saúde.

Mendes (1992, p. 66-67), discutindo a municipalização, afirma que ela pode ser feita com ou sem mudança de paradigma, e elenca três possibilidades de ocorrência: a municipalização de prestação de serviço, onde o INAMPS continuaria contratando, mas sem a transferência da gestão; uma municipalização com transferência de gestão, mas sem reorganização do serviço, o que o autor chama de “inampsização”, pois mantém a organização baseada no modelo assistencial da clínica; e a municipalização com transferência de gestão e reorganização do paradigma assistencial, que o autor nomeia municipalização distritalizada, que seria a municipalização desejada pelo projeto da Reforma Sanitária. O autor define Distrito Sanitário como “um processo social de transformação radical das práticas sanitárias que migram de um modelo hegemônico pela clínica para um modelo hegemônico pela epidemiologia”.

Nesse sentido, o conceito de território aparece como central, compreendido como um processo: um “pedaço de chão” habitado por forças sociais, que se fusionam com distintas

visões de mundo, interesses, em permanente conflito. Dessa forma, é cultural, econômico, político e epidemiológico. Do ponto de vista operativo, seria subdividido em território-distrito (área de abrangência do Distrito Sanitário), território-área (área de abrangência da unidade de saúde), e o território-micro área (pois cada território-área não é homogêneo e os problemas não se distribuem de forma simétrica no espaço). Entretanto, no jogo de forças político-econômicas, Mendes (1992) afirma que em muitas localidades a municipalização foi feita de forma parcial (com ou sem transferência de gestão e sem modificação do paradigma de cuidado), alinhado com o projeto neoliberal.

A proposta da distritalização não se difundiu como deveria, embora discutida de forma exaustiva durante um período:

Na atualidade, pouco se tem trabalhado a relação entre os conceitos de regionalização, municipalização e distritalização do sistema, para compreender e definir como essas três estratégias organizacionais poderiam contribuir para a melhoria da atenção na implementação do SUS. De fato, o que se tem hoje no Sistema Único de Saúde é de que os “Sistemas Locais de Saúde” podem ser concebidos, tanto no nível da unidade de saúde, como do distrito, do município ou da microrregião. Não há consenso sobre a teoria que consubstancia esta proposição, nem reflexão sobre as práticas que ela informa para os diferentes níveis de organização dos serviços. Fica a critério de cada profissional, instituição ou gestor de saúde o entendimento e a apropriação dessas concepções e o seu reatamento na organização dos serviços e na estruturação das práticas sanitárias (GONDIM et al., 2008, p. 248).

Monken et al. (2008) desenvolvem uma discussão sobre os sistemas de saúde e a territorialização utilizando principalmente a categoria espaço na análise de situação de saúde e análise de situação de risco, assumindo os espaços como conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e território como também um espaço, porém singularizado. Os limites do território podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; possuem alguma homogeneidade interna, sua identidade, dependendo da história de sua construção; o mais importante, para esses autores, é que o território é portador de poder: nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, como das agências e de seus cidadãos.

As discussões mais recentes sobre o território no campo da saúde incorporam o componente cultural considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza

predominantemente econômico-política, em muito embasadas na ideia de território usado. A ideia de território caminharia então do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas. Santos e Silveira (1997) desenvolvem a noção de território usado para explicar como a heterogeneidade do território e sua significativa desigualdade atinge o cotidiano das pessoas, o que abriu caminho para novas análises em saúde e para um novo tipo de entendimento do processo saúde-doença em espaços comunitários, revelando contextos vulneráveis, levando a novas operacionalizações nas práticas em saúde, principalmente na Atenção Básica (MONKEN, 2008).

Uma cidade é capaz de produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura espacial é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Esse espaço produzido socialmente se configura como um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições particulares para sua utilização por cada ator social (GONDIM et al., 2008, p. 237).

Paim (2009, p. 23) afirma que não há como negligenciar certas conquistas alcançadas na construção do SUS e na ampliação da consciência sobre o direito à saúde, ainda que RSB possa ser considerada inconclusa, ou represente uma promessa não cumprida das forças que apostaram na democratização da saúde como práxis de uma “reforma geral” ou de uma “revolução no modo de vida”.

O desenvolvimento da noção de território no campo da saúde mental foi influenciado por diversos movimentos (RSB, RPB, Psiquiatria Democrática Italiana) e por diversas correntes teóricas (Antipsiquiatria, Psicanálise, Esquizoanálise, Fenomenologia, entre outras), produzindo novas práticas que, apesar de semelhantes em muitos pontos, trazem compreensões diferentes da noção de território.

De certa forma, os movimentos de Reforma Psiquiátrica surgidos após a segunda guerra já trazem em suas propostas ações voltadas para a comunidade, para “fora” do hospital: as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, que procuravam uma integração do hospital psiquiátrico com a comunidade por meio do trabalho; Psiquiatria Preventiva nos EUA, que implantou diversos equipamentos para além do hospital psiquiátrico (como ambulatórios de saúde mental, hospitais dia, lares abrigados etc.); Psiquiatria de Setor na França, que, além de procurar um intercâmbio entre o hospital e a comunidade por meio de encontros, ativando

circuitos culturais, feiras, passeios e oficinas, intentou resgatar a noção de trabalho terapêutico para promover a autonomia dos pacientes. Todas essas experiências tinham a intenção de recuperar o hospital psiquiátrico para que esse exercesse uma função terapêutica. A concepção de um serviço de saúde mental de base territorial, que, entre suas premissas, procurava romper com a psiquiatria enquanto prática e ideologia, teve origem, principalmente, nas experiências de Franco Basaglia, em Gorizia e Trieste, de Franco Rotelli, de Giuseppe Dell'Acqua, de Roberto Mezzina, de Franca Ongaro Basaglia (entre outros), e está inserida no processo de crítica aos paradigmas e às práticas da psiquiatria. Franco Basaglia (2005), em um artigo de 1977, coloca o termo território entre parênteses ao fazer a crítica da função da psiquiatria no jogo social, apontando que, dentro das contradições de uma sociedade de classes, ela cumpre uma função de controle e normatização:

A psiquiatria crítica, quanto aos seus instrumentos e respectivo uso, torna-se crítica da própria psiquiatria e tentativa prática de romper com sua função dentro do jogo social. Daí o impulso de estender as razões e os conteúdos dessa luta ao social, ao “território” percebido por todos – não sem mitificações – como o lugar da expressão plena das contradições de classe, espaço real que tornaria mais clara a própria colocação e mais natural o resultado das alianças (BASAGLIA, 2005, p. 242).

Percebia-se que emergiam, no próprio “território”, até mais agudamente, as contradições de um mundo da saúde que permanecia dentro dos esquemas e dos códigos de funcionalidade da ideologia dominante. Como então inserir a doença no espaço da saúde, se o que constitui a doença é justamente identificada com improdutividade e a saúde como produtividade? O hospital psiquiátrico, mesmo que “humanizado”, atualizado e medicalizado, continua a reproduzir a mesma lógica concêntrica, permanecendo como causa de doença e foco de infecção, contaminando todo o território em seu entorno com a sua cultura e regras que reconhecem quem e como deve ser excluído. Assim, sua destruição representa a ruptura com o cerne da lógica que, na saúde, compreendia diversidade como inferioridade e, a partir das experiências práticas de Gorizia e Trieste, como já desenvolvido anteriormente, demonstrou-se que podia-se cuidar das pessoas em liberdade e sem precisar recorrer ao manicômio. Nesse sentido, pode-se perceber que o conceito de território que vai emergindo neste artigo de Basaglia está relacionado com um modo de cuidado que tem como alvo o apoio à produção de vida e o rompimento com os mecanismos de controle e tutela. O cuidado realizado tendo como foco o sujeito em relação com a sociedade leva a uma prática complexa,

heterogênea (singular para cada sujeito), e pensada/realizada para os lugares onde a vida acontece: a cidade.

Várias iniciativas de transformação da atenção em saúde mental no Brasil foram influenciadas pela experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, que propõe uma noção de território vinculado à luta pela cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, implicando, assim, no acesso a bens e direitos culturais, no acesso à cidade e vai além da construção de novos serviços de saúde. E essa luta pode levar a reinvenção de modos de habitar o território, que consigam romper com os lugares determinados que acentuem a desigualdade e a segregação do diferente/divergente. Para efetuar essa mudança, é necessária a transformação da assistência e a construção de um novo paradigma em saúde mental. Nesse sentido, pode-se pensar que a relação entre desinstitucionalizar e a noção de território estaria na mudança da intencionalidade do cuidado: o sentido do cuidado seria, então, a produção de vida e da singularidade (ROTELLI, 1990).

Nesse sentido, a tarefa do serviço de saúde mental, pensado sobre uma base territorial, se torna preferencialmente voltar a conectar o usuário, ou construir pontes onde não haviam, com um sistema de relações e de recursos humanos e materiais, pensando sempre que possível nos lugares de vida deste sujeito: a sua casa, o bar, o lugar de trabalho etc., e os intermediários serão as pessoas significativas do seu ambiente (MEZZINA; DELL'ACQUA, 1991, p. 59-61). O serviço se mobilizaria ao máximo, sem protocolos ou equipes especiais para intervenção.

A lógica que determina o lugar da loucura como o do isolamento e da disciplinarização é também a mesma lógica que atua como mecanismo de controle e domesticação na sociedade, impedindo o acesso à cidadania plena. Romper com essa lógica implica, entre outras ações, construir outras formas de habitar o território, exercendo seu poder de resistência e atuando, no caso dos produtores de cuidado, no sentido de apoiar a conquista da autonomia das pessoas. Não há transformação da assistência nem da relação com a loucura sem se considerar o território usado (SANTOS, 2002) no planejamento das ações em suas várias vertentes (assistência, formação e pesquisa).

Nesse sentido, os serviços de atenção em saúde mental de base territorial, substitutivos ao manicômio, seriam aqueles que assumem a responsabilidade pela atenção em saúde mental à comunidade abrangida pelos recursos substitutivos existentes neste mesmo território, pelas demandas relativas à situação de miséria e conflito, sem lançar mão de outros recursos, principalmente manicomial. Por meio da prática da presença cotidiana e direta dos

trabalhadores pode-se produzir uma real penetração do serviço no território (AMARANTE, 1992, p. 99; DELL'ACQUA; MEZINNA, 1991). Assim, procura-se operar uma desterritorialização dos saberes e práticas sobre a loucura/doença mental, de modo a incorporar e legitimar novos saberes e práticas e transcender a hegemonia médico-psiquiátrico. Entretanto, as lacunas entre os projetos dos movimentos de transformação da saúde (RBP e RSB) e as leis promulgadas, bem como entre essas leis e os programas derivados, provocam contradições sentidas mais fortemente na assistência.

Dessa forma cumpre questionar em que medida as proposições de ações em saúde têm sido focadas nas necessidades dos usuários, bem como o investimento nas condições concretas (como a quantidade de serviços e funcionários em relação ao número de usuários) tem permitido o necessário protagonismo aos trabalhadores para que possam atuar de acordo com o que o cotidiano dos serviços demanda. No jogo de forças e interesses presente no âmbito político-jurídico, nem sempre as decisões dessa instância estão em sintonia com as necessidades dos que estão na assistência daquele território, como profissionais e usuários (âmbito técnico-assistencial). No campo da própria estrutura do SUS, embora tenha possibilitado um planejamento racional do sistema, a hierarquização contribuiu para o enrijecimento e burocratização das redes (CAMPOS, 1997), fragmentando o atendimento e dificultando o acesso.

Os CAPS, bem como os demais serviços que compõem a rede de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, estão inseridos nos sistemas locais de saúde, que muitas vezes se orientam por uma noção de território desenvolvida pela epidemiologia, que compreende território ou como *lócus*, onde o fenômeno “doença” acontece e precisa ser considerado para planejar ações que visem evitar a proliferação contágio, ou local privilegiado para as ações em saúde. No campo da saúde mental, a hierarquização implica em um agravante: essa sistematização contrapõe-se à lógica dos Centros de Atenção Psicossocial, que é um serviço que atua em diferentes níveis, possibilitando que o usuário em crise grave mantenha seus vínculos (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Dessa forma, os trabalhadores planejariam as ações tendo em vista já um objetivo determinado. Essa é uma lógica que, de certa forma, inverte a relação proposta pela saúde mental com base territorial.

Rotelli (1992), no contexto da discussão dos sistemas locais de saúde, convida todos trabalhadores de saúde mental a manter em altíssimo grau de suspeição qualquer organização sanitária, mesmo afirmando que é uma boa política colocar-se dentro de uma modificação

global do sistema sanitário. Entretanto, a presença de transformação no interior das instituições públicas deve ter reflexo em sua capacidade de encontrar recursos que estão fora dela. Essa capacidade definiria o fim da instituição total e o fim da hierarquia entre o serviço que vai de encontro ao território, à área e à microárea, e sugere que a valorização deva estar na atenção primária, isto é, no preparo de agentes internos ao sistema para produzir saúde.

Além disso, nesse contexto sociopolítico em que estamos inseridos, esses índices epidemiológicos acabam por ter seu sentido pervertido quando, por exemplo, são feitas campanhas para se atingir a meta (de vacinação, exames, pacientes esperados de doenças crônicas, entre outros) se o número está abaixo do esperado para aquela área político-administrativa, bem como quando a tendência é responsabilizar a equipe pelo trabalho (mal) feito se há um número maior do que o esperado (de tuberculosos, por exemplo), mantendo uma relação rígida entre os profissionais e as metas e uma relação hierárquica com o território, ao invés de questionar as condições do território em que emergem esses fenômenos e, a partir daí, construir novas respostas e ações em saúde.

Na assistência direta pode-se perceber mais agudamente as contradições resultantes do tensionamento provocado pelas forças dos diversos campos que incidem na instituição: saúde mercantilizada, precarização das condições de trabalho, disputa entre saberes hegemônicos e contra-hegemônicos (e entre os saberes contra-hegemônicos também), concentração de poder nas instâncias mais distantes da assistência, modificações nem sempre coerentes nas políticas públicas de acordo com cada gestão municipal, entre outros.

Os CAPS, fazendo parte do mesmo sistema de saúde e sujeitos a mesma lógica, têm pouca margem para modificações na estrutura do serviço de modo a considerar as demandas do território (histórico, geográfico, social, relacional) em que ele será implantado. Eles não deveriam ser apenas um serviço novo, mas, um “serviço inovador”, produtor de novas práticas sociais, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde para transformar os modos de lidar com a loucura (AMARANTE, 2003). As mudanças pretendidas a partir da RPB, tanto em nível assistencial quanto em nível cultural, nas relações entre loucura e sociedade, dependem de transformações nos processos de trabalho, entretanto, os CAPS estão implantados sob condições que mais levam à cristalização e institucionalização.

Assim, a suposição, a princípio lógica, que o planejamento e as ações em saúde irão depender diretamente da noção de território (espaço geográfico, *locus* operacional, local privilegiado para compreender o processo saúde-doença, processo histórico e social, lugar de

vida e cidadania) do trabalhador e/ou gestor, precisa ser matizada, pois, ao depender das condições em que o serviço é implantado e/ou acontece, o trabalhador terá pouco espaço para o protagonismo ou agir de acordo com o que sua experiência (de estudo/trabalho/vida) recomenda.

Para Santos (2000, p. 57), a lógica do dinheiro se sobrepôs à da vida socioeconômica e política, forçando adaptações e rendições. Como resultado, observa-se o agravamento das fraturas sociais, o aprofundamento das dependências e a quebra da solidariedade nacional: a necessidade de capitalização leva as relações a serem regidas pela competição onde o outro comparece sempre como adversário. Neste mundo globalizado, as nações, empresas, regiões de uma nação, são chamadas a competir entre si sob o risco iminente de desaparecer do cenário econômico, lógica esta que também rege a relação entre as pessoas. O território, nesse sentido, é uma instância social e reflete a sociedade. Na nossa sociedade de classes, assentada historicamente na desigualdade, o território usado (SANTOS, 2000) vai refletir necessariamente essa desigualdade.

A questão da produção de novos modos de cuidado em saúde é também a dificuldade em construir novos modos de relação no território, que é muitas vezes modulada por lógicas que levam à sujeição e dominação. Na nossa atual sociedade, o território não é construído/pensado/organizado para o uso público compartilhado, mas para cada vez mais ser de uso privado. Uma das características mais marcantes do neoliberalismo é que ele opera pelo encurtamento do espaço público e o alargamento dos espaços privados: empreendimentos imobiliários, shoppings, estacionamentos, entre outros, não são feitos para o uso comum, mas para auferir lucros sempre maiores para muito poucos beneficiários. A crise urbana se instaura porque a cidade não presta para o homem, e reflete todas as outras crises: a econômica, a financeira, a cultural, a política (CHAUÍ, 2000).

No entanto, o território, compreendido como espaço de ação e poder, é também a sede da resistência da sociedade civil. As cidades são hoje a grande representação e a grande esperança, pois as contradições inerentes a esta vontade de homogeneização do dinheiro global provocam resistências locais, tornando o processo diferente em cada contexto sociocultural, e pode levar paradoxalmente ao aumento da consciência dessas populações sobre elas mesmas (SANTOS, 2000).

Esta pesquisa propõe que trabalhar “na lógica do território” seja compreendido como *ethos*, não como um *lócus*: o território não seria propriamente um lugar, mas um modo de

habitar o mundo que orienta o cuidado no sentido de uma verdadeira subjetivação, que, nesse sentido, aconteceria necessariamente em via dupla. Considerar “o *ethos* como uma casa, como uma instalação, é ver nele, nos códigos, valores, ideais, posturas, condutas para consigo mesmo e para com os outros, algo equivalente à moradia” (FIGUEIREDO, 1995, p. 143). Território como *ethos* implica, assim, apoiar os sujeitos, secularmente “condenados” a um habitar assujeitado, apassivado ou, quando não se apassiva, destruído dentro dos dispositivos do circuito do controle, na construção de uma morada possível, que oferte condições para um habitar minimamente seguro e, em alguma medida, sereno, ou, como nos fala Safra, uma balsa humana para nossa travessia breve pela vida que nos salvasse do desamparo:

A travessia pela vida é feita por uma linha estreita somente possível pela presença do outro que porta historicamente o atravessamento das questões da existência humana. Digo atravessamento porque para essas questões não há solução, só passagem (SAFRA, 2004, p. 25).

Desde o século XVII, o projeto intelectual ocidental tem sido teorizar sobre o ser humano, suspendendo sua condição enigmática e reduzindo-o a uma coisa, um objeto. Faz parte desse processo a transformação da loucura em doença mental e a deslegitimação de sua experiência. Entretanto, o homem é um ser que, por sua natureza, desconstrói qualquer formulação racional ou teórica. Esta forma de compreender o homem, por meio de qualquer conceito universal (o econômico, a sexualidade, a vontade de poder etc.), é compreendê-lo por meio de uma abstração que provoca sofrimento, adoece e instaura uma situação de barbárie silenciosa (SAFRA, 2004, p. 34-35).

Ainda que o lugar onde o cuidado acontece também importe, a própria instituição CAPS é um território tensionado pelas contradições do contexto maior onde está inserida, podendo se transformar em uma nova tecnologia de controle. Dessa forma, o CAPS e seus protagonistas (usuários, familiares de usuários, profissionais, gestores), estando inseridos nesse território de desigualdades, estariam sujeitos à segregação, dominação, rebaixamento e inclusão marginal.

Construir um modo de cuidado orientado pelo território como *ethos*, pede, portanto, uma ação constante de reflexão sobre o como fazer acontecer um cuidado que sustentaria tanto o reconhecimento que somos atravessados, em maior ou menor grau, pelos modos liberais de organizar o mundo (as noções de soberania do individualismo, mérito individual, sociedade disciplinar) quanto um processo de desterritorialização desses saberes, práticas e

moradas e o desenvolvimento da consciência crítica, no sentido desenvolvido por Freire (1980)²⁵.

É um cuidado que é presença de si e presença do outro, e que por isso pede do cuidador a consciência da intencionalidade do gesto na direção do outro (gesto que tem um sentido, mas não um alvo determinado); e é também um cuidado que sustenta a dignidade, que exige um olhar que rompe com a invisibilidade, mas não devassa, não reduz o outro e seu sofrimento a uma construção abstrata, em um movimento de legitimação da experiência da loucura e de outras formas de subjetivação.

²⁵ É o processo de desenvolvimento de saberes acerca das condições materiais a que estamos submetidos, é saber que somos condicionados e não determinados e, assim, é um saber que levaria a percepção da possibilidade de mudança dessas condições dadas e um compromisso com o mundo e com nós mesmos.

CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO

Um dos primeiros problemas que se interpõe entre aquele que faz a pergunta e aquilo ou quem ele interroga é a delimitação do campo onde esse questionamento ocorrerá. Ecléa Bosi (2003) fala-nos que a resposta quando se pergunta pelo método de um trabalho científico precisa ser procurada em pelo menos dois níveis – a orientação teórica e a técnica particular utilizada –, sendo que esses níveis cruzam-se a todo o momento na mente do pesquisador. Toda pesquisa tem por fim a construção de um conhecimento, e esse não se cumpre “sem a escolha do campo de significação e sem a inserção das informações obtidas nesse campo” (2003, p. 50). Nesse sentido, “desde o passo inicial, no encaminhar de uma simples questão, já se revela a filosofia que subjaz ao trabalho” (BOSI, 2003, p. 50).

Ao escolher introduzir a pesquisa narrando minhas experiências, explico o viés teórico e metodológico que assumo, alinhado com autores que têm uma compreensão de ciência como produção histórica, fazendo uma crítica ao mito da neutralidade da ciência e do distanciamento crítico (ARENDRT, 1993; BASAGLIA, 1985, 1979; PICHON-RIVIÈRE, 1998; CAMPOS, 1997, 2000, 2012, SANTOS; MENESES, 2010). Por esta via, toda ciência é comprometida com alguma visão de mundo historicamente construída e submetida aos limites dados pelos esquemas de dominação vigentes (MINAYO, 1999). Estes autores têm em comum um diálogo com Marx, em maior ou menor grau, para compreender criticamente o fenômeno da saúde e das relações sociais, enriquecido por outras fontes, como a psicanálise no caso de Pichon-Rivière e a fenomenologia em Hannah Arendt e Franco Basaglia.

A pesquisa surgiu a partir da inquietação provocada pelo testemunho do uso polissêmico e reificado do termo território, por trabalhadores e gestores, em minha experiência nos serviços de saúde mental, em que práticas de promoção da autonomia se encontram tensionadas ou em ambiguidade com práticas medicalizantes e restritivas, em que os dispositivos de atendimento apresentam ambiguidades entre elementos manicomiais e de produção de vida, foi eleita a noção de território como eixo condutor da pesquisa. Tal escolha metodológica se deve à consideração do território como campo por excelência da reinserção social e também das articulações em rede dos diferentes dispositivos de assistência. Assim, a compreensão do território, tanto como noção quanto espaço concreto e vivido, possui relações significativas com as práticas que se efetivam no cotidiano da rede de assistência. Considerando a saúde mental e o território enquanto fenômenos históricos, isto é, que existem

em um determinado espaço e tempo, relacionados a um grupo social, que é mutável e está em constante dinamismo, a investigação implica o mergulho pelas diversas práticas discursivas que se entrelaçam para formar o tecido da realidade investigada.

É na perspectiva de uma crítica à racionalidade generalista e conceitual das vertentes positivistas do pensamento científico que desconsideram a construção histórica dos fenômenos sociais e também a noção de suspensão fenomenológica se integra à perspectiva ora elaborada. O exercício da suspensão fenomenológica implica no rompimento com as classificações sedimentadas sobre os fenômenos para uma retomada do contato em si, ao qual Husserl se referiu como "colocar o conceito entre parênteses" para "voltar às coisas mesmas", anteriores à formulação teórico-conceitual que se naturalizou como realidade. É nesse sentido, por exemplo, que Bourdieu (2016) se refere a um "colocar entre parênteses" a naturalização das diferenças sexuais para compreender mais claramente a dominação simbólica presente nas relações de gênero. Assim também Franco Basaglia (2005), que propunha "colocar a doença entre parênteses", a fim de, em um exercício de redução fenomenológica, questionar o estatuto de "coisa em si" da doença e apontar sua relação com o contexto histórico e a sociedade capitalista. Portanto, tal concepção implica no reconhecimento dos limites do conceito para a descrição da realidade, bem como sua construção historicamente implicada e socialmente comprometida.

Basaglia não foi o primeiro nem o único a pensar o cuidado a partir do território, as experiências de reforma da psiquiatria que surgiram após a segunda guerra tinham alguma preocupação em relacionar o tratamento com a vida comunitária, seja por meio do trabalho, da arte, ou, como no caso da Psiquiatria de Setor, atribuindo uma delimitação territorial para os serviços de saúde. O trabalho no "território", tal como proposto por Franco Basaglia, parte de um direcionamento para a relação entre sujeito e contexto de vida a partir da constatação de que a crítica ao olhar restrito sobre a doença implica desindividualizar a experiência do sofrimento grave, relacionando-a com a ampla gama de aspectos que compõem a existência. Assim, impõe experimentações de novas formas de cuidar e de estar, demandando disponibilidade para ser afetado pelo encontro com o diferente, que, a nosso ver, é sustentada pelo compromisso ético e político do trabalho pela liberdade e pela superação dos processos de dominação e brutalidade em nossa sociedade. No entanto, sendo a RPB um processo complexo e composto por diversos grupos, a noção de território assume outras conotações no processo histórico de implementação de dispositivos de saúde mental no Brasil, influenciadas por esses grupos e pelas características de cada região. No campo da saúde, como discutido

por Monken et al. (2008) e Mendes (1992), há várias noções que orientam o que é território e o que é trabalhar no território. É nesse contexto que a escuta da polissemia em torno do termo, bem como o entrecruzamento de múltiplas vozes de modo a ouvir também os diálogos e tensões possíveis entre as diferentes perspectivas da práxis, levou à realização de grupos de discussão como instrumento metodológico e ao diálogo com múltiplos autores como metodologia de análise.

Buscou-se fazer esse exercício de colocá-lo entre parênteses primeiro na descrição densa (GEERTZ, 1989) dessa experiência no Hospital Dia e no CAPS, interrogando as situações em que ele aparecia e com que significado; em segundo lugar, em diálogo com autores que estudaram, de forma direta e indireta, a relação entre a assistência ao que foi, a partir do Renascimento, sendo nomeando “doença mental” e a ordenação/controlado dos espaços públicos e de tratamento (surgimento do manicômio enquanto estrutura física e simbólica). Para o desenvolvimento de uma compreensão sobre a noção de território na saúde mental foram eleitos como principais referências dessa pesquisa as obras de Franco Basaglia (1979, 1985, 1991 e 2005) e Milton Santos (1988, 1994, 1996, 1998, 2000, 2001 e 2002).

Tendo em consideração que a noção de território emergiu com mais força na saúde mental entremeada ao processo da RPB, foi necessário discutir alguns elementos importantes da reforma para melhor contextualizar a práxis e o território narrados pelos participantes da pesquisa. Assim, foram muitos autores que auxiliaram na compreensão do processo da RPB e da luta para desconstrução e superação dos manicômios, como Rotelli (1990, 1992, 1994), Goffman (1974), Venturini (2009), Amarante (1995, 2001, 2003, 2009), Daúd Jr. (1999, 2000), Scarcelli (1999, 2002, 2011, 2016) e Pichon-Rivière (1998).

3.1 A Escolha dos Participantes

O trabalhador da saúde mental é portador do senso comum e da linguagem popular, sua narrativa é polifônica e contém também o discurso do grupo social do qual faz parte. Com a narração, nos grupos, das dificuldades vividas e testemunhadas no cotidiano desses serviços, dos diálogos nos corredores, dos dramas dos usuários e familiares, dos adocimentos de

colegas de trabalho, pretendeu-se construir uma compreensão acerca das transformações que vêm ocorrendo no campo da saúde mental, tendo como “fio de Ariadne” o conhecimento que há no senso comum e na linguagem dos trabalhadores e o tomar como um guia na construção da pesquisa (ARENDDT, 1993, p. 42). Na mitologia grega, Ariadne, filha do rei Minos, entrega uma espada e um fio de lã a Teseu para ajudá-lo a enfrentar o Minotauro e a conseguir sair do labirinto, onde este morava. Segurando em uma das pontas do fio de lã e desenrolando-o conforme caminhava no labirinto, Teseu conseguiu encontrar a saída após sair vitorioso da luta contra o Minotauro.

O fio de Ariadne, nesse sentido, é a metáfora da solução de labirintos: um fio de verdade, um registro, que conduz o pesquisador nos labirintos da pesquisa acadêmica e da construção do conhecimento. A única forma de transcender o conhecimento prévio (a intuição que fez surgir as questões da pesquisa) é “tornar-se muito humilde e voltar a ouvir com muito cuidado a língua do povo, na qual palavras (...) são empregadas diariamente como clichês políticos e mal-empregadas como rótulos para estabelecer o contato entre o conhecimento e a compreensão” (ARENDDT, 1993, p. 42).

3.2 A Escolha dos CAPS como Campo para Pesquisa

Escolheu-se os Centros de Atenção Psicossocial como campo por conta deste dispositivo ter sido eleito, nas políticas públicas brasileiras, como eixo da RPB e principal equipamento da rede de atenção em saúde mental, inclusive com uma forte política de investimento para implantação. Mesmo após a Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011), que instituiu a RAPS e propôs o investimento na diversificação dos dispositivos de atenção em saúde mental, o CAPS ainda é o dispositivo mais numeroso e que atende uma maior demanda de pessoas. Na minha experiência como trabalhador da saúde mental, o CAPS surgia como um lugar idealizado para muitos profissionais, como se este dispositivo fosse capaz de efetivar, sozinho, o processo da RPB.

Interessou, aqui, conhecer como a instituição foi implantada, se é gerida por OSS ou diretamente pela prefeitura, como é sua relação com a rede e como estava organizado o trabalho, por considerar que essas características influem no cuidado que é oferecido.

Por considerar o papel tanto estratégico quanto simbólico que o CAPS passou a ocupar na RBP, a presente pesquisa optou por entrevistar profissionais de CAPS sobre suas práticas de trabalho cotidianas, pois é na assistência que as ambiguidades e contradições se expressam de forma mais intensa na prática institucional, por esta ser a confluência dos vários atores desse processo – trabalhadores, população e representantes do poder público (SCARCELLI, 1999).

3.3 Grupo Operativo como Instrumento de Investigação

Consoante com a proposta dessa pesquisa de compreender os fenômenos, mesmo aqueles vividos individualmente, como também sociais e históricos, foi adotado o Grupo Operativo de Pichon-Rivière como técnica (uma forma de enxergar o grupo e os acontecimentos grupais).

Há diversas formas de se compreender e de se trabalhar com grupos que se classificam de acordo com a técnica de abordagem utilizada. Por exemplo, há grupos terapêuticos e os psicanalíticos, que têm como foco o indivíduo no grupo; há grupos que têm a técnica centrada no grupo. Pichon-Rivière (1998, p. 234) define grupo como “um conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade”, e Grupo Operativo como um grupo “no qual cada participante conhece e desempenha seu papel grupal aberto à comunicação, à aprendizagem social, em relação dialética com o meio”.

Scarcelli (2016), discutindo o Grupo Operativo a partir de Pichon-Rivière, afirma que para este autor nenhuma dessas abordagens (centradas no indivíduo ou centradas no grupo) eram satisfatórias, porque nenhuma delas incluí “as relações entre sujeito-grupo e horizontalidade (as relações sociais, a organização e o sistema social) e verticalidade (o indivíduo inserido nesse sistema)”. A proposta de realizar grupos centrados na tarefa

permitiria abordar os problemas de aprendizagem no grupo; o grupo se propõe uma tarefa e a tarefa é a aprendizagem. Para Pichon-Rivière (1998, p. 235), a situação de aprendizagem implica todas as tentativas de resposta coerente e significativa às demandas da realidade – adaptação. É um processo contínuo em que comunicação e interação são indissociáveis, pois o aprendizado demanda, a partir do engajamento na tarefa, o relacionar-se com o outro.

Para o Grupo Operativo acontecer, é imprescindível que se estabeleça uma relação entre o grupo, seus membros e a tarefa. Dessa forma, o Grupo Operativo é proposto como técnica que permite a abordagem de qualquer situação, de aprendizagem, de cura, ou de pesquisa (SCARCELLI, 2016, p. 77).

Pichon, que também foi psiquiatra e crítico do manicômio, desenvolveu um trabalho de vanguarda e pouco conhecido enquanto foi diretor do Hospício Las Mercedes, na Argentina, durante as décadas de 1930 e 1940, no qual o Grupo Operativo começou a ser concebido em um ambiente de tarefa concreta. Sua primeira ação foi propor grupos com os técnicos de enfermagem, pois percebeu que eles não tinham o mínimo conhecimento sobre a enfermidade mental e eram os principais responsáveis pelos maus-tratos recebidos pelos internos naquela instituição (SCARCELLI, 2016). Foi surpreendente a aprendizagem dos profissionais, que em pouco tempo conseguiram compreender a dinâmica da enfermidade mental e adquirir uma lucidez muito maior. Esse grupo possuía muitos anos de experiência lidando com a loucura e a grande dificuldade dele estava na ausência de recursos para conceitualizar essa experiência, o que acaba por não legitimá-la no cotidiano do trabalho. A intervenção de Pichon-Rivière, que é bastante inovadora para época, se levar em consideração que os movimentos para transformação/superação do hospício datam do final da segunda grande guerra, levou a uma mudança de visão sobre os internos, que deixaram de ser considerados como “uns pobres loucos” (LEMA, 2008) e começaram a receber um cuidado que sustentava a dignidade deles enquanto sujeitos.

Pichon-Rivière, dizia que além dos internos passarem por maus-tratos, sofriam de “abandonismo”, tanto por parte dos familiares quanto da equipe de saúde. Ele afirmava que as categorias utilizadas pela ciência médica para diferenciar normal de patológico são ideológicas e não podem ser consideradas apartadas da função de controle e normatização que exercem na nossa sociedade de classes:

Entiendo que esta ambigüedad [entre normal e patológico] es solo aparente; em realidad se trata de la ocultación ideológica de las características del problema, para escamotear las condiciones de producción, lós criterios de

salud y enfermedad mental – normalidad y anormalidad – y la función que el “aparato” u organización de la salud cumple en una sociedad de clases (LEMA, 2008. p. 77-78).

Existe en nuestra sociedad, reitero, un aparato de dominación destinado, en última instancia, a perpetuar las relaciones de producción; vale decir, relaciones de explotación. De allí emerge, como he dicho muchas veces, toda una concepción de lo “sano” y lo “enfermo”, que legitima un tipo de adaptación a la realidad, una forma de relación consigo mismo y con el mundo, acrítica, ilusoria y alienante (LEMA, 2008 p. 81-82).²⁶

Para Pichon-Rivière (1998) tende-se a se reproduzir no Grupo Operativo as relações do cotidiano, os vínculos que põem em jogo modelos internos: o que emerge do grupo tem a ver com a estrutura social e as fantasias inconscientes, e isso se manifesta nos grupos. Dessa forma, compreende-se que as falas dos participantes do Grupo Operativo podem nos indicar como eles têm compreendido o conceito de território, sua operacionalização no cotidiano de trabalho e quais dificuldades encontram nessas ações, bem como as contradições institucionais, as relações de poder entre instâncias e atores diferentes, os sofrimentos e as formas encontradas de superá-los ou, quando não for possível, as diversas formas de adoecimento. A proposta foi a de escutar os trabalhadores, porque são eles que conhecem melhor como e em que condições o trabalho acontece, que tipo de intervenção cada situação pede, e as dificuldades da responsabilidade de fomentar e apoiar pontes simbólicas e afetivas entre os sujeitos em sofrimento psíquico e os territórios de vida onde encontram-se inseridos. A partir da experiência destes trabalhadores, desveladas no Grupo Operativo, se pode construir uma compreensão acerca do sentido do conceito de território e de seu papel nas transformações na assistência em saúde mental.

O Grupo Operativo também foi escolhido por consistir em um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos, desde que se estabeleça uma relação dialética entre o sujeito e o grupo, não uma relação estereotipada e cristalizada. Ao usar a técnica de Grupo Operativo para reunir os trabalhadores e ouvi-los, considerando a possibilidade de deixar emergir as contradições da prática cotidiana, procurou-se também romper com um processo comum nas relações de trabalho, de reduzir a fala a uma ferramenta a serviço da produção.

²⁶ Numa tradução livre: “Entendo que essa ambiguidade [entre normal e patológico] é só aparente; em realidade é a dissimulação ideológica das características do problema, escamoteando as condições de produção, critérios de saúde e doença mental - normal e anormal - e do papel que o "aparelho" ou organização de saúde cumprem em uma sociedade classe [...] Existe em nossa sociedade, de novo, um aparelho de dominação destinado, em última instância, para perpetuar as relações de produção; ou seja, as relações de exploração. A partir daí surge, como eu já disse muitas vezes, toda uma concepção de "saudável" e "doente", que legitima um tipo de adaptação

Quando o foco é a produção, a fala torna-se apenas uma ferramenta, empobrece e carrega muito pouco da matéria da narração, a vida humana. Propiciar um lugar e tempo para narrar é ter tempo para cuidar da formação de cada um e de todos, compartilhando modos de ser, e modos de “auscultar” (DEJOURS, 2004) e também de refletir e legitimar o conhecimento do trabalhador sobre o próprio trabalho. Há uma potência heurística quando o trabalhador faz uma reflexão sobre o trabalho, sobre si mesmo e relaciona com o trabalho que realiza, ele pode perceber os processos nos quais está inserido, clarear enigmas, lidar com afetos que ficaram vividos, mas não elaborados; há um potencial de reorganização política e emocional.

Os temas já discutidos nos primeiros capítulos serão utilizados na análise e no diálogo com os temas surgidos nos grupos.

3.4 Processo Dialógico como Metodologia de Análise

O referencial de Grupo Operativo foi utilizado, principalmente, para proposição e condução dos grupos. Ao entendimento abstraído das falas dos trabalhadores, a partir da experiência de coordenação dos grupos, foram agregadas outras contribuições teóricas e traçado um caminho de análise.

A partir do trabalho da memória para a escrita do Capítulo 1, das leituras para o desenvolvimento do Capítulo 2 e do contato com o campo da pesquisa (aqui incluídos tanto a estrutura do sistema de saúde a que o CAPS está subordinado, quanto os trabalhadores todos), a questão da pesquisa foi se deslocando de como a(s) noção(ões) de território(s) embasa(m) a prática, a investigação de como os trabalhadores de saúde mental desenvolvem seu trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tendo como principal referência o entendimento de território como *ethos*. Havia, em muitos casos, uma polarização entre “dentro e fora” do CAPS, como se “dentro” fosse “manicomial” e “fora” fosse “territorial”. Em outros, “territorial” surgia objetificado e instrumental, ou como um jargão entre trabalhadores militantes, mas também com sentido mais esboçado que desenvolvido. Na elaboração dessas situações, buscando superar essas polarizações e objetificações, procurou-se encontrar o que

à realidade, uma forma de relação consigo mesmo e com o mundo, de forma acrítica, ilusória e alienante.” (LEMA, 20084 p. 81-82)

dava base para que acontecesse o cuidado orientado para a produção de vida, independentemente do *locus*. Pensou-se como premissa a horizontalidade nas relações, com o reconhecimento mútuo da igualdade. Mas, em uma relação de cuidado, onde há uma assimetria intrínseca, onde um cuida e o outro é cuidado, necessita-se reconhecer também em que condição o outro se encontra e se colocar como presença humana para que se abra a possibilidade do encontro acontecer, oferecendo uma morada ao outro, como forma de ajudar o outro a construir sua própria morada no mundo, que é viver entre outros. Daí surgiu a compreensão de “território” como *ethos*.

Assim, território como *ethos* se compreende como um cuidar que se ocupa em sustentar a dignidade daquele que é cuidado, o que, paradoxalmente, leva a sustentar a dignidade de quem cuida e romper com modos de ser automatizados e burocratizados. O trabalho com a articulação entre a noção de território e a de encontro encontra estreita relação com o diálogo com o pensamento winnicotiano, para quem o encontro terapêutico pode colocar em trânsito as questões da vida humana (origem, solidão, finitude da vida, sexualidade, vocação), a partir da posição que se coloca o terapeuta, como presença humana que não interpreta nem objetifica o outro.

Apoiado nos trabalhos de Foucault (1975, 1979, 1998, 1987, 1997), Figueiredo (1995) e Safra (2004) sobre os modos de ser no mundo contemporâneo e o desamparo daí decorrentes e das críticas de Arendt (1973) à sociedade capitalista (que levaria ao uma atitude consumista, acompanhada de uma perda da capacidade de julgar e um conformismo diante do mundo), foi desenvolvida a ideia de compreender o território como *ethos*, um cuidado que é oferta de encontro com o outro que, por ser encontro, ofereça elementos para a construção de uma morada.

Na análise das falas surgidas nos grupos operativos, buscou-se estabelecer uma relação dialógica entre a experiência dos trabalhadores dos CAPS, seus pontos de vista, em comunicação com minhas próprias experiências e também com os pontos de vista de autores que orientaram esta pesquisa bibliograficamente. Pretendeu-se, portanto, reservar igual dignidade ao pensamento e à palavra de cada um dos participantes desta investigação, em um reconhecimento da horizontalidade dessas relações.

No contexto do conceito de espaço público de Arendt (1981, p. 35), a comunicação ocupa um lugar central, já que é no espaço público que os homens se encontram para a ação

dialógica, que implica em uma relação entre sujeitos iguais, apesar de singulares, e onde a comunicação acontece no sentido de se chegar em um acordo comum que beneficie a todos.

Portanto, considerou-se pesquisadores, trabalhadores e autores eleitos, todos intérpretes. E considerou-se a “experiência” de todos o objeto da investigação. Isto não significa supor identidade entre sujeitos, mas buscar a “comunicação de pontos de vista”. Um objeto não se impõe por si mesmo, mas segundo a experiência que fazemos dele, a experiência pessoal e compartilhada, as experiências concordantes e discordantes: a partir destes pontos é que ousaremos elaborar hipóteses interpretativas.

3.5 Primeiro Contato com o Campo

Adorei a pesquisa, mas não tenho autonomia para nada. Você precisa pedir a bênção para todos os santos antes de vir falar comigo.

(Ana, gerente do CAPS II Leste)

No contato inicial, foi possível perceber a influência de instâncias burocráticas e relações organizacionais na autorização para a realização da pesquisa e no modo de organização dos grupos. Assim, tal contato influenciou o percurso metodológico da pesquisa, fazendo emergir o modo como a organização da saúde e da tensão de forças entre essas diversas instâncias afeta o cotidiano de trabalho nos CAPS e se insere em suas dificuldades. Assim, fez-se necessário tecer algumas considerações nesse subcapítulo sobre o contexto mais amplo de inserção do CAPS para melhor compreender o campo. Para tal, descreveu-se como aconteceu, desde o início, o contato com cada CAPS, foi apresentada brevemente a região onde estão inseridos, bem como apresentadas as falas dos grupos que se relacionaram com a forma como os trabalhadores conceituam território a partir das ações realizadas.

A escolha dos CAPS para realizar o campo desta pesquisa foi pensada, em um primeiro momento, a partir do conhecimento da rede adquirido ao longo dos anos de trabalho na saúde mental e da participação em congressos, fóruns e coletivos de trabalhadores. A intenção era selecionar cinco CAPS adultos (I, II e III) da cidade de São Paulo que fossem emblemáticos em suas regiões (centro, oeste, leste, norte e sul), de gestão direta e por OSS, a fim de apresentar algumas das condições em que cada serviço é estabelecido, sabendo da limitação desta apresentação frente ao número de CAPS Adulto e ao tamanho e desigualdades entre os territórios da cidade. Pretendeu-se, assim, trazer à luz uma reflexão sobre algumas facetas da atenção em saúde mental na cidade, assumindo-se, *a priori*, a impossibilidade e o risco de generalizações acerca da realidade da própria cidade e dos demais CAPS do país.

O CAPS III Oeste foi escolhido por ser conhecido na rede por realizar parcerias com vários CAPS na cidade em projetos como a Copa da Inclusão, um bar/buffet gerido pelos usuários em parceria com outro CAPS. O CAPS Centro foi escolhido por ser um serviço novo e pensado para atender a especificidade daquela região. O CAPS Norte III foi escolhido por ser apontado, pelos trabalhadores nesses encontros, como um serviço importante naquela

região. O CAPS Leste II foi escolhido após conversas com trabalhadores da saúde daquela região que o sugeriram como representativo dos serviços de saúde mental. E, por fim, o CAPS II Sul foi escolhido por ter sido, durante muitos anos, o único CAPS de uma vasta região da cidade.

Como instrumento metodológico, foi escolhido formar Grupos Operativos compostos por trabalhadores que estivessem trabalhando há pelo menos dois anos em CAPS ou outro equipamento de saúde, preferencialmente de diversas formações, idades, gêneros e origens sociais. O primeiro critério se justifica por ser uma forma de garantir que o participante tenha conhecimento da dinâmica do trabalho em saúde, que é uma experiência que precisa de tempo para se elaborar e sedimentar. O segundo, assegurar que o caráter multidisciplinar e heterogêneo, próprio do trabalho nas equipes dos CAPS, seja mantido e também buscando garantir o encontro mais amplo possível de perspectivas articuladas na análise dos dados.

Para este projeto de pesquisa, importava, para além do respeito aos procedimentos protocolares dos comitês de ética, o consentimento e a vontade de participar da pesquisa por parte dos trabalhadores dos CAPS. Importa ressaltar que o envolvimento pessoal não apenas garante o desenvolvimento mais aprofundado do olhar e das considerações em torno da questão, mas implica já em um recorte, na busca de um olhar crítico, não “burocrata” e implicado no próprio trabalho. Com a intenção de somente escolher quem estava disponível, foi feito contato prévio com todos os gerentes dos CAPS para avaliarem com suas equipes a pertinência da pesquisa para o serviço e o interesse dos trabalhadores. Pois, para compreender o trabalho que estava sendo feito na instituição, melhor dirigir-se a quem o executa.

Todos os gerentes dos CAPS foram receptivos à ideia de ser campo de pesquisa, mostraram-se interessados pelo tema e fizeram muitas perguntas sobre qual a proposta, qual metodologia adotada e também sobre a ausência de poder decisório sobre a realização de pesquisas no serviço. Durante as reuniões para a apresentação da pesquisa, todos os gerentes, de forma semelhante, apontaram para: 1) a discussão sobre o trabalho proporcionada pela pesquisa como possivelmente benéfica para o crescimento dos trabalhadores; 2) a importância da realização das pesquisas realizadas na assistência mental para o desenvolvimento do campo, visibilidade do trabalho e fortalecimento da transformação na assistência.

Simultaneamente foi dada entrada nos Comitês de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) e da Secretaria de Saúde do Município (SMS). conforme o pesquisador era enredado na trama burocrática da estrutura organizacional da Saúde do

município, o próprio pedido de autorização já desvelava alguns elementos das condições de trabalho nos CAPS (e na saúde em geral): Apesar dos grandes avanços na implementação do SUS na cidade de São Paulo, a descentralização não produziu a desconcentração de poder que se havia imaginado (BOTAZZO, 1999, p. 19), e as escolhas daqueles que estão na assistência direta ficam subordinados ao poder decisório concentrado nas estruturas que estão acima, sempre em um movimento vertical, de cima para baixo e de mão única. No contexto da pesquisa, tais aspectos se evidenciaram pela ausência de autonomia dos gestores em autorizá-la, sendo necessário percorrer inúmeras instâncias burocráticas para uma decisão relativamente simples.

O primeiro pedido de autorização foi feito diretamente ao gerente de um dos CAPS eleitos para realização do campo da pesquisa e, por haver interesse, o pesquisador foi por ele direcionado à Supervisão Técnica ao qual estava submetido. Entretanto, como a pesquisa aconteceria em CAPS de coordenadorias regionais diferentes, a pesquisa teria que ser enviada à Coordenação de Saúde Mental do município e submetida ao Comitê de Ética da SMS, que dariam uma autorização por todas coordenadorias. Nesse momento, o projeto já havia sido aprovado pelo Comitê de Ética do IPUSP, após um período de impasse entre duas instâncias da prefeitura que exigiam a autorização de um lado para autorizar de outro, e o apelo do pesquisador por uma solução a ambas por conta do atraso que já ocorria no cronograma da pesquisa. Durante esse período de negociação, a primeira coordenação para quem foi feito um pedido de autorização e que havia encaminhado o pedido para a Secretaria de Saúde, por se tratar de CAPS de coordenadorias diferentes, entrou em contato avisando que a pesquisa havia sido autorizada. Essa autorização, que não era esperada por conta de o pedido ter sido direcionado para outra instância, teve como efeito, quando apresentada as duas instâncias que estavam em conflito, a liberação da pesquisa para o campo. Parecia, então, que os protocolos burocráticos estavam cumpridos.

Entretanto, relatado de forma resumida, foi necessário um pedido de autorização para cada microinstância de nível hierárquico: dezenas de e-mails e mais de uma centena de telefonemas, que provocaram no pesquisador uma angústia kafkiana de estar preso nas reentrâncias burocráticas do sistema e de não entender como ele funcionava. Em muitos telefonemas, as pessoas se recusavam a dar o próprio nome ou a função (simplesmente não respondiam ou respondiam com outras perguntas), ou questionavam o porquê da realização da pesquisa, mas, pareciam desinteressados ou não compreendendo quando se começava a explicar. Nesse primeiro momento, escapava o sentido e o significado daquela trama

intrincada: o que comunicavam da instituição, que pedidos continham, que medos/ansiedades revelavam?

Possivelmente, essa “angústia kafkiana” que o sujeito que está na posição de pesquisador sente e vive, também é experienciado pelos demais sujeitos que integram o sistema, como os profissionais e os usuários. Frente a um sistema de saúde tão grande e complexo, cheio de dobras e caminhos pouco claros, vive-se, por exemplo, impedimentos de acesso à informação ou tratamentos, ou situações de não saber onde pedir ajuda ou a quem, que apontam que o sistema tem sua lógica própria e por vezes não apreensível, inclusive para quem está “dentro”.

Botazzo (1999, p. 27 e seguintes), curiosamente também utiliza da mesma metáfora discutindo o lugar e o funcionamento das UBS como porta de entrada do sistema de saúde, apresentando diversas semelhanças entre a trajetória dos usuários dentro desse sistema e o drama vivido pelo personagem Josef K., do livro “O Processo”, de Kafka (1997). Para ilustrar, compara a sensação de quem circula pelo sistema de saúde precisando de algum tipo de ajuda com a visita do Sr. K. a uma casa distante, onde seria a porta de entrada de uma instância até então desconhecida, onde, indo de guichê em guichê, sendo atendido por “não funcionários” que sabiam tudo de seu processo, não consegue compreender qual é o caminho que tem que percorrer para falar com o juiz sobre o que ele está fazendo de errado e qual seria o “fazer certo”. É frequente a situação na qual os usuários não sabem onde se dirigir quando precisavam de determinado tipo de ajuda, bem como o próprio profissional que atende não saber onde se localizam certos serviços públicos e a forma de acessá-los. Ao usuário lhe parece sempre que se dirigiu ao lugar errado; bem como a impressão de que as pessoas que lá lhe atenderam não trabalham do modo como deviam. Ao trabalhador fica a sensação que é assim porque “os de cima” não oferecem as condições necessárias e também porque os usuários não procuram no lugar certo nem no tempo adequado.

Tal situação já apresentava assim o contexto do campo: entremeados pelas diversas instâncias burocráticas do aparato governamental, os dispositivos e trabalhadores de saúde viviam tensões entre autonomia a apropriação de seu fazer e cumprimento de exigências diversas. No processo de autorização da pesquisa, tais questões se refletiram na diversidade de percursos e improvisos para encaminhar uma resolução.

Para cada lugar a resolução se deu de forma diferente: em uma região, um coordenador aprovou após ler o projeto e conversar por telefone com o pesquisador; em outra

foi necessário enviar o projeto para várias pessoas, conversar com muitos funcionários por telefone, conversar por telefone com o coordenador e, por indicação deste, marcar uma reunião presencial com supervisor e com profissionais de recursos humanos de uma supervisão; em outra, um supervisor aprovou, mas os demais condicionaram a realização de uma reunião presencial para autorizar o início da pesquisa (o que levou ao atraso de mais de quarenta e cinco dias para começar a discutir as datas dos grupos); no último bastou uma conversa do pesquisador com o coordenador da região, entretanto, crê-se que foi fundamental ter sido indicado por um supervisor de outro território que, após a conversa sobre a pesquisa (e sabendo que o pesquisador estava em negociação com outras coordenadorias), passou o telefone pessoal deste coordenador e ligou avisando-o.

Compreende-se que o pesquisador, como elemento estranho, funcionava como disparador de ansiedades paranoides, comuns a qualquer grupo. Entretanto, para além, dessas ansiedades, a repetição de um padrão de comportamento chamava a atenção para outro fato: muitas das pessoas que vieram a atender as chamadas não tinham poder decisório, mas, portavam-se como se tivessem, reproduzindo, dessa forma, conflitos e modos de funcionamento de níveis dos quais não faziam parte, o que aponta para um funcionamento centralizador e com decisões verticalizadas. Bleger (2003) afirma que,

O que ocorre é que nas organizações, além do mais, os conflitos suscitados em níveis superiores se manifestam ou detectam em níveis inferiores: ocorrerá, então, que os conflitos do *staff* técnico não se manifestarão neles mesmos, mas nos pacientes ou no pessoal subalterno (p. 118).

Bleger (2003) afirma ainda que os grupos são instituições complexas, constituídos por um conjunto de instituições, entretanto, tendem a funcionar como uma organização. Quanto mais burocratizado e normatizado, mais o grupo corre o risco de se alienar da tarefa inicial e tender a um funcionamento que visa a manutenção da própria existência.

Essa forma de organização da estrutura governamental assemelha-se ao que Arendt (1985, p. 20) chamou de “o domínio de ninguém”, no qual esse domínio exercido por um intrincando sistema de órgãos no qual homem algum pode ser tido como responsável. O tipo de governo baseado na burocracia dá a impressão que se exerce de forma “neutra e autônoma”, como se fosse uma ação sem sujeito. É a forma de governo que, aliada ao modo da cultura de massa, centrada no consumo, levaria à perda da espontaneidade e da ação política, ao conformismo e à alienação.

3.6 A Realização dos Grupos

Foram realizados cinco grupos em quatro CAPS de diferentes regiões da capital: um CAPS II da região central, um CAPS III da região oeste, um CAPS III da região norte e um CAPS II da região leste. Todos os cinco grupos nos quatro CAPS aconteceram entre março e junho de 2014, totalizando dez encontros e aproximadamente dez horas e meia de gravações que foram transcritas.

Pretendia-se inicialmente pesquisar cinco diferentes CAPS da cidade, incluindo um gerido diretamente pelo município. Este havia inicialmente aceito o convite, mas, após nove meses desse primeiro contato (até todas as autorizações serem aprovadas), no momento da realização os trabalhadores não mostraram interesse em participar da pesquisa. Em conversa com a gerência deste serviço, levantou-se a hipótese que a falta de interesse tenha relação com o estresse de estarem em um momento de transição de CAPS II para CAPS III.

No CAPS III da região oeste formaram-se dois grupos de trabalhadores por conta da dificuldade destes em conseguir horários em comum nas agendas. Apesar de ser proposto um grupo com seis participantes, aceitou-se realizar dois grupos com três participantes pela disponibilidade da equipe em participar da pesquisa.

Os encontros aconteceram nos próprios CAPS para facilitar o acesso aos trabalhadores, o que serviu indiretamente para realizar um primeiro contato com a dinâmica destas instituições. Nos dois encontros do Grupo Operativo no CAPS II Centro, no CAPS III Norte e no primeiro encontro do segundo grupo do CAPS III Oeste, uma aluna do curso psicologia, a convite do pesquisador, participou da pesquisa como observadora. Cada grupo teve dois encontros de aproximadamente uma hora cada e ocorreram interrupções em todos os grupos: algum técnico era chamado para atender alguma situação ou entravam atrasados no grupo vindo de atendimentos dentro ou fora do CAPS, usuários que ficavam na ambiência²⁷ entravam na sala; um grupo precisou ser interrompido antes em função de demandas urgentes

²⁷ Compreende-se ambiência, da forma como foi preconizada pela política de humanização do Ministério da Saúde, como um local com estrutura física adequada e disponibilidade de recursos humanos e materiais, os quais

do próprio serviço, outro começou atrasado pelo mesmo motivo. As discussões foram gravadas em áudio e a transcrição está anexa ao final deste trabalho.

Foi proposta uma mesma tarefa para todos: **“Falem sobre como se trabalha neste CAPS considerando a política atual de saúde mental”**. Procurou-se, na condução dos grupos, pensar como as pessoas estavam se relacionando com a tarefa e como se mobilizaram os afetos, tentando facilitar o diálogo quando surgia algum impasse ou situação dilemática. As intervenções foram feitas no sentido de favorecer a circulação da palavra e apoiar sentidos que iam sendo desvelados.

Apesar do convite ser feito a toda a equipe, os grupos foram compostos majoritariamente por profissionais de nível superior (nove psicólogas, quatro terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais, três enfermeiras, uma nutricionista, um farmacêutico e uma médica psiquiatra); participaram também dois técnicos de farmácia, um auxiliar de enfermagem, uma oficinaira e uma ATA (auxiliar técnico administrativo).

Para realização da análise dos grupos, bem como a tessitura com os autores que embasaram esta pesquisa, recortou-se trechos de diálogos a partir da escuta das falas dos trabalhadores que descreviam o modo como o trabalho acontecia, como as equipes se organizavam, as falas que apontavam para os impasses institucionais, para, a partir daí, serem tecidas compreensões acerca das noções de territórios que sustentavam essas práticas e relacioná-las com os autores eleitos para essa discussão e com a compreensão desenvolvida nesta pesquisa, de território como *ethos*. Os trechos foram separados de acordo com o tema a ser discutido, ou seja, não seguem necessariamente a ordem em que foram aparecendo no grupo. Trechos de momentos diferentes que tratam de um mesmo tema e são colocados em um mesmo bloco de discussão virão separados por “-x-x-x-x-” entre eles.

possibilitam o acolhimento do usuário e família, privilegiando o conforto e a subjetividade no processo terapêutico (BRASIL, 2006).

CAPÍTULO 4 – OS CAPS NO CONTEXTO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Se você falar que precisa de uma cidade para todos, é porque não é para todos, não é? Então você já começa a admitir que ela é desigual, que ela não inclui, né?

(Luiza, assistente social do CAPS III Oeste)

Este capítulo é parte da análise e fundamento do que aconteceu nos grupos também, tendo surgido principalmente a partir das falas dos trabalhadores e gestores no campo da pesquisa (na negociação para as autorizações, nas conversas de apresentação da pesquisa aos gerentes dos serviços, nos momentos que antecederam e sucederam os grupos operativos, além das falas durante a realização destes grupos). Ao nos apresentarem a complexa realidade vivida na prática cotidiana, nos exigiram uma reflexão de como essa realidade se relacionava com o trabalho desenvolvido. Dessa forma, como a ação desses serviços acontece principalmente em nível local, discutir a prática realizada nos CAPS, que procura ter como orientação o trabalho de base territorial, implica problematizar sua relação com a cidade, com o sistema de saúde e sua estrutura administrativo-burocrática, assim como sua relação (ou não relação) com demais dispositivos da saúde e de fora do campo da saúde (os territórios administrativo/social/histórico/afetivo). Fez-se necessário, dessa forma, apresentar brevemente alguns dados da cidade, bem como da construção do atual sistema de saúde paulistano, para melhor se compreender o campo onde esses serviços estão inseridos e onde foi realizada esta pesquisa.

São Paulo é a cidade mais populosa do Brasil, com 11.967.825 pessoas²⁸, densidade demográfica de 7.398,26 habitantes/km² e possui uma área de 1.523 km². Em linha reta, a distância entre os limites sul e norte é de, aproximadamente, 75 km e entre os limites oeste e leste é 50 km²⁹. Administrativamente está dividida em 32 subprefeituras e 96 distritos, com diferenças abismais entre si. Em uma cidade desse porte, os problemas são igualmente gigantescos e exigem respostas complexas em ações intersetoriais: poluição (do ar, do solo, da água, sonora), trânsito e transporte público, déficit habitacional, a violência em suas diversas formas, acesso à educação, acesso ao sistema de saúde, entre outros.

²⁸ <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=355030&search=>, acesso em 08/08/2016.

²⁹ http://geosampa.prefeitura.sp.gov.br/PaginasPublicas/_SBC.aspx#, acesso em 08/08/2016.

É importante considerar a heterogeneidade das condições de vida nas diferentes regiões da cidade, que expressa a ocupação do território pelos distintos grupos sociais a partir de sua diferente inserção no processo produtivo (JUNQUEIRA, 2002). No mundo da globalização, os atores mais poderosos reservam para si próprios os melhores pedaços do território e deixam o resto para os outros, ou seja, o dinheiro usurpa em seu favor as perspectivas de fluidez do território, buscando conformar sob seu comando as outras atividades. Em uma situação de extrema competitividade como a qual se vive hoje, os lugares repercutem os embates entre os diversos atores e o território como um todo revela os movimentos de fundo da sociedade (SANTOS, 2001, p. 79-82).

Por exemplo, há uma enorme diferença no tempo médio de vida de moradores de bairros diferentes: enquanto no Alto de Pinheiros vive-se em média 79, 67 anos, em Cidade Tiradentes vive-se em média 53, 85 anos. Assim também se dá em relação ao acesso à saúde, à educação, bibliotecas municipais e áreas de lazer, que, apesar de o acesso ter apresentado melhora nos últimos anos, ainda mantém uma distribuição bastante desigual³⁰.

“Até para o nosso trabalho conseguir ser feito, a gente precisa ter parceiro. Por exemplo, os CECCO. Tem CECCO que é longe e a gente utiliza um CECCO que não é deste bairro. A gente não tem lugar onde eles possam ser incluídos, possam ser acolhidos, possam ser respeitados na individualidade... Isso não existe aqui.”

(Júlia, psicóloga, CAPS II Leste).

Assim, apesar de ser uma cidade com um PIB maior que muitos países, a distribuição dos recursos e serviços públicos apresenta grande concentração de oferta na região central e oferta insuficiente nas periferias. O interior dos distritos também não é homogêneo, e em algumas regiões com alto índice de desenvolvimento humano há bolsões de pobreza, com habitações precárias e pessoas em situação de rua.

Rolnik (2007), ao discutir a ocupação da cidade de São Paulo, afirma que as forças econômicas determinam o lugar e o valor de cada sujeito a partir de critérios como “produtividade”, “capacidade de consumo”, “dinamismo” e “competitividade”, tornando obsoletos e descartáveis os sujeitos inadequados. As leis do "Estado de Mercado" regulam o

³⁰ Mapa da Desigualdade 2016, disponível em www.nossasaopaulo.org.br/arqs/mapa-da-desigualdade-completo-2016.pdf

comportamento social criando regras para o “bem comum” e; nesse contexto, toda manifestação de desejos e valores contrários são segregados, confinados ou criminalizados. Para esta autora, os conhecimentos científico e tecnológico são empregados para que essas regras sejam acatadas e obedecidas, dando-lhes a aparência de imprescindíveis e, dessa forma, justificando as medidas repressoras contra todos os desviantes.

Dessa maneira, pode-se pensar que aqueles que idealizaram e os que idealizam a cidade pouco pensavam sobre as necessidades e desejos das pessoas que habitariam “sua” cidade, pensando apenas a partir das próprias necessidades de lucro. Ou no simples desinteresse que o poder público demonstra diante dos inúmeros loteamentos irregulares e construções habitacionais ilegais.

Entretanto, como afirma Santos (2001), o território não é um dado neutro nem ator passivo, e os lugares escolhidos que acolhem e beneficiam os vetores da racionalidade dominante ao mesmo tempo permitem a emergência de outras formas de vida. Este autor aponta que essa “esquizofrenia” (grifo do autor) do território e do lugar tem um papel ativo na formação da consciência, indicando a seus atores os modos de como intervir conscientemente no espaço geográfico. O mesmo autor (SANTOS, 1998) afirma que pode surgir, das relações horizontais entre lugares contíguos, espaço do acontecer solidário, que são relações baseadas na solidariedade:

Mônica (psicóloga): Eu até diria que assim [das atitudes das pessoas do bairro em relação aos usuários] que é um entorno bastante acolhedor, se for pensar preconceituosamente, é muito interessante. É acolhedor, porque sempre tem outro... tem o bar dos pacientes, que é um bar super... Deixa pendurar... que é outra história. Os meninos do futebol, a meninada que joga com os times daqui, eles são super parceiros...

Joana (t. o.): O cara da banca de jornal, que às vezes dá bala, dá...

Mônica (psicóloga): Os comércios, o E. [restaurante próximo ao CAPS], que a gente está mais assim, super... né?

Joana (t. o.): Que é chiquêrrimo!

Mônica (psicóloga): Que é chiquêrrimo, mas quem entrar e almoçar e for daqui eles super ajudam... Pagam quando podem... Imagina, eles adoram o F.[usuário]! Eles vêm toda vez “Cadê o F.?”... A gente já foi lá e: “Escuta, você precisa cobrar, não dá pra fazer assim...” [risos]. “Ah, deixa eles!” Eu falo: “Não, não é assim...”. Tem o outro bar, que super ajudou o nosso bar aqui, que é um projeto... [da equipe com os usuários]”

(Mônica, Joana, CAPS Oeste III)

Para Rolnik (2007), todo território da cidade de São Paulo é disputado permanentemente, desde o centro até as periferias, e essa não é uma disputa biunívoca entre mercado imobiliário (e/ou o mercado financeiro) versus páreas urbanos ou marginalizados ou excluídos. O setor imobiliário participa, porém, não é o único, há diversos atores e as relações são muito mais complexas. A autora afirma que,

o mais impressionante em São Paulo é a força desta dinâmica, ela é muito intensa. E já começou assim, é a lógica do Bandeirante; e o que é o Bandeirante, símbolo de São Paulo? É um cara truculento, bandido, que veio ganhar riqueza fácil a qualquer preço; por outro lado é o cara que entra na mata, enfia o pé na lama, fala guarani perfeitamente – aqui no século XVII só se falava guarani nesta cidade –, se mistura com as índias, mora na rede debaixo da árvore, não é um fidalgo que nunca se misturou. É isto que é São Paulo, essa força de construir e de destruir também. Tudo que a cidade é hoje você pode pensar tanto do ponto de vista do Matarazzo [subprefeito da Sé à época de escrita do livro]: “O Centro virou um câncer”. Ou do ponto de vista desta outra leitura: “O Centro é um foco de resistência política (ROLNIK, 2007, p. 36).

Uma cidade tão dinâmica e intensa, que constrói e destrói pela força dessa dinâmica de disputa, tende a não preservar lugares sagrados, ou, dito de outra forma, as coisas materiais e imateriais, por força da mercantilização e homogeneização perdem a aura (BENJAMIN, 1993). Dessa forma, corre-se o risco, assim como em outras cidades contemporâneas, da cidade perder a capacidade de sustentar a emancipação dos cidadãos e promoção social. No mundo da mercadoria, coisas heterogêneas perdem a singularidade e a raridade, tornam-se homogêneas porque são intercambiáveis umas pelas outras e todas elas são trocáveis pelo equivalente universal e homogeneizador universal, o dinheiro.

A lógica do dinheiro exige que a cidade esteja sempre a se reformular, sempre em transformação, levando o conteúdo do território a mudar de forma brusca e perder parte de sua identidade, em função de uma regulação estranha ao sentido local da vida. Isso necessariamente se dá com dinheiro público, o que faz com que o Estado privilegie um pequeno grupo e não tenha dinheiro para atender às necessidades da maioria da população. A cidade se torna inviável para o homem, e também, em última instância, para o capital (CHAUÍ, 2000).

Por exemplo, há o bairro da Luz, no centro da cidade de São Paulo, que vem sofrendo um novo processo de especulação imobiliária e tentativa de “gentrificação”, e que, por meio da fabricação de um sentimento de medo generalizado abrem-se as portas para um estado de exceção, no qual é permitido uma série de medidas antissociais que, de outra forma, não seriam aceitas: desapropriações e demolições de imóveis declarados “de interesse público”, prisões, internação compulsória de usuários de drogas, fechamento de estabelecimentos sem necessário amparo legal, “recolhimento” de pertences de pessoas em situação de rua, entre outras medidas, a fim de uma verdadeira “limpeza urbana” para que um projeto ambicioso de revitalização do centro possa acontecer e, inclusive, seja pago pelo capital público (ROLNIK, 2007).

(...) Tem outras ações que acontecem [na região da Luz] que são do Estado e estão no mesmo espaço. Então é muito difícil você conseguir estar num lugar e trabalhar para serviços que pensam diferente, de formas diferentes e dividem o mesmo lugar. Você tem de um lado quem quer que internar, e tem a gente na outra linha, que quer um atendimento em que a pessoa continue ainda na sociedade normal. É outra forma de cuidado, e é bem difícil.

(Fernando, Farmacêutico – CAPS II Centro)

Entretanto, mesmo nesse ambiente que perdeu a aura, o sagrado, e tende sempre a homogeneização, cada um tem uma ideia própria da cidade onde vive, que é uma ideia feita de coisas vividas e de lugares da memória; nossas rotas seguem uma lógica de conexões e relações, a partir de nossas experiências de vida e de nossa origem social, com lugares eleitos para a troca (como o bar, a praça, o campo de futebol ou a academia, entre outros), e os lugares da alma, que são aqueles onde se desenrolam a história da nossa vida. E mesmo na esfera local se ensejam processos e fenômenos que dizem ser da realidade global (VENTURINI, 2009).

Para aqueles que não cumprem os critérios de competitividade, como apontado por Rolnik (2007), a cidade é mais restrita e os lugares mostram muros invisíveis (porém reais) que dividem as pessoas e as camadas sociais, materializando-se por meio de olhares de reprovação, indiferença, grosseria, impedimento de acesso ou imposição do isolamento. Existem infinitas cidades invisíveis desconhecidas para nós, entretanto, para quem é portador de um sofrimento mental intenso ou está em uma outra condição de vulnerabilidade social (e, por isso, apresenta os signos da diferença no modo de ser), o acesso a direitos e serviços públicos é restrito e a experiência na cidade é atravessada pelo estigma, pela discriminação e pela violação dos seus direitos (VENTURINI, 2009).

Em relação ao sistema de saúde, mais especificamente, na cidade de São Paulo a implementação do SUS iniciou com a gestão da prefeita Luiza Erundina, que ganhou as eleições logo após a promulgação da Constituição de 1988. Neste momento, o SUS estava apenas estruturado no plano legal, pois a passagem da rede federal do antigo INAMPS para a Secretaria de Estado da Saúde, sob a denominação de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – o SUDS, havia significado uma estagnação na construção do SUS, já que os secretários estaduais de saúde freavam o processo de municipalização por não desejarem perder o poder. O sistema de saúde encontrava-se em uma situação precária em relação ao estado de conservação das unidades, com diminuto número de servidores, situação financeira deteriorada, inadequação das ações desenvolvidas à situação de saúde da população pela ausência de processo democrático de planejamento e decisões da gestão centralizadas em órgãos do gabinete (JUNQUEIRA, 2002).

Seguindo os princípios SUS, suas ações em saúde visaram a democratização da gestão dos serviços criando os conselhos de saúde, convidando a população para participar do controle dos serviços; contratou servidores para preenchimento dos cargos vagos, reorganizou todo o sistema de saúde sob o princípio da descentralização, com a integração dos serviços ambulatoriais, hospitalares e de vigilância sanitária e epidemiológica (até então serviços estaduais) em um sistema municipal único, dividido em regiões, as quais por sua vez se subdividiriam em distritos. Nesta gestão, aproximadamente 50 UBS estaduais foram municipalizadas.

Para esta pesquisa, é importante ressaltar o início da territorialização no município como um princípio organizador dos processos de trabalho nas políticas de saúde:

Esse processo ocorreu de forma heterogênea na rede, porque não era plenamente institucionalizado. Ele aconteceu a partir de discussões que abrangiam temas desde as Unidades Básicas de Saúde, os determinantes das condições de vida e saúde, o estabelecimento de prioridades, as intervenções que tinham seu forte na intersetorialidade, até a definição de objetivos, metas, responsabilidades e cronogramas. Houve também aqui grande dificuldade em disseminar esta prática e incorporá-la ao dia a dia dos serviços. A territorialização significava o reconhecimento das condições de vida e saúde da população da área de abrangência de cada UBS, em um processo que, ao esclarecer a determinação da situação de saúde, pretendia também promover a vinculação das equipes multiprofissionais à população dos bairros (JUNQUEIRA, 2002, p. 38).

Como pode-se observar, essa definição de território e territorialização é muito semelhante a apresentada por Monken et al. (2008), ambas orientadas pelo conceito de território desenvolvido pela Reforma Sanitária, baseada na epidemiologia e no novo paradigma de saúde. Entre outras definições, o território da Saúde Coletiva seria aquele onde se desenvolvem ações de saúde pública, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares, tendo como objetivo “prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas” (MONKEN et al., 2008, p. 16).

Na saúde mental, a gestão da prefeita Luiza Erundina apresentou um significativo avanço no atendimento, com a aprovação da Lei Orgânica de Saúde com princípios antimanicomiais, só alcançada por meio da ação conjunta entre administração municipal e movimentos populares. Esta lei deu a base para o início da implantação dos serviços substitutivos (SCARCELLI, 1998), como os hospitais dia, os centros de convivência e cooperativa, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, os lares abrigados e a implantação de equipes multiprofissionais em todos os serviços da rede. Além dessas ações, houve também a alocação de equipes de saúde mental na Atenção Básica e o investimento em formação permanente para os trabalhadores. A partir da chegada ao poder, no final da década de 1980, de governos democráticos, os princípios antimanicomiais integraram-se às plataformas políticas de planos de governo, já que questões dessa ordem vinham sendo debatidas em seus núcleos partidários (SCARCELLI, 1998. p. 29).

Entretanto, a implementação do SUS foi descontinuada de forma brusca pelas duas gestões seguintes, ambas conservadoras, de Paulo Maluf e Celso Pitta, que adotaram um processo de privatização que se mostrou desastroso em vários sentidos para a atenção em saúde.

*A questão de saúde em São Paulo, a gente tem que lembrar que a gente teve o PAS no meio do caminho, né? No meio do caminho teve um PAS, né? (...) Isso atrasou o SUS um tanto, né? E o pessoal fala da Petrobras, mas olha que, se for ver rapidinho, tem... [as denúncias de desvios de verba pública].
(Luiza, assistente social, CAPS III Oeste)*

O PAS (Plano de Atendimento à Saúde), focava em atendimentos médicos imediatos, individuais, e retirava o investimento na Atenção Básica, levando ao abandono das ações em saúde pública, voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças. A rede de saúde

construída anteriormente foi desmontada, e milhares de funcionários da Secretaria de Saúde que não aceitaram participar dessas cooperativas ficaram “exilados” em outras secretarias. Além disso, a implantação desse sistema foi extremamente onerosa ao município, já que o dinheiro público financiava essa privatização ao mesmo tempo em que não havia nenhum controle público. O desprezo ao controle de gastos aliado à ausência de fiscalização das cooperativas levaram a um quadro de corrupção sem precedentes (ALVES SOBRINHO & CAPUCCI, 2003, p. 209).

Somente em 2001, com o início da gestão da prefeita Marta Suplicy, o processo de implementação do SUS foi retomado. O sistema de saúde de São Paulo encontrava-se destruído e a municipalização foi iniciada com a opção pela gestão plena de saúde, na qual a prefeitura assumiria a administração de todos os dispositivos de saúde da cidade. As transformações ocorridas foram fundamentais para dar a forma do atual do sistema de saúde do município.

Documentos oficiais apontam a adoção de cinco diretrizes na saúde (JUNQUEIRA, 2002; ALVES SOBRINHO & CAPUCCI, 2003):

1) Reconstrução da Secretaria Municipal de Saúde: processo de transição do PAS para a reunificação das três redes desta secretaria, com remanejamento de funcionários “exilados” em outras secretarias, demissão de funcionários contratos irregularmente pelas cooperativas, contratação de emergência de dez mil funcionários e planejamento para realização de concurso público;

2) Trazer o SUS para São Paulo: retomar o diálogo entre os governos federal, estadual e municipal, rompido nas duas gestões anteriores, a fim de efetivar a gestão plena do sistema municipal, inclusive de todos os hospitais estaduais e outros tantos serviços especializados estaduais sediados na capital, assim como o acompanhamento dos serviços de saúde privados, filantrópicos e lucrativos, conveniados com o SUS na cidade;

3) Distritalização: foram criados 41 Distritos de Saúde, com uma média de 250 mil habitantes em cada um deles (o porte de cada distrito o colocaria entre as cem maiores cidades brasileiras), possibilitando o reconhecimento das necessidades de saúde de cada território a fim de articular as ações preventivas e de vigilância, bem como as de reabilitação sob uma mesma autoridade;

4) Modernização da Gestão: informatizar seguindo o mesmo padrão de informatização utilizado pelo SUS em outras localidades, tanto na rede básica como hospitalar;

5) Programa Saúde da Família (PSF): implantação em São Paulo do Programa de Saúde da Família, reconhecido como a “estratégia mais importante para organizar o SUS no Brasil”. O PSF, que é essencialmente municipal na sua gerência, não foi assumido pelas gestões anteriores, sendo que as equipes (cerca de 180 até fins de 2000) foram implantadas pelos governos federal e estadual. Pretendia-se chegar em 1.700 equipes em 2004.

Além dessas medidas, ressalta-se também a criação das subprefeituras em 2003, que representavam uma importante estratégia no âmbito institucional para a operacionalização da descentralização administrativa.

Em relação à municipalização, a ideia inicial era que todos os centros de saúde, ambulatorios e hospitais que ainda estavam sob gestão do governo estadual passassem a ser administrados pelo município (exceto o Hospital das Clínicas, Hospital São Paulo e Santa Casa). Entretanto, o governo estadual não concordou e continuou gerindo a maioria dos hospitais e ambulatorios de especialidades, cedendo a gestão apenas dos centros de saúde.

Outro ponto importante a ser ressaltado é que a contratação das equipes de trabalhadores de PSF se deu inteiramente a partir do acordo com dez instituições filantrópicas, as Organizações Sociais de Saúde, chamadas informalmente de “instituições parceiras”. A contratação nessas instituições é feita por contrato CLT, implicando em um vínculo profissional distinto dos demais trabalhadores do município, dificultando a criação de um coletivo de trabalhadores nas unidades de saúde. Esse modelo de contratação de serviços de saúde irá se expandir na cidade nos próximos anos, sendo que as gestões seguintes (de José Serra e Gilberto Kassab) aumentarão a contratação a partir deste mesmo modelo, justificando pela agilidade das contratações seguintes, o que levará a praticamente o abandono dos concursos públicos para funcionários estatutários. No Estado de São Paulo a lei que regulamenta a contratação das Organizações Sociais de Saúde é a Lei Complementar nº 846 de 4 de julho de 1998, que, entre outros artigos, proíbe a cessão de hospitais e outros serviços em funcionamento para as OSS, por isso somente serviços novos são contratados. Entretanto, a não reposição do quadro de funcionários da Secretaria da Saúde (seja por aposentadoria ou por exoneração) leva a uma progressiva diminuição, provocando o funcionamento precário de alguns serviços ainda sob gestão do município. Atualmente, essa é a principal forma de expansão da rede de serviços.

Durante o período de governo de José Serra e Gilberto Kassab o quadro da municipalização não foi alterado, com o governo do estado mantendo a gestão dos ambulatorios de especialidades e dos hospitais. Houve aumento das equipes de PSF, mas em um ritmo menor que da gestão anterior. Foram criadas as AMAS (Atendimento Médico Ambulatorial), com função de pronto atendimento e, na contramão da orientação do SUS, essas unidades foram alocadas no mesmo espaço físico de algumas UBS. Na gestão Kassab se acentua a opção pelas OSS, levando a prefeitura a ter mais de 50% dos trabalhadores da saúde contratados sob esse regime. Atualmente, há 20.200 servidores ativos na Secretaria da Saúde³¹.

A atual gestão, do prefeito Fernando Haddad, não modificou essa opção pelo modelo de gestão por OSS. Em parceria com o governo federal, investiu na implantação de UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), na construção de três hospitais, no aumento do número de UBS e na reforma de algumas UBS para torná-las integrais. Ressaltam-se duas importantes iniciativas para a saúde mental: o Programa de Braços Abertos, que, discutiremos na análise do CAPS Centro, e o Programa Rede Sampa, um curso que se apresenta com a proposta de formação-intervenção e tem a intenção de criar ferramentas, com os trabalhadores da saúde, para a ativação de redes de saúde mental na cidade.

Outra modificação implementada nesta gestão foi em relação aos contratos com as OSS, pois, da forma como os contratos vinham sendo feitos até esse momento, levava a presença de quatro ou cinco OSS diferentes dentro de um mesmo território de saúde simultaneamente, o que provoca problemas de diálogo entre as instituições e também uma dificuldade em distribuir responsabilidades e controlar a prestação dos serviços. Nesse momento, a prefeitura possuía mais de 250 contratos de gestão. Dessa forma, os novos contratos, de acordo com o site da prefeitura, “seguirão diretriz de padronização dos contratos de gestão, de modo a garantir maior transparência e maior eficiência nas parcerias com as entidades”³².

Assim, em meados de 2014 a prefeitura anunciou que abriria um “chamamento” que mudaria a forma de contratação das parceiras, que foi citado em quase todos os grupos realizados nos CAPS e por três dos quatro gerentes como motivo de ansiedade e preocupação. O “chamamento” é um Edital de Chamamento Público, no qual a prefeitura faz um convite

³¹ <http://transparencia.prefeitura.sp.gov.br/funcionalismo/Paginas/BuscaServidores.aspx>, acesso em 12/09/2016.

³² http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/servicos/ilume/chamamento_publico/index.php?p=159424, acesso em 12/09/2016.

para todas as OSS que tenham interesse em apresentar um orçamento e uma proposta de gestão para aquele serviço (no caso específico deste chamamento, para todos os serviços de saúde daquela área administrativa de saúde). Esse processo gera muito medo e ansiedade nos trabalhadores e gestores, porque, se houver mudança na OSS que administra o serviço, poderá mudar toda a organização do trabalho, podendo desfazer o acúmulo de conhecimento construído. Há também o risco de boa parte dos trabalhadores serem desligados e a equipe, enquanto um grupo que já tem um referencial comum de trabalho, ser perdida.

Dentro dessa opção que traz características neoliberais de gestão da saúde, pois não há plano de carreira nem para funcionários estatutários nem para celetistas e, como as OSS concorrem entre si, não há padrão salarial: entre funcionários de mesmo cargo de OSS diferentes há diferenças salariais significativas. Em uma mesma unidade, trabalhadores da mesma profissão executam as mesmas tarefas, mas tem salários e regimes de trabalho diferentes, o que gera desconforto, desconfiança e dificuldade na formação de um grupo de trabalho.

Para Alves Sobrinho & Capucci (2003), o SUS é o único projeto geneticamente socialista em andamento no Brasil, em seu sentido amplo (seu sentido amplo, universalista, democrático e igualitário). Para CAMPOS (1997), o SUS foi instituído em um momento em que, no mundo todo, levantavam-se sérias dúvidas sobre a capacidade do Estado produzir bens ou serviços, e que essa é a contradição principal do processo da RSB, pois houve uma dominância do projeto neoliberal nas políticas implementadas pelo governo ao mesmo tempo que, na saúde, havia uma determinação legal apontando para outro sentido. Dessa forma, tem-se assistido a ações que vão na direção da privatização, da contenção de gastos por meio de medidas que promovam “austeridade” e “seleção de demandas”.

Atualmente, a rede municipal de saúde possui 905 estabelecimentos, sendo 451 UBS³³ e outros 454 estabelecimentos, entre Ambulatórios de Especialidades, Assistência Médica Ambulatorial, Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência e Cooperativa, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, DST/AIDS, Pronto Atendimento, Prontos-socorros e Hospitais.

Em relação à Atenção em Saúde Mental, há 145 estabelecimentos, sendo 02 CAPS I Adulto, 24 CAPS II Adulto, 05 CAPS III Adulto, 16 CAPS II Álcool e Drogas, 09 CAPS III

³³http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/10_unidades_de_atendimento_basico_por_rede_2015_94.html, acesso em 08/08/2016.

Álcool e Drogas e 26 CAPS Infantojuvenil (82 CAPS no total³⁴), 23 CECCO, 24 Residências Terapêuticas, 14 Unidades de Acolhimento Adulto e 2 Unidades de Acolhimento Infantil/Adolescente (Cf. Tabela 1 na página 64). Desses CAPS, sendo 29 geridos diretamente pelo município, 02 da região norte são mistos (administração direta e OSS), sendo os demais com a gestão cedida para diversas OSS.

Administrativamente, a Secretaria Municipal de Saúde se divide em seis Coordenadorias Regionais de Saúde: Norte, Oeste, Centro, Sul, Sudeste e Leste. Estas, por sua vez, estão divididas em áreas menores, Supervisões de Saúde, que agrupam os estabelecimentos de saúde de uma ou várias subprefeituras.

É um sistema grande e complexo, com muitas instâncias de controle e poder que muitas vezes se sobrepõe. Os serviços de saúde remetem às Supervisões de Saúde, que remetem às Coordenadorias de Saúde, que se remetem ao secretário de saúde. Entretanto, outras coordenadorias influem e determinam ações no cotidiano de trabalho (como a Ouvidoria Central, a Coordenadoria de Regulação, as Coordenadorias Temáticas – a de Saúde Mental, por exemplo – a Coordenação da Atenção Básica, entre outras).

Um modelo de gestão pública descentralizado, que possa agilizar as decisões de saúde ao mesmo tempo que transfere poder à sociedade civil e trabalhadores, ainda está por ser construído. Houve algumas gestões que trabalharam nesse sentido, outras que foram no sentido oposto. Alguns avanços foram obtidos, entretanto, a descentralização parece-nos ocorrer apenas no sentido da autoridade administrativa, e não a uma descentralização do poder, associados ao que tem sido chamado de descentração (HORTALE, 1997).

³⁴ Há ainda o CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, equipamento da SES gerido por uma OSS que não consta nessa lista.



Figura 4 – Coordenadorias de Saúde da Cidade de São Paulo³⁵.

³⁵ <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>, acesso em 23/10/2016.

Para Botazzo (1999), o sistema de saúde pensado na RSB, no bojo da luta pela redemocratização do país, seria acessível e resolutivo, democratizado. E faria parte de um projeto de sociedade radicalmente transformada, na qual o controle dos trabalhadores orientaria o sentido dessa transformação. Assim, construir-se-ia um sistema único, estatal, gratuito, universalizado, descentralizado, hierarquizado, regionalizado e onde as ações produzidas tivessem a marca da integralidade e estivesse sob controle social e com participação popular. Entretanto,

[...] nem a Constituição vem sendo integralmente cumprida, nem a Lei da Saúde foi implementada, nem a descentralização produziu a desconcentração de poder que se havia imaginado, nem a municipalização colocou o usuário mais próximo dos serviços e, fundamentalmente, a rede de unidades básicas construída nas últimas décadas está longe de assegurar atendimento minimamente resolutivo na escala proposta. (BOTAZZO, 1999, p. 19)

Por mais que o funcionamento dos CAPS seja regulamentado por portarias e normas específicas é necessário apontar que, sendo parte integrante desse sistema, seu funcionamento é também regido por ele e sofre das mesmas virtudes e vicissitudes dele, como a grande centralização do poder decisório em instâncias acima da assistência, o pagamento por procedimento, relações burocratizadas entre os serviços e outras estruturas (coordenadores, supervisões etc.) e também entre os próprios serviços.

TABELA 1: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO³⁶

Estabelecimentos/ Serviços		Centro	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	Total Estab/ Serviços
UBS	UBS - Unidade Básica de Saúde	7	87	71	23	70	106	364
<i>Total: 451 Unidades</i>	AMA/UBS Integrada	1	25	18	5	22	16	87
	AMA - Assistência Médica Ambulatorial (12h)	1	1	1	1	3	4	11
Rede de Atenção Especializada Ambulatorial <i>Total: 48 Unidades</i>	HORA CERTA - Hospital/Dia	-	3	2	2	2	3	12
	hORA CERTA - Hospitalar	1	1	2	-	1	1	6
	AMB ESPEC - Ambulatório de Especialidades	-	3	4	1	4	4	16
	AMA E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades	1	2	4	-	3	4	14
Atenção as Urgênc/Emerg <i>Total:37 Unidades</i>	PSM e PA - Pronto Socorro Munic e Pronto Atend	1	4	4	2	1	4	16
	UPA - Unidade de Pronto Atendimento	-	-	-	-	1	1	2
	AMA - Assistência Médica Ambulatorial (24h)	2	4	3	1	6	3	19
HM - Hospital Municipal		2	4	4	1	6	2	19
Saúde Mental <i>Total: 145 (82 CAPS)</i>	CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	2	6	4	2	7	4	25
	CAPS ADULTO - Centro de Atenção Psicossocial Adulto	1	7	6	4	6	7	31
	CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	1	6	5	1	7	6	26
	CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa	-	4	7	2	5	5	23
	RT - Residência Terapêutica	-	3	5	5	6	5	24
	UAA - Unidade de Acolhimento Adulto	1	1	5	-	4	3	14
	UAI - Unidade de Acolhimento Infantil/Adolescente	2	-	-	-	-	-	2
DST/ AIDS <i>Total: 26 Unidades</i>	CR - Centro de Referência	-	-	1	-	1	1	3
	CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento	1	5	1	-	1	2	10
	SAE - Serviço de Atendimento Especializado	1	2	1	2	4	3	13
Saúde Bucal	CEO e CL. Odonto - Centro de Especialidades Odontológicas e Clínica Odontológica	1	6	5	2	9	6	29
Reabilitação <i>Total: 38 Unidades</i>	CER II - Centro Especializado em Reabilitação II	-	4	2	1	4	-	11
	CER III - Centro Especializado em Reabilitação III	1	-	1	-	1	3	6
	CER IV - Centro Especializado em Reabilitação IV	-	1	-	-	1	1	3
	NIR - Núcleo Integrado de Reabilitação	-	4	4	1	2	2	13
	NISA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva	-	1	2	-	1	1	5
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar		1	16	6	2	10	9	44
URSI - Unidade de Referência Saúde do Idoso		1	-	2	-	2	2	7
CRST - Centro de Referência Saúde do Trabalhador		1	1	1	1	1	1	6
Centros de Referência em Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde		1	2	-	-	1	-	4
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia		1	1	2	1	2	1	8
Outros Estab/ Serviços Especializados		-	2	1	-	3	-	6
SUVIS - Supervisão de Vigilância em Saúde		1	7	6	2	5	5	26
Total Estabelecimentos/ Serviços por CRS		33	213	180	62	202	215	905

Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica
 * Dados preliminares, sujeitos à revisão - 03/08/2016
 Unidade de Apoio Diagnose e Terapia: 6 Laboratórios, 1 Labor. Zoo e 1 Centro de Diagnóstico por Imagem
 Outros Estabelecimentos/ Serviços Especializados: 1 Casa do Parto, 1 CASA SER, 2 CREN, 1 CCZ, 1 CCI

Elaboração: CEInfo-GIA Gerência de Informação Assistencial

³⁶ Tabela baixada do portal da Prefeitura de São Paulo. http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/producao_e_rede_assistencial/index.php?p=30566, acesso em 11/09/2016.

CAPÍTULO 5 – REFLEXÕES SOBRE OS CAPS A PARTIR DA NOÇÃO DE TERRITÓRIO

Neste capítulo pretendeu-se destacar do material produzido nos grupos de reflexões acerca dos temas que dizem respeito ao modo de trabalho nos CAPS a luz da noção de território, como discutido no Capítulo 2, e de território como *ethos*. As reflexões foram divididas por CAPS, sendo que as questões transversais foram discutidas nas considerações finais. Procurou-se concentrar as discussões sobre as situações que repetem-se nos quatro CAPS, e apenas em um, citando, quando foi o caso, que as situações eram comuns aos demais.

5.1 - CAPS II Centro

Acho que o centro permite essas duas coisas. Então quando você tem um usuário, que é de rua, que percorre... Que vem de outra cidade... O centro, ele acolhe nesse sentido que dá para você ser uma pessoa independente e ficar andando, e pertencer a todos os lugares e ao mesmo tempo não pertencer. E também permite que você tenha um lugar e pertença àquele lugar. (Carla, psicóloga)

O primeiro contato com este CAPS foi realizado por e-mail, por indicação de uma das supervisoras de saúde mental da região oeste. A gerente retornou o contato no mesmo dia em que o projeto foi enviado. Pediu para que fosse melhor explicado e propôs que uma reunião fosse marcada para o próximo dia útil. De forma geral, todos os gerentes contatados foram muito receptivos à proposta da pesquisa. No dia marcado, o pesquisador é recebido por esta gerente, que solicita esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, qual metodologia e, em seguida, conta como está organizada aquela unidade e algumas das dificuldades que eles têm passado: a grande demanda, a dificuldade em fazer parcerias e verbas insuficientes. Salienta que, mesmo com todas as dificuldades, eles têm conseguido fazer um bom trabalho. Ela pergunta se pode encaminhar o projeto para sua equipe e se compromete a fazer o convite e perguntar qual a melhor data para eles. No mesmo dia ela entra em contato e pede para agendar para a próxima segunda-feira, entretanto, a primeira reunião precisou ser remarcada

para a semana seguinte, pois a coordenadoria, apesar de ter dado a autorização em conversa, ainda não a havia feito por escrito.

Os pesquisadores chegaram cerca de trinta minutos antes do horário programado para o grupo e ficaram observando no corredor do andar a grande movimentação que acontecia naquela hora, pois era próximo do horário do café da tarde. Uma das usuárias se aproxima e começa a conversar com a pesquisadora auxiliar, contando-lhe várias histórias sobre as igrejas da região que frequenta e das confusões que já arrumou com alguns padres (parecia divertir-se com sua história e com as reações provocadas em sua interlocutora). O grupo começou com mais de uma hora de atraso, pois a reunião da equipe técnica terminou depois do horário previsto, todas as salas estavam sendo usadas para atendimentos e ainda precisou-se esperar a chegada de uma das trabalhadoras que estava em uma ação no território. A rotina nos serviços de saúde parece ser essa: nada começa no horário planejado. Esses fatos indicavam, ao mesmo tempo, o comprometimento da equipe com a pesquisa (disposta no dia e horário marcados com antecedência) e a sobrecarga de trabalho com poucos recursos, a começar pelas salas, que estavam todas ocupadas.

Foi utilizada uma das salas de reunião da Supervisão Técnica, que se localiza no mesmo andar. Participaram do grupo: Débora (terapeuta ocupacional), Fernando (farmacêutico), Marcela (auxiliar técnica administrativa), Carla (psicóloga), Bruna (psicóloga) e Anderson (auxiliar de enfermagem)³⁷. No segundo encontro, dois trabalhadores não puderam participar (Bruna havia ficado em um atendimento na região conhecida por “Cracolândia” e Anderson precisou acompanhar um atendimento dentro do CAPS mesmo). Novamente, a sobrecarga de trabalho aparece na pesquisa.

Este é um CAPS II relativamente novo, inaugurado em 2012 e desde então gerido por uma OSS. Em relação à organização, os trabalhadores estão divididos em três miniequipes que se responsabilizam por determinados bairros do território atendido e pela relação com as UBS de referência correspondentes. Desde o princípio, foi organizado para ter um período de tempo reservado para o trabalho fora da instituição e uma agenda flexível.

A abertura do CAPS era um pedido antigo dos outros serviços de saúde da região, devido à grande demanda e longa espera por acolhimento. Desse modo, assim que foi aberto este CAPS, as equipes já assumiram diversos casos mesmo sem inserção anterior no território. Para reconhecer o território, inicialmente, as miniequipes realizavam visitas em conjunto com

agentes de saúde concomitantemente ao atendimento dos casos, porém o aumento da demanda e a necessidade de realização de tarefas administrativas, como relatórios, foi restringindo esse contato.

Bruna (psicóloga): Mas eu acho que aqui a gente não teve tanto tempo para descobrir o território. A gente teve uma certa urgência para começar, porque tinha uma ansiedade [dos outros serviços de saúde] para que a gente já assumisse os casos...

Fernando (farmacêutico): Uma penca de casos já esperando.

Marcela (ATA): No começo, todo mundo ia [para a rua] com os agentes de saúde da UBS, que era para conhecer o território, aí a gente ia junto. Aí fazia parte de miniequipe, fazia acolhimento, e tudo mais. Só que aí, depois, com a demanda do administrativo, não teve mais como. Eu cheguei a conhecer o território, eu era da mini "A", então eu conheci mais essa parte daqui. Mas, agora não dá.

Débora (TO): A equipe toda ia, porque quando a gente chegou, a gente fez reconhecimento de território então a gente foi conhecer toda a área de abrangência do CAPS. (...) Então tinha um CAPS Adulto voltado para o mesmo território, e a gente se dividiu e ficou nos equipamentos, como a gente também ficou no CAPS Infantil, Álcool e Drogas... Enfim...

Além da demanda da região e da relação com a estrutura governamental mais ampla, outro elemento importante apontado pelos profissionais para o contato com o território é o modo como a administração local concebe e organiza o trabalho.

Bruna (psicóloga): Mas isso é uma questão de administração. Por exemplo, neste CAPS, esta administração permite que a gente tenha uma agenda flexível. Não é um padrão entre os CAPS. A gente já trabalhou em outros CAPS, a gente sabe que não é dessa forma, a gente tem uma tabelinha a cumprir semanalmente. Essa gestão permite isso, né? Acho que tem esse diferencial também.

Fernando (farmacêutico): Acho que a gente conversou até nisso. Chegou nela uma conversa para ter 40% dentro [do tempo de trabalho no CAPS] e 60% no território. (...) É onde a gente sempre tenta chegar. (...) Tanto que as nossas escalas são feitas em cima disso. Pensando assim.

Diferente da maioria dos CAPS, este se localiza em um prédio, ocupando metade de um andar. Neste mesmo prédio, apelidado jocosamente pelos trabalhadores do lugar de

³⁷ Todos os nomes apresentados nesta pesquisa são pseudônimos.

“*shopping* da saúde”, também funcionam o CAPS Infantil, o CAPS Ad, uma UBS tradicional, um PSF e o AMA.

Mais do que apontar para um tipo de construção que não é usualmente utilizada para os serviços de saúde que lá estão, o apelido do prédio, “*shopping* da saúde”, nos remete a uma percepção dos trabalhadores que eles são tomados por “prestadores de serviço” dentro de uma relação mercantilizada. Nesse espaço, diferentemente de outros locais, há uma relação mais frágil com o território, já que parte dos usuários do serviço trabalham ou estão de passagem pelo centro, não residindo no local e possuindo com ele laços menos próximos de uma rede de apoio psicossocial (solidários) e mais próximos de uma relação utilitária. Nessa mesma lógica, eventuais dificuldades ou problemas em relação ao serviço muitas vezes não são discutidos com os próprios profissionais, mas encaminhados para a Ouvidoria ou para outras instâncias, em uma lógica mais próxima ao direito do consumidor do que à construção coletiva de metas em saúde.

Assim, o cidadão, que parece se perceber ou se colocar mais como um consumidor do produto “saúde” do que como um sujeito no exercício de seus direitos, muitas vezes se faz ouvir por meio de outras instâncias de controle da Saúde (como a Ouvidoria) e de outras áreas (Defensoria Pública, gabinete do prefeito, Ministério Público).

É também nessa perspectiva que se pode compreender outro movimento dos usuários: o “forçar” o atendimento em um lugar ao invés de seguir o tratamento em outro, ou “furar” a fila do atendimento ou da medicação. Tais tentativas emergem como reação pautada na lógica do consumidor, pois, a uma indicação que ele não estaria sendo ouvido em sua necessidade de saúde, estes usuários tentariam estratégias para garantir seus direitos em uma estrutura (o Estado e seus serviços) historicamente autoritária e excludente: os serviços, mercantilizados e inampszados³⁸, ofereceriam “produtos” e “condições” que não estariam equacionados com as necessidades das pessoas posicionadas como “clientes”. “*Shopping* da saúde” também nos remete a um lugar impessoal e regido por uma lógica que não a do acolhimento; os diversos serviços não fariam parceria entre si e, como as “lojas” do centro comercial, funcionariam não só independentemente, mas, em alguns casos, em concorrência. Tem-se a impressão que os serviços de saúde acabam por reproduzir, à imagem e semelhança, as características do território centro.

³⁸ As diversas metas e a pressão por cumpri-las, que por sua vez decorrem da necessidade das OSS de manterem a gestão dos equipamentos, tenderiam a repetir a lógica do antigo INPS, que pagava pela quantidade de procedimentos.

Este prédio localiza-se em frente ao primeiro Hospício de Alienados de São Paulo, que depois passou a ser almoxarifado da Secretaria da Justiça, Quartel da Guarda Cívica e atualmente encontra-se abandonado. Na área hoje ocupada pelo “*shopping da saúde*” funcionava a ala feminina do hospício. Região de fácil acesso e muitas desigualdades:

*Fernando (farmacêutico): Acho que aqui é o olho, né? Na região central de São Paulo, a gente recebe **de tudo** [grifo do autor]. Então a gente tem migrante, imigrante... Tem os moradores de rua mesmo, de todo o estado e de todos os outros estados.*

O centro é o “olho”, o lugar que recebe todos e para onde todos os caminhos convergem: trem, metrô, ônibus, veículo leve sobre trilhos, avenidas. Essa é a região de ocupação mais antiga da cidade, com seu início datando de meados do século XVI. Entretanto, dessa época só restou uma das paredes do colégio fundado pelos jesuítas que se localiza no Pátio do Colégio. De antes da ocupação dos portugueses, restaram algumas trilhas indígenas que, continuando sendo usadas durante os séculos, se transformaram em ruas e avenidas. Viveu seu apogeu social e econômico em meados do século XX, depois passou por um longo processo de degradação e abandono, concomitante com a migração do centro econômico para a região da Avenida Paulista e, posteriormente, para a região no entorno da Avenida Faria Lima. Há, atualmente, movimentos de revitalização da região e de valorização do patrimônio histórico que ali se localiza, como os prédios mais antigos da cidade, igrejas, museus e teatros. Mesmo degradada, é uma região de muitos contrastes e ambiguidades, com pessoas das classes mais ricas ocupando a mesma calçada ao mesmo tempo que pessoas em situação de miséria, são múltiplos territórios em constante deslocamentos e com fronteiras que não são fronteiras geográficas, fronteiras que o estrangeiro não reconhece, mas o morador/trabalhador conhece. Nesse sentido, centro (classe média e média alta, com acesso a maioria dos bens materiais e culturais disponíveis), convive com a periferia (o miserável e sua miséria, vivendo todo tipo de privações) no mesmo espaço (território usado), mas com conexões e relações (os territórios afetivos, sociais e econômicos) completamente distintos, que mal se tocam. O centro, com suas câmeras e dispositivos de controle, é o “olho que vigia”, mas não cuida: controla usos e ocupações do espaço, movimentos entre corpos que não se tocam e realidades de vida que apenas se tangenciam sem efetivarem encontros ou trocas.

O CAPS Centro também é “olho” para onde muitos pacientes e serviços convergem, mesmo localizado em um prédio onde estão concentrados vários serviços de saúde e em uma região com muitos equipamentos de outras secretarias. Essa proximidade com tantos serviços e instâncias do poder (Defensoria Pública, tribunais, gabinete do prefeito, entre outros), ao invés de dividir e distribuir a absorção das demandas, parece, pelas falas dos trabalhadores, concentrá-la em alguns pontos.

*Anderson (aux. enfermagem): É difícil pela região que trabalhamos, né? Atendemos uma demanda incrível, pelo menos. **Tudo o que chega** [grifos do autor], a gente quer atender. Desde morador de rua, situação de rua, aqueles que vêm de cima, né? Via prefeitura, via gabinete do prefeito, via Direitos Humanos (...), Defensoria. (...)*

O território ainda parece refratário à loucura, e seus diversos atores dirigem ao CAPS um pedido para contê-la e/ou nomeá-la: uma mulher chorando? Um usuário da UBS que grita? Uma criança autista? Um cidadão diagnosticado com esquizofrenia, mas que precisa cuidar no momento de uma crise de diabetes? Um imigrante de fala crioula que ninguém compreende? São situações que se convertem frequentemente em encaminhamentos para o CAPS, ainda que não apresentem uma demanda correspondente aos cuidados oferecidos pela instituição. Qual o papel do CAPS na rede e o que é um “caso para CAPS”? Essas são perguntas que estão sendo respondidas no trabalho diário realizado pela equipe do CAPS em relação à rede de saúde e outras redes.

*Anderson (aux. enfermagem): Tudo está aqui [neste prédio]: AMA, UBS, PSF, CAPS Ad, CAPS Infantil, Supervisão... Que mais? (...) Saúde Tradicional... Tem tudo aqui. **E chega tudo** [grifos do autor] para aqui e se torna difícil. A rede não se efetivou.*

Carla (psicóloga): E ao mesmo tempo que está tudo junto, a articulação é muito ruim. (...) No pronto atendimento do AMA, você não consegue articular bem, assim. Talvez... Tem várias teorias. Uma é por mudança de parceiro, né? O AMA é um parceiro diferente do resto do prédio. Talvez isso, talvez não seja também. Mas, quando você fala da política de saúde mental hoje, se a gente pensa, que eu preciso de um PS para o paciente que está mal, um PS geral, que tá mal... E aí, no nosso PS geral de referência, a gente não consegue nada. Então a gente precisa fazer outros acordos extraoficiais para conseguir alguma coisa.

“A rede é furada”, “A rede ainda não se formou” e “A rede ainda é frágil”, são frases que parecem apontar para uma compreensão idealizada do que seria uma “rede de saúde”. Há uma idealização no sentido de pensar a rede de saúde como uma composição de equipamentos capazes de atender demandas especializadas, quando a lógica da especialização é em certo sentido contrária à da rede, que necessita pensar integralmente a saúde. É no sentido do atendimento integral que os dispositivos necessitariam atuar juntos, e nesse sentido há também um elemento concreto na fala dos profissionais: uma demanda muito maior do que aquela que a rede sustenta (por exemplo, chega-se a uma fila de um ano para marcar consulta com ortopedista na cidade de São Paulo). Nesse sentido, há necessidade de comunicação na articulação de um sentido comum de rede, no qual a saúde percorre o território, no sentido de atuar nos espaços de vida concretos dos sujeitos (a agente de saúde que vai apresentar o PSF na escola, o paciente que é discutido entre CAPS e UBS e assim por diante), mas há outras necessidades além da comunicação: a possibilidade de atuação conjunta, discussão de ações, projeto terapêutico singular, visitas ao território e diversas outras ações que dependem de uma articulação do tempo do trabalhador que não se encaixa na lógica mercantilista da saúde, que compreende a saúde em termos de investimento, e não de gasto, no âmbito da administração e das políticas públicas. Nas falas dos trabalhadores, essas questões aparecem indiscriminadas, mais esboçadas que desenvolvidas, em um conhecimento imediato ainda muito próximo da experiência, e o que fica em primeiro plano para os trabalhadores é a sobrecarga e os “furos” na rede.

Entretanto, mesmo que a relação entre esses serviços não seja suficientemente desenvolvida, ela tem apresentado uma melhora na qualidade (no sentido de se compreender melhor o tipo de atenção oferecido pelo CAPS), a partir da ação implicada dos trabalhadores na tessitura desta rede: este é um trabalho pensado a partir das necessidades de cada sujeito e voltado para a cidade (mesmo que, nesse trecho sejam relatadas apenas as relações entre instituições de saúde), e que tem como resultado uma escuta mais cuidadosa ao usuário e sua demanda, evitando que ele desnecessariamente circule entre serviços sem ser atendido.

Fernando (farmacêutico): Eu avalio o quanto a rede está melhor. Eu percebo que aqui, para mim, a gente conseguiu fazer com que a rede funcionasse melhor, a rede de cuidados, de atenção, ela acaba funcionando melhor. Pode estar muito vinculada ainda no pessoal, porque ainda a rede é frágil. Mas eu vejo que a gente consegue, com isso tudo, fazer com que os outros espaços saibam que a gente existe e encaminhem com mais cuidado... Com mais... (...) Propriedade do caso. Saibam o que estão fazendo. Porque assim, no começo, a gente recebia desde frieira até piolho [risos].

Entendeu? Agora a gente não recebe mais nem frieira nem piolho. Tudo era o CAPS! Tudo é CAPS.

As falas do farmacêutico Fernando (“Tudo era o CAPS! Tudo é CAPS”) e do auxiliar de enfermagem Anderson (“Tudo o que chega a gente quer atender... Tem tudo aqui”) foram repetidas quase que textualmente em todos os grupos realizados. Retomando aqui a discussão que Foucault (1979) faz no “Nascimento da Clínica”, sobre como a separação entre sujeito e objeto na constituição moderna da ciência se traduz em uma separação médico-paciente que necessariamente objetifica o paciente, tornando-o uma categoria nosológica abstrata, e de Figueiredo (1995), acerca das éticas e das formas de habitar o mundo, os trabalhadores também são atravessados por esse modo, que tem a disciplina e a ordenação como um dos seus pilares. Ao mesmo tempo, as contradições desses modos de subjetivação colocam o trabalhador em uma condição paradoxal de poder, propondo formas de um habitar sereno no mundo (para os sujeitos em sofrimento mental), ao mesmo tempo em que não tem constituído esse lugar seguro no mundo. É por meio do movimento reflexivo que este trabalhador pode conseguir superar o conhecimento intuitivo, que se constitui a partir da própria experiência de trabalho, para uma recomposição do saber técnico, dos papéis e do seu poder como um agente de saúde e um possível agente transformador. Que espaços os trabalhadores têm para esse cuidar de si?

Na região central concentram-se cerca de 52,7% das 15.905 pessoas em situação de rua (somando os abrigados e que pernoitam nas ruas), de acordo com o último censo (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2015). Consequentemente, o atendimento a esse público e suas demandas específicas foi um tema muito presente nas falas. Todos os CAPS são serviços de porta aberta (recebem qualquer pessoa sem necessariamente precisar de um encaminhamento) e atendem pessoas em situação de rua de qualquer região em virtude de sua situação de vulnerabilidade. Essa característica fez com que, em diversas situações relatadas, o CAPS funcionasse como porta de entrada, construindo, junto com aquele usuário em situação de vulnerabilidade e/ou com uma organização de vida singular, uma ponte entre este e os serviços que ele desejava ou precisava acessar do sistema de saúde e de outras redes:

Carla (psicóloga): Eu acho que uma outra característica que tem aqui do centro, acho bem forte, que se a gente pensar em saúde de maneira geral, não só em saúde mental, as pessoas que aparecem nesse serviço de CAPS, eles nunca foram atendidos por outro serviço de saúde. Então a gente... Quando eu trabalhava na periferia, a porta de entrada é a Atenção Básica,

certo? A partir dali, a partir da necessidade, aqui, aqui [apontando para o corredor, na entrada do CAPS] é a porta de entrada. Então você fica do lado da Atenção Básica, do lado do ambulatório de especialidades, pra conseguir várias coisas. Então a porta de entrada acaba sendo a saúde mental. (...) Porque se o cara de rua... E ele não está sempre no mesmo local da rua, a rua também, ela é separada por consultórios na rua. Então, essas ruas, esses consultórios... Se o cara hoje dorme aqui, outro dia aqui [apontando lugares diferentes], você não sabe de qual dos dois consultórios ele é. (...) Começa com a gente. Até a gente descobrir qual que é a rua que ele dorme, se ele dorme numa rua fixa, conseguir vincular... Mas isso, é um loongo serviço.

Essa é uma carência do sistema, que não foi construído para pessoas itinerantes, mas pensando em um modo de vida mais fixo. Entretanto, a realidade não vai mudar, são os dispositivos que precisam construir outras formas de atenção mais flexíveis.

Bruna (psicóloga): É porque, como o território é péssimo, o território é muito grande... É território central (...) como tem esses usuários que são moradores de rua... Tem uma dificuldade maior de articulação, pensando aqui na região, então fica muito difícil. Por exemplo, a gente recebe no acolhimento usuários que não têm uma questão de transtorno mental, que não fazem nem uso de medicação, e vêm pedir benefícios. Uma coisa que daria para articular na Atenção Básica, mas, como as relações são difíceis, e a rede fica falha, muitas vezes é aberto o prontuário [no CAPS], o usuário fica em acompanhamento assim um bom tempo, um semestre, chutando baixo, para dar continuidade a todo esse cuidado. (...) Mas é um problema até para o consultório na rua, né? Eles vêm dizendo que num dia eles conseguem atender o cara que está aqui e aí, no dia seguinte, ele tá em outro território que pertence a outro consultório na rua, e aí ele não consegue acessar e dar continuidade no trabalho que ele tinha começado. E, às vezes, assim, (...) não dá pra necessariamente para ter essa comunicação muito alastrada... Até porque, a demanda aqui, ela é considerável. Então essa coisa assim da comunicação, fica assim, também fica dificultada entre os serviços.

As equipes de saúde, por conseguirem chegar a lugares que outras equipes não chegam, têm seu papel superestimado e acabam se sobrecarregando com o excesso de demandas. Além disso, a articulação com outros serviços dentro e fora da saúde é ainda incipiente e insuficiente:

Carla (psicóloga): [a articulação com] os serviços de saúde é difícil e fora da área da saúde é muito mais difícil. (...) Porque a saúde, às vezes, aqui no centro, ela é voltada para a solução de todos problemas. Você não tem ação

da segurança, da moradia, da assistência social... E você tem que ter uma ação com a saúde. E aí entra a saúde mental nisso, ou é uma dependência química, ou a pessoa está considerada como surtada – cada um classifica de um jeito -, e aí coloca-se na saúde meio a solução de todos os problemas. Só que você não consegue articular. Você tem um paciente medicado que precisa de leito no albergue, você não consegue vaga. Você não tem a questão da segurança. Às vezes, a Saúde, se a gente pensa em estratégia, em consultório na rua, entra em lugares que ninguém mais entra. O agente comunitário, a equipe de consultório na rua da Atenção Básica... Ele entra em lugares de tráfico, de violência, de prostituição, que ninguém mais entra. Então a Saúde, ela é colocada indiretamente no lugar como o cara que vai resolver todos os problemas. Só que ninguém faz parceria para colaborar nisso, e todos os outros departamentos ficam deixados de lado: a assistência, segurança, moradia, transporte, trabalho...

Bruna (psicóloga): (...) A própria articulação com a assistência social, por exemplo, a gente conseguir vaga para essas pessoas, enfim... Conseguir um outro tratamento digno, uma moradia, pensando mesmo em qualificar o estar dela nesse local é muito difícil. E até às vezes a articulação entre os outros serviços, concordo com a Carla, é muito difícil.

As narrativas enfatizam que a violência que permeia o centro também se reproduz na relação com os trabalhadores. O “jogo de sobrevivência” a que estão submetidas as pessoas em situação de rua deixa marcas nos seus modos de ser. O trabalho no CAPS, atravessado por essa violência, torna-se mais difícil e penoso, tendo como consequência o desgaste e o desligamento de alguns trabalhadores. A psicóloga Bruna afirma que eles sofrem vários tipos de violência, como a verbal e a física, e que essa vivência é bem difícil. Em um grupo desta pesquisa realizado em outro CAPS, Fernanda (psiquiatra), uma ex-trabalhadora do CAPS Centro, relata longamente uma situação em que foi agredida por um usuário e que a levou a perder a motivação para trabalhar lá.

No convívio diário com essa violência, o espaço físico do CAPS, meio andar em um prédio, é experienciado ambigualmente pelos trabalhadores: ao mesmo tempo é percebido como impróprio para um trabalho de um CAPS, por oferecer dificuldades de acesso aos usuários, e é também sentido como proteção contra a violência das ruas.

Fernando (farmacêutico): (...) A gente tem uma dificuldade de espaço, que a gente está num andar de um prédio. Metade de um andar... Então isso dificulta o trabalho, porque um prédio sempre barra o acesso do usuário. Tem que pegar elevador, tem que ter várias barreiras até chegar no serviço,

né? Tem que passar por várias coisas até estar no nosso serviço. Eu acho que isso é um dos grandes impedimentos que a gente tem.

Carla (psicóloga): Mas eu fico pensando também que, pela violência desse território, muitas vezes estar num prédio é um pouco de proteção também. Acho que muito pela violência muito escancarada, né? (...) A agressividade é uma coisa que permeia o centro e principalmente em algumas pessoas que estão em situação de rua, porque assim, é um jogo de sobrevivência, né? (...) Mas tem essa questão que o Fernando falou de ser prédio, uma segurança quando pensa naquela situação de rua, mas a gente tem um paciente em crise aqui, que a gente precisa levar de ambulância, não tem como descer no elevador, porque não entra maca no elevador. Não tem maca.

Apesar do uso de drogas não ser uma questão exclusiva da população em situação de rua, é nesta, por sua situação de vulnerabilidade, que as consequências se mostram mais graves e intensas. No centro da cidade, há diversos equipamentos e programas específicos da Secretaria de Assistência Social e da Secretaria da Saúde destinados a essa população, além de outros programas do governo estadual. Entre estes, há o Programa de Braços Abertos, que é uma iniciativa da Prefeitura de São Paulo, que, em consonância com a política do Ministério da Saúde para o cuidado a dependentes químicos, construiu intersetorialmente um plano de ação a partir de três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. As ações tiveram início em janeiro de 2014, e tiveram como objetivo³⁹: 1) implantar ações intersetoriais e integradas nas áreas de Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Trabalho; 2) construir a rede de serviços para atendimento aos usuários, sob a ótica da redução de danos, pela oferta de moradia e emprego; 3) disponibilizar serviços de Atenção Integral a Saúde; 4) fortalecer a rede social visando a inserção dessa população nas políticas públicas; 5) estimular a participação e apoio da sociedade. À época que a pesquisa foi realizada eram aproximadamente 450 beneficiários cadastrados, acompanhados pelas equipes de assistência social, saúde, cultura, esporte e lazer da prefeitura, com apoio da guarda municipal e da Polícia Militar. Compreende-se este programa como uma importante iniciativa para romper com o tipo de intervenção, geralmente de cunho higienista⁴⁰, que vinha acontecendo naquela região nos últimos dez anos que tem como característica marcante o foco no sujeito, a preocupação em assegurar seus direitos, reconhecendo sua extrema vulnerabilidade, e apoiá-los em várias frentes, criando vínculos e pontes com a vida em suas muitas dimensões.

³⁹ www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015.pdf, acesso em 18/10/2016.

Há uma ação em conjunto no território realizada pelos três CAPS (Infantil, Álcool e Drogas e Adulto), com uma equipe mista formada por dois redutores de danos, um técnico do CAPS Infantil e um técnico do CAPS Adulto, chamada pelos trabalhadores de “Ação Intercaps”. As abordagens acontecem de segunda a sexta nas ruas de uma região do bairro da Luz, denominada pejorativamente de “Cracolândia”: uma região da cidade para onde convergiu uma população que vive a pobreza urbana em diversos níveis (baixa escolaridade, desempregados ou subempregados, egressos do sistema prisional, crianças que perderam os pais, pessoas que perderam seu lar depois de perder emprego), e nas quais o efeito do uso das drogas provoca um dano maior. Essa atividade já está integrada no cotidiano da equipe e os trabalhadores dividem-se em visitas à região e relatam como uma das dificuldades os impedimentos gerados pela violência e criminalidade na região:

Bruna (psicóloga): A gente se dividiu na equipe para poder pegar um período... Por exemplo, o Fernando pega de manhã, a Débora à tarde, eu à tarde também... A gente já inseriu isso na nossa agenda, já é uma prática comum da gente.

Débora (T. O.): Tem dia que chega a mercadoria [crack, cocaína, maconha etc.], por exemplo... A gente já passou por momentos, assim, tá mexendo no celular, e aí eles vem questionar: “Que vocês estão fazendo?”. Então assim, é um trabalho intenso.

-x-x-x-x-

Fernando (farmacêutico): Vou de segunda.

Débora (T. O.): Eu também, vou de segunda à tarde, acabei de chegar. (...) Eles estão mais tempo, né?

Fernando (farmacêutico): Desde que abriu. Desde que abriu o “De braços abertos”.

Coordenador: É bom trabalhar lá?

Fernando (farmacêutico): Lá? Depende.

Débora (T. O.): Depende.

Coordenador: Você acabou de chegar de lá...

Débora (T. O.): Não, porque assim, é muito sazonal. Tem épocas que... Quando as coisas começaram existia acho que um outro manejo. No programa “De Braços Abertos” mesmo, quando começou, tinha um

⁴⁰ Como o programa “Cidade Limpa”, executado na prefeitura de Gilberto Kassab, em 2007, e o programa “Recomeço”, implementado pelo governo do Estado de São Paulo, em 2013, e que visava o recolhimento de dependentes químicos e internação compulsória.

investimento muito grande. Então, ah, era a menina dos olhos, então assim, vamos investir! Começaram nos hotéis, as abordagens, começa um movimento diferente. Agora que começou a estabilizar, que começou a ter visibilidade, os caras estão montando barraca de novo, programa está em condições precárias no cuidado. Então está sendo feita uma reestruturação interna no programa, estão considerando o fluxo de triagem, todo um processo para efetivar mais uma vez, porque é uma população difícil, né? Uma população, não sei, frágil talvez ali... Não sei se nem é essa a palavra, mas... É um trabalho que é muito no corpo a corpo, né? E tem dias que estão mais difíceis...

Outro entrave descrito pelos profissionais é a profusão de coordenações de serviços públicos com diferentes concepções das ações a serem empregadas, que muitas vezes se confrontam, criando restrições e mesmo impossibilidades para o atendimento. Há anos os governos municipal e estadual promovem ações nesta região, geralmente de caráter higienista, ou para coibir o uso de drogas nas ruas ou para dispersar as pessoas, mas, com resultados pífios no que se refere aos seus objetivos (não alteraram o padrão de consumo nem controlaram a ocupação das ruas) e nenhuma melhora nas condições de vida e de saúde daquelas pessoas.

Fernando (farmacêutico): O mais difícil são as relações. A única coisa ruim que tem em tudo isso são as relações. Acho que entra em tudo isso, as relações no prédio, as relações lá... porque cada um tem uma estrela, né? Então cada estrela tem que brilhar. E é difícil para a gente dar atenção pra tanta estrela. (...) As nossas articulações não são porque são parceiros diferentes. São porque tem pessoas que têm “estrela top”. Brilha. E aí você tem que se submeter a essas articulações. (...) Porque tem muitas chefias, porque lá tem a Assistência, a Saúde, e lá está... É porque os serviços são diferentes, porque tem a assistência, tem a saúde lá. E tem também os Direitos Humanos que estão lá. Fora isso, tem outras ações que acontecem que “é” do Estado e está no mesmo espaço. Então é muito difícil você conseguir estar num lugar e trabalhar para serviços que pensam diferente, de formas diferentes e dividir o mesmo lugar. Você tem de um lado quem quer internar, e tem a gente na outra linha, que quer um atendimento que a pessoa continue ainda... Na sociedade normal, e outra forma de cuidado, e é bem difícil... É uma ambiguidade, né? E aí a gente fica com isso, e aí tem as chefias todas nesses lugares, então é bem difícil fazer as articulações.

A “Cracolândia” não é um lugar fechado, as pessoas circulam livremente⁴¹ na região entre as Avenidas Rio Branco, Duque de Caxias, Cásper Líbero e a Estação Julio Prestes; há vários terrenos desapropriados (declarados de interesse público) e prédios demolidos, pois planeja-se tornar a área atrativa para a iniciativa privada realizar nova especulação imobiliária. Sua população é flutuante e, justamente por não estar confinada, mantém relação orgânica com a cidade. Chama-nos a atenção o destaque que o cuidado aos usuários de drogas tem recebido dentro das políticas públicas do município e do Estado, especialmente em relação ao usuário de crack e a região da “Cracolândia”.

Carla (psicóloga): A locomoção às vezes é difícil, também. O transporte para o pessoal sair às vezes é difícil também. Por que tem... Por exemplo, ambulância é difícil... A Kombi que a gente tem... São duas kombis para os três CAPS, então...

Bruna (psicóloga): Muitos dos nossos não “é” prioridade.

Carla (psicóloga): Muitas vezes não é prioridade.

Fernando (farmacêutico): Aqui a gente tá no centro, aqui a prioridade é álcool e drogas.

Atualmente há, no mesmo espaço, pelo menos cinco programas diferentes que procuram atender esse mesmo público, alguns com compreensões de saúde e propostas diametralmente opostas, como o Programa Recomeço, do governo estadual. Os recursos materiais (transporte) e de pessoal (trabalhadores do CAPS adulto, além das equipes do CAPS Álcool e Drogas e do CAPS Infantil) ficam priorizados para o cuidado ao usuário de drogas, o que dá a dimensão da importância dada ao problema para o poder público municipal e estadual. Por mais que seja compreensível que se queira cuidar desta situação, o foco do que é o problema precisa ser questionado. Para além da questão da especulação imobiliária, que muitas vezes determinou como seria a ocupação dos espaços na cidade, parece-nos que esta região é simbolicamente a ferida aberta da grandeza paulistana, que ela escancara a miséria que não se tolera ver e muito menos se relacionar sem mediação. Talvez por isso muitas reportagens feitas sobre essa região levantem a hipótese de remover os moradores de rua e usuários de drogas para “albergues e comunidades terapêuticas”, e nas redes sociais não falem comentários recomendando desde a castração involuntária à pura e simples execução dessas pessoas.

⁴¹ Eventualmente as polícias Militar e Civil fecham as ruas que dão acesso à região quando vão executar

A região do bairro da Luz e seu entorno, bem como todo o centro da cidade, é um território de disputa, há vários projetos da cidade e movimentos de resistência simultaneamente procurando triunfar (ROLNIK, 2007, p. 35). Desde o lançamento do projeto Nova Luz, pelo menos, ouve-se e assiste-se notícias em que a limpeza urbana é nivelada à “limpeza humana”:

Em ano de eleições municipais, a prefeitura, em parceria com o governo do Estado e a iniciativa privada, lança um novo plano de revitalização e ocupação do centro que pretende banir o lixo, a violência, os camelôs, os mendigos e os moradores de rua⁴².

De 2008 a 2012, o pesquisador, enquanto cidadão que transita pelo centro, foi testemunha algumas vezes da “varrição” de rua durante a madrugada, na qual funcionários da prefeitura, operando mangueiras de caminhão-pipa, varriam/lavavam as calçadas e partes baixas de viadutos, tirando, com a pressão da água, tudo o que havia pelo caminho: lixo acumulado, pessoas em situação de rua e seus poucos pertences e o que mais estivesse pelo caminho.

No campo da saúde também se observa essa tensão por meio da presença de equipes de programas com paradigmas opostos. A mera presença de equipes de saúde atuando nas ruas, “fora” dos equipamentos de saúde, não garante a superação da lógica manicomial, pelo contrário, nos parece uma modernização da mesma, com aumento do controle por meio da distribuição dos trabalhadores no território. É uma nova roupagem para a velha lógica manicomial de exclusão do diferente.

Esta situação parece corroborar a perspectiva desenvolvida nesse trabalho, de pensar a lógica territorial como *ethos*, que implica pensar o cuidado como uma ética, não como estratégia. Assim, mesmo considerando que o lugar do cuidado importa, já que a vida acontece na cidade e entre as pessoas, o modo como o cuidado vai acontecer necessariamente leva em conta a produção de vida e as necessidades daquele que é cuidado. Nesse sentido, a ocupação das ruas por equipes de saúde que orientam suas ações de cuidado a partir da internação compulsória prescinde da escuta do outro em seu sofrimento, não vê a singularidade daquele sobre qual exerce sua força de controle, repetindo a lógica higienista de remover das ruas os sujeitos desviantes do que é compreendido como normal.

algumação.

O fato de haver programas diferentes, de esferas diferentes do governo, para a mesma questão, remete-nos a duas questões da saúde pública que têm reflexos na saúde mental. O primeiro refere-se à municipalização dos equipamentos de saúde em São Paulo, que ainda segue incompleta. Como o município não tem a gestão plena de todos equipamentos reedita-se um problema pré-SUS: a sobreposição de ações de serviços que por vezes não conseguem se articular e, ao invés de somar esforços, competem entre si – qual o tratamento “mais efetivo”, qual teoria é a “certa”, de quem é a prerrogativa para decidir sobre o que é o melhor para usuário. Junqueira (2002) já apontava que “as Secretarias de Estado, em muitos casos, não repassam os serviços para os municípios, porque não querem perder poder político e o governo federal nada faz para que esta situação se resolva a favor da municipalização”. Em segundo lugar, os trabalhadores, bem como os usuários atendidos, parecem ter pouco poder decisório sobre essas disputas. Sentem-se compelidos a “se submeterem a essas articulações”, não somente na ação na Cracolândia, mas a todas as “articulações”: precisam aceitar os encaminhamentos, os pedidos de atendimento e de intervenção (ou determinação de atender/intervir) de todas as instâncias. De forma geral, esse é um tema presente em todos os grupos dos CAPS pesquisados e, da mesma forma que para a Atenção Básica, nem a descentralização produziu a desconcentração de poder que se havia imaginado, nem a municipalização colocou o usuário mais próximo dos serviços (BOTAZZO, 1999).

Por mais que alguns gerentes se oponham a pautar por metas o trabalho nos CAPS, os contratos entre a prefeitura e as OSS preveem punições (que podem variar de multas ao rompimento do contrato) para o não cumprimento do que foi acordado (número de atendimentos, por exemplo). Na tensão entre os acordos contratuais e as demandas surgidas na realização do trabalho, opta-se por “absorver todos que chegam”, como já havia relatado Bruna (psicóloga), em momento anterior, quando se referia ao acolhimento de usuários que não estão em situação de crise ou vulnerabilidade e que poderiam ser atendidos pela UBS. A Saúde, “colocada indiretamente no lugar do cara que vai resolver todos os problemas (Carla, psicóloga)”, e a saúde mental, que não pode recusar as demandas que chegam, aparecem em um lugar idealizado, onipotente, e que tende, por isso, a colocar os trabalhadores em sofrimento pela contradição a que são submetidos. Pode-se observar essa tensão nas falas de outros trabalhadores.

⁴² <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1006200827.htm>, acesso em 06/12/2016, também citado por Rolnik (2007, p. 24).

Anderson (aux. enfermagem): Eles têm devolvido para nossas miniequipes e têm ficado. Tá sendo absorvido lá os casos que não têm encaminhado. E outras equipes... Outras regiões, não absorve. Acaba batendo de volta aqui.

Coordenador: Vocês fazem o trabalho de acolhimento deste usuário para depois fazer a ponte com os outros serviços de saúde?.

Débora (T. O.): Exatamente. Até a equipe conseguir articular com o NASF ou com o médico da UBS... Enfim... Leva um bom tempo, e aí o cara já está para dentro...

x-x-x

Carla: É uma outra característica do território Até um usuário que eu comecei a acompanhar, a pessoa mora em outra cidade, que não tem serviço de saúde, essa cara mora em Itaquá [Itaquaquecetuba], tem um Ambulatório de saúde mental que não funciona, ele trabalha aqui no centro. E aí você tenta articular com os CAPS mais próximos de Itaquá, e eles fecham a porta. Literalmente assim. O cara tá “grave” e eles fecham a porta. E aí você fala assim: bom, vou fechar a porta e deixar o cara tendo um surto? Você começa a acompanhar, mas o cara mora em Itaquá e vem até aqui... (...) Então isso também é uma característica do centro, muitas pessoas que trabalham aqui no centro: “Ah, mas eu trabalho aqui na sete de abril!” Tá bom, mas você mora onde? Jardim Ângela? Ah, então lá tem um ótimo CAPS e você vai para lá! É assim, porque senão, a gente também tem que absorver todos os trabalhadores.

Para Venturini (2009, p. 204), “cada um de nós tem uma ideia própria da cidade e, em particular, da cidade onde vive” e “nossos percursos habituais seguem uma lógica de conexões e relações”. Como acontece com tantos outros moradores das cidades periféricas da Grande São Paulo, esse cidadão de Itaquaquecetuba precisa deslocar-se entre cidades, percorrendo longas distâncias diariamente, para poder trabalhar onde se concentram os empregos. Alheio a toda divisão administrativa dos serviços de saúde e a sobrecarga de trabalho vivido pelos trabalhadores desse CAPS, seguiu sua lógica de conexões e relações e procurou ajuda onde lhe pareceu mais apropriado. Os trabalhadores, mais sensíveis aos territórios de vida, a rede de relações e condições de existência do usuário, do que ao território administrativo burocrático, acolheram-no. Pode parecer que o trabalho com base territorial acontece nesse caso de forma mais restrita, entretanto, o atendimento acontece de acordo com a necessidade daquele que procurou, não de acordo com protocolos e normas. Apesar das dificuldades encontradas no cotidiano, tem-se feito a necessária tessitura de novas formas de cuidado, que legitimem as escolhas, necessidades e desejos de cada um.

A região central é passagem e é também morada para alguns, mas a experiência de comunidade parece ser diferente. Fernando, que já trabalhou em outros CAPS, comenta que “não existe a comunidade ao redor dentro do CAPS”, e está, em certa medida, certo: a experiência de comunidade de quem vive ou trabalha na periferia é bem diferente. Pensar no conceito de território como *ethos* é pensar no cuidado como encontro: é na relação com o outro que se pode construir morada no mundo (ética do ser). A ética (morada no mundo, morada entre os outros) não é aprendida, mas construída nessa relação com o outro; é a balsa, que fala Safra (2004), que nos ajuda na travessia do rio turvo da vida.

Nesse sentido, torna-se nocivo compreender ou situar este encontro a partir de procedimentos técnicos. Encontro implica refletir na compreensão que se tem de si, do mundo, dos modos que existem de potencializar a vida, ao contrário, submetê-la à lógica da técnica e da disciplina. Enquanto trabalhadores da saúde, muitas vezes a situação de vida dos usuários nos impacta de uma tal forma que tende-se a vê-la como algo a ser remediado, curado, consertado. É o manicômio fora dos muros que, sem perceber, se reproduz na ansiedade de cuidar, ou não se escuta delicadamente ou não se debruça com a devida atenção, e propõe-se ações que nada tem a ver com a ajuda que foi pedida, ou ações sobre pedido nenhum de cuidado. Carla, sensível às formas de pertencimento construídas pelos moradores do centro, relata:

Carla (psicóloga): Eu acho que também tem uma coisa muito... Talvez até a mais no centro, porque o centro é assim, é... A pessoa, ela não tem essa coisa de ter a família, de ter o lugar e de pertencer. Essa coisa de pertencimento ao lugar e a sua história. A pessoa ela é uma pessoa sozinha. E o centro permite que ela percorra vários lugares e fique bem com isso. Na verdade, ele acolhe essas pessoas que têm essa coisa de estar sozinha, de não casar, fazer uma família e se fixar em algum lugar. E, do mesmo jeito, que a gente tem um monte de usuário que tem família, tem casa e tem tudo, cachorro, gato, tudo. E tem essa coisa do pertencimento. Acho que o centro permite essas duas coisas. Então, quando você tem um usuário, que é de rua, que percorre... Que vem de outra cidade... O centro, ele acolhe nesse sentido que dá para você ser uma pessoa independente e ficar andando, e... Pertencer a todos os lugares e ao mesmo tempo não pertencer. E também permite que você... Tenha um lugar e pertença àquele lugar. Que a gente tem pessoas que moram há anos na mesma casa, que conhece tudo no bairro, que cresceu no bairro... E que aquilo é um senso de comunidade diferente. Então o centro, ele tem essa característica de permitir essas duas coisas. E a gente tem esses dois. Então, a gente talvez fique muito no nosso ideal que a pessoa tem que pertencer a algum lugar. Mas talvez a escolha dela é “não”! Então eu acho que muitas vezes o trabalho é a pessoa cuidar de si mesma, independente se ela tem um lugar fixo ou não. Talvez esse é o

nosso trabalho. A pessoa vem de outros lugares, o tempo que ela está aqui, é o tempo que ela vai olhar para ela. E que a escolha dela seja estar em algum lugar ou estar em todos os lugares e não pertencer a nenhum, é uma escolha dela, mas que ela olhe para ela inicialmente. Talvez esse seja nosso primeiro olhar. (...) Sim, porque é uma escolha dela, também. Eu acho que às vezes a gente fica no ideal mais que eles, e a gente vai meio que projetando demais certos ideais neles que não dá conta.

Em outro momento do grupo, Fernando (farmacêutico) comenta que eles tiveram vários médicos que entraram e saíram, e que “*todo mundo quer vir aqui*” devido a facilidade de acesso do CAPS por estar na região central. Mais que a facilidade em contratar novos médicos, chama-nos a atenção que “*vários entraram e saíram*”, como a ex-trabalhadora deste CAPS relatou, em um grupo realizado em outro CAPS, de ser agredida a tapas por um usuário e decidiu se desligar. Carla, enquanto comentava sobre a construção do trabalho nas reuniões de equipe, falou-nos das constantes mudanças na equipe, e mais adiante discutia sobre a construção do trabalho de equipe:

Mas eu acho que a gente vai fazer essa construção eternamente, porque é uma equipe que muda muito, né? A gente está com três profissionais que estão saindo esse mês. E vão entrar três... Quatro pessoas novas, porque a gente estava com uma vaga rolando aberta. Quatro pessoas novas. São quatro cabeças novas... Vai mexer. (...) Tem entrado novas pessoas e acho que isso é uma construção ainda da equipe. Tem momentos difíceis... Tem momentos que há muito questionamento e nenhuma... Conclusão final, só fica nos questionamentos. E isso fica um clima muito difícil... E aí, eu acho que é natural do humano, às vezes, pessoalmente, as pessoas ficam mal entre si... E depois melhora... Ou não melhora! Aí também é a escolha de cada um, né? [risos] O paciente tem escolhas, a gente também tem. Eu acho que vai fazendo essa variação. (...) A gente sabe que nos próximos meses vão acontecer movimentos aí. E aí a gente vai dançando conforme a música toca, mais ou menos assim.

A pouca oportunidade de viver o protagonismo e pouco poder de decisão sobre o trabalho, excesso de demandas (pessoas em situação de rua, região da Cracolândia, encaminhamentos de todas as instâncias, trabalhadores da região que são moradores de outra, além dos próprios moradores da região) aliado à impossibilidade de negar atendimento (nas palavras de Anderson: “*Mas é um acordo da equipe, todo caso que chegar [tem que] acolher*”), violência física e verbal no cotidiano, a obrigação de ceder “a todas essas articulações”, são situações que provocam sofrimento nos trabalhadores e pode estar

relacionada com a rotatividade que acontece na equipe. A agenda flexível, anunciada logo no início do grupo, perde sentido quando vista à luz da sobrecarga: há mais demandas verticais que liberdade de horários para atender a demanda que vem dos usuários. A rotatividade aumenta a dificuldade do trabalho, já que o trabalho de construção de um ECRO no grupo está sempre acontecendo e é preciso tempo para que aconteça. Pode-se entender também as falas de Fernando (aqui não existe a comunidade ao redor dentro do CAPS), e de Carla (não existe senso de comunidade no centro) como fazendo referência à instituição CAPS e a dificuldade de formação de grupo. Além disso, a fala de Carla deixa-nos a impressão que eles não têm escolha em relação aos movimentos que acontecem e aos que acontecerão (“*aí a gente vai dançando conforme a música toca*”); se não se pode escolher a música, parece que a escolha que resta é dançar (ficar na instituição e aceitar suas condições) ou não dançar (sair e procurar outro lugar). O trabalho de base territorial acontece, todavia, todas essas questões comprometem no apoio à construção da cidadania, de crescimento subjetivo e de incremento nas relações com o território das pessoas em sofrimento psíquico, provocam sofrimento e alienam o trabalhador de seu objetivo de trabalho.

5.2 – CAPS III Oeste

Eu vejo que a gente consegue de alguma forma dar conta de muitas crises, mas também não acho que o CAPS tem que dar conta de tudo, senão vira uma instituição total e não precisa. (Lilian, psicóloga)

Então, nesse CAPS tentamos ao máximo fazer um trabalho dentro do território, propriamente concreto, aqui no entorno e atender o sujeito com transtorno mental grave em vários momentos, não só na crise, mas também no processo de vida. (Joana, terapeuta ocupacional)

Tem algumas falas também em alguns CAPS, que as pessoas ficam parece que muito à mercê de que a coisa seja só fácil na relação hierárquica, né? Eu acho que tem é isso, tem um investimento que você faz no teu território, academias que estão [no entorno], que você vai fazendo, ganhando força também para fazer interrupção nas supervisões, naqueles que não entendem do trabalho. E pra isso é necessário sim que o CAPS pense muito em qual é o seu lugar, o que é que ele associa no seu trabalho, na vida. (Mônica, psicóloga).

O primeiro contato foi realizado com um ex-gerente deste serviço em julho de 2014 (crendo que ainda fosse gerente), que orientou a encaminhar o projeto à Supervisão Técnica da região onde este serviço está localizado. No final de novembro desse mesmo ano, Pedro, um dos gerentes do CAPS Oeste III, entrou em contato comunicando que haviam recebido o projeto e tinham interesse em participar da pesquisa, pois a equipe poderia se beneficiar da discussão gerada. Ele propôs uma reunião para conversar mais detalhadamente sobre qual seria o papel deles enquanto instituição.

Na reunião, os gerentes explicaram que a instituição passava por um momento delicado, pois todo o território (aqui compreendido como área administrativa de saúde) onde se encontravam passava por um “chamamento”, e perguntam se esse não seria um impedimento para a participação deles. Foi-lhes explicado que, de acordo com as escolhas metodológicas da pesquisa, interessava compreender como essa situação, que faz parte do contexto onde o serviço está inserido, estava influenciando o cotidiano da instituição.

Este CAPS é administrado por uma OSS, assim como a grande parte dos serviços de saúde da cidade, que normalmente é chamada de “instituição parceira da prefeitura”, ou simplesmente “parceira”.

Os gerentes, no final desta reunião, propuseram o agendamento dos grupos para a pesquisa. Entretanto, apesar do projeto ter sido aprovado por um supervisor e enviado ao CAPS, o início do campo ficou condicionado a uma reunião entre o pesquisador e demais supervisores dessa coordenação. Novamente, a pesquisa ficou enredada na trama intrincada da burocracia institucional, que acabou levando ao atraso no início desses grupos, pois essa reunião aconteceu somente quarenta dias após o primeiro encontro com os gerentes do CAPS. Logo em seguida foi feito novo contato e foi marcada uma data para apresentação da pesquisa na próxima reunião de equipe.

Chamou-nos a atenção a atitude da equipe frente ao pesquisador, sendo ao mesmo tempo receptiva e também questionadora, fazendo diversas perguntas sobre os porquês do caminho metodológico, dos critérios de inclusão e exclusão, da orientação teórica, sobre a experiência profissional do pesquisador, entre outras. De certa forma, parecia ser importante demonstrar conhecimento tanto sobre o funcionamento dos CAPS, das leis que regulam a assistência, quanto sobre a pesquisa acadêmica. No final, combinaram de conversarem entre si e com as demais pessoas da equipe que não estavam naquela reunião para marcar um horário em comum com o pesquisador. Tanto a postura dos gerentes (de colocar a equipe em diálogo direto com o pesquisador), quanto da equipe (de questionar quem era o pesquisador e o que ele propunha antes de aceitar participar da pesquisa), podem ser compreendidas como sinais que apontam para um grupo de trabalho com algum grau de liberdade e protagonismo e uma gestão democrática do trabalho. Impressão essa que foi sendo confirmada na escuta das falas dos trabalhadores⁴³. Uma outra hipótese, acerca da mesma situação, é que o grupo de trabalhadores assume as características do território ao qual pertence já que, por exemplo, esses questionamentos incomuns não acontecem por parte de trabalhadores que atuam em áreas menos valorizadas da cidade.

Uma semana depois, Mônica, a outra gerente da unidade, entrou em contato com o pesquisador perguntando se seria possível receber doze em um grupo, ou se seria melhor fazer dois grupos com seis, já que estava difícil reunir todos no mesmo horário. Foi oferecido, por conta do interesse das pessoas, que fossem feitos dois grupos, mas, também foi ressaltado que a preferência era pela realização de um único grupo, como inicialmente proposto. Após quinze dias, Mônica diz que a equipe não conseguia chegar em um consenso sobre o horário,

⁴³ Essa discussão será retomada mais adiante neste capítulo.

e pediu para o pesquisador dizer qual seria o melhor dia que, a partir daí, a equipe se organizaria. Na data marcada para iniciar o grupo, Pedro entrou em contato com o pesquisador e disse que a equipe não poderia participar por conta de questões urgentes do trabalho, e pediu para o grupo ser reagendado. Após mais alguns desencontros de datas e horários, por fim são marcados dois encontros para dois grupos diferentes, já que os participantes, seis no total, não conseguiam agendar uma data em comum, ou seja, foram realizados dois encontros em grupo com três profissionais em cada um deles. A dificuldade da equipe em encontrar um horário em comum, bem como a necessidade de remarcar o início do grupo, em um primeiro momento levaram a pensar que eram sinais de uma equipe pouco organizada. Entretanto, na medida em que os grupos foram acontecendo, foi se desvelando uma forma de organização bastante peculiar e complexa, que será analisada mais adiante.

Os quatro encontros aconteceram entre meados de março e meados de abril de 2015. Participaram no grupo A: Luiza (assistente social), Lilian (psicóloga) e Carmem, (terapeuta ocupacional). No grupo B: Joana (terapeuta ocupacional), Mônica (psicóloga) e Viviam (enfermeira). Nos dois primeiros encontros dos dois grupos, uma estudante de graduação⁴⁴ participou como observadora. Os temas abordados foram semelhantes nos dois grupos, e os trechos de ambos serão apresentados intercalados, compreendendo as falas como sendo de uma única equipe e agrupando-as por temas (não pela ordem de aparição nos grupos) que se mostraram relevantes para este CAPS e que se relacionavam com nosso objeto de pesquisa.

Este serviço funcionava originalmente como um Hospital Dia em Saúde Mental, inaugurado em 1992. É cadastrado como CAPS II poucos meses após a aprovação da Lei nº 10.216/2002 e, em 2009, após a prefeitura sofrer pressão do Ministério Público (pois, apesar da indicação da necessidade de um serviço que oferecesse atendimento integral para a região, não tomava uma ação nenhuma nesse sentido), foi reformado e reinaugurado como um CAPS III. É gerido por uma OSS desde 2009 e sua equipe é mista: há tanto profissionais contratados em regime de CLT quanto funcionários estatutários da prefeitura, situação comum em muitos CAPS e outros equipamentos de saúde do município.

Está instalado em um prédio de planta baixa, com um grande pátio interno, em um quarteirão que abriga também uma escola, uma biblioteca e uma UBS. Localiza-se em uma região considerada privilegiada da cidade, rodeada por bairros nobres, vizinho das sedes de grandes empresas e bancos. Como muitos bairros de São Paulo, até a década de 1970 era um

bairro popular, com comércio local e produtores de verduras. Depois passou por uma progressiva modificação, com a migração do centro financeiro para esta região, transformando-a em uma área desenvolvida e rica, com alto IDH, e deixando no passado seu caráter residencial e popular. Dentre os bairros do entorno, que são de responsabilidade desse CAPS, há predominância de uma população de classe média e classe média alta e alguns bolsões de pobreza.

Frente à tarefa proposta pela questão disparadora⁴⁵, Lilian (psicóloga), responde: “*A gente parte do que é um CAPS III, na cidade de São Paulo, nesse território*”. Dessa forma, anuncia, mas não desenvolve, uma compreensão dos elementos que julga necessários para se compreender o “como se trabalha”: inicia sua fala localizando a instituição (“*é um CAPS III*”), a cidade onde está inserido e o território (que, pela fala que se segue, refere-se ao território administrativo pelo qual respondem e pelo território usado com que se relacionam). Ou seja, o modo como o trabalho acontece está indissociavelmente relacionado ao território onde está inserido.

Na mesma fala, Lilian (psicóloga) relata como os atendimentos são feitos e como a equipe distribui as responsabilidades, partindo do que é mais geral (aquilo que está prescrito como serviço de um CAPS), para o mais específico (como o trabalho é realizado nesse serviço dadas essas condições em que está inserido):

Lilian (psicóloga): A gente parte do que é um CAPS III, na cidade de São Paulo, nesse território. É uma equipe mista, né? Então tem pessoas concursadas e pessoas via OSS. Inicialmente, a gente tinha uma divisão de trabalho com três miniequipes, mas aí, por conta de uma reorganização, na medida em que foram saindo pessoas que eram concursadas, que não são repostas, a gente acabou tendo que diminuir para duas miniequipes, por isso que ficou miniequipe A e B. E aí cada miniequipe se organiza para atender a população que mora na região de referência. A gente trabalha com a questão do fluxo, as pessoas chegam ou com encaminhamento ou...

Carmem (T. O.): Ou espontâneo. A gente faz o acolhimento e busca fazer um acolhimento em dupla. E pensa junto os projetos terapêuticos singulares a partir das necessidades de saúde de cada pessoa que chega.

⁴⁴ A estudante Juliana Yoshida participou como auxiliar de pesquisa e desenvolveu também um trabalho de iniciação científica a partir dessa experiência no campo.

⁴⁵ A mesma para todos os grupos: “Falem sobre como se trabalha neste CAPS considerando a política atual de saúde mental”.

O conceito de território enquanto área administrativa comparece aqui como organizador do trabalho, em que cada miniequipe se organiza para atender a população que habita na região de referência e que ajuda essas miniequipes a se concentrarem em determinadas demandas específicas de cada área.

No outro grupo, Viviam (enfermeira) afirma que o grande orientador do trabalho deles neste CAPS é *“tratar o sujeito [com transtorno mental grave] em liberdade (...), que nasce com a proposta da Reforma Psiquiátrica e com a proposta do CAPS III de atender o sujeito de forma integral, no seu território também”*.

A forma como o trabalho é organizado e distribuído entre equipes e profissionais foi tema comum aos dois grupos de trabalhadores deste CAPS, evidenciando uma preocupação em ajustar o serviço para se adequar as novas demandas que chegam ou para lidar com questões que, mesmo não tendo como origem a própria instituição, refletem diretamente no trabalho realizado. Por exemplo, a equipe estava inicialmente dividida em três miniequipes responsáveis por cuidar da demanda de determinados bairros do território, mas, por conta da saída de trabalhadores com vínculo estatutário que não foram repostos, precisaram reorganizar a assistência em duas miniequipes, redistribuindo os territórios atendidos:

Este CAPS possui uma organização bastante complexa do trabalho em que, além dessa divisão da equipe em duas miniequipes, há ainda outra organização, das pessoas nos períodos de trabalho. Ou seja, em um mesmo turno há funcionários de equipes diferentes trabalhando juntos. Um dos pontos-chaves para compreender o processo de trabalho e a continuidade do cuidado neste CAPS é justamente a escala de enfermagem, já que, por não existir a divisão da equipe por turnos e o cuidado ser continuado nas 24 horas por dia, 7 dias por semana, aliado ao fato dos trabalhadores poderem cumprir seu horário em períodos (manhã/tarde/noite/fim de semana) diferentes ao longo da semana, a equipe de enfermagem cumpre o papel de eixo organizador do serviço. Talvez a dinâmica e organização do serviço, com a equipe distribuída dessa forma nos períodos, tenha tornado mais difícil os trabalhadores interessados em participar da pesquisa conseguirem se agruparem em um mesmo horário:

Viviam (enfermeira): Porque eu acho que a organização é frouxa. É complexa, de fato, acho que por vários fatores que se organizou desse modo. Tem uma organização aí um pouco mais específica que tem a ver com a organização da enfermagem. Quase 50% da equipe atualmente é equipe de enfermagem, se você somar a quantidade de enfermeiros com auxiliares de enfermagem deve dar: são seis enfermeiros, agora sete que entrou uma enfermeira da prefeitura, e quinze, dezesseis auxiliares de enfermagem,

então isso já dá uns 23, que deve dar quase 50% da equipe no geral. Então, essa equipe é a equipe que — exceto essa enfermeira que entrou agora que é da administração direta — está aqui de dia, que está aqui à noite. para não enrijecer. Os únicos que nós não conseguimos que não ficassem, que tivessem essa circulação, foram os [dois] enfermeiros da noite. O restante, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, nós cobrimos as folgas da noite, estamos aqui de final de semana. Os auxiliares, a maioria também estão no noturno e alguns dias de dia. Então é uma organização complexa para além de outras questões, a nossa organização foi acontecendo mais de acordo com as necessidades, em grande parte, do que aparece no serviço, do que das necessidades pessoais. A gente foi entendendo que também ia enrijecer muito os horários, pelo que eu percebo, então um enrijecimento tão grande acho que não funcionaria num serviço como esse. Lógico que tem seus prós e seus contras, mas acho que até o momento, seis anos de CAPS III, e mesmo quando não era CAPS III, a Mônica também não tinha tanta rigidez assim em relação aos horários, o turno da manhã, o turno da tarde...

Joana (TO): E mesmo os dois enfermeiros que estão na noite já estiveram de dia, acho que eles não foram pessoas que vieram para ficar de noite e não passaram pelo dia, pela dinâmica isso faz diferença também.

Viviam (enfermeira): E sem contar que, mesmo eles não estando de dia, a equipe que está com eles à noite normalmente passou pelo dia. É quem pode até bancar alguns combinados ou pode esclarecer algum equívoco. Assim, eu que estou aqui esses seis anos de CAPS III, com todas as dificuldades que às vezes a equipe traz, eu acho muito interessante. Algumas pessoas da equipe de enfermagem, principalmente os auxiliares, trazem essa dificuldade em relação a essa coisa de estar um dia à noite na semana e nos outros dias de dia, pra questão da saúde deles, né, eles levantam isso. Para alguns isso não é um problema, acham superlegal, super se adaptaram, pra alguns: “Ah não, essa coisa de estar uma noite e estar os outros dias de dia...”. Mesmo achando que faz sentido para o trabalho, a maioria, de certa forma, sabe o quanto isso é importante para o serviço, essa organização. Mas reclamam às vezes no que diz respeito à vida pessoal e a essa coisa de estar uma noite e três dias de dia, fica desorganizado para saúde física. Mas... Acho que ninguém tem dúvida de que é uma organização... E acho que a gente vê isso na prática, isso é muito cotidiano. Às vezes, sei lá, um caso que você indica pra noite. Então quem está à noite não participou de todo o processo para chegar no porquê daquela indicação. Se aquela auxiliar, que esteve de dia nos dias anteriores e participou das passagens com mais gente, participou da reunião de miniequipe, e foi entendendo o processo daquele caso, consegue sustentar mais o projeto do usuário, entender que o acolhimento integral é uma parte do processo do usuário. Então às vezes está no acolhimento integral, é pontual, mas o usuário é do serviço, está aqui, tudo... Senão fica muito cindido, né? Acho que ter só a equipe da noite e a equipe do dia, sendo que esse usuário é do dia e da noite também. A gente cuida da vida, a gente cuida do todo, não é um serviço de urgência que trata só o momento da crise, então saiu da crise volta para o

outro espaço. Não, você está em todas as etapas do sujeito, na estabilidade, na crise, na... Essa organização acho que faz sentido por vários fatores, mas, um deles é esse, né?

Como não tem “a equipe da manhã, a equipe da tarde e a da noite”, variando as pessoas que estão em cada dia, e mesmo as pessoas que costumam estar naquele dia podem não estar (por conta de qualquer intercorrência, ou porque precisa levar alguém para fazer exame, ou fazer uma visita domiciliar), depende muito da participação ativa dos trabalhadores para dar certo. Nesse sentido, para que essa organização funcione, as passagens de coordenação assumem uma importância fundamental. Em um serviço de acolhimento integral, esse é o momento no qual quem não estava toma conhecimento sobre o que aconteceu e se recupera o sentido dos projetos criados ou modificados para cada sujeito:

Joana (TO): E as passagens, né? As passagens de coordenação acho que também são outros alinhavos que permitem esse funcionamento. A passagem as sete da manhã, para a equipe da noite passar o que aconteceu; e na hora do almoço, que geralmente são as passagens mais cheias, com o restante da equipe; e a passagem da noite. Tem sempre uma equipe que faz a coordenação da manhã, uma equipe que faz a coordenação da tarde e uma equipe que faz a coordenação da noite. (...) São as oportunidades que a gente tem de também passar para a equipe que está mais a noite, os enfermeiros em específico, que são os enfermeiros que só fazem à noite, também de construir essa perspectiva do relacionamento da pessoa... Acho que esse formato dos enfermeiros e as passagens são os pilares.

É na passagem de coordenação que o trabalhador que está chegando pode compreender a razão de certas escolhas para aquele sujeito que está em acompanhamento. A intenção, nessas passagens, é que cada trabalhador se aproprie dos casos, no sentido de compreender e participar do cuidado, buscando assim uma relação mais horizontal entre trabalhadores de horários diferentes e uma relação de proximidade com os sujeitos que estão sendo atendidos. Outra preocupação, na forma como essa passagem é feita, é romper com lugar do enfermeiro noturno como um simples “cumpridor de ordens”.

Mônica (psicóloga): Eu, como estou aqui há muito tempo, participei de toda a montagem, a organização do CAPS... Eu acho que era bastante claro o porquê. É mais de uma coisa, acho que tem tudo isso que elas falaram, mais do que por num papel, é que as relações entre a equipe também se diversifiquem, que todo mundo tenha possibilidade de trabalhar com todo mundo, porque se você tem equipes fixas, você acaba fazendo de uma certa

forma mais com aquela equipe. Então é isso, é... É que a montagem privilegiasse a continuidade, não é essa, no nosso entender, acolhimento integral, que acompanha na continuidade, na vida do sujeito? Que a equipe também pudesse se inserir de uma forma, estar no trabalho, nessa continuidade. E para isso se privilegia muitas vezes a escolha de um profissional de que... Projeto ela vai seguir, não só a necessidade, mas, por uma identificação também. Isso faz com que seja muito difícil você ter horários manhã-tarde-noite, manhã-tarde-noite... Então você vai ter um projeto que é só na turma da manhã, um projeto... Então, essa passagem, digamos assim, essa possibilidade de todos os profissionais poderem passar pelos projetos... Pelas linhas de continuidade daquilo que a gente faz, poder estabelecer relações de trabalho com diferentes colegas, fazer uma manutenção da continuidade do trabalho dia-trabalho noite. No início, na montagem do CAPS III, isso era muito forte. Hoje passamos seis anos e acho que a gente é bem-sucedido nisso, a gente não tem uma turma noite e uma turma dia... Temos problemas? Temos problemas, mas não desta ordem. Então, eu acho que era muito importante porque, no momento, a gente ter essa ideia de uma equipe única, e não de uma equipe manhã, tarde, noite. Então, essa é a ideia dos auxiliares que estão durante o dia estarem à noite, terem essa experiência, poderem trazer elementos... Porque, na verdade, até os enfermeiros da noite, a ideia é que eles também... Que nós não tivéssemos dois enfermeiros noite 12 por 36 [plantão de 12h por 36h]. A gente teve que fazer isso por uma questão trabalhista, uma questão de contratação, porque para você ter enfermeiros que circulem, a gente precisaria ter um número maior de enfermeiros. Tanto que o quadro de auxiliares de enfermagem é de dezessete para possibilitar manhã e noite, porque daí você tem os descansos e tudo mais, e nós não tínhamos a possibilidade da contratação de um número igual de enfermeiros. (...) Isso, como a Viviam disse, assim, claro que a vida vai andando, o CAPS se encontra com problemas, com dificuldades, né, porque a vida real também está aí em termos de profissionais que têm outros trabalhos, outros trabalhos funcionam no horário certinho. Então é difícil de encaixar. Tem essa questão que alguns pessoalmente não se adaptam de tanto estar de noite quanto estar de dia... Então acho que é óbvio, tem os prós, eu acho que deu certo, se a ideia era compor uma equipe que assegurasse uma continuidade eu acho que isso aconteceu, foi importante, aconteceu. Tem problemas, tem tensões? Tem. Pra isso a gente não pode gerenciar essas tensões de uma maneira tão rígida. Hoje a gente tem alguns auxiliares de enfermagem que não fazem o noturno. Você vai aí abrindo, né, umas possibilidades para ir contornando essas questões que se colocam. Para isso você não pode ter uma montagem rígida que não rediscuta novos modelos. Acho que a equipe vem pensando e vem ponderando muitas vezes se não é melhor ter mesmo horários fixos. (...) Mas essa é uma reflexão a partir do ‘trabalho territorial’, e não só porque melhor de manhã ou tarde. Agora, é uma conversa difícil com o carro andando, porque é uma mudança grande. Acho que a gente vem discutindo, tá na mesa. Agora, é possível trabalhar com este olhar, que eu sei que é super complexo... muitas pessoas já nos perguntaram, pessoas de fora, das universidades: Nossa, como vocês

conseguem? Porque a tabela de horários é assim... [risos]. Fazer mudança de horário é um troço assim!

Luiza (A. S.), no outro grupo, aborda essa questão da organização a partir da figura do “coordenador de período”, que cumpre algumas funções importantes dentro do funcionamento do serviço, como dar continuidade no acompanhamento, principalmente das pessoas que estão em acolhimento integral (nos quais os acordos precisam ser revistos constantemente), e no acolhimento de demandas internas (dos usuários que estão na ambiência) ou externas (aqueles que chegam no acolhimento procurando atendimento). Essa coordenação sempre é composta por mais de uma pessoa, procurando que pelo menos um seja técnico (trabalhador com nível superior) e outro pode ser outro técnico, de nível médio ou técnico operacional, dependendo muito também dos horários de cada trabalhador na instituição para fazer essa composição. Todos os dias no CAPS tem três coordenações, uma por período: o período da manhã compreende das 7h às 12h; o da tarde, das 12h às 19h; e o noturno, das 19h às 7h do dia seguinte. Ser coordenador não significa que ele assumirá a solução de todas as demandas, mas que ele vai receber a demanda e articular o cuidado, acionando os demais trabalhadores na medida da necessidade. Assim, a participação de todos é fundamental para funcionar essa organização. Luiza (A. S.) fala que as decisões sobre cada situação são tomadas “na horizontalidade”:

Luiza (A. S.): Mais horizontal também, né? E mais na horizontalidade. Que às vezes a gente se perde assim. Não se perde de não fazer, é porque é tão horizontal, né? Que fica meio... [risos] É que é bem aberto, né? Às vezes eu fico com a impressão que... É bastante horizontal que você fica com uma expectativa que o outro também vai fazer aquilo que você achava que ia e não acontece, mas só que você também não combinou, né? Mas acho que no frigar dos ovos a gente se sai bem nessa nossa proposta de horizontalidade. Está melhor assim do que aquela coisa mais cartesiana, mais certinha. E olha que sou de uma outra geração, eu prefiro essa, porque eu já tive as outras experiências também. Já tive as outras experiências do “faça-se, cumpra-se”.

Além da fala dos trabalhadores, a postura dos gerentes em não assumir compromisso com a pesquisa sem antes os próprios trabalhadores falarem por eles, aponta para uma organização em que, aparentemente, o poder decisório não está centralizado em um único ponto ou pessoa. Carmem fala que as decisões são tomadas e orientadas pela necessidade do sujeito que está sendo acompanhado, e que a equipe procura que “sejam feitas da forma mais

orgânica possível”. Os trabalhadores não só participam das decisões, mas colocam o que pensam, o que querem ou não fazer, o que dão e não dão conta. Nesse arranjo horizontal fica mais explícito o quanto que um depende do outro e o trabalho acontecer depende do comprometimento de cada um. Algumas falas insinuam desencontros, apesar de não desenvolverem sobre o tema, mas salientam que “ninguém deixa o outro na fogueira aqui”, ressaltando a solidariedade e o comprometimento entre os trabalhadores. Os desencontros irão acontecer, seja na organização centralizada e rígida ou na democrática, mas vai fazer diferença para os trabalhadores e usuários a forma como serão interpretados: se não forem assumidos necessariamente como erros, mas à luz da dinâmica do serviço e do contexto em que surgiram, podem promover uma maior consciência do trabalho nos trabalhadores e melhora na assistência.

Luiza (A. S.): E cada momento é uma dinâmica, né? Então a gente vai avaliando, e vai auxiliando mesmo quem tá na casa, mesmo que não seja na coordenação de período. Mas, você tá na ambiência, você vai também...

Cada momento é uma dinâmica, nenhum dia é igual ao outro e o serviço precisa dessas “brechas”, dessa “frouxidão” na organização (de acordo com a enfermeira Viviam), para conseguir responder adequadamente a essa dinâmica: arranjos vão sendo feitos com os trabalhadores que estão naquele período para não deixar o serviço descoberto e não se deixar de fazer acolher quem precisa. Dessa forma, fica o questionamento em relação ao quanto um protocolo fixo de cuidado pode ajudar a organizar o cotidiano nos CAPS, pois, quanto mais grupos, oficinas, atendimentos, e atividades acontecem dentro da instituição, mais difícil fica responder a essa dinâmica.

Nessa organização flexível, parece que o “acordo mínimo” é que o trabalhador se coloque disponível para ocupar alguns espaços importantes para o serviço, como pelo menos uma coordenação de período e participar das reuniões gerais e de miniequipe, no sentido de manter uma integração mínima na equipe. Viviam aponta que a OSS deste CAPS não exige metas de atendimento, como aconteceu na experiência dela em outro CAPS gerido por outra OSS. Há abertura para o protagonismo, para que o trabalhador assuma projetos a que se sinta vinculado, mas ele precisa se responsabilizar pelo trabalho, em um sentido semelhante ao desenvolvido por Dell’Acqua e Mezzina (1991).

Chamou-nos à atenção o tempo de casa dos trabalhadores que participaram da pesquisa, variando de 2 a 15 anos de inserção neste serviço, sendo que havia uma trabalhadora

com 20 anos de experiência no serviço público. Talvez a baixa rotatividade pode ser por ser uma região valorizada, de muita concorrência, na qual os profissionais que lá chegam não saem mais. Ou pode estar relacionada com a OSS que gere a unidade, que parece ter um cuidado e diálogo melhores com trabalhadores e usuários, a julgar pelo movimento dos conselhos gestores para evitar que uma outra OSS, que foi apontada como autoritária por usuários e trabalhadores. Muito tempo de casa leva a ter um domínio da maioria das situações cotidianas e cria-se um repertório de respostas para situações não esperadas. Por outro lado, também, pode levar à desmotivação e à acomodação. A equipe mostra-se preocupada com essa questão quando, por exemplo, organiza discussões na equipe sobre as práticas desenvolvidas e, a partir daí, cria grupos de trabalho para encontrar respostas aos problemas surgidos no cotidiano.

Alguns acordos, feitos no início do CAPS III, precisaram ser revistos, como o de ter sempre pessoas de duas miniequipes na coordenação, mas, por conta da diminuição do número de pessoas, não tem sido possível fazer, por conta das mudanças que vão acontecendo ao longo dos anos. Houve uma avaliação interna no ano anterior à pesquisa que identificou alguns “nós” e montou-se três comissões de trabalho para fazer uma análise desses problemas situação (comissão de prontuários, comissão de coordenação de período, comissão de trabalho no território) e propor mudanças para recuperar aquilo que havia sido idealizado e se perdeu ou propor uma nova organização, melhoria do serviço. É um movimento interessante de reflexão sobre o próprio trabalho, de readequação do serviço às mudanças nas condições em ele está inserido, que pode levar, inclusive, a um aumento da compreensão do trabalhador sobre seu próprio trabalho, de sua inventividade, e sobre as condições em que ela acontece.

Como também relatado nos grupos dos outros CAPS pesquisados, apesar da responsabilidade do CAPS ser atender as pessoas que moram nesse território, o atendimento não fica restrito a esses moradores. O “território concreto”, critério burocrático, ajuda a organizar o trabalho e a dividir as responsabilidades entre os serviços, mas, considera-se também o “território subjetivo”, o modo como se movimentam, como critério para construir as ações em cuidado

Viviam (enfermeira): Pelo conceito de território, ele é amplo, né? Além do território concreto, a gente também tem um território subjetivo.

-x-x-x-x-

Lilian (psicóloga): É, eu acho que seria interessante a gente começar por isso, de como que é a organização. O CAPS é um serviço que não necessariamente precisa do encaminhamento, mas muitas vezes é importante que tenha esse encaminhamento, porque já tem uma avaliação aí da atenção primária. Mas também pode chegar de forma espontânea aqui. A gente realiza o acolhimento, e aí, pelo local de moradia, a gente vai definir se vai ser direcionado para a equipe A ou B. Então, de alguma forma, existe um território que é delimitado para que uma miniequipe acompanhe e para que outra miniequipe acompanhe. Isso sempre acontece desse jeito? Muitas vezes não. Porque também acontece de alguns usuários que muitas vezes estão fora de área, estão fora desse território, mas, por alguma razão, tem algum sentido serem acompanhados aqui. Por exemplo, gente que trabalha no território. Então pessoas que trabalham no território muitas vezes acabam sendo vinculadas ao nosso serviço ou mesmo ao posto de saúde aqui ao lado.

Carmem (T. O.): Outra situação são pessoas que estão atualmente fora de área, mas que um dia moraram por aqui e, por conta do vínculo, a gente manteve. (...) O E. e o P. [pacientes] que estão lá na Cidade Ademar. Então a gente está em contato com a UBS, a gente está em contato com o CAPS, faz reunião, vai lá no território, faz visita domiciliar quando possível. A gente tenta, já que a pessoa ainda está aqui, garantir o mínimo e tentar ir construindo esse vínculo do usuário também no território dele, pensando um dia também num possível encaminhamento. A gente tenta fazer o máximo possível de uma forma cuidadosa e articulada. Mas é isso que a Luiza falou, mesmo assim, a coisa desanda.

Luiza (A. S.): Tem que monitorar...

Carmem (T. O.): E aí, quando vê, volta, e volta com tudo!

Luiza (A. S.): Não dá para encaminhar o paciente e não monitorar, se não ela volta de novo.

Para além do cuidado na crise, alguns usuários dependem de um investimento intenso e contínuo para conseguir construir e manterem relações com os lugares de interesse. Se não, deixa-se de atender porque o usuário é de outra região, a distância entre o local de moradia e o local de atendimento torna muito mais penosa a articulação necessária (contatos telefônicos, reuniões, visitas domiciliares e outras ações) para não deixar “a coisa desandar”.

O fato de estar localizado em um território com uma grande oferta de recursos talvez exerça alguma força de atração, semelhante ao que foi vivido e narrado pelos trabalhadores do CAPS II Centro. Luiza (assistente social), enquanto relatava sobre outra experiência de

trabalho que teve na década de 1990, apontava para a necessidade de se considerar o tamanho da cidade e a forma como a política decidiu manter essa cidade desigual:

Se você fala que precisa de uma cidade para todos, é porque não é para todos, não é? Então você já começa a admitir que ela é desigual, que ela não inclui.

Nessa época, ela trabalhava em São Paulo e morava em um município vizinho, e sua fala ressalta a contradição de São Paulo, maior e mais rica, apresentar um sistema de saúde “atrasado” e mal distribuído, já que assistia a moradores do extremo sul e sudeste paulistanos “invadirem” Santo André e São Bernardo do Campo em busca de atendimento em saúde, dado que havia pouquíssimos equipamentos nessas regiões e o sistema de transporte era muito precário: “A questão de saúde em São Paulo, a gente tem que lembrar, que a gente teve o PAS no meio do caminho. No meio do caminho teve um PAS, né?”.

Em uma região metropolitana (Grande São Paulo) com diferenças enormes na oferta de serviços públicos (além dos bens materiais e simbólicos) entre as cidades e dentro delas, entre os bairros, as pessoas se deslocam para outras regiões/cidades em busca de saúde, emprego, educação e lazer. Com a oferta desigual de serviços e de investimentos públicos, busca-se fora do local de moradia aquilo de que se necessita: um emprego, um exame de alta complexidade, um curso universitário, geralmente com oferta maior nas regiões mais centralizadas. Há uma percepção, por parte de muitos sujeitos que transitam pelo território, que o CAPS, por estar localizado neste território com mais recursos, também teria mais recursos a oferecer.

Luiza (A. S.): Mas você sabe que o pessoal de Parelheiros invade São Bernardo, né? Eles vão pegar balsa e eles vão até o subdistrito do Riacho Grande. Eu acho que tem mais é que invadir. Assim como o pessoal ali do extremo da zona sudeste, Jardim Lourdes, o Bacuri, Cidade Ademar também vai pra Diadema.

Carmem (T. O.): Acho que é recente esse olhar da zona sul, assim. Porque agora que começou a ampliar.

Comparativamente a outros equipamentos instalados em áreas periféricas, a localização deste CAPS é uma vantagem, já que, pela proximidade, tem um acesso mais fácil a outros dispositivos de saúde, cultura, assistência social e outras instituições que estão fora da esfera pública, mas se colocam disponíveis para parcerias, como um centro espírita.

Carmem (T. O.): A gente tem a questão dos benefícios também, que também não são só para os moradores de rua, tem outros usuários do CAPS que a gente trabalha no sentido deles terem acesso a esses benefícios sociais.

Lilian (psicóloga): Mas acho que isso é uma particularidade também do nosso território que, por mais que tenha essas demandas mais difíceis, de população de rua, é um território que tem uma rede de apoio. Um tanto de cultura, saúde, assistência social... Um território muito privilegiado nesse sentido de rede.

-x-x-x-x-x-

Mônica (psicóloga): São bacanas os cursos [no centro espírita], viu? O nosso grande problema é a continuidade do pessoal daqui, que é pequena.

Joana (T. O.): Nesse sentido é um desafio, porque acho que tem essa coisa da saúde mental mesmo. Não é à toa que a gente começa falando do qual é o trabalho da gente, a gente fala dos múltiplos fora porque acho que essa é uma parte grande do desafio, né?

Mônica (psicóloga): Eles têm, que é muito bacana, um curso de alfabetização, aqui é uma região que ainda tem muito trabalhador, tem um contingente que precisa, até pra trabalhar. Hoje em dia não é fácil, assim, [na região] mais central, curso de alfabetização. Quando no início dessa parceria a gente tentou, aqui a gente tem ainda alguns usuários que não sabem ler, escrever, então tentamos. Mas a continuidade é difícil. Tem nenhum que ficou.

Viviam (enfermeira): Muitos não sustentam. Por exemplo, a gente tem uma usuária, que é uma usuária jovem, tem 22 anos, ela teve o primeiro surto com 13 anos, é um caso muito grave, e que ela está muito presente aqui no cotidiano do serviço que a gente tenta construir arduamente, estimulando que ela saia, assim... Mas é alguém que precisa de muito corpo a corpo ali, estar indo junto ali no início. Pra ela conseguir sustentar, esse trabalho árduo, teve de início um estagiário que levou o caso um tempo, e nos dois primeiros meses ele conseguiu vir de segunda a sexta e ir com ela lá, e segunda e em outra atividade. Ele conseguiu quatro, cinco semanas. Aí ela conseguiu criar vínculo com outro usuário e aceitou ir com esse outro usuário. Mas se esse outro usuário tem um pouco mais de autonomia. Ela não vai, que morre de medo de voltar sozinha porque é noite, aí entra com um milhão de fantasmas, né? Com medo de morrer, com medo de... Aí que toca a gente pensar de novo, novas propostas, do como é que pode fazer, como é que pode outra pessoa ajudar... Às vezes, conversar com a professora lá, pra ver se a professora pode ajudar, no final, quando terminar a aula, conversar com ela. Então, é muito mais complexo. A professora já ligou algumas vezes pra falar dessa usuária, pra falar de outra usuária, que às vezes grita, que às vezes chega lá muito antes e fica causando... Então... [risos]

Mônica (psicóloga): Mas trabalham juntos gente, olha que bacana!

Viviam (enfermeira): Mas trabalham juntos, lógico!

Mônica (psicóloga): É superbacana!

Viviam (enfermeira): Mas não é “ah, eu tenho o recurso”. Pra além de ter, também tem uma construção de ter a gente como referência central aqui...

Joana (T. O.): Porque eles são equipamentos que não são da saúde, que não tem nenhum tipo de afinidade a priori com a saúde mental, mas que estão disponíveis, né? E que sabem que podem contar com a gente. Aí essa troca, né, contam mesmo!

Novamente é ressaltada a necessidade de investimento contínuo no usuário para a produção de vida, em um movimento de dupla apresentação, desta jovem para o centro espírita com seus trabalhadores e demais frequentadores, a fim de que o medo de ambos seja simbolizado e a troca aconteça. Como se pode observar neste caso, os acordos, feitos de forma artesanal e única para cada lugar, bem como o trabalho de desconstrução do estigma do sujeito em sofrimento psíquico para os trabalhadores e frequentadores dos demais dispositivos, acontece da mesma forma que nos outros CAPS, constituindo-se em uma ação política que demanda clareza na intencionalidade do trabalho, paciência e perseverança. Em outro momento, Mônica descreve como foi a construção da parceria com o espaço onde se localiza o Parque do Povo, antes mesmo de ser um parque aberto:

Mônica (psicóloga): Mas você sabe que há muito pouco tempo a gente usa o parque? E no início da Copa da Inclusão era na APAE, depois da APAE a gente fez com escola... E aí que o parque virou público mesmo. Se bem que a gente tentou antes de ele ficar público mesmo, o pessoal deixava a gente usar as quadras e aí, não sei se vocês sabem, tinha um monte de miniclubes dentro da área.

Joana (T. O.): Miniclubes? Lá no clube? Eles fazem parte?

Mônica (psicóloga): Essa foi uma briga, vários clubes particulares foram, quando não ainda tinha aberto o parque, reformando o parque. A gente foi até lá conversar com eles pra usar uma quadra. E aí um deles concordou.

Por isso que a gente sabia bem da história interna do parque, que é, foi zelador que se apropriou... Toda história que depois a mídia pôs na roda. Deixavam a gente usar, mas em horários específicos. Óbvio, como a gente não usava à noite, que é o grande movimento que eles tinham, a gente podia usar. Daí veio a reforma do parque, então a gente ocupou as quadras públicas mesmo.

Viviam (enfermeira): É, mas acho teve essa possibilidade com uma construção política também... Muita luta, enfim. O que quero dizer é que nós temos uma construção intensa, acho que é o diferencial desse serviço, é um

investimento muito grande no externo, mas também nós temos a sorte de termos, embora com milhões de contradições nesse território, que é um território localizado numa área extremamente comercial, mas, no entorno, se parar pra pensar, a gente tem essa possibilidade de ter outros equipamentos próximos de lazer e cultura, né? Acho que isso também facilita um pouco a nossa circulação. É diferente se pegar um CAPS lá no Itaim Paulista, que tenho uma colega que trabalha, e não tem nada por lá! Acho que a única coisa que tem é o CEU, que é do lado. É mais difícil essa construção, né?

Territórios desiguais dentro do mesmo território: ressaltando o caráter excludente dos espaços privados e a inclusão marginal a que são submetidos os sujeitos em situação de sofrimento psíquico, o uso do parque era permitido apenas nos períodos em que não havia procura, sendo que a ocupação das quadras poliesportivas só foi efetiva após o parque tornar-se público. A própria história do parque evidencia a apropriação privada de áreas públicas e que, por outro lado, onde há maior controle social, há mais espaço para a democracia e para experiência da cidadania. O parque, imensa área verde em uma região comercial, só pôde continuar existindo pela mobilização de diversos atores sociais que fizeram um movimento para pressionar o tombamento da área com a preservação das áreas verdes dos espaços de lazer.

Dentro desta mesma lógica, o quarteirão onde se localizam o CAPS e os demais dispositivos da saúde e da cultura, que é um dos únicos sem prédios naquela região muito valorizada, foi alvo de especulação imobiliária no início da década de 2010, quando pretendeu-se, por parte da gestão municipal daquele momento, vender esse quarteirão para a iniciativa privada. Essa disputa revela uma faceta deste território que, orientada pelo lucro e pela competição, reivindica a exclusão dos espaços da cidade às pessoas e serviços que não funcionam a partir da lógica capitalista do lucro. No entorno há modernos prédios comerciais por todos lados: altos, com a fachada espelhada, anônimos e inóspitos. Venturini (2009) fala que os lugares construídos hoje são anônimos, espaços que afastam a ameaça do contato social, sendo que os espaços das pessoas são reservados para fins de consumo ou de turismo:

Essa banalização não é casual: o aspecto exterior reflete um grande medo oculto de se expor. A multiplicidade dos contextos, a ausência dos símbolos positivos representa a formalização crua e impiedosa da lógica competitiva que premia o forte e elimina o fraco. (VENTURINI, 2009, p. 218)

Os territórios não são homogêneos (SANTOS, 2000), refletem a sociedade e suas contradições e conflitos. Assim, dentro de um mesmo território há tanto movimentos que propõem segregação quanto aqueles que pretendem a promoção da inclusão e relações solidárias. O processo só não foi concretizado por força da mobilização dos conselhos gestores da região e do movimento de moradores de bairro:

Lilian (psicóloga): Eu, sinceramente, acho que é um conselho gestor bastante ativo, principalmente em alguns momentos [...], que tem se envolvido aí com a questão do quarteirão...

Carmem (T. O.): Sim, que se envolveu com luta pelo quarteirão aqui, né? (...) Do terreno que ia ser vendido... E pode ser ainda vendido, né? Mas a gente fez todo um movimento junto com a associação dos moradores de bairro, e outras instituições. Fizemos o pedido de tombamento aqui do quarteirão todo, porque tem diversos serviços aqui. E o conselho gestor participou de forma muito ativa, né? A gente não conseguiu o tombamento, foi tombado somente a biblioteca e o teatro. Com a gestão Haddad, acho que a coisa se acalmou um pouco, mas ainda há uma possibilidade de venda do terreno.

Lilian (psicóloga): E aqui é uma região que tem uma enorme especulação!

Carmem (T. O.): Mas teve todo um movimento que foi o que conseguiu sustentar! Que deu tempo aí desse prefeito sair. (...) A gente tem aí um desafio de melhorar a participação dos usuários no conselho gestor, mas a gente tem hoje, já há algum tempo, uns dois, três pacientes ativos.

-x-x-x-x-

Viviam (enfermeira): Acho também que tem outro aspecto interessante, que esse serviço tem muito forte, que é esse aspecto político também. A gente tem conselho gestor aqui muito efetivo, que funciona, que tem reuniões mensais. Também participamos intensamente do conselho gestor regional, que aí isso facilita para as construções não só dos trabalhadores, mas dos usuários também, que acho que essa é a importância. A gente tem usuários muito ativos, assim, na vida política do serviço, que participam, que opinam, que também foi uma construção longa nesse serviço, que acho que é essencial também pra se construir a saúde mental, não tem como não ter esse tipo de espaço, que é um espaço preconizado pelo SUS e pouco ocupado nos lugares, os conselhos gestores no geral.

A participação dos usuários no conselho gestor do CAPS foi abordado nos dois grupos, e em ambos apontado como fruto de um trabalho longo e intenso e que tem frutificado. Viviam ressalta, em uma de suas falas, que os conselhos gestores preconizados pelos SUS ainda são pouco ocupados e, no caso específico de usuários de CAPS, faz-se

necessário um trabalho de preparação e apoio para assunção de papéis políticos na coletividade devido ao baixo poder contratual dessas pessoas. Em muitos serviços do SUS a participação social nos espaços de controle é incipiente, e em outros não há conselho gestor ou este não é ativo, por isso chama a atenção a organização e comprometimento dos conselhos desta região. Por exemplo, foi relatado outro momento importante de atuação dos conselhos gestores da região, incluindo o deste CAPS, durante o chamamento que aconteceu em 2014, quando alguns usuários se mobilizaram e marcaram diversas reuniões, inclusive com representantes da Secretaria de Saúde, para questionar a participação de uma OSS que não queriam que assumisse os serviços de saúde da região, em virtude da má experiência de alguns usuários e trabalhadores em serviços de saúde administrados por essa OSS. Um dos conselheiros, que é usuário, chegou a organizar uma pasta com todos os processos judiciais que essa OSS estava respondendo, que acabou desistindo de participar do edital:

Lilian (psicóloga): Então assim, de alguma forma, o conselho gestor tem se posicionado, mesmo com a questão do chamamento. O conselho gestor da unidade tem se envolvido com outros conselhos de outras unidades para se juntar para, aí no caso, questionar mesmo a OSS, uma outra OSS que está disputando o território aqui.

-x-x-x-x-

Carmem (T. O.): E aí, nesse sentido, eu lembro dos conselhos gestores de um bairro no nosso território, por exemplo, que estão em um movimento de conseguir um hospital geral que tenha uma enfermaria psiquiátrica, para que a gente possa ter esse recurso no território e não tenha mais que, numa emergência, por exemplo, no caso do A. [paciente], a gente tenha que encaminhar pra um hospital psiquiátrico.

Muitos atores da RPB têm em comum a bandeira da luta pela cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, que, por sua vez, nasceu associada com a luta pela redemocratização do país. A proposta de funcionamento dos conselhos gestores lembra a ideia de democracia direta de Arendt (1973), lugares em que se poderia viver a política em um nível prático com pessoas disponíveis para tal. Assim, se recuperaria a capacidade de agir na medida em que os cidadãos poderiam agir e se fazer ouvir, rompendo com a estrutura burocrático “na qual todo mundo é destituído de liberdade política, do poder de agir” (ARENDR, 1973. p. 151).

Além disso, para Luiza (A. S.), os conselhos gestores também comparecem como um anteparo entre os órgãos gestores, da saúde do município, os trabalhadores e os usuários, pois,

quando há uma reclamação ou uma demanda por melhoria pela vida do conselho, salienta-se que essa demanda é coletiva, não fica individualizada.

De forma semelhante ao que ocorria no CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, no CAPS III Oeste há intensa circulação de estagiários, residentes médicos e residentes de outras profissões da saúde. A constante passagem de pessoas em formação pelo serviço, sejam graduandos, residentes ou pós-graduandos, promove não só a circulação dos saberes práticos constituídos no cotidiano do serviço e que precisam ser publicizados, mas também, tão importante quanto, a oxigenação destas mesmas práticas pelo contato dos trabalhadores com esses diversos estudantes, que naturalmente questionam, opinam, refletem e criam sobre o que é apresentado. Possivelmente é por conta dessa abertura que, no caso deste CAPS, esta pesquisa despertou o interesse da equipe, o que foi previsto pelo gerente no primeiro contato com o pesquisador.

Lilian (psicóloga): A gente tá com duas residências na verdade. Uma com uma residência médica, que tá suspensa agora, eles vêm só em junho. É uma residência super curta, ainda está se desenhando, mas por esse próximo desenho acho que vai ficar por uns quinze dias aqui. E uma outra, uma residência multiprofissional de dois anos. Aí tem psicólogo e enfermeiro. Os residentes que eu estava falando [antes do encontro começar] são as duas enfermeiras e a psicóloga.

Carmem (T. O.): Teria uma TO também, mas não entrou ninguém esse ano. É pela escola de enfermagem da USP, uma residência multiprofissional.

Lilian (Psicóloga): É bacana né? Mas é isso, multiprofissional que não inclui médico!

Carmem (T. O.): Não abriu pra médico, não abriu pra assistente social...

Lilian (Psicóloga): Mas tem estagiário de assistente social

-x-x-x-x-

Mônica (psicóloga): E os meninos, os residentes, saíram encantados. A gente, pelo primeiro ano, está tendo residência multiprofissional aqui, e também vamos receber uma residência médica, no sentido médico-clínico, que tiveram lá uma indicação de conhecerem a saúde mental. E até sexta-feira tinha dois alunos, dois meninos, saíram encantados. Encantados! Você vai ficando mais velho, você já vai achando que passou já disso. Aí a gente descobre que não passou, que ainda está meio que falando o óbvio aqui, né? (...) E por isto também, pessoalmente, eu valorizo tanto a formação e acho mesmo que os CAPS, já que a gente tem esse furo nas universidades, de uma forma geral, tem que se ocupar muito com a questão da formação, politicamente mesmo, provocar, lutar para que isso atinja... Nós estamos,

por exemplo, esse é o segundo ano que nós recebemos estagiários de serviço social. Mesmo universidade, cursos diferentes, é um outro mundo. Nós estamos construindo com o serviço social da PUC, agora, o estágio aqui. E você vê, que só essa mínima construção, virem os professores, os que cuidam dos estágios... Nossa, é um outro mundo para eles. Você vê que então essa contaminação, contaminação no sentido de você vai fazendo conhecer, as pessoas refletirem, pensarem, saírem da questão da categoria para uma faculdade de serviço social trabalhar numa equipe multidisciplinar, está sendo uma novidade imensa. Imensa!

Mônica, em outro momento, relata que a proximidade com universidades está presente desde, pelo menos, o momento de transição para CAPS III, em uma relação mutuamente fecunda entre práxis, ensino e pesquisa acadêmica. Para tal ação, ela afirma que é necessário que haja, no CAPS, uma reflexão contínua sobre seu lugar e sobre a intencionalidade do cuidado ofertado (que diferença se pretende fazer na vida das pessoas?).

Mônica (psicóloga): Tem algumas falas também em alguns CAPS, que as pessoas ficam, parece que, muito à mercê de que a coisa seja só fácil na relação hierárquica, né? Eu acho que tem é isso, tem um investimento que você faz no teu território, academias que estão [no entorno], que você vai fazendo, ganhando força também para fazer interrupção nas supervisões, naqueles que não entendem do trabalho. E pra isso é necessário sim que o CAPS pense muito em qual é o seu lugar, o que é que ele associa no seu trabalho, na vida. (...) Fora tantas outras coisas, que a gente tem lá, um trabalho de parceria, de cooperação com a universidade, junto à cooperação técnica com a USP há oito anos, não só no campo de estágio... Ela começa com a faculdade de enfermagem da USP, a prof. A., enquanto professora da universidade, foi parceira na montagem do nosso projeto de bar autogerido. Então, aí você vai ver que existe, para além de sermos um campo de estágio, temos uma cooperação técnica que vai para além. Foi a USP que nos ajudou na época quando montou o CAPS III na capacitação. Existem momentos em que essa cooperação é isso, atende a algumas solicitações que a gente precisa para andamento de algumas questões dentro do CAPS. Então, a gente tem a cooperação com a USP, a gente tem a cooperação com órgãos não governamentais, a gente tem a cooperação técnica com a Secretaria da Cultura, que é por isso que temos uma oficina que acontece em uma biblioteca (...) que, a partir dessa parceria, ela não é uma oficina do CAPS, ela é uma oficina pública.

O CAPS, dessa forma, se coloca voltado para o mundo, para as relações solidárias horizontais, as relações de parceria (apoio mútuo): o território CAPS é tanto lugar de estágio, de pesquisa, quanto a universidade é parceira na construção de respostas para problemas que vão surgindo no cotidiano de trabalho. A fala de Mônica também aponta para outra questão,

igualmente importante: a postura do trabalhador diante da dificuldade nas relações hierárquicas (verticais e de controle), convidando/convocando para fazer um investimento nas relações no seu território como forma de se fortalecer para barrar movimentos que vêm de forma unilateral e, geralmente, pouco sintonizadas com a realidade do serviço.

Ainda que mais da metade das pessoas em situação de rua se concentre na região central, o número considerável de pessoas nessa condição em um dos bairros do território atendido por este CAPS demanda uma atenção especial. A equipe que é responsável por este território concentra a maior parte das atividades destinadas ao cuidado desta demanda. Não que o atendimento a esse público seja restrito a esse grupo, mas os trabalhadores desta equipe desenvolvem ações específicas e organizam/participam de reuniões com profissionais das redes de serviço que compõe a atenção a esse grupo, como a interface com os albergues e o acompanhamento com a equipe deste dispositivo, os consultórios de rua, o CRAS e CREAS, entre outros. Pode-se perceber, ao longo da narração das estratégias de trabalho, que a noção de território aqui emerge como “área administrativa”, mas, a práxis desenvolvida aponta para uma compreensão de território como *ethos*, como um cuidado que privilegia o encontro e é voltada para a produção de vida:

Carmem (T. O.): Fiquei pensando que tem dois projetos importantes que a gente acompanha. A equipe A acompanha o serviço residencial terapêutico da região do bairro I., é uma residência mista. E a miniequipe B faz um trabalho voltado para a população de rua. Não que não tenha na miniequipe A, mas tem toda uma articulação com a rede de consultório de rua, os albergues...

Lilian (psicóloga): E isso tem a ver com o território, que tem uma população de rua maior do que do outro bairro, né?

-x-x-x-x-

Lilian (psicóloga): (...) Acho que a maior dificuldade com a população de rua é vincular com os serviços da rede. Porque a população de rua é justamente aquela que escapa, de aceitar os serviços, e aí acabam morando na rua um tanto também por isso. Então eu acho que a maior demanda desse grupo especificamente, porque eles estão pouco... Articulados à rede.

-x-x-x-x-

Luiza (A. S.): É, mas a gente não tem tido dificuldades, porque se não tem a vaga fixa, pelo menos o pernoite a gente tem negociado e se a pessoa topa ir para o albergue, a gente acaba conseguindo. Porque, na realidade, nem todo mundo quer ir no albergue, tem alguns que faz a opção de não ir. Agora, quando você pergunta se a gente trabalha, considerando... Eu acho

que a gente tá alinhado com a proposta da política atual de saúde mental. Eu acho que a gente tem o CAPS, tem o PS que é nossa referência para quando a gente... Porque a gente não consegue... Receber...

São usuários que precisam de muito investimento, principalmente no início, entretanto, depois que foram feitas as articulações dele com demais dispositivos (da Saúde, da Assistência Social, da Defensoria etc.), o trabalho se assemelha ao que é feito com os que possuem moradia fixa.

Este CAPS tem um trabalho de articulação com a rede de saúde do território onde está inserido e para qual é referência, principalmente com as UBS, que mantêm reuniões regulares. Mônica relata que essa rede vem sendo construída há muitos anos e que nesse momento acredita terem conseguido instituir um canal de diálogo, o que facilita o fluxo entre os serviços e o cuidado aos usuários, mas que foi e é um trabalho difícil, que demanda arranjos singulares para cada lugar, mesmo com os serviços próximos. Nas falas dos trabalhadores, em apenas uma UBS o diálogo é mais difícil. Nessa UBS e em outros dispositivos, enquanto os acordos entre instituições não são suficientemente costurados, faz-se acordos entre os profissionais que se mostram mais acessíveis:

Carmem (T. O.): Acho que toda rede tem seus furos, tal, mas acho, é uma rede que tem uma articulação sim. Acho que tem alguns serviços que estão mais ou menos vinculados, mas, por exemplo, o consultório de rua, que a gente estava falando da população de rua, acho que é uma rede que está muito bem articulada, em termos de conversa... A dificuldade, muitas vezes, é quando precisa de vaga feminina, ou às vezes não tem vaga masculina nos albergues... Aí é mais difícil, né? Quando é fora do nosso território. -x-x-x-x-

Luíza (A. S.): Porque a gente não consegue receber algumas crises, principalmente de usuários que a gente não conhece. Então, primeiro, precisa dar uma estabilizada, então a gente conta com um PS, mas, em alguns casos, já vem de outras emergências. Que a gente pega também de outros hospitais da cidade. E acho que a gente cumpre o papel de substituir a internação, porque há dois anos que eu estou aqui, o que eu vi é que a gente... Internou muito pouco. A gente conseguiu ficar com a maioria dos pacientes...

-x-x-x-x-

Viviam (enfermeira): Acho que também, principalmente, a gente luta arduamente pra poder tentar fazer uma construção de rede de atenção em saúde, que acho que esse é um grande desafio hoje pra saúde mental, que é trabalhar em rede. Não é uma tarefa fácil. Nesse tempo, de CAPS III,

anteriormente também, mas acho que a gente conseguiu construir com outros serviços para não ficar tudo aqui dentro. Então, várias construções foram realizadas nesse tempo: com o PSF próximo, uma UBS que tem saúde mental...

Mônica (psicóloga): Mas eu acho que, esse aspecto, sob o ponto de vista do CAPS, lembrando que é um serviço que se deve compor com outros serviços dentro da rede de atenção à saúde mental, a gente, na nossa região, no nosso território, a gente faz o matriciamento com praticamente quase todas as unidades básicas dessa região. [cita as UBS], então elas foram falando alguns e eu tô complementando. Na verdade, esse trabalho de matriciamento vai além desses dois. A gente só não tem em um que é do Estado e compõe muito pouco com a rede municipal de saúde no momento. (...) Ele deveria compor a rede, né, mas é muito difícil o diálogo, é muito difícil... Eles obedecem uma outra ideia de território. Então, efetivamente, embora estejam no nosso território de abrangência, a gente não tem um trabalho instituído com eles no momento, porque... Ah, não querem, não aceitam... É uma coisa a ser feita. E há uma UBS que nós não temos efetivamente ainda um trabalho formalizado de matriciamento. Mas é uma coisa a se perseguir. As demais a gente tem, que são essas que a gente citou.

Sobre esse mesmo assunto, Luiza (A. S.) relata que essas reuniões com outros serviços e os acordos mínimos de fluxo que são aí construídos se inserem também na preocupação da equipe em acompanhar o usuário pela rede de saúde, de acordo com o território e com a necessidade desse sujeito (pós-crise ou saindo da internação, no encaminhamento para uma UBS ou para algum tratamento específico), com a intenção de evitar uma “via sacra” ou um “itinerário maluco” que o faça adoecer de novo. A experiência de vagar de um serviço para outro, buscando ser atendido, e ser repetidamente encaminhado e reencaminhado, sem ser verdadeiramente escutado, além provocar sofrimento desnecessário, é bastante desorganizadora para alguns, como afirma Luiza (A. S.) em relação aos usuários que acompanha. Tecer a rede aqui é criar uma rede de relações solidárias entre trabalhadores de serviços diferentes e, ao mesmo tempo, operacionalizar a noção de responsabilidade compartilhada, rompendo com uma ideia bastante arraigada de que o usuário “pertence” a um ou outro serviço. A partir da compreensão de território enquanto *ethos*, nesse movimento de tessitura, o trabalhador ganha rosto tanto quanto o sujeito que busca ser atendido, no sentido de que, ao cuidar do fluxo, ao combinar com outro serviço e com o usuário o encaminhamento (todos sabem de onde para onde, quem vai receber e por que), a dignidade de todos é sustentada, todos deixam de um “papel” para ter um rosto.

Ao longo dos quatro encontros, foram elencadas diversas atividades que o CAPS realiza na cidade voltadas para a cultura e desporto, como visitas a museus, o uso das quadras do parque público próximo ao CAPS, participação em oficinas sobre o corpo em institutos particulares (de forma gratuita para os usuários, por conta de parceria feita), curso de alfabetização no centro espírita, entre outros. Os trabalhadores, nesses relatos, ressaltam tanto a facilidade por estarem em um território com grande número de dispositivos da cultura, da educação e de parques, quanto a dificuldade em se construir parcerias e de manter os projetos ao longo do tempo. Por exemplo, a participação na Copa da Inclusão e o bloco carnavalesco que mantém com outro CAPS há mais de dez anos, que, apesar de estarem instituídas no cotidiano dos serviços, dependem ainda muito do trabalho individual de alguns. Há também uma oficina sobre mitologia grega, em uma biblioteca municipal, que, apesar de ter sido gerada no CAPS, não é mais do CAPS, é da cidade. Como fruto dessa prática de se trabalhar voltado para a cidade, os projetos vão se ampliando e não têm mais dono:

Mônica (psicóloga): Uma oficina que, a partir dessa parceria com a Secretaria da Cultura, ela vira... Ela não é uma oficina do CAPS, ela é uma oficina pública. (...) Da cidade de São Paulo, que entra naquele folheto da semana, agenda cultural da cidade de São Paulo... Ela não é algo — a gente esquece disso aqui — ela não é algo nosso.

Joana (T. O.): Apesar de que a oficina nasceu aqui.

Mônica (psicóloga): Nasceu aqui, ela foi fomentada aqui... Mas ela vira uma oficina pública da cidade de São Paulo.

Percebe-se, em várias falas, principalmente nessas sobre a construção da rede, que há uma consciência dos trabalhadores que o CAPS não tem como dar conta de tudo, nem pode pretender, porque senão, como disse Lilian (psicóloga), vira uma instituição total, ou seja, torna-se aquilo que pretendeu substituir. O CAPS é um dispositivo em uma rede e, para conseguir efetivar um cuidado voltado para a produção de vida, precisa, necessariamente, estar voltado para a cidade. A construção de uma outra relação com a loucura e com todo aquele que diverge da norma passa por essa ocupação da cidade e construção de relações solidárias:

Viviam (enfermeira): Se parar pra pensar, é muito recente, né? Acho que na cultura geral, no Brasil, no mundo, a loucura circulando dessa maneira, porque até pouco tempo atrás ou ficava totalmente dentro de casa, fechado, ou no manicômio, e aí a loucura não circulava.

5.3 - CAPS III Norte

Esse CAPS, na verdade, vem sofrendo um processo de mudança, ele tinha um pessoal que estava aqui há muito tempo, antes era um ambulatório (...), hoje seria um CAPS III, para algumas pessoas ainda seria um processo novo, que tem muito essa questão da internação, de você ficar no acolhimento onde a porta é aberta, como é que funciona isso, como é que são feitos esses acordos. (...) Mas esse processo de entender o que é um CAPS III ainda está um pouco recente hoje, tanto para o território mesmo, quanto para os usuários. (Adriana, assistente social)

Em março de 2015 foi realizado contato com a gerente deste CAPS. Diferente da forma como aconteceu com os demais serviços, esse primeiro contato aconteceu somente após as aprovações da Coordenadoria de Saúde e da Assessoria Técnica de Saúde Mental da região, respectivamente. A gerente, que já havia recebido o projeto, demonstrou interesse pela pesquisa e agendou uma reunião com o pesquisador no próprio CAPS para apresentar o serviço e compreender melhor do que se tratava.

Durante a reunião relatou brevemente como o serviço está organizado, quantas equipes possui, desde quando está à frente da unidade, bem como sua preocupação em apresentar a pesquisa aos trabalhadores para saber do interesse deles antes de aprovar o início da pesquisa. Demonstrou preocupação com o possível impacto que essa poderia ter no cotidiano do serviço, perguntando sobre os critérios de escolha e quantidade dos participantes, quanto tempo e quantos encontros seriam necessários, mas tranquilizou-se após saber que seriam apenas dois encontros de uma hora. Sugeriu que esses acontecessem no horário destinado às reuniões gerais ou às reuniões de equipe, ou próximo destes horários, que seriam os mais fáceis de encontrar um maior número de trabalhadores disponíveis. Ela entrou em contato, depois de apresentar a proposta à equipe e essa aceitar participar, e agendou os encontros para duas quartas-feiras pela manhã, na reunião de passagem de turno.

A preocupação da gerente, neste primeiro contato, com um possível impacto da pesquisa na assistência, já nos chama a atenção para duas características dessa instituição que ao longo dos dois encontros foi sendo apresentada: 1) é um lugar que recebe e acolhe inúmeras demandas; 2) possui uma enorme carga de atribuições.

Participaram dos dois encontros: Carina (nutricionista), Nair (psicóloga), Rebeca (psicóloga), João (técnico em farmácia), Fabiana (terapeuta ocupacional) e Adriana (assistente social).

Houve um período longo de hesitação após a pergunta disparadora e o coordenador, não sustentando o silêncio, sugeriu que se apresentassem enquanto conversavam sobre a pergunta. A sugestão foi compreendida como um pedido formal e provocou uma rodada de apresentações individuais de nomes, profissões e tempo de serviço. Em seguida, Adriana (A. S.) aceitou discorrer sobre a pergunta e iniciou a discussão do trabalho que é realizado pela portaria que regulamenta o CAPS.

Adriana (A. S.): Bom, mas assim, dentro da política tem uma portaria. A gente tenta... O CAPS é adaptado dentro da portaria, mas acaba até atendendo um pouco mais do que a portaria permite. Na questão do número dos funcionários, como pessoal já está colocando, um pouco mais ampliado o quadro... Em relação à questão do território que a gente atende, a abrangência. Então, dentro da portaria, eu acho que o CAPS se adaptou e ampliou um pouco o trabalho que é desenvolvido. Acho que eles colocam o mínimo que a gente tem que desenvolver. Eu acho que você já teve acesso a todo esse documento, né? (...) É aí [na portaria] onde tem uma equipe mínima, os trabalhos desenvolvidos... Aqui acaba sendo um pouco mais abrangente do que realmente eles acabam preconizando.

Nair (psicóloga): Na verdade, ela serve só como uma... Diretriz, um norteador, e aí a gente acaba indo, se moldando de acordo com o território e então a política nacional, ela é aquela. E a gente vai se adaptando de acordo com as necessidades que vão aparecendo. Isso vai se justificando. Acho que é isso um pouco que a Adriana (A. S.) quer dizer. Hoje, nosso quadro de funcionários é maior do que preconiza a portaria, mas também a nossa quantidade de usuários atendidos também, né?

Carina (nutricionista): Hoje tem 545 ativos. (...) É o único CAPS III da região, então às vezes a gente acaba dando a acolhida noturna, que a gente fala acolhimento integral, para a região, para outros CAPS...

De uma maneira quase formal, vão relatando dados sobre números de funcionários e de usuários em comparação com o que é preconizado. Nesse momento, o território, é a área de abrangência e não há menção às práticas de trabalho. O sujeito que se adapta é o CAPS, sugerindo um trabalho que acontece de forma impessoal, mas, depois, vai sendo apresentado personalizado: “é a gente que acaba se moldando ao território, se adaptando com as necessidades que vão aparecendo”.

Assim como nos demais CAPS pesquisados, para se compreender o trabalho desenvolvido nesse serviço, é necessário considerar o território onde ele se encontra inserido, o papel que ele tem ocupado na rede de saúde daquela região, qual a condição dos serviços de saúde a que ele está vinculado, que atribuições este CAPS tem para além das prescritas pela portaria, que outros serviços (cultura, educação, assistência social, entre outros) e locais de vida há nesse território, bem como a influência da OSS na organização do serviço e nas práticas desenvolvidas.

É gerido por uma OSS desde 2009, que assumiu a gestão meses antes deste serviço ser inaugurado como um CAPS III. Sua equipe é mista, com funcionários celetistas e estatutários e atualmente há 52 trabalhadores entre equipe técnica, sendo 32 da equipe técnica (com ensino superior) e demais da equipe de apoio (ensino médio e fundamental). O fato de não saberem exatamente o número de trabalhadores do noturno aponta para um grupo dividido e com pouca comunicação entre turnos, que foi apontado como um problema pelos trabalhadores. Aos fins de semana apenas funcionários da equipe de enfermagem e administrativos fazem plantão.

Como em outros equipamentos da saúde do município, a quantidade de funcionários concursados vem diminuindo ao longo dos anos, possivelmente reflexo da opção por aumentar o número de serviços por meio da cessão destes equipamentos às OSS, aliada à pequena quantidade de concursos realizados na última década, que não chega a repor a saída de funcionários da prefeitura (por aposentadoria ou exoneração). Neste grupo, que se mobilizou para participar da pesquisa, tinha somente funcionários da OSS.

O CAPS III Norte está localizado próximo a um Complexo Hospitalar público e a alguns hospitais privados, em um bairro de classe média com elevado IDH, que se formou ao longo da antiga linha do trem da Cantareira durante o século passado. Os primeiros loteamentos surgiram ainda na década de 1930, porém, a ocupação só se intensificou na década de 1960, e o bairro ainda guarda características residenciais, com muitos conjuntos habitacionais e condomínios. O território de abrangência deste serviço é muito grande, pois é o único CAPS III dentro de uma vasta região da cidade (além de ser referência para 8 UBS, também é referência para os CAPS II de muitos distritos), cobrindo uma área com muitas desigualdades, de bairros com habitações precárias e população de baixa renda a bairros com habitações de alto padrão e elevado poder aquisitivo.

É instalado em um grande prédio de planta baixa, com muitas salas de atendimento individual e três grandes salas de grupo. A instituição foi inaugurada em 1977 como um Ambulatório de Saúde Mental e assim permaneceu até 2001, quando passou a ser um CAPS II. Em 2009, após ser reformado e ganhar cinco leitos, é inaugurado como um CAPS III:

Adriana (A. S.): Esse CAPS, na verdade, vem sofrendo um processo de mudança. Ele tinha um pessoal que estava aqui há muito tempo, antes era um ambulatório, depois veio um CAPS I, CAPS II, CAPS III. Foram vários processos assim e no sentido de realmente ir acolhendo os usuários de outra forma. Hoje seria um CAPS III, para algumas pessoas ainda seria um processo novo, que tem muito essa questão da internação, de você ficar no acolhimento onde a porta é aberta, como é que funciona isso, como é que são feitos esses acordos. Então demorou, tanto para a equipe como para o próprio usuário, adaptar a esse novo sistema. (...). Mas esse processo de entender o que é um CAPS III ainda está um pouco recente hoje, tanto para o território mesmo, quanto para os usuários.

Carina (nutricionista): É da cultura da população entender que uma internação em saúde mental é melhor do que um local aberto, que a pessoa tem direito de ir e vir. Quem fica aqui sai, volta, a gente não fecha o portão. E para a família isso é muito complicado, então, algumas famílias preferem levar direto já para a internação.

Fabiana (T. O.): Acho que a gente tem um território que ainda... Melhorou a compreensão do nosso serviço? Melhorou, mas ainda entendem como um ambulatório. A gente ainda recebe diversos encaminhamentos “ah, só preciso marcar um médico” e uma não compreensão da equipe, do funcionamento, da complexidade, do tratamento mais intensivo. Melhorou, mas a gente ainda recebe muito encaminhamento como se fosse um Ambulatório de Saúde Mental.

Após funcionar por 22 anos como um Ambulatório de Saúde Mental, foi transformado em CAPS por meio de uma ação vertical da Secretaria de Saúde sem a participação direta dos trabalhadores⁴⁶. Ao não integrá-los no processo de construção do novo modelo de atenção, não se permitiu aos trabalhadores o preparo e a compreensão do que essa mudança significava, reduzindo-se as práticas a serem desenvolvidas a meras “prescrições” do que constava nas portarias. Assim, reproduz-se a mesma lógica de controle criticada no modelo da psiquiatria clássica, já que, dentro deste contexto, nem autonomia nem o protagonismo dos trabalhadores foram apoiados, o poder decisório continua em outras instâncias e a mudança, mesmo que justificada pela intenção da transformação da assistência, é sentida como

⁴⁶ Informação obtida de um ex-trabalhador deste CAPS que não participou da pesquisa.

imposição. Dessa forma, a instituição antiga (enquanto uma ideologia que organiza o que é considerado o objeto do trabalho e qual o sentido das intervenções) ainda permanecer na nova, em um modelo híbrido que tentava contemplar as novas práticas sem romper com as antigas.

Apesar de nenhum dos trabalhadores deste grupo estar presente quando houve a passagem do ambulatório para CAPS (todos entraram a partir de 2009, na chegada da OSS), parece que de alguma forma essa passagem foi vivida como uma ruptura e não foi elaborada, marcando a história dessa instituição e deixando reflexos até hoje. A estrutura física e a localização permanecem as mesmas, mas, apesar das novas funções imporem novos fluxos e os sentidos para as ações em saúde, por vezes sustentam-se atendimentos dentro de uma prática típica ambulatorial, respondendo ao pedido de atores do território (tanto da população quanto dos serviços de saúde). Os trabalhadores ainda estão no processo de transformar o dispositivo Ambulatório de Saúde Mental em um dispositivo CAPS:

Carina (nutricionista): E a gente tem uma grande dificuldade de encaminhar esses usuários que já estão estabilizados. Por isso que a quantidade é 545, é muito. A gente tem um território de posto de saúde, UBS tradicional, que algumas não têm PSF, então a gente tem essa dificuldade. Tem psiquiatra, tem, mas eles têm uma agenda fechada há mais de dois anos e então a gente tem essa dificuldade de encaminhar. (...) Até mais, né [de dois anos]? A gente tem paciente aqui desde 97 que já dá para ir, que não consegue chegar.

Fabiana (T. O.): Pacientes da época do ambulatório.

Com grande número de usuários para cuidar e muitas demandas a responder da rede de serviços ao qual está vinculado, é pequena a possibilidade de manejo do trabalhador frente a um usuário que não consegue se vincular a uma UBS porque “*não abrem vaga há dois anos*”. Este trabalhador, por não conseguir fazer a mediação adequadamente (que exige investimento em tempo de trabalho e presença física fora da instituição) entre este usuário e o dispositivo ao qual pretende-se vinculá-lo, acaba mantendo um tipo de atendimento que, se há compreensão da equipe que o usuário tem potencial de construir e se beneficiar de outros vínculos com outros lugares e pessoas, não seria o desejável/recomendável. Prefere-se, para não deixar o usuário desassistido, manter uma prática ambulatorial.

Frente a tantas demandas, compreende-se de outro modo a fala de Adriana (A. S.): “*Demorou, tanto para a equipe como para o próprio usuário, adaptar a esse novo sistema*”.

Ainda não está bem constituído qual é o lugar deste CAPS III (ou quais são os lugares e quais não são), nem para trabalhadores (que parecem precisar acolher toda demanda que chega), nem para o usuário e familiares (que ainda não se “adaptaram a esse novo sistema” e procuram no CAPS um ambulatório ou um hospital psiquiátrico).

Apenas três UBS, das oito para as quais o CAPS é referência, têm equipe de saúde mental. Quando anunciam que recebem o usuário encaminhado que “só precisa só marcar um médico”, mais do que demandar por atendimento ambulatorial, também anunciam que as transformações na compreensão da loucura e nas práticas, desenvolvidas pela RPB, ainda não foram suficientemente debatidas nos dispositivos da Atenção Básica. O trabalho de matriciamento tem modificado essa realidade, mas, a RAPS ainda é incipiente e necessita-se muito investimento para consolidá-la.

Carina (nutricionista): A gente começou um trabalho de matriciamento nas UBS há um ano e meio, o que vem melhorando a conversa. Com algumas UBS já está bem melhor, hoje a gente consegue encaminhar, mas algumas ainda está engatinhando.

-x-x-x-x-

Nair (psicóloga): Os hospitais que foram fechando, né? É que assim, a gente tem um norteador agora também que é a RAPS – acho que é importante também passar um pouquinho – que é a Rede de Atenção Psicossocial. E aí ele tem algumas diretrizes que a gente acaba seguindo. Tiveram algumas mudanças em termos de organização do serviço, em termos de organização da própria rede, embasando um pouquinho do que é dito nessa diretriz. Então tem alguns itens que a gente acaba se norteando por aí. Então tem o eixo da reabilitação psicossocial, o eixo da atenção à crise, o eixo da economia solidária e geração de renda, então por conta desses eixos a gente começou a se organizar de uma outra forma. Então, antigamente, tinha aquelas APACs que a gente tinha que preencher; hoje não existe isso, então já é um olhar mais qualitativo e não mais quantitativo. Ainda tem essa coisa, não tem como, infelizmente para a gente mostrar a nossa... A eficácia do nosso trabalho, a gente tem que ser em termos de número, não tem uma outra forma. Mas eu acho que dessa maneira fico um pouco mais fácil de visualizar o todo: não só a quantidade de dias que o paciente esteve aqui, mas a qualidade do trabalho que foi feito, de investimento do trabalho nesses usuários.

Fabiana (T. O.): Da rede toda. Ela, acho que a RAPS veio para ajudar mesmo, acho que fortalecer o trabalho em rede. Era muito fácil a gente estar aqui, puxadinho, é.. Melhorou, encaminha, melhorou, encaminha. É encaminhamento, aí recebe um...É como é o nome?(...) Referência e contrarreferência. Hoje não, hoje não é simplesmente um papel. Hoje a gente discute o caso, de que forma nós...

Adriana (A. S.): ... Todo o investimento.

Fabiana (T. O.): Todo o investimento, a parceria de que então a gente vai encaminhar, e aí então vamos aos poucos encaminhar, né? Vamos pensar um trabalho de parceria, a gente começa a encaminhar com o médico, permanece em grupo, a gente tenta ver outros grupos na rede, o que é que tem no território...Acho que a gente está engatinhando ainda, acho que ainda tem muito a melhorar, mas a gente já conseguiu sair disso, de cada um no seu serviço, e somente encaminha.

Carina (nutricionista), em outro momento, fala da dificuldade que ela tinha no fluxo com outros serviços de saúde, já que, como nutricionista, tinha seus encaminhamentos e ações questionados, faltava o “carimbo médico”. A partir do trabalho de matriciamento, a relação melhorou, e ela relata que hoje as ações dela têm sido legitimadas pelas UBS com quem já conseguiram estabelecer outro diálogo. A própria equipe do CAPS também parecia colocar o atendimento médico como central no cuidado, na medida em que não usava outros recursos da UBS, como grupos de dança, e deixava, assim, de efetuar parceria:

Fabiana (T. O.): Acho que também vem um olhar de que não somente encaminhamento médico como era antes: estabilizou psicopatologicamente, UBS, estabilizou... Hoje não, hoje a gente pensa também “que mais que a equipe da UBS oferece?”. Às vezes tem um grupo de dança circular, porque não o nosso usuário não pode começar com uma dança circular lá? Quer dizer, reconhecer outros espaços... A gente hoje consegue não somente o olhar médico do psicopatológico, mas do psicossocial mesmo, do trabalhar a autonomia, de que outra forma pode se chegar a uma UBS sem ser somente o médico?

Carina (nutricionista): E a própria UBS está entendendo melhor, né? Porque, antigamente, se fazia um encaminhamento... Eu sou nutricionista, né, nutricionista em saúde mental é raro. Então fazer o encaminhamento de uma nutricionista virava um que “mas como que uma nutricionista encaminha?”, e isso mudou muito, né, acho que para a equipe toda, né, antigamente, não, era só médico que tinha que encaminhar, tinha que ter o carimbão, lá, profissionalmente.

A dificuldade de inserção do sujeito em sofrimento mental em outros dispositivos da cidade, principalmente os da saúde (ou por não haver equipe de saúde mental na Atenção Básica, ou por ter uma rigidez na forma de acolher que acaba o tornando inacessível ao usuário, ou por, em alguns casos, se recusar a atender esse público), que é antiga e experienciada em muitos CAPS, é discutida novamente na fala de Fabiana (T. O.), que relata

que essa situação tem levado a perpetuação do atendimento ao sujeito em sofrimento mental nos CAPS:

Adriana (A. S.): É que a inserção também assim, dificulta um pouco desses pacientes, porque (...). até pela questão da porta aberta, tem o usuário que não vem no dia da consulta marcada. Tem o tempo dele, a própria desorganização. Então, isso também no território é muito complicado para inserir este usuário. Quando a gente fala de rede a gente acaba levando em consideração UBS, CECCOs, outros espaços, não só espaços de saúde, mas também espaços de lazer, e muitos não conseguem chegar nesses espaços.

-x-x-x-x-

Nair (psicóloga): Vai inflando, né? Vai inflando, porque a gente não tem saída, mas tem entrada.

Fabiana (T. O.): Acho que a gente também vem mudando a característica dos nossos usuários, com o fechamento dos leitos nos hospitais. E aí a gente vem recebendo uma grande demanda de moradores, que eram moradores dos hospitais, e que voltam ao seu território. E de que forma a gente vai trabalhar esse no seu território? A gente recebe também muitos usuários de que não são deste território e como a gente vai trabalhar a adaptação, a inserção, vai permanecer nesse território, a gente vai tentar resgatar essa família e aí voltar para o outro território... Então acho que a gente está nesse processo de mudança. Temos, sim, muitos usuários, que são, têm um tratamento mais ambulatorial, porque a gente não consegue encaminhar, mas acho que a gente vem mudando um pouco o perfil desses que estão chegando mais graves, moradores de hospitais e aí de que forma a gente vai trabalhar com a rede? Acho que esse é o maior questionamento nosso: como a gente vai trabalhar com uma rede que não é flexível, com serviços de saúde que hoje estão fechados, a maioria, e como a gente vai conseguir essa inserção no território? Acho que o nosso maior desafio é esse: dentro de tamanha complexidade aqui dentro, com um grande número de usuários, como a gente vai conseguir ir para a rede trabalhar a inserção, trabalhar esse território, a compreensão do serviço, enfim?

Quando Adriana (A. S.) relata que “no território é muito complicado para inserir este usuário”, não fala apenas da rede de saúde, mas das pessoas que moram e transitam nesse território: familiares dos usuários, trabalhadores dos demais serviços de saúde, e outros lugares não relacionados com o campo da saúde, como os bancos, que ainda carregam fortemente uma compreensão do cuidado à loucura associado a tratamentos fechados. Este CAPS está localizado em um lugar de fácil acesso e existe como lugar de cuidado desde meados de 1970, o que possivelmente justifica a grande demanda espontânea de usuários que

buscam atendimento e o grande número de casos encaminhados com pedido para eles “triarem”.

Em vários momentos do grupo, os trabalhadores relatam essas dificuldades na relação com as UBS e com os demais equipamentos de saúde, como se o território se mostrasse ainda refratário à presença dos sujeitos em sofrimento psíquico: não estão disponíveis, não sabem como acolher, não abrem agenda “forçando” o CAPS a trabalhar como ambulatório, pois há usuários em condições de receber outro tipo de cuidado, mas não há lugar que os receba. E novamente o excesso de trabalho aparece, agora na fala de Fabiana (T. O.), que, frente a tantas e tão complexas demandas, se pergunta “*como a gente vai conseguir ir para a rede trabalhar a inserção, trabalhar esse território, a compreensão do serviço (...)?*”. Ação no território/trabalhar o território, neste trecho, parece referir-se a cuidar não apenas da inserção do usuário nos demais dispositivos, mas da produção de vida: onde este sujeito vai morar, se ele tem família e se pode voltar a ela, a que dispositivos vai estar vinculado etc. Trabalhar o território também é desterritorializar o lugar do louco na cidade ao mesmo tempo que se constrói um outro lugar, um outro fluxo de relações, para o CAPS na rede de serviços.

Rebeca (psicóloga): Mas o que eu acho vem aos poucos também esse entendimento de que às vezes estar fora pode ser mais produtivo, a gente pode ganhar tempo. Porque à medida que a gente tem contato com as UBS e vai tentando fazer com que elas fiquem também mais abertas a receber uma demanda, a gente desafoga aqui, né, mas é que essa passagem: “Não, mas agora eu estou com 500 pessoas aqui, já pensou se eu sair, como é que vai ser”. Não, mas se a gente negociar que 100 vão para lá – estou brincando aqui com os números –, então a gente vai ter só 400 aqui, né? Acho que é uma transição, um processo, né, que acho que é importante na história desse CAPS, que não era só CAPS. Então quando chega alguém no acolhimento e fala assim: “Não, porque eu vim aqui nos anos 1990...”. Mas nos anos 1990 isso aqui não era um CAPS, né, mas aqui já existia, esse lugar já era uma referência em saúde mental, de outra forma. Mas ir mudando isso é aos poucos, não tem como, né?

O ambulatório não está mais lá, mas continua existindo nas pessoas, que reproduzem significados aprendidos ao longo de décadas, e buscam o ambulatório no CAPS. A implantação de um dispositivo como um CAPS pode provocar transformação nessa realidade, realizando outras relações da sociedade com a loucura, mas parece que, nesta região, o trabalho de construir parcerias se mostra mais difícil, principalmente na rede de saúde, que

muitas vezes se recusa a acolher sujeitos em sofrimento mental até para cuidar de questões clínicas.

Carina (nutricionista): A nossa vivência aqui no hospital, no clínico aqui do hospital de referência é essa, né? Quando a gente precisa descer alguém, eles não atendem, fazem pouco caso. É bem difícil assim, a conversa é bem difícil.

Nair (psicóloga): Mesmo acompanhando, né?

Carina (nutricionista): Mesmo acompanhando! Mesmo a equipe acompanhando. É bem difícil. A gente já chegou a descer com ele muitas vezes e...

Coordenador: No PS clínico?

Carina (nutricionista): No PS clínico. E o médico falar: “ele eu não atendo”. Tirar a ficha, na nossa cara assim!

Adriana (A. S.): A gente teve um caso também de uma usuária que tava com tuberculose, né, TB? Eles não quiseram ficar com ela, porque ela não era... Tem família, mas não tinha moradia, assim, fixa, ela ficava um bom tempo na rua. E ela estava em um estado muito grave, aí a assistente social, assistente de enfermagem, desceram, conversaram com a clínica que estava de plantão... Não quiseram deixar ela internada pra ficar em observação e encaminhar pro hospital lá do Campos do Jordão, pra fazer acompanhamento.

Fabiana (T. O.): O médico fez um relatório solicitando urgência, porque ela não estava nada bem. O hospital chegou a... Eu lembro que a assistente social nossa aqui falou que o que eles alegavam era que “ah, ela é uma moradora [de rua], então quer dizer, a gente vai fazer tudo isso, ela vai voltar pra rua e ela tem uma possibilidade de pegar de novo a TB, né?”. No fim...

Adriana (A. S.): Ela veio a falecer

Nair (psicóloga): Justificativa... Ridículo, né?

Fabiana (T. O.): Ela faleceu.

No início do segundo encontro, um usuário que estava no acolhimento bate na janela e inicia uma conversa com Carina (nutricionista), perguntando sobre quando buscariam o RG dele. O desenrolar dessa conversa revela tanto uma situação de estigma e preconceito vivida pela usuária em um banco quando tentava receber seu benefício, quanto o exemplo de um tipo de cuidado realizado por este CAPS, acompanhando este senhor em diversas situações:

Odair [usuário, falando através da janela da sala]: Carina!

Carina (nutricionista): Tudo bem, Odair? Bom dia!

Odair: Pra quando que é o documento, Carina?

Carina (nutricionista): É sexta-feira o documento. Tá bom? Hoje a gente vai lá no médico à tarde.

Odair: Ah, tá bom!

Grupo:[risos].

Carina (nutricionista): Semana que vem você vai pra casa, Odair, tenha paciência.

Odair: Até começar o documento é sexta-feira.

Carina (nutricionista): Xavequeiro! Depois a gente conversa que eu tenho reunião agora, tá?

[Odair se afasta da janela]

Fabiana (T. O.): Ele está em nosso acolhimento.

Coordenador: É o mesmo da semana passada, né? Quando você apresentou o espaço.

Carina (nutricionista): É ele mesmo. Ele está... Na verdade já é mais uma questão do social, né? Ele é um esquizo grave, crônico, e aí ano passado ele sofreu dois AVCs, três paradas cardíacas, estava sem andar e a casa dele é uma casa muito ruim, assim... Mora sozinho, no mesmo quintal que o irmão, mas o irmão é alcoolista, né? E a gente chegava lá e ele estava em um estado ruim mesmo, assim. Com cocô na parede, todo sujo... Então, na semana retrasada, a gente foi buscá-lo, ele estava mais desorganizado para ajeitar, ajustar a medicação dele e a situação do social... Ele foi no banco. Quando ele não está muito bem, ele fica bastante agressivo e aí ele causou no banco, e aí a moça da caixa bloqueou a senha dele e falou que ele só voltaria lá se ele fosse interditado. (...) Mas nem precisa interditar. Ele fica... É muito tranquilo quando ele tá bem. Na verdade, foi mais sacanagem do banco do que outra coisa.

Fabiana (T. O.): O preconceito, né?

Adriana (A. S.): É porque ele é bem ansioso também, né? Quando ele precisa sacar, receber o dinheiro dele... Ele é bem ansioso.

Nair (psicóloga): Para quem não conhece, né?

Carina (nutricionista): Mas ele tava com o irmão, o irmão estava bem naquele dia. Na verdade, o irmão dele falou: “ela falou que ia fazer de propósito”. Ele não estava muito bem naquele dia. E aí a gente estava correndo atrás. A gente foi tirar o RG com ele, o RG chega sexta-feira, hoje

ele tem clínico-geral, e aí semana que vem a gente vai no banco, e aí depois a gente libera ele para casa.

Odair é egresso de hospital psiquiátrico, não foi dito quanto tempo ficou internado nem a idade dele, mas, aparenta já ser idoso. Tem vários problemas clínicos, se locomove com dificuldade, não consegue manter sozinho as tarefas da vida diária e tem pouco apoio familiar. Como fala Carina, “*é mais uma questão social*”, mas, a equipe se aproxima dele para ajudá-lo a se organizar: cuidar da para que ele tenha um documento, ir ao médico, cuidar do seu próprio dinheiro, da higiene. O banco, com sua lógica burocrática na forma de se relacionar, não tem paciência com quem não se apresenta segundo seus signos de valor. Provavelmente o Sr. Odair não tinha a aparência de alguém que poderia trazer algum lucro ao banco, além de não se comportar como o esperado (estava ansioso no dia), e o banco, representado na figura da caixa, fechou o diálogo com ele, condicionando o atendimento a uma “interdição”. Manter o Sr. Odair no acolhimento é uma forma de cuidar e de protegê-lo, mas, de acordo com o tipo de dificuldade que tem, será que o lugar do cuidado para essa situação de vulnerabilidade é o CAPS? Como também observado por Scarcelli (2002) em outras situações de egressos de hospitais, os trabalhadores têm dificuldade de sair do papel de protetores, ainda mais se considerarmos o preconceito que a sociedade ainda mantém com o “paciente psiquiátrico”.

Fabiana (T. O.) relata que, em muitas situações, decidem manter o usuário no acolhimento, mesmo depois de estabilizado e organizado, para apoiá-lo em questões sociais e clínicas. Novamente, pergunta-se qual o papel do CAPS e qual o limite de sua atuação: até onde o técnico está se colocando como ponte para o mundo, como apoio, ou reproduzindo a “vocação terapêutica” (BASAGLIA & GALLIO, 1991) da área da saúde, de intervir na vida das pessoas e da cidade? Para além da questão sintomatológica, é necessário pensar na produção de vida: quais necessidades e desejos essa pessoa apresenta? Que dificuldades e potencialidades têm? Como apoiá-lo? A presença dos técnicos, mediando relações deste usuário com seus lugares de interesse, nas situações apresentadas pelos trabalhadores, foi necessária porque, em muitos destes lugares, quando percebem que há um “problema psiquiátrico” a tendência é ou fecharem a porta ou dificultarem o acesso, como no caso do usuário Odair no banco.

Fabiana (T. O.): Por mais que alguns usuários estejam estabilizados, estão desorganizados e então entram pro acolhimento. E ao se organizar, se a gente observa que ainda tem algumas coisas que a gente consegue para

ajudar, segura mais um pouco no acolhimento. Não são todos os casos, mas, por exemplo, a gente sabe que se liberar ele fica mais difícil, porque ele tem dificuldade de vir diariamente. E é uma ajuda que o CAPS tem que ter, né? Tanto pro banco, pra acompanhar... Então, às vezes a gente aproveita para levar em consulta, quando dá um funcionário acompanha. Então, a gente vai vendo caso a caso, de que forma a gente vai organizando esse tratamento, de que forma a gente... Não só o tratamento, mas o fora também, né? Então alguns casos permanecem mais no acolhimento pra gente ajudar aí também nessa organização.

Como é o único CAPS III de uma vasta região, é referência para acolhimento integral de outros CAPS de muitos distritos no entorno. Mesmo com outros CAPS, parece se repetir a relação já relatada com os outros dispositivos da saúde, que não se responsabilizam pelo sujeito em sofrimento mental e delegam o cuidado somente ao CAPS: o usuário chega neste CAPS, faz-se o trabalho de pensar o PTS, cuidar da medicação, da vinculação deste sujeito com os lugares de vida, depois “volta bonitinho”.

Fabiana (T. O.): É muito complexo! Por isso que a gente precisa conversar muito, né? Porque senão, o serviço não anda! É isso, né? Vai chegar um da do CAPS Y e a gente vai precisar discutir pra entender, não é porque é de lá que a gente também não vai se apropriar – apesar de que a equipe do outro CAPS precisa se apropriar do caso –, mas de que forma o usuário de um outro serviço vai ficar aqui e a gente vai passar reto pelo corredor? Não, né, porque ele vai circular. E é isso, a gente vai ter que sentar e conversar pra ver hoje como vai ser, como será.

Adriana (A. S.): As intervenções, né, medicação, todo o projeto... Até contato com a família, dependendo da situação... É, a gente tá com um caso aqui que é isso, né, que veio do CAPS Z, e a gente, na verdade, está fazendo um baita de um trabalho assim, com esse caso. É um caso compartilhado também. E a gente vê tudo, medicação, projeto, tudo acompanhando junto com o outro serviço.

Coordenador: Depois volta pra lá?

Adriana (A. S.): É, aí volta bonitinho, né?

Fabiana (T. O.): É, a gente tem uma grande, uma grande discussão com os outros serviços, é isso. Porque a gente oferece o acolhimento, porque é necessário, porque é o único CAPS III da região, mas a gente pega no pé dos outros serviços e fala “olha, não é abandonar aqui, né?” O usuário tem vínculo com vocês, precisa vir visitar o território, não pode perder esse vínculo, né? Não é porque tá aqui no nosso acolhimento que...”

Coordenador: Senão vira internação?

Fabiana (T. O.): Exatamente.

Nair (psicóloga): Vira moradia na verdade, né? (...) É, porque, o portão é aberto, teoricamente, não é uma internação, então se ela quiser sair, se a gente...

Este CAPS, além de ser referência para as UBS de sua região e para os CAPS II de mais de 10 bairros, também é referência para vários hospitais psiquiátricos. Parte do trabalho desenvolvido envolve a acolhida de usuários que estavam em internação e, por conta do limite de tempo da internação psiquiátrica, recebe usuários em crise grave, o que acaba por transformar a acolhida integral em “mini-internações”, sobrecarregando a equipe e desvirtuando o trabalho, ainda mais se considerarmos que muitas vezes o usuário não era acompanhado pelo CAPS antes.

Carina (nutricionista): Porque a gente tem hoje uma portaria nova de que internação psiquiátrica é um mês, só. E bem ou... Ou ele estando bem ou ruim ele vem para o nosso serviço. E aí a gente tem todo esse trabalho. A gente já teve usuário que chegou muito ruim e precisou ficar no nosso acolhimento e aí ficou quase 15 dias, mais 20 dias... De uma gravidade muito grande. Então a gente está inflando, porque está chegando assim... (...) Até a portaria diz que são 14 dias, né? Até isso é só no papel; às vezes a gente acaba deixando mais tempo.

Outro trabalho desenvolvido neste CAPS é a “regulação de vagas” dos outros CAPS, recebendo as altas dos hospitais psiquiátricos e organizando onde e como vai ser o cuidado. Chama a atenção a naturalização dessa responsabilidade do CAPS, esse não questionamento da transferência de responsabilidade, aparente nas falas “*porque eles não têm o sistema que a gente tem de fazer pesquisa por CEP, dividir por território*” e “*porque muitas vezes eles não sabem*”. Pela facilidade com que qualquer pessoa consegue ter acesso a essas informações, fica a impressão de uma não responsabilização do hospital em relação ao cuidado do usuário depois da alta. Frente ao problema “*o usuário chegava solto*” (que possivelmente significava que este sujeito saía da internação sem indicação de onde seguir tratamento), a solução encontrada foi o CAPS fazer a intermediação entre os hospitais psiquiátricos e a rede de saúde mental. Em relação aos usuários que são do território do CAPS, faz sentido começar um trabalho com a família, pensar junto o cuidado, mas, em relação a usuários de outros territórios, talvez fosse mais efetivo que se começasse este trabalho no próprio lugar onde o usuário fosse seguir o tratamento:

Carina (nutricionista): Hoje a gente recebe a AIH desses usuários que estavam internados. Então a gente pesquisa se é do nosso território, aí já começa um trabalho com a família, de sensibilizar a família pra trazer depois da alta, porque muitos acabam abandonando no hospital...

Coordenador: Vocês recebem AIH?

Nair (psicóloga): Por e-mail.

Carina (nutricionista): Para esses que estão internados que são do nosso território, né?

Fabiana (T. O.): Porque aí a gente já inicia...

Nair (psicóloga): O hospital já encaminha.

Fabiana (T. O.): Já inicia o trabalho.

Carina (nutricionista): Manda tudo para cá, aí a gente acaba disparando, né?

Coordenador: Fazer um trabalho de encaminhamento? Vocês recebem no final e distribuem para o território?

Carina (nutricionista): É. Eles mandam para cá.

Adriana (A. S.): Porque muitas vezes eles não sabem, né?

Nair (psicóloga): A gente acaba sendo referência mesmo, né, por ser um CAPS III, eu acho que a gente é referência aí do território.

-x-x-x-x-x-

Adriana (A. S.): Acho que também aumentou mais os encaminhamentos, porque antes que ficava muito solto. O paciente quando saía de uma internação, tal, não chegava tão fácil assim, muitas vezes ele chegava solto, porque acho que os próprios hospitais, também, tinham essa dificuldade “ah, encaminhar, para onde?”, porque eles não têm o sistema que a gente tem de fazer pesquisa por CEP, dividir por território... Então ficava um pouquinho solto isso também. Não tinha muito essa conversa, então a pessoa “ah, tá bom, você está de alta, vem no CAPS”, então trazia aqui, a gente manda para o CAPS X ou para o CAPS Y, então agora os próprios hospitais também direcionam melhor.

Carina (nutricionista): Hoje a gente recebe a AIH desses usuários que estavam internados. Então a gente pesquisa se é do nosso território, aí já começa um trabalho com a família, de sensibilizar a família pra trazer depois da alta, porque muitos acabam abandonando no hospital... Então hoje a gente recebe uma lista de quantos estão internados, de quanto tempo que tá. O ano passado a gente chegou a fazer visitas nos hospitais, para conhecer os usuários que não eram daqui ainda. Um trabalho que está andando, né?

Fabiana (T. O.): Na verdade, sensibilização da continuidade do tratamento. Já vai sair, a gente já sabe que vai sair, quando vai sair, quem vem, qual a família. Já faz esse trabalho para não se perder.

A prefeitura tem pressionado os hospitais psiquiátricos para o fechamento dos leitos, trabalhando a alta dos internos que tem família e/ou alguma autonomia, ou transferindo para residências terapêuticas. Em muitos casos, esses sujeitos são encaminhados para serem assistidos nos CAPS. Nessa mesma conversa, sobre o recebimento das AIH, que parecia indicar uma “agilização” para não deixar o sujeito “solto” (sem atenção em algum dispositivo), já buscando saber em qual serviço ficará, se tem documentos, que benefícios recebe ou tem direito a receber, se tem ou não apoio familiar, também revela outro lado: do hospital “livrar-se do problema”, ou transferir a responsabilidade.

Carina (nutricionista): O interessante desses e-mails é isso, né, que a gente pode perguntar um pouquinho “ah, o usuário está há seis anos? Vocês já viram benefício, documento?”. Porque daí eles, lá é muito mais fácil, né, o INSS, foi lá, né, o Poupatempo, do que aqui. Então, mas a gente recebeu dois ano passado que... [veio] De mala e cuia, né?

Nair (psicóloga): Recebemos quatro, né?

Carina (nutricionista): Quatro. Um que deixaram aqui com um saco de medicação assim.

Adriana (A. S.): E se virem.

Carina (nutricionista): Se virem, né? Aí os outros dois, o próprio hospital pagou pensão para eles morarem durante um tempo e aí a gente tinha que se virar com as outras coisas: documento, benefício... E um outro que ficou aqui por uma determinação da coordenadoria e ficou um ano.

Adriana (A. S.): Um ano. No nosso acolhimento.

Carina (nutricionista): No nosso acolhimento. E aí a gente conseguiu a residência terapêutica também.

Adriana (A. S.): Chegamos a ver o quadro dele, toda a história. Falamos com a família, a família não queria mais contato.

Carina (nutricionista): E aí a determinação é: tira do hospital, porque senão a prefeitura vai ter que pagar uma multa diária de X lá valor. Então coloca no CAPS III até conseguir uma vaga em uma residência terapêutica.

Fabiana (T. O.): A gente recebe muita coisa!

Há duas residências terapêuticas sob a responsabilidade desse CAPS, que se localizam em bairros próximos, mas, de acordo com Carina, não dá para os usuários virem a pé, precisam pegar alguma condução. São oito usuários em cada, vindos de vários hospitais que foram fechando leitos como o Charcot, Vera Cruz e São João de Deus.

Fabiana (T. O.): Então, a gente se organizou assim: tem duas duplas, uma dupla para cada residência, para ficar mais à frente assim. A equipe também contribui nas discussões de caso, nos atendimentos, mas assim, os encontros com os coordenadores de cada residência, geralmente, são feitos pela dupla. Então, por exemplo, eu sou uma das pessoas que compõe uma dupla junto, por exemplo, com a P., que é farmacêutica, e aí nós somos referências para os moradores da residência masculina. Então a gente é...Vai lá, no mínimo uma vez por mês, convida todos para virem aqui para as atividades. Mais ou menos assim, a coordenadora também vem, ou o coordenador, para as reuniões com equipe de vez em quando, para discutir os projetos...

“A gente recebe muita coisa”, além dessas demandas dos outros CAPS e dos hospitais psiquiátricos, eles recebem também muitos pedidos de ajuda (para avaliar ou intervir) de outros dispositivos fora do campo da saúde, como a Vigilância Sanitária e a Defensoria Pública, além de ordens de “internação compulsória em CAPS”. A equipe tem procurado manter reuniões com o Judiciário tentando construir um outro lugar para o CAPS que não o do manicômio, que é desterritorializar certas práticas que colocam a experiência da loucura como algo que precisa ser disciplinado e medicalizado.

Carina (nutricionista): Acho que vem melhorado assim. Mês passado teve uma reunião com o Judiciário, né, com a equipe da promotoria porque alguém mandou.... Vem muito assim, pelo juiz, a internação compulsória. Eu estou no lugar da minha gerente, então a gente está com um que está assim: “internação compulsória no CAPS”.

Fabiana (T. O.): “Internação compulsória no CAPS?”. Então, vem melhorado. O juiz entende que não é ele que vai determinar a alta, né, antigamente era ele que determinava, é... Tem esse entendimento assim.

-x-x-x-x-

Fabiana (T. O.): Acho que a gente tem agora uma Defensoria aberta, né, à discussão.

Carina (nutricionista): Isso, é aberta à discussão.

Fabiana (T. O.): Aberta à discussão de receber encaminhamento e ligar lá e conversar.

Carina (nutricionista): Não só o “cumpra-se”, né, mas entender, “vamos ver o que está acontecendo primeiro”, “vamos tentar de outro jeito”, né?

*Adriana (A. S.): Acho que a conversa com os serviços estão ampliando, né?
A Defensoria...*

Carina (nutricionista): É. Melhorou muito. Tá melhorando, né?

Os trabalhadores relatam, em vários momentos do grupo, que nos espaços culturais a recepção aos usuários é melhor. Há uma atividade desenvolvida que tem como objetivo conhecer a cidade de São Paulo, na qual os usuários, com apoio dos técnicos, escolhem lugares para conhecer ou visitar, como a Pinacoteca, o Horto Florestal, uma biblioteca municipal da região, Parque da Juventude, entre outros. A psicóloga Nair relata que, em alguns desses dispositivos, os funcionários receberam treinamento para receber diversos públicos, inclusive aqueles com algum tipo de necessidade especial, e esse treinamento provavelmente os ajudou a fazerem um melhor manejo, que acaba por fazer os usuários do CAPS se sentirem mais acolhidos.

Adriana (A. S.): É. Alguns espaços assim, eu saio com os usuários em alguns espaços, dependendo do local, eles ainda têm um trabalho melhor, assim, eles conseguem receber melhor. Então, por exemplo, se a gente estiver na biblioteca, ali em baixo no Carandiru, os profissionais já recebem de outra forma, assim, já estão preparados para isso, pra receber pessoas com deficiência... Então, sabem acolher um pouco melhor assim. (...) Assim, é um grupo que a gente sai pra fora. Então vai pra espaços culturais, museus, teatro, vai pro shopping. (...) Pra circular mesmo no território. Pra inserir, né, ou de alguma forma, mostrar para os usuários que existe outros espaços... E quando a gente sai nesses espaços, a gente observa que em museus os monitores, eles lidam naturalmente com esse público. Então, eles fazem todo um trabalho de orientação, compreende quando a pessoa tem dificuldade...

*Coordenador: Vocês sabem se eles têm algum treinamento para isso?
Porque não deixa de ser bastante curioso.*

Adriana (A. S.): Sim, tem.

Nair (Psicóloga): Eu acredito que deva ter, por conta dessa coisa de inclusão social. Por conta das deficiências, né? Então, que eu acho que tem um foco muito nisso, deficiência física, deficiência, né? De alguma forma eles têm o treinamento, aí a gente acaba...

Adriana (A. S.): Até porque eles recebem vários CAPS, né? Na Pinacoteca, por exemplo, eles têm uma equipe lá que só trata, só lida, com os pacientes de CAPS.

Fabiana (T. O.): É? Num sabia.

Adriana (A. S.): Tem. Tem monitores preparados só pra receber...

Nair (psicóloga): Não só CAPS, mas pessoas com algum tipo de deficiência, né?

Adriana (A. S.): Sim. Tem uns dois, três monitores.

Nair (psicóloga): É que eu acho que não tem um treinamento específico para atender um público com transtorno mental. Eu acho que é isso. Mas tem algum treinamento para você atender uma demanda com algum tipo de deficiência, e aí acho que acaba entrando um pouco nesse manejo deles aí. (...) Que por incrível que pareça é melhor do que na própria saúde, né?

Sobre a organização do serviço, relatam que se dividem em duplas pelo território de abrangência. As duplas se responsabilizariam pela discussão mensal com a UBS de cada território, discutindo o fluxo de usuários entre os serviços. Há uma tentativa por organizar a equipe em núcleos: matriciamento, núcleo da visita domiciliar, núcleo da geração de renda, da violência, da humanização e violência. Esses núcleos são compostos por 3 ou 4 trabalhadores cada e ficariam responsáveis por estar à frente das ações e discussões de cada tema. A dificuldade em efetivar os núcleos é pela grade de horários, que nem sempre os interessados pelo mesmo tema fazem o mesmo horário. Relatam que tiveram liberdade em escolher essa forma de se organizar:

Carina (nutricionista): É a gente não consegue... Tem alguns CAPS que se dividem por hora, né? Duas horas o matriciamento semanal, faz três horas de grupo... A gente ainda não se dividiu assim. A gente não tem essa porcentagem da carga horária. Tem alguns lugares que... Em alguns territórios isso já é uma exigência. Aqui ainda não, então a gente ainda consegue ter uma flexibilidade maior assim.

Coordenador: “A gente ainda não”, significa o que?

Fabiana (T. O.): Acho que ainda a gente não teve essa ordem, mas nós tivemos a possibilidade de nos organizarmos da forma como o serviço seja melhor para nós. Acho que não tem essa determinação, mas tem a conversa de que é necessário, de que forma a gente vai planejar, né?

Carina (nutricionista): Porque a gente entende que se conseguiu organizar dessa maneira que a gente está, a gente pode justificar isso pra coordenadoria, pra supervisão e que a gente não precisa ter essa porcentagem de horas dividida.

Adriana (A. S.): Na verdade é uma prestação de contas, né? Todo o mês tem uma prestação e tem que comunicar.

Carina (nutricionista): Tem que colocar o quanto você faz de matriciamento, quantos atendimentos...

Adriana (A. S.): Isso aparece de alguma forma. Olha, tantos usuários estão sem ação, tem que discutir isso mais...

Carina (nutricionista): Mas é diferente, por exemplo, na Leste veio de cima, 20% da nossa carga horária tem que estar na rua, 40% tem que... Então a gente tem essa flexibilidade.

Adriana (A. S.): Na verdade a cobrança é em cima do que a gente apresenta no final do mês.

As falas sobre a organização do serviço dão a entender que eles são cobrados mais pelo número de ações (matriciamentos, atendimentos, grupos etc.) do que pelo tipo de serviço que realizam, ou se realizam dentro ou fora do CAPS. Quando falaram em território, na maioria das vezes, os trabalhadores se referiam a área de abrangência do serviço ou a rede de saúde. Em fala posterior, voltam a discutir sobre o cotidiano de trabalho e opõe as ações no CAPS e as ações no território, como dentro e fora:

Fabiana (T. O.): Então não é somente a UBS que a gente conversa.

Nair (psicóloga): A gente trabalha muito! Por isso que a equipe é tão...Tão grande, né?

Rebeca (psicóloga): A gente se justifica!

Adriana (A. S.): Além do trabalho interno, né? Assim, porque a proposta agora é ficar mais no território do que no CAPS, né, a gente tem que estar realizando um trabalho mais fora mesmo.

Fabiana (T. O.): E de que forma realizar fora, mas não abandonando aqui dentro, né?

Rebeca (psicóloga): Mas também tem os grupos que são feitos fora, né?

Adriana (A. S.): Também.

Rebeca (psicóloga): Tem caminhada, tem passeios, futebol, né?

Fabiana (T. O.): Contação de história na biblioteca.

-x-x-x-x-x-

Nair (psicóloga): Mas já foram feitas algumas parcerias com alguns locais, então no clube, que tem aqui em baixo; com a biblioteca. Aí a gente vai fazendo algumas parcerias para poder chegar.

Carina (nutricionista): A gente tem as Oficinas de Geração de Renda, que hoje estão mensalmente na [Av.] Paulista, fazendo...

Chama a atenção a quantidade de responsabilidades que esse CAPS assume: é o único CAPS III de uma enorme região da cidade e, por isso, referência para todos os CAPS dessa região, é responsável por duas residências terapêuticas, responsável por distribuir os egressos da internação psiquiátrica para os CAPS desta mesma região e de inserir os antigos moradores de hospitais psiquiátricos no território, responder demandas da Defensoria Pública e outros setores do Judiciário, da Vigilância Sanitária, do matriciamento com as UBS...

Esse grande número de atribuições não foi questionado nenhuma vez nos dois encontros pelos trabalhadores, não conseguindo se desvencilhar desse campo de normas. Território, aqui, aparece muitas vezes objetificado e muito aderido ao que está escrito na portaria. Ao mesmo tempo que relatam cansaço e sobrecarga, assumem uma postura tarefaira, na qual parece que a quantidade de trabalho entra como justificativa do tamanho da equipe, que, por outro lado, se for considerar a quantidade de usuários e de atribuições, é pequena. Mas, a solução, creio, não parece estar em aumentar a equipe, e sim, na desterritorialização do lugar do CAPS nessa rede, com a redistribuição das responsabilidades de cuidado com demais dispositivos do território.

5.4 - CAPS II Leste

Então eu vou escutando todo mundo falando: “Procura o CAPS! Procura o CAPS!” Procurou o CAPS, porque não achou remédio na rede. Então falam: “Vai procurar o CAPS”. Que lugar é esse que o CAPS está se tornando? (Vânia, psicóloga)

A gente é marginalizado junto com os pacientes (...). A gente fica na margem. (Roberta, enfermeira)

Manda quem pode, obedece quem tem conta pra pagar. (Janaína, enfermeira)

O primeiro contato com esse serviço aconteceu em julho de 2014. Após algumas tentativas, conseguiu-se uma conversa por telefone com Ana, gerente, para a qual é apresentado o projeto de pesquisa e explicada a metodologia. Ela mostrou-se interessada e pediu que o projeto fosse-lhe enviado, mas, ressaltou em tom de brincadeira: “*Adorei a pesquisa, mas não tenho autonomia para nada. Você precisa pedir a bênção para todos os santos antes de vir falar comigo*”. Solicitou que o pesquisador entrasse também com um pedido de autorização para CEP da OSS que administra este CAPS, além dos CEPs da prefeitura e do IPUSP.

Após todos os pareceres e autorizações serem obtidos, o contato foi retomado em março de 2015, quase um ano depois. Entretanto, diferentemente do primeiro momento, foi necessário quase um mês de tentativas para se conseguir um contato telefônico, em abril desse mesmo ano. A dificuldade de contato que, em um primeiro momento poderia ser interpretado como resistência ou desinteresse, foi pela gerente explicado como sendo relativo ao excesso de trabalho a que eles estavam submetidos. Relata que recebeu o projeto e os pareceres e que tinha interesse que a pesquisa fosse realizada lá, mas gostaria que o projeto fosse apresentado à equipe para que eles escolhessem se queriam participar ou não. Ela sairia de férias e gostaria de estar presente nesta reunião, então foi marcada a apresentação da pesquisa à equipe para uma reunião após seu retorno, no final desse mesmo mês.

Este CAPS localiza-se em um bairro da zona leste, distante, quase 30 quilômetros do centro da cidade. É gerenciado por uma OSS e é localizado em uma casa térrea dentro de uma área residencial, estranhamente sem prédios no entorno. Esse é um “detalhe” tipicamente paulistano: estranha-se quando se vê o horizonte, pois geralmente nosso olhar é bloqueado

pela concentração de prédios. Neste caso, o horizonte repleto de casas indica a função que este bairro cumpre na cidade: dormitório. Há poucas áreas de lazer e cultura; é uma região com poucas fábricas, indústrias e alguns bolsões de comércio, o que, conseqüentemente, gera uma oferta insuficiente de oportunidades de emprego frente ao grande número de moradores, que por sua vez provoca a necessidade de deslocamento de dezenas de milhares de pessoas todos os dias para outras regiões e cidades.

A urbanização desta região se deu grandemente em função de loteamento baratos nas áreas centrais do bairro (em relação aos preços praticados em outras regiões mais centrais da cidade), ou por áreas de invasão, na periferia do bairro. O IDH é médio, mas, em relação ao resto da cidade, encontra-se entre os quinze menores.

Na entrada, o pesquisador é abordado de forma gentil pelo segurança, que oferece ajuda. Quase não há menção na bibliografia de apoio sobre o papel que desempenham, para além da função formal para a qual são contratados, os trabalhadores não técnicos na produção de vida e na rede de relações que os usuários criam a partir do contato com os CAPS. Em todos os CAPS pesquisados, bem como na experiência do próprio pesquisador, são trabalhadores que por vezes cumprem o papel de mediadores entre os usuários e os técnicos, relatando situações testemunhadas ou informações que lhe são contadas pela proximidade que mantém com os usuários. Em outros momentos, cumprem uma função apaziguadora nas tensões que surgem entre usuários ou entre usuários e demais trabalhadores. É comum ficarem angustiados com a crise de algum usuário que são mais próximos e buscarem ajuda entre os técnicos tanto no sentido de interceder pelo usuário (demanda explícita), quanto para uma acolhida da própria angústia. Houve movimentos em muitos CAPS (no CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, no CAPS II Centro, no CAPS III Oeste, entre outros) de tornar os trabalhadores administrativos, juntamente com os de apoio (seguranças, faxineiras, copeiras, entre outros, que são quase exclusivamente de empresas terceirizadas), parte da equipe de cuidado. Entretanto, por uma série de questões (a forma como esses serviços estavam organizados, a dinâmica do trabalho, o número reduzido de funcionários na equipe), essas ações funcionaram durante um período curto e não perduraram na história dos serviços. Entretanto, a questão de como integrar esses trabalhadores continua presente como uma tensão, seja pela relação que estabelecem com os usuários, seja pelo próprio sofrimento ecoado no contato com o sofrimento daqueles.

Já dentro da unidade, a gerente Ana me recebe e, enquanto a equipe ia chegando, falou um pouco sobre a equipe estar “desfalcada”, explicando que, por conta da instabilidade nesse momento de *chamamento* (da mesma forma que acontecia em todos os outros CAPS pesquisados), não foram contratados novos funcionários para repor os que saíram. Nas falas dos trabalhadores durante os grupos, a equipe reduzida foi um dos temas discutidos, entretanto, não houve menção ao período de chamamento.

Na reunião, o projeto foi apresentado à equipe e todos os presentes se interessaram, comentando várias vezes que seria importante contar o que fazem “para dar visibilidade”, que há poucas pesquisas e que “poucos sabem e entendem o que é feito nos CAPS”. Passaram a discutir qual melhor dia para marcar o grupo, mas não havia um dia em que toda a equipe pudesse participar sem deixar o serviço descoberto. Eles escolhem o dia que teria mais pessoas no grupo e os dois encontros foram agendados. Na saída, um dos trabalhadores se aproximou e agradeceu ao pesquisador por escolher este CAPS e por aceitar vir de tão longe, mesmo sem ele haver dito de onde vinha para o grupo. Essa fala, bem como as demais durante as reuniões, foi desvelando uma sensação de isolamento e solidão.

Participaram do grupo: Vitória (psicóloga), Fernanda (psiquiatra), Roberta (enfermeira), Júlia (psicóloga), Marcio (técnico farmacêutico), Daniela (oficineira), Janaína (enfermeira) e Vânia (psicóloga), essa última somente no primeiro encontro. Esses nomes, assim como todos apresentados eventualmente pelos trabalhadores na transcrição, são fictícios.

Pouco antes de iniciar o primeiro encontro, a enfermeira Janaína faz uma brincadeira: enquanto o pesquisador segurava o gravador. Ela pergunta, rindo, se o grupo ia ser gravado (além de constar no TCLE, isto foi dito mais de uma vez e todos sabiam), dizendo que ali era o “Big Brother”, para, em seguida, ordenar: “é pra gravar mesmo!”. O “Big Brother” é o olho que tudo vê e invade, mas, é uma via de mão única; é olhar que devassa, que controla, mas, no entanto, nada vê: metaforicamente, pode-se compreender o “Big Brother” como um Panóptico modernizado (FOUCAULT, 1987), que se expressaria, possivelmente, nas estruturas de controle da organização do trabalho. O pedido de Janaína, bem como o agradecimento do trabalhador (que não chegou a participar dos grupos por conta do seu horário de trabalho), podem ser compreendidos como um desejo de romper com esse dispositivo disciplinar que parece submetê-los: alguém vem até eles e se propõe a vê-los e ouvi-los. Essa mesma

sensação, de ser vigiado/controlado ao mesmo tempo em que não é visto, apareceu em diversas falas dos trabalhadores ao longo dos dois encontros.

Após a pergunta disparadora e um curto período de hesitação do grupo, com trocas de olhares e risos abafados, Fernanda (psiquiatra) inicia com um balanço sobre o trabalho que a equipe realiza, seguindo por um questionamento sobre a necessidade da internação na crise e a dificuldade no diálogo da equipe junto aos outros equipamentos de saúde para desvincular a crise da necessidade de internar. Esse trabalho de desterritorialização de saberes e práticas, simultâneo ao da construção de novos saberes e práticas, pode ser observado em todos os CAPS investigados, sendo sempre ressaltada a dificuldade no diálogo com outros equipamentos de saúde e uma indistinção do que seria a proposta de trabalho dos CAPS. Neste grupo, essa fala anuncia uma das principais questões discutidas: qual é o lugar do CAPS?

Fernanda (psiquiatra): Eu acho que a gente, em alguns aspectos, conseguiu contemplar algumas questões, né? (...) Eu tenho experiência de ouvir e de trabalhar em outro CAPS, eu acho que a gente tenta muito trabalhar essa questão do paciente fora do hospital, esse condicionamento, por exemplo, da crise ao hospital. A gente tem conseguido organizar essas crises aqui, a gente faz um esforço muito grande para que o momento de crise não seja igual a internar, mas o momento de crise seja uma crise, que é desencadeada por diversos fatores, não só o abandono do medicamento, mas uma questão social, às vezes familiar, todas as questões que permeiam o ser humano enquanto psicótico ou não, neurótico ou não. Mas a gente tenta buscar trabalhar essa questão, buscar saber o que é que tem acontecido. Então, eu acho que é uma coisa bem interessante, a crise como uma demonstração de que alguma coisa não anda bem, que faz parte de um contexto de tratamento e desvincular isso da necessidade de estar num lugar fechado, de ser medicado... Acho que a gente tem conseguido entender algumas coisas que nem tudo precisa medicar e que a crise não significa medicar e internar.

A fala de Fernanda remete a um artigo de Dell'Acqua e Mezzina, (1991), no qual é discutida a resposta à crise em serviços de base territorial no contexto da Reforma Psiquiátrica Italiana. Este artigo, que influenciou alguns atores do movimento da RPB, como aqueles responsáveis por implantar os NAPS de Santos, trata, entre outros pontos, da tomada da responsabilidade das equipes de saúde pela área territorial atendida, que levaria a uma presença ativa na vida deste usuário, a fim de mediar relações com seus lugares de vida e “desdramatizar” os conteúdos da crise. Respeitadas as diferenças históricas, culturais e

materiais das duas reformas, há, como ponto de contato, uma tentativa de romper com o lugar histórico destinado à loucura e com o modelo hegemônico de atenção: a crise é existencial e o lugar da atenção não é, necessariamente, o hospital.

Fernanda aponta também para uma ação desenvolvida neste CAPS a partir de um momento de reflexão sobre o trabalho: a necessidade de se criar estratégias de se alcançar os usuários que não acessam o serviço e, em alguns casos, mal saem de casa. São sujeitos que “não estão quebrando ou batendo”, mas também têm suas limitações e precisam ser apoiadas para viverem seus desejos e ocuparem a cidade. E nessa fala começa a ser desvelado a difícil relação com os outros dispositivos de saúde, mesmo em um território que contempla uma grande quantidade de equipes de PSF. A relação das outras equipes de saúde (UBS, Hospital Geral, AME) do território com os usuários da rede de saúde mental parece ser de não responsabilização, talvez por não contarem com equipes mínimas de saúde mental, ou talvez por uma formação insuficiente neste campo, este sujeito permanece invisível para esses serviços de saúde. Como na crítica feita no artigo de Dell’Acqua e Mezzina (1991), a crise nunca é do serviço, é sempre do usuário: o *“paciente que não sai de casa (...), que não consegue acessar o território”* e, assim, também parece inacessível aos serviços de saúde. Na medida em que estes dispositivos permanecem inflexíveis na forma de acolher, o cuidado fica relegado exclusivamente ao CAPS, ou, como dito em outros momentos do grupo, só acontece quando mediado pelo CAPS.

Em outra fala, o entendimento que este usuário é de todos desaparece, a rede *“só existe no papel”*: para as outras equipes, o CAPS parece ocupar o lugar de gerenciador e *“tem que absorver tudo”*. A sensação é que *“todos os caminhos levam ao CAPS”*, que acaba funcionando como o centro da rede ou como porta de entrada.

Vitória (psicóloga): (...) Então fica uma situação assim: tudo é CAPS! A sensação que eu tenho é que CAPS hoje virou sinônimo de pronto-socorro em saúde mental. Então assim, passa no pronto-socorro, passa-se em qualquer lugar, manda pro CAPS que o CAPS resolve!

-x-x-x-x-x-

Vitória (psicóloga): É um desafio. (...) Porque, às vezes, acaba que o entendimento é de que é só a gente, porque saúde mental é com a gente. Acaba sendo que é um paciente que é só nosso. Aí a gente tenta quebrar essa paradigma também e dizer que não, que nosso trabalho é que ele circule, que a gente precisa dos outros serviços pra isso.

Fernanda (psiquiatra): Mas essa conversa com o hospital ainda tem ruído, assim, de internar, de a gente não ter reunião sobre os pacientes que estão internados... (...) Existe uma rede que existe no papel, mas o CAPS acabou tomando esse papel de... Como se fosse um gerenciador de tudo, mas, também de absorver tudo. E aí, o que a Vitória (psicóloga) está dizendo é que a gente está tentando dizer: “Olha, é nosso e de todo mundo. E nosso também”.

-x-x-x-x-

Daniela (oficineira): [As equipes das UBS] têm muitas dúvidas, por exemplo, as residências terapêuticas, eles têm dúvidas para que servem, o CAPS, quem atende... Quem são esses pacientes que nós atendemos, os pacientes que o ambulatório e a unidade agora atende, os pacientes que é da... Como eles podem ajudar... Enfim, tem um monte de questão que a gente tenta...

Vitoria (psicóloga): E tem várias unidades que já conseguem entender isso, inclusive até ligam pra gente, por exemplo, se paciente chega lá em crise, se está mais alterado... Eles ligam pra perguntar como proceder, já não mandam direto para o hospital. Eles ligam aqui.

A partir da fala da oficinaira Daniela que a equipe “*não tem pernas para isso, para essa aproximação*” com as outras equipes do território, fica a impressão que, em boa parte dos casos, o usuário fica sendo responsabilidade somente do CAPS, o que, possivelmente, deve refletir a realidade atual da distribuição de usuários entre os serviços. Entretanto, diante da abertura de um espaço de diálogo, as equipes dos demais serviços da rede de Saúde e da Assistência Social (UBS, CRAS, CREAS e até, em alguns encontros o Conselho Tutelar e Defensoria Pública) demonstraram interesse e pareceram melhorar a compreensão sobre o campo da saúde mental, lidando de outra forma com os casos que envolvem possíveis usuários para o CAPS. As relações horizontais, entre os serviços, podem promover aquilo que Santos (1998) chama de espaço do acontecer solidário, que envolve a coexistência em um mesmo território contíguo e que pode, quando se entra em um regime efetivo de comunicação, levar a uma construção política de resistência aos controles exercidos de outros lugares (as relações verticais).

Daniela (oficineira): A gente está tentando fazer um trabalho também de sensibilizar essas UBS, essas equipes... Por que, o que é que acontece? Acho que é uma dificuldade, mas a gente busca bastante isso, esse matriciamento, essa sensibilização. Porque as vezes a UBS, as equipes, não se veem preparadas para lidar com esse paciente que não sai de casa, que não consegue vir aqui, que não consegue acessar o território. Hoje, a gente tem

um Fórum de Saúde Mental, que acontece às terças-feiras, uma vez por mês, que tem ajudado a gente a conversar com a rede, se conhecer primeiro, né, porque acho que nem isso tinha direito. A gente tem reunião de micro, mas ainda não é algo... A gente está engatinhando, está se preparando pra isso.

Hoje, por exemplo, algumas equipes conseguem entender melhor a saúde mental e acessar esses pacientes. No caso, de alguns casos que não vem pra cá. Mas ainda é algo que a gente precisa fortalecer mais. É difícil, porque a gente precisa se desdobrar, não temos pernas para isso, mas a gente tenta e tem construído isso, essa aproximação com as equipes.

A equipe deste CAPS está trabalhando com menos funcionários (aqueles que se desligam ou estão de licença não são repostos) e atendendo pacientes a mais (deveriam atender aproximadamente duzentos, mas, no momento da pesquisa, estavam com trezentos e cinquenta). Vai sendo desvelado o desamparo dos trabalhadores frente a uma demanda sempre crescente e a falta de perspectiva de melhora nas condições do trabalho.

Fernanda (psiquiatra): É, porque quando tem sobrecarga você acaba errando um pouquinho... Você acaba deixando umas coisas escaparem... Aí paciente fica muito tempo, tem muita gente... A equipe está diminuída. Ou seja, vai uma coisa em cadeia. Isso é uma questão.

Vitória (psicóloga): E a equipe desfalcada, né? Estamos sem uma TO, a assistente social está afastada, a auxiliar de enfermagem... A gente está numa equipe mais reduzida. E isso faz um impacto na assistência. Então, eu tenho menos horário para acolhimento (...). Enfim, vai impactando. (...). Daqui a pouco está triplicado [o número de pacientes recomendado para atendimento]. Com pessoas que precisam mesmo, né? É que chega uma hora que parece realmente um pronto-socorro, que você fala assim: “Bom, quem que vou escolher que vai ficar vivo?” (...). Porque às vezes dá essa sensação. Esse que está chegando que está aceitando ser recebido, deixa eu tratar esse, porque eu não consigo nem chegar naquele outro que não sai [de casa]. A não ser que alguém grite por ele. É angustiante.

-x-x-x-x-x-

Vitória (psicóloga): Trabalhadores com uma sensação de retrocesso, de que assim, embora na teoria se diga que o trabalho é psicossocial, para ir pra fora, mas no fundo cada vez mais a gente fica ancorado aqui... e mesmo no serviço que é feito aqui ele acaba ficando muito só no clínico mesmo, então assim, no trabalho pequeno: é consulta médica, é consulta com alguns dos profissionais nos grupos que aqui estão... Muito difícil de se fazer essa busca ativa e até de se trabalhar com qualidade com aqueles que estão aqui, mais do que a gente fala em ambiência, porque o tempo é curtíssimo. É curtíssimo! (...) Se eu estou passando no corredor, correndo entre uma atividade e outra, entre um relatório e uma ligação, e algum paciente de

repente fala assim: Olha, deixa eu falar uma coisa. Não, não tem tempo. Porque não tem esses cinco minutos para eu parar. Porque de repente você tem uma lista de coisas tão grandes pelo excesso de pacientes e pelo excesso de burocracia, que tem a sua função, mas assim, não tem tempo. Então, a sensação que dá é que é meio caranguejo... De estar voltando para os primórdios, de voltar àquela estrutura que... Assim, o que é que precisa fazer? Garantir o remédio? Garantir que esteja aqui, garantir que saiu da crise? Então tá bom! Porque você não consegue fazer muito mais. (...) E a gente não consegue nem chegar [nos usuários que não saem de casa]. Tem uma sensação de barco salva-vidas, você tem uma boia e ela alcança aquele... Você vai jogar a boia em quem a boia alcança. Mas você está vendo gente lá do outro lado ainda. Mas, não tem como ir lá.

As falas de Fernanda e Vitória são muito fortes, carregadas de sofrimento, de uma sensação de frustração diante de um dever por realizar, mas, se apresentam impossibilitadas por questões que estão para além daquilo que podem escolher e/ou manejar. O trabalho possível, para desgosto de Vitória, é o “pequeno”: “*o clínico de consulta médica ou com algum profissional*”. A clínica, realizada desta forma no sentido estrito, tão criticada por diversos atores da RPB, por ser reducionista e compartimentalizar o cuidado, aponta para a grande dificuldade destes profissionais em poder realizar um outro trabalho clínico, voltado para a comunidade e para a cidade, dado os limites a que estão submetidos (número reduzido de funcionários, número ampliado de usuários, elevado número de casos graves que demandam muitas horas e muitos profissionais dedicados, encaminhamentos de outros serviços da rede que poderiam compartilhar o cuidado).

Como não há investimento suficiente, a equipe é menor do que a necessária para o tamanho da demanda. Essa situação, de redução do número de funcionários e número sempre crescente de usuários, dificulta o trabalho de construir parcerias com outras instituições, no sentido de essa ser a solução dada pelos participantes para que o usuário da saúde mental esteja de fato inserido em todas as esferas do SUS e em outras esferas da cidade, e não somente alocada nos CAPS. Nesse contexto, o trabalho acontece na maior parte do tempo dentro da instituição. Há também uma dificuldade dos outros serviços até em definir o que seria do âmbito da saúde mental, posto que falam sobre usuários que precisariam na verdade de auxílio da Assistência Social ou outros serviços.

Vânia (psicóloga): Hoje eu vejo duas coisas paralelas seguindo a saúde mental, porque assim, existe aquilo que está lá na cartilha do SUS do que se espera do CAPS, né? Existe uma outra coisa que acontece, que de fato acho

que está sendo construída, é que local é esse que o CAPS ocupa na Saúde, que não é construído pelo que foi descrito lá no sistema, mas que ele vai sendo construído pela necessidade de quem vem usar e que hoje em dia vem a necessidade do paciente e vem a necessidade da família, que roda a rede e vem buscar no CAPS muitas vezes o que ia buscar no hospital e que ia buscar no pronto-socorro. Porque a pessoa procura um posto de saúde, mandam pra cá. E aí, assim, o que é que os outros profissionais da Saúde esperam do CAPS? Eu não sei muito que lugar é esse que a gente está começando a ocupar, porque cada vez fecha-se mais os hospitais psiquiátricos e as pessoas vêm aqui querendo internar. Então aí, no imaginário, o CAPS é o lugar onde eles vão internar e se tratar. O CAPS é o lugar “escolinha” para alguns, que vêm, deixam na porta e nem entram e: “Olha, não é pra deixar ele sair, porque senão o carro pega”. Aí, para os profissionais da rede, o CAPS é o: “Olha, toma que o filho é teu”. É quase como se...

Roberta (enfermeira): É problemático. É doido, vai pro CAPS. Tem algum problema psiquiátrico, vai pro CAPS.

Janaína (enfermeira): Tá gritando na UBS, vai pro CAPS.

Vânia (psicóloga): Isso! Tem essa construção! Olha, onde tem o psiquiatra, às vezes, no imaginário, me dá a sensação que fala assim: “Ah, precisa de psiquiatra porque o idoso não está dormindo. Vai pro CAPS, porque lá tem psiquiatra”. São várias construções, e de fato elas vêm de uma necessidade de cada um desses lugares, da família, dos profissionais da saúde... Da mudança do serviço... E aí eu fico assim: “que lugar é esse de fato?”. Porque dá a sensação que a gente está no meio daquela maré, né, que um vem aqui com um pedido porque não tem onde buscar... Não tem. Quantos que a gente vê que passa no pronto-socorro e não tem profissional lá, passa não sei onde e falam que não é e mandam... Então eu vou escutando todo mundo falando: “Procura o CAPS. Procura o CAPS”. Procurou o CAPS porque não achou remédio na rede. Então falam: “Vai procurar o CAPS”. Que lugar é esse que o CAPS está se tornando? Porque a gente diz algumas vezes aqui entre gente, acaba falando até brincando, mas assim, gente, tem paciente que vem pra cá e que diz assim: “Vai lá no CAPS pra você tomar banho pra troca de roupa”. Eu sei que algumas coisas vão sendo construídas de acordo com a necessidade de alguns pacientes, mas, hoje são tantas maneiras diferentes de usar o CAPS que fica difícil de entender um pouco... Só que a gente tem que responder pra uma estrutura burocrática... Então, assim, eu acho que ainda está mesmo em construção que espaço é este que é o CAPS.

As falas apontam para uma falta de cuidado com os trabalhadores do CAPS, que acontece, por exemplo, quando a Organização Social que administra esse CAPS contrata profissionais por categoria, sem os informar para qual equipamento de saúde irão trabalhar.

Parece um jogo perverso, no qual o CAPS é marginalizado enquanto destino de recursos materiais e humanos ao mesmo tempo que é referência para tudo, enquanto dispositivo da assistência, inclusive para o que não deveria ser. Esta atitude gera estresse na equipe, desorganização no trabalho e sofrimento em todos os trabalhadores, pois, muitas vezes, aquele funcionário recém-contratado não consegue ficar:

Janaína (enfermeira): A gente já teve auxiliar que tirou o demônio do corpo do paciente...[risos dela e do grupo]. A gente teve que transferir, lembra?

Vânia (psicóloga): Religiosa, mandou tirar o demônio do corpo.

Vitória (psicóloga): Não houve uma seleção para a saúde mental, nem tampouco um treinamento, nem preparação para essas pessoas chegarem aqui.

Roberta (enfermeira): Porque é um serviço que, infelizmente, está muito marginalizado, muito preconceito (...). E nós ficamos numa situação muito... Complicada, porque aí vem o profissional, né? Chega aqui, nós precisamos daquele profissional, aí a gente vê que não deu mesmo. A gente fala: "Caramba, a gente vai mandar embora, vai mandar ser transferido, sendo que a gente precisa aqui?". Aí a gente fica naquele impasse.

Que lugar é este que é o CAPS, que “dá a sensação que a gente está no meio daquela maré que um vem aqui com um pedido porque não tem onde buscar”? Assim como em outros CAPS pesquisados, em um território com poucos recursos e, em muitas situações, “com muros invisíveis”, tanto para o sujeito em situação de sofrimento mental quanto para sujeitos em outras situações de vulnerabilidade, uma instituição que seja “porta aberta” acaba sempre por se tornar referência, inclusive para aquilo que não deveria ser. As falas apontam para o CAPS como porta de entrada (que encaminha para os demais serviços depois de identificar a demanda), como pronto-socorro (que faz atendimento emergencial e acolhe crise), como ambulatório (que faz acompanhamento clínico e cuida da distribuição de medicação), de acordo com a necessidade de quem o procura.

Qual o lugar que o CAPS ocupa no imaginário dos trabalhadores da Saúde em geral? Qual lugar ocupa enquanto serviço substitutivo para a população? Não são apenas as equipes de Saúde que têm dúvidas quanto a função do CAPS no sistema de saúde. O próprio usuário, que, buscando ser compreendido na sua demanda, vai batendo de porta em porta nos serviços, até encontrar alguém que o escute e tente responder à sua necessidade. Outro aspecto a ser destacado dessa fala é uma acentuada medicalização do sofrimento humano, ainda mais

levando-se em conta que, ao que parece, que no imaginário de muitos usuários, familiares e trabalhadores da rede de saúde, o CAPS é o lugar onde vão internar e se tratar. Problemas de várias ordens, como insônia em idosos, usuário que grita em uma UBS, uma pessoa que entra em crise trabalhando com telemarketing, uma pessoa em situação de rua que precisa de banho e refeição, acabam por terem seus sofrimentos ou necessidades traduzidos como problemas médicos e são encaminhadas para (ou elas mesmas buscam encaminhamento) os serviços de saúde. Em meio a tanta carga de trabalho e demandas de várias instâncias e sujeitos, a proposta de reunir as equipes de trabalho da região, que é apontando pela equipe como ainda incipiente, pode ajudar na transformação do lugar imaginário do CAPS para os outros serviços e, conseqüentemente, transformar as relações em que se vê inserido. Além disso, como aponta Remminger (2008), a “tomada de responsabilidade”, transformada em jargão na área da saúde, não é apenas do serviço (pelo território) ou do trabalhador (por seu processo de trabalho), é também do sujeito e familiares atendidos (pela sua condição de subjetividade) e da comunidade em geral (responsabilização social dos atores), e não pode ser implementada apenas por um serviço.

Esse contexto revela também uma outra dificuldade decorrente da construção de um modelo de atenção em saúde mental centrado principalmente nos CAPS, em detrimento do investimento em outros dispositivos também necessários (por exemplo, os CECCO, residências terapêuticas, leitos em unidade de pronto atendimento). A mudança na atenção proposta pela RPB passa pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos, entretanto, sem a expansão da atenção em outros dispositivos (da saúde, da cultura, da educação, dos esportes), reduz-se o processo a desospitalização e a desassistência. A Portaria nº 3.088 de 2012 institui a RAPS e procura ampliar a oferta de serviços, entretanto, a fala destes trabalhadores aponta que ainda há poucos dispositivos na RAPS e a centralidade das ações em saúde mental continua sendo feito pelos/nos CAPS. Por exemplo, o CECCO mais próximo fica em outro bairro, e demora-se cerca de trinta minutos para chegar utilizando o transporte público (principal meio de locomoção dos usuários em atendimento), há poucos lugares onde eles possam ser incluídos, dentro dessa proposta de produção de vida:

Daniela (oficineira): Só que na prática, não há investimento, né? (...) Então como é que você faz aquilo que está no papel funcionar se você não investiu para isso? Então, simplesmente fechar os hospitais não...

Roberta (enfermeira): E aí você fechou, e o que você vai fazer? O que você vai oferecer? Não tem investimento, né? E aí, não é só o CAPS! A gente não vai dar conta de tudo! Não é só esse equipamento que deveria ser criado e investido, né? Então cadê os outros equipamentos para fazer com que aquilo que está no papel seja possível? Então, a gente não tem, a gente não tem investimento, a gente não tem investimento, investimento público nisso.

Daniela (oficineira): Ou então investe em educação em Saúde[mental] pelo menos nas UBS, no PSF, na atenção primária, para que eles possam identificar o que realmente for de CAPS e mandar pra CAPS. Porque muitas vezes manda para cá e não é daqui, é do CREAS...

Neste território de desigualdades e de poucas oportunidades, a presença insuficiente do poder público, com pouca oferta de serviços de saúde e de outros dispositivos (cultura, assistência social, educação, entre outros), provoca um excesso de demanda e a sensação de estar trabalhando “*como caranguejos*” e “*apagando incêndios*”. Nesse contexto, o CAPS é apresentado à semelhança deste sujeito em sofrimento, invisível para os serviços de saúde, bem como para muitos lugares da cidade; um lugar ao mesmo tempo invisível e extremamente visível, depósito do que é temido e/ou desconhecido.

O trabalho parece ensimesmado, dando voltas sem sair do lugar e as relações de solidariedade, já experimentadas no território, ficam inacessíveis pela impossibilidade de investimento.

Fernanda (psiquiatra): Por exemplo, de ter outros parceiros na questão de trabalho, de ... Alguma coisa de produção de renda, que é uma coisa que eles se queixam muito: “Ah, eu queria trabalhar, mas telemarketing é horrível, todo mundo fica louco e eu não queria mais, doutora, mas eu tenho condições de trabalhar!”. Aí o outro se afasta porque não consegue vender, não consegue ser vendedor e não consegue fazer outra coisa. Eu acho que... Isso eu sei que é no Brasil todo, mas, por exemplo, a zona leste, as pessoas são muito solidárias aqui. Tem muito comércio, tem muita coisa... Eu sempre fico pensando de como que a gente consegue acessar essas pessoas para alguns pacientes nossos que têm um potencial de trabalho, que querem, desejam e podem, né, e a gente não consegue estreitar essa parceria.

Daniela (oficineira): Eu acho que são vários fatores porque a gente não consegue. Uma porque a gente não tem pé pra fazer isso. Porque, assim, atender a mais com equipe de menos, faz com que algumas coisas não aconteçam, essa é uma delas, que é um dos objetivos do CAPS inclusive, que é colocar essa pessoa para sociedade, né, colocar esse indivíduo...

O tema da invisibilidade apareceu sob outra faceta ao longo dos dois encontros, como invisibilidade “dos daqui de baixo” para “aqueles lá de cima”. Os trabalhadores sentem-se como operários braçais frente à tarefa do cuidado, já que são tolhidos de todo protagonismo na construção das ações cotidianas. Quando falam em política nos encontros, não se referem política pública, a política enquanto pluralidade, mas como jogo de interesses: forças econômicas, ideológicas, que atuam no âmbito político-jurídico para que as decisões tomadas favoreçam este ou aquele grupo, não orientadas pela demanda de cuidado. Nesse “outro tipo de política”, que também é território, o CAPS e seus atores, (trabalhadores, usuários e familiares) não têm poder decisório, as normas e protocolos se apresentam distantes e alheios às necessidades do público atendido e às compreensões desenvolvidas a partir da experiência de trabalho dos trabalhadores.

Roberta (enfermeira): É, a gente fica no meio de coisas que a gente não sabe o que acontece. Existem lá, questões entre a prefeitura, entre a OSS... Tem coisas aí que rolam... Enfim, dinheiro, que rola um monte de coisas que não é da nossa governabilidade, a gente é técnico aqui, a gente está para trabalhar, para ver a qualidade do serviço, mas que nos impacta, né? Então, coisas lá de cima surgem... E aí a gente está aqui embaixo tentando trabalhar.

Daniela (oficineira): Isso é muito ruim, né? Porque eles vêm, a gente tem que acatar, mas a gente que conhece como é que funciona o serviço. A gente nunca é consultado de: “o que é que vocês acham? O que poderia mudar? O que está funcionando?”. Então, vem pronto um modelo, um padrão, que a gente nem sabe de onde saiu. É uma coisa que a gente não sabe quem fez, como que surgiu.

Roberta (enfermeira): E que não tem a ver com a política pública. Tem a ver com outras políticas, com outras coisas ocultas que acontecem que a gente não sabe. Mas não tem a ver com a política pública que você perguntou. Mas... Tem a ver com política... Outro tipo de política.

Vitória (psicóloga): Então é interessante. Porque se você olha pra essa estrutura que está além do serviço, ali já fechou a possibilidade de fazer o trabalho externo (...). Mas, a gente tá falando de uma outra coisa, que é uma construção de um pensar sobre a saúde mental com a rede. Não existe um para essa construção. E quando esse espaço é criado, que eu acho assim, as histórias são trabalho de desbravador, a gente vai cavando um espaço e aí, para que isso aconteça você precisa “furar” a outra parte do serviço. Então, no fundo, eu particularmente fico muito – todos sabem por que eu falo –, eu fico muito angustiada, porque para fazer isso, o paciente que tem consulta, é cancelada, o grupo fica para depois, o colega de trabalho que faz o trabalho em dupla precisa fazer sozinho, porque você está indo numa outra atividade fora, então... Alguma coisa tem que ficar fora para que este

trabalho seja construído. É difícil de dar sequência, você faz um, depois você volta pra depois dois, três meses... Como fazer isso crescer?

Pode-se compreender a construção de um trabalho de base territorial, nessa fala, a partir da demarcação e constituição de lugar do CAPS, que se efetuará por meio da “*construção de um pensar sobre a saúde mental com a rede*”, um abrir espaços pela demanda do cuidado e não da política ou do já tradicional; um espaço/tempo ainda não instituído dentro da dinâmica dos serviços. Por mais que se saiba da importância desse “*trabalho de desbravador*”, sobressai o sofrimento por “*“furar’ a outra parte do serviço*”. As noções de espaço e tempo aparecem sempre ligadas, na ausência de um não ocorre o outro.

Para Dejours (2004b), o trabalho seria definido como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados. O trabalho é, então, o preenchimento da lacuna entre o prescrito e o real, e a tarefa do trabalhador a todo momento recria os modos do trabalho acontecer. A forma de avaliar o trabalho, excessivamente ligado à normatização e quantificação, se mostra pouco sensível à realidade do trabalho. Esse não reconhecimento da implicação singular, da dedicação do trabalhador em fazer o trabalho acontecer, pode levar a uma não simbolização do sofrimento e pode levar a paralisação e perda da identidade:

Júlia (psicóloga): Mas a gente não tem tanta autonomia às vezes porque tem essa agenda pronta, o número de horas, né?

Vitória (psicóloga): A quantidade de pacientes, por profissional por carga horária...

Roberta (enfermeira): A quantidade de procedimentos...

Vitória (psicóloga): A quantidade de tipos de serviços que cada um vai desempenhar na semana. Existe uma média de quanto cada um vai fazer de grupo, quanto cada um faz de consulta, quanto cada um faz de acolhimento... E você não foge muito disso, não tem como fugir muito disso.

Daniela (oficineira): Porque, como ela falou, não é uma coisa que te consultaram, né, os profissionais que trabalham com isso: “Como você acha que seria melhor? O que você acha?”. Porque, é uma coisa que vem assim e...

Janaína (enfermeira): Manda quem pode e obedece quem tem conta pra pagar.

Parece-nos que o pedido de Janaína, no início do grupo, e as falas de outros trabalhadores acerca da invisibilidade vinham no sentido de sustentar um espaço para aparição e reconhecimento do que eles faziam, sentiam e pensavam, dada a frieza dos números e planilhas que não contemplam a complexidade das ações, a inventividade dos trabalhadores, bem como as necessidades/dificuldades singulares dos usuários.

Fernanda (psiquiatra): A sensação que às vezes dá é que quem... Que vem assim... Que algumas pessoas que podem, que têm esse poder de... um poder mesmo de efetivar a coisa, que têm governabilidade sobre a gente, parece que não sabe muitas vezes o que é pra fazer, e aí, quando você põe pra discussão, pra reflexão, o negócio pode pegar porque tem gente na ponta que sabe do que tá fazendo. E sabe mesmo!

-x-x-x-x-

Vitória (psicóloga): Aquilo que veio nesse modo mais... Nessa peneira, aquilo que veio nessa estrutura que vem de cima, que tá igual, todo mundo vai responder. Então, aparentemente todos [os CAPS] funcionam assim, porque de alguma maneira todo vai precisar se encaixar lá para dar essas respostas que eles pedem, né? Parece aquele questionário fechado, então eu vou ter que colocar a resposta que se aproxima. Vai parecer que é igual, mas, no fundo, cada um, existem as nuances de cada lugar e cada equipe acaba construindo, e precisa jogar naquele sistema. Então, se arruma um jeito de jogar, mas, na verdade, o que se faz é diferente, pra cada um tem uma cara mesmo. Vai depender muito disso que a gente tá dizendo aqui, que é o comprometimento de cada equipe, de como cada local está. Então, assim, uma equipe dedicada vai fazer acontecer, outra vai responder aquilo e pronto...

Janaína (enfermeira): Vai fazer acontecer e vai fazer adoecer também.

As relações verticais entre territórios, como aponta Santos (1998), geralmente apontam para relações hierárquicas e de controle de um lugar por outro. A lógica que organiza o âmbito político-jurídico não é a mesma que a que orienta o âmbito técnico-assistencial, assim, como fazer para que as estruturas que fazem a interface entre esses âmbitos (secretaria, coordenadorias, supervisões, regulações) reconheçam nuances tão singulares? Para este grupo de trabalhadores, parece que não há reconhecimento possível, apenas subordinação à ordem e adequação ao “questionário fechado”: o trabalhador “obedece porque tem conta para pagar” e “adoece por fazer acontecer”. Fica a sensação que a equipe só pode contar com a solidariedade dela mesma e com a boa vontade de alguns, com os trabalhadores se sentindo impotentes e não se apropriando das questões políticas (não politiquieras). Talvez por isso o

tema do chamamento, que preocupava a gerente e poderia afetar o emprego e/ou a rotina de todos, não tenha aparecido na discussão.

Daniela (oficineira): A gente tem uma equipe muito boa. A gente consegue trabalhar aqui porque a equipe é muito colaborativa. Todo mundo veste a camisa e gosta muito do que faz aqui, sem exceção. Mas, a gente tem, por exemplo, essa questão dos números, né, que acho que é uma coisa que vem dessa verticalidade. Tem muita coisa que a gente faz aqui que a gente não consegue nem mostrar porque não tem código. E aí fica perdido! E tem muita coisa que a gente tem que tentar encaixar num código que não é aquilo. Porque os códigos não são pra gente!

Roberta (enfermeira): E essas justificativas poderiam ser usadas pra isso, né? Ah, vamos ver as justificativas... “Ah, justificou... Porque não tem o código. Vamos lá pra ver o porquê que elas estão sempre justificando sempre sobre esse assunto?”. Não. Isso não acontece. Só pede: “justifique”. É justificado, parece que se encerra essa justificativa.

Vitória (psicóloga): O trabalho acontece, e para chegar nesses códigos, algumas vezes, a sensação que dá é que é assim, as atividades do CAPS, elas ficam, quando vistas lá de cima, elas ficam encerradas naqueles X números que vêm programados lá. O que acontece, na realidade, é que nós sabemos que pra cada um daqueles códigos, existe um outro conjunto de atividades que são... Que a gente acaba criando uma associação pra elas.

Fernanda (psiquiatra): E não só isso. Sabe essa coisa de apagar incêndio? Agora preciso disso... E aí a não continuidade. Eu acho que tem uma coisa, que a gente tem de potente aqui, é que a gente dá continuidade e a gente faz várias reflexões sobre os casos, sobre... A gente se envolveu o tempo inteiro nisso, entendeu?

Daniela (oficineira): A gente conversa muito...

Vitória (psicóloga): E o quanto que essa conversa, esse se rever, e todas as outras ações que são feitas para que um grupo aconteça, para que uma visita aconteça, pra que esse serviço chegue ao paciente e aconteça, ele não é contabilizado como serviço, né? Ele não entra nesses números, e ele é gigantesco! Em alguns momentos a gente passa um tempo... Então, assim, se você parou um tempo pra estudar um prontuário, e isso tem uma função (para chegar para essa família, para esse paciente...), o tempo que você conversa desse caso numa UBS ou com um profissional ou com a família, muita coisa que é feita e que é pra se chegar nesse paciente, ou quando o caso é discutido. Quantas vezes a gente traz esse caso pra discussões aqui na reunião? Nada disso é contabilizado, mas tudo disso é importante. É tudo trabalho! Pra que cheguem a essa singularidade, solicitada no serviço, no caso, a singularidade do projeto terapêutico. Então assim, quantas coisas são feitas pra se chegar nessa singularidade, nessa humanização do serviço... E isso não é contabilizado. E é gigantesco o número de trocas que são feitas, de reflexões que são feitas... É muito grande.

Uma forma de exploração do trabalhador é usar sua ligação afetiva com o trabalho para fazê-lo manter-se ligado à tarefa primária do serviço, mesmo que esse aconteça em condições precárias: falta de materiais; estrutura física inadequada ou sem manutenção suficiente; quadro reduzido de profissionais frente à demanda daquele território; salários menores que em outras áreas da saúde; excesso de autoritarismo gerencial. Como forma de defesa psíquica, adere-se indiscriminadamente a certos ideais (do SUS, da RPB ou da RSB), que ajudam a nortear o sentido do trabalho para si, mas, por outro lado, provocam que se aceite tudo (ONOCKO, 2005, RAMMINGER, 2008). Além disso, a situação socioeconômica do país e a escassez de empregos também forçam o trabalhador a aceitar condições precárias e/ou de exploração, como exemplificado na fala de Janaína: “*manda quem pode, obedece quem tem conta para pagar*”.

O sujeito em sofrimento mobiliza a equipe, que cria formas de atender aquele a quem o serviço é destinado em sua singularidade, e, simultaneamente, “apaziguar” os “*lá de cima*”, com o preenchimento burocrático que pedem justificativas de quantidade, mas não de qualidade de trabalho. Em outro momento do encontro, a psicóloga Vânia relata sobre um usuário que chega no serviço e fica “apenas” meia hora na ambiência, em silêncio e sem participar de nenhuma atividade em grupo. Embora sua presença seja registrada nos prontuários, como ele não participa de nenhum grupo ou atendimento, nem permanece um período inteiro na ambiência, não é “contabilizado para o sistema em relação a códigos”, ou seja, não conta como atendimento. Entretanto, salienta, há uma enorme quantidade de horas de trabalho de vários profissionais para que esse sujeito tenha conseguido sair de casa, onde vivia isolado em um quarto, para andar pela cidade e vir até o CAPS, ficar sentado em um canto, ou fazendo tricô em uma sala. Para além da questão da invisibilidade do trabalho realizado em relação aos códigos de controle do trabalho, chama a atenção à compreensão de cuidado que se revela na condução desse caso. Pensando o território como *ethos*, uso do espaço compartilhado do CAPS por este sujeito, exigiu dos trabalhadores disponibilidade para o encontro com o outro, no tempo do outro, a fim de apoiá-lo na construção de um lugar possível para habitar o mundo. Necessitou de meses de trabalho, de encontros, de trocas; demandou durar no tempo do outro, compreendê-lo sem objetificá-lo ou forçá-lo a participar de atividades que não fizessem sentido para ele.

Em muitas falas dos trabalhadores, o desamparo deles remeteu-nos ao desamparo dos sujeitos em sofrimento atendidos; aquele que cuida e aqueles que são cuidados parecem

compartilhar do mesmo status na sociedade. Assim, como observado por Scarcelli (1999) em outro serviço de atenção em saúde mental, parece que a condição de pobreza material dos usuários e do território carrega a autoimagem do serviço e dos trabalhadores. Tanto os usuários como os trabalhadores da saúde mental ficam à margem, estigmatizados e, para eles, a sociedade (em especial o poder público), reservaria “a sobra do banquete”, um “*mexidão*” do grande banquete: empregos “menores”, cidadania “menor”, salários “menores”, poucos serviços (e em muitos casos, precarizados também).

Vitória (psicóloga): Eu acho que a gente trabalha numa instituição que as normas acabam sendo quase únicas, porque, trabalhar com saúde mental não é trabalhar com PSF, e não é trabalhar com hospital. Aí vem uma norma nova e você diz: “Mas isso aqui se encaixa? Aqui onde a gente está? Da pra seguir?”. A gente se questionou de algumas coisas e acho que tem isso, que essa marginalização da saúde mental é quase uma sobra, sabe o mexidão? Você fez um grande banquete e o que sobra você faz um mexidão e come no outro dia. Saúde mental, às vezes, pra mim... Não é só aqui [aponta para o lugar], é em São Paulo, posso dizer de São Paulo, é um grande mexidão. Então o que sobra, vão lá. E dentro da saúde mental ainda tem a questão do álcool e drogas. A gente ainda tá aqui, nas grandes síndromes, e tem hoje investimento na questão do crack, de tudo... E a gente ainda é o mexidão disso dentro da saúde mental. Porque investimento, tudo, tá muito centralizado nisso.

Roberta (enfermeira): No álcool e drogas.

Janaína (enfermeira): A periferia da periferia!

Fernanda (psiquiatra): Lá [no outro CAPS onde trabalha] é zero no sentido de norma, então as coisas vão acontecendo, mas elas também não têm uma continência. Então eu fico pensando nisso, o que é que a gente tem que mostrar de números e o que é que a gente é preso, mas também quando a gente é solto pra fazer as coisas, não sei se também funciona.

A sensação é de que até dentro do campo da saúde mental o investimento nos CAPS é menor, em relação ao investimento da atual política no cuidado à dependência química, principalmente na questão do uso de crack, transformando-o no grande problema a ser combatido (percepção compartilhada com a equipe do CAPS Centro). Talvez, além da falta de compreensão do trabalho da saúde mental pelas equipes de PSF apontada, também haja uma falta da compreensão do trabalho das equipes de PSF e das condições a que estão sujeitas, muitas vezes também igualmente sobrecarregadas e precarizadas. Na construção de um diálogo horizontal, dentro de uma relação solidária, as noções de saúde mental,

compartilhadas entre CAPS e PSF, poderiam reduzir encaminhamentos desnecessários e sobretrabalho de ambos os lados.

Dentro desse contexto todo, de invisibilidade, de sobrecarga, da dificuldade em assumir um papel protagonista, da incompreensão sobre a prática, da sensação permanente de estar “perdendo quem a boia não alcança”, o trabalho acontece com muito desgaste e sofrimento e pouco reconhecimento. O sofrimento, que para Dejours (1999, 2004) é parte natural do trabalho e pode levar os trabalhadores a ações criativas, quando em demasia, é paralisante e pode provocar alienação, e talvez por isso haja rotatividade na equipe. Novamente, no final do segundo encontro, aparece o desamparo dos trabalhadores, quando Janaína fala que “*a gente não tem nada que segure a gente*”.

Roberta (enfermeira): Isso é verdade. E... Faz o quê? Faz um mês que está furado o acolhimento? Desde então a gente está segurando de todas as formas, sabe? Tira daqui, dali, o grupo que era com dois profissionais faz só com um que é para o outro ficar no acolhimento e não furar...

Janaína (enfermeira): Mas sobrecarrega... Aqui a gente não tem... É o que eu falo... A gente não tem nada que segure a gente, tipo, se a gente surtar (...). A gente não tem uma terapia, a gente não tem nada, se a gente não banca...

Vitória (psicóloga): A gente não tem nem adicional de insalubridade [risos do grupo].

Cabe questionar como a organização mais ampla das políticas e a contratação de OSS acaba deixando pouca margem para uma inventividade, para a constituição de um modo de ação que transcenda o modelo mercantilista e chegue mais perto dos problemas e do contexto da população e de condições de trabalho não precarizadas, que apoiem a inventividade do trabalhador e cuidem do seu desgaste a fim de evitar adoecimento. Sobre a importância do cuidado em relação ao trabalhador da saúde mental, Rotelli (1990) afirma que existe muita riqueza nas pessoas e a competência fundamental dos trabalhadores de saúde mental é formar as pessoas no sentido de que possam enfrentar as dificuldades psíquicas. As organizações sanitárias não conseguem encontrar alternativas para a convivência civil, e para construir o direito de cidadania do sujeito em sofrimento mental, prescindindo do apoio ao trabalhador sem nem levar em conta todo o processo social no qual estão todos

A equipe tem conhecimento sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica e o hiato que há entre o desejo de transformação da realidade (algumas vezes parecendo idealizado) e a

realidade que vivem neste CAPS leva à tristeza e à desesperança, pois, tendo conhecimento do funcionamento de outros CAPS, alguns dos trabalhadores apontam que essa organização poderia ser diferente. Assim, sentem-se impedidos de trabalhar orientados pela ética de cuidado que os motivou a trabalhar em saúde mental. Ao final do grupo, Janaína diz que os encontros funcionaram como uma supervisão terapêutica, apontando tanto para sua percepção da necessidade de cuidado da equipe, quanto de um uso do grupo para elaboração da experiência. A proposta da pesquisa, de utilizar o Grupo Operativo como técnica de pesquisa, contemplava essa possibilidade de, havendo engajamento na tarefa, haver elaboração das experiências e das contradições trazidas pelo grupo (SCARCELLI, 2016).

CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso, para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano citando Fernando Birri (Fórum Social Mundial, 2005)

Iniciei esta pesquisa com uma epígrafe de Milton Santos, falando que o que nos torna humanos não é o dedão, o polegar opositor, mas ser portador de utopia: o pensamento portador de frutos é aquele que produzido a partir do que pode ser, é a capacidade de sonhar com o que não existe. O momento em que comecei a trabalhar na saúde mental (meados da década de 2000) foi uma época de muito sonho: os Fórum Social Mundial e a esperança de uma nova organização mundial tendo o desenvolvimento humano, a promulgação da Lei 10.216 que legitimava novas práticas de cuidado e abria a possibilidade para mudança de paradigma no cuidado. Nos encontros e congressos sentia-se uma excitação por parte de muitos trabalhadores e pesquisadores, que apresentavam inúmeras experimentações de sucesso de práticas nos CAPS pelo Brasil afora. Havia uma vontade/necessidade de demonstrar que outras práticas eram possíveis, que o manicômio podia ser superado, bem como havia outras vozes, mais ponderadas, que já apontavam os problemas que centrar a reforma em um único equipamento poderia provocar. Entretanto, havia também certa idealização na construção dos CAPS como lugar do CAPS dispositivo produtor de novas práticas e no tamanho da sua potencia e governabilidade. Muitos Hospitais Dia em Saúde Mental, Ambulatórios e outros dispositivos buscaram credenciamento como CAPS, como o HD que eu trabalhava, que não chegou a se efetivar por vários motivos.

Desde então, muitas mudanças vêm ocorrendo e outros desafios foram surgindo. Se a transformação da atenção em saúde mental não aconteceu conforme desejado, é necessário ressaltar que houve avanços significativos na forma de se cuidar e de se relacionar com a loucura.

Ao longo deste trabalho procurou-se desenvolver uma reflexão acerca dos modos como os trabalhadores de saúde mental desenvolvem seu trabalho nos CAPS, orientado principalmente pela noção de território como *ethos*. A ideia de pensar no território como *ethos*

foi surgindo durante a pesquisa, na medida em que entrava em contato com leituras novas, releituras de autores já conhecidos, e principalmente no contato com o campo de pesquisa. Em muitos momentos “trabalho de base territorial” ou, simplesmente, “território”, surgia objetificado e instrumental, ou como um jargão entre trabalhadores militantes, mas, também com sentido mais esboçado que desenvolvido. Na elaboração dessas situações, buscando superar essas polarizações e objetificações, surgiu a compreensão de “território” como *ethos*, não como *locus*. Ainda que o local importe, o território não seria propriamente um lugar, mas um modo de habitar o mundo que orienta o cuidado no sentido de uma verdadeira subjetivação, que, nesse sentido, aconteceria necessariamente em via dupla. Para construir um modo de cuidado que leve a essa subjetivação, que leve a um rompimento com o que Basaglia e Gallio (1991) chamavam de “vocação terapêutica” da saúde, que sempre tende a intervir na vida das pessoas e da cidade, precisa-se de uma ação constante de reflexão sobre si mesmo e sobre o trabalho. Não foram poucas as manifestações nesse sentido. Como diz uma das trabalhadoras, há um investimento que é feito no território. Buscam-se:

academias que estão [no entorno], que você vai fazendo, ganhando força também para fazer interrupção nas supervisões, naqueles que não entendem do trabalho. E pra isso é necessário sim que o CAPS pense muito em qual é o seu lugar, o que é que ele associa no seu trabalho, na vida (Monica, CAPS III Oeste).

Essa é uma reflexão que implica ter claro qual a intencionalidade do cuidado (bem como refazer esse questionamento sempre que alguma situação demandar) e do contexto onde se está inserido, de forma a criar uma consciência crítica (FREIRE, 1980), e, a partir daí, reconhecer que somos atravessados, todos, em maior ou menor grau, pelos modos liberais de organizar o mundo (as noções de soberania do individualismo, mérito individual, sociedade disciplinar). A partir dessa consciência e dessa intencionalidade, é mais fácil se colocar como presença humana diante do outro, oferecendo morada, como fala Safra (2004), podendo, assim, sustentar um processo de desterritorialização dessas práticas e moradas, para que o outro consiga, com esse apoio que rompe com a invisibilidade, que sustenta a dignidade, construir outras moradas. Dessa forma, pensar o território enquanto *ethos* ajudaria o trabalhador a pensar no trabalho orientado pela produção de vida, e essa acontece na cidade e entre os homens. Ajudaria a ter consciência do papel ético-político das ações em saúde mental, no sentido, ações que sustentem a pluralidade; condição básica para Arendt (1981) para a ação e o discurso. São ações que possibilitam a participação e sustentam a potência de

vida tanto dos sujeitos que são cuidados quanto daqueles que cuidam, já que a pluralidade é condição não apenas para que os homens possam comunicar alguma coisa (fome, sede, medo etc.), mas que possam comunicar a si próprios (se distinguir).

Parte dos aspectos discutidos até aqui, que emergiram nos encontros, foi transversal a todos os grupos e relacionou-se com o que influenciava no modo como os trabalhadores construía suas práticas nos CAPS, orientado pela noção de território enquanto *ethos*. Refletiu-se sobre as características do cotidiano e os modos de funcionamento dos dispositivos, sua organização e relação com a rede, por considerar que essas condições influem tanto no tipo de cuidado que é possível ofertar, quanto na forma como a compreensão e uso do termo território se dão.

Como instituição, cada CAPS acaba criando um arranjo próprio que tem a ver com as condições do seu território, presença de outros dispositivos (como bibliotecas, parques, museus, cinema, escolas), com o tamanho da rede, com o lugar histórico onde aquele serviço está inserido, o que, apesar das semelhanças entre os serviços, produz lugares com características singulares, que cria respostas únicas para problemas que são compartilhados por todos (como a superlotação, a idealização do CAPS pelos outros serviços, o estigma e o preconceito).

Dito de forma resumida, cada CAPS é um CAPS. A partir do contato com os serviços pesquisados e das discussões nos grupos com os trabalhadores, foi surgindo a percepção de que a instituição e o grupo de trabalhadores assumem as características do território ao qual pertencem, como no caso do CAPS Centro (com a experiência da violência e do medo), do CAPS Leste (com a identificação com a precariedade dos usuários e com a região, a quem seriam reservados “o mexidão, o resto do banquete”), do CAPS Oeste (a noção de autonomia e a percepção da capacidade de fazer frente ao que é imposto, característica do empoderamento vivido pelos movimentos da sociedade civil da região), do CAPS Norte (com o sofrimento gerado pela intensa burocratização dos serviços da região ao qual faz parte).

Apesar dessa diversidade, um ponto em comum, nos CAPS pesquisados, foi número de usuários atendidos, muito acima do preconizado pelos documentos oficiais. De forma geral, os CAPS respondem a um grande número de demandas dos mais variados dispositivos governamentais, desde os esperados da rede de saúde, aos que não são óbvios, como o gabinete do prefeito e pedidos de juízes para “internação compulsória em CAPS”, dando a impressão de ocupar uma centralidade na rede de assistência em saúde mental. Essa

centralidade relaciona-se com a escolha, em termos de política nacional, pelo dispositivo CAPS como eixo da reforma e de torná-lo responsável pela efetivação da RPB nos territórios de abrangência. Essa escolhida já era criticada por Daúd Jr. (2000), antes da portaria que regulamentava os CAPS (Portaria nº 336/2002), por reproduzir certas características do modelo anterior, um “capscentrismo”, ao invés de buscar a diversidade de experiências que surgiram em cada contexto nacional, homogeneizam a atenção, e por Amarante (2003), para quem a escolha pelos CAPS, mantendo-se a forma de remuneração do trabalho por procedimento levaria a uma “inampsição” da RPB.

Ao analisar os dados oficiais (BRASIL, 2015), vê-se que a maior expansão da rede foi no número de CAPS I, destinado à atenção em saúde mental em pequenos municípios. É importante ressaltar que esse aumento de CAPS I levou ao aumento da atenção em lugares onde não havia nenhum equipamento para esse tipo de público e demanda, mesmo que se problematize o que significa essa atenção frente à demanda desses municípios, já que essa opção pelos CAPS poderia dar algum acesso ao serviço específico, mas não necessariamente à promoção de saúde mental. Por outro lado, o aumento de número de CAPS não foi acompanhado pelo aumento proporcional dos outros dispositivos que compõem a rede de atenção em saúde mental, já que a opção nas políticas públicas em saúde mental por um modelo “capsêntrico”, prevendo recursos para investimento neste dispositivo e deixando subinvestidos outros dispositivos igualmente importantes da atenção em saúde mental.

A partir da promulgação da Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL 2011), que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o governo federal aumentou o investimento na diversificação dos serviços em saúde mental, segundo os dados do próprio governo (BRASIL, 2015). Entretanto, a partir da realidade que se encontrou em todos CAPS pesquisados, o número de dispositivos ainda é baixo (em relação à demanda) e há uma tendência a se concentrar os atendimentos principalmente nos CAPS.

“*Tudo é CAPS!*”, foi dito de diversas formas e por vários trabalhadores de CAPS diferentes, ora com angústia, ora com ironia, mas todas apontando para um incômodo que pedia tradução. Contrapontos surgiram nas palavras dos entrevistados quando é manifestado que “*o CAPS não precisa dar conta de tudo*”, que apontam mais para uma percepção de estar sozinho (enquanto instituição) cuidando daquele sujeito do que para uma onipotência do CAPS em relação as necessidades do sujeito atendido. Dessa forma, a partir das falas dos trabalhadores pesquisados, têm-se a compreensão que os CAPS têm funcionado como

“centros” da rede. Se, por um lado, a rede não deveria ter centro, por outro, a rede ainda é muito insipiente e precisa de pessoas engajadas para a tessitura dela acontecer. Em todos os grupos foi apontado como uma parte importantíssima do trabalho o “tecer a rede”, principalmente com os demais dispositivos de saúde. O campo da saúde mental, bem como o dispositivo CAPS, ainda continua muito mal compreendido, exigindo dos CAPS tempo e ações para fazer acordos e “gerenciar” o usuário na rede.

Pelos encaminhamentos aos CAPS e recusas/dificuldades criadas no acolhimento e divisão de responsabilidades em relação aos sujeitos em sofrimento psíquico, constatou-se, pelos trabalhadores, que os CAPS parecem ocupar o lugar do dispositivo que vai conseguir resolver todas as questões desse público, sendo referência inclusive para o que não precisa ser, como se tivesse que acolher todas as pessoas em situação de vulnerabilidade: alimentação, higiene, medicação, problemas clínicos, documentos, benefícios etc. Há várias situações semelhantes àquela na qual pessoa precisou ser atendida durante um tempo bem maior do que o esperado em um serviço de saúde mental para conseguir ser contemplada em uma demanda completamente diferente; ou em situações de recusa de atendimento de usuários, como relatado em um dos CAPS estudados. Entretanto, todos os profissionais referem perceber melhoras das pessoas atendidas a partir do trabalho por eles realizado.

Uma das formas de avançar nessa questão é formar parcerias dos CAPS com as academias e as diversas disciplinas da saúde. Fora do campo da saúde mental, ainda há pouco conhecimento do trabalho realizado nos CAPS, quem tem uma forte base prática. Nesse sentido, a abertura de campos de estágio para alunos, além de fóruns e/ou grupos de discussão sobre a prática, coloca-se como uma forma de mútua fertilização e criação de movimento entre as universidades e os CAPS: “contamina-se”, como disse uma trabalhadora, esses professores e futuros profissionais com a lógica do cuidado pautado pela produção de vida e do cuidado em liberdade.

No geral, a rede em saúde é relatada como ainda incipiente e com muitos “furos”: “*a rede é furada*” é uma frase que foi dita em todos os grupos. Pelo contexto em que surgiram, supõe-se que o uso seja no sentido de haver espaços vazios entre os dispositivos, distâncias que podem levar o sujeito a se perder no caminho entre os serviços e que a construção de pontes, que diminuiriam essas distâncias, tem custado aos profissionais um trabalho de desbravador. Entretanto, há diferenças entre as regiões: no caso do CAPS III Oeste, a trama

da rede parece já ter mais consistência e os contatos entre instituições são mais enraizados; há já um caminho criado, não estando o contato centralizado em uma ou outra pessoa.

Fica evidente, em muitas falas, uma tensão entre modelos diferentes de cuidado na relação com alguns serviços de saúde, como relatado sobre as formas de acolher os sujeitos (fila de espera, necessidade de passar primeiro com médico e depois com outras especialidades ou grupos), de pensar a saúde (baseada na supressão de sintomas do modelo medicamentoso, centralizada na figura do médico), de responsabilização sobre o sujeito (é de um dispositivo da saúde, não responsabilidade de todos). Esta diferença se radicalizava principalmente em comparação com os hospitais psiquiátricos, que, por vezes, abrigavam sujeitos durante muitos anos sem procurar saber se tinham direito a algum benefício ou até, em alguns casos, nem buscavam tirar os documentos ou pesquisar a história dessa pessoa. Além de pouco se relacionarem com a rede de atenção, era comum deixarem o sujeito que passou por um internação “solto” (sem referências de onde buscar cuidado) após a alta.

Ainda há a permanência do estigma de periculosidade do sujeito em sofrimento mental, que surge nas buscas por construir relações com outros dispositivos e parceiros no território próximo aos CAPS (da saúde, educação, cultura, empregos formais, entre outros). Na rede de saúde observou-se, em muitos casos narrados, uma categorização preconceituosa do sujeito em sofrimento psíquico, sofrimento este com o qual essa pessoa vai ter que lidar, além de toda a vulnerabilidade que já sofre. Há, em muitos casos, uma demora para um atendimento efetivo, geralmente melhorado pela mediação dos trabalhadores do CAPS, apesar de, em algumas situações narradas, essa mediação não funcionar (como no caso da moradora de rua com tuberculose, assistida em um dos CAPS, e que o atendimento foi recusado mesmo acompanhada por trabalhadores). Isso provoca a ocupação de um espaço que poderia estar direcionado para alguém com uma demanda mais própria, do tipo de reinserção social que o CAPS propõe. Orientando-se pelo território enquanto *ethos*, mesmo nos casos de sujeitos em sofrimento psíquico grave, muitas das necessidades que hoje são cuidadas pelos CAPS poderiam ser atendidas usando os recursos da cidade. Entretanto, a rede parece não dispor suficientemente de outros serviços importantes quando se fala de produção de vida, como AT e CECCO. Além desses dispositivos da RAPS, os trabalhadores apontam como fundamentais, para superação do estigma e do preconceito, a tessitura de uma rede com a cultura, educação e sociedade civil (como centros espíritas e clubes), que, muitas vezes mesmo sem treinamento nem formação, parecem aceitar o desafio de trabalhar em parceria com os CAPS e, assim, acolher com dignidade o sujeito em sofrimento.

Cabe uma discussão sobre o lugar do CAPS III enquanto eixo organizador da rede e a responsabilidade de cada serviço de saúde pelo cuidado ao usuário. Na fala dos trabalhadores dos serviços pesquisados, todo sujeito em sofrimento mental, grave ou não, é qualificado como “do CAPS” e é pedido a essa instituição que assuma completamente o cuidado, em suas múltiplas formas, desse sujeito. Assim, anula-se a proposta de um serviço forte, que assuma a responsabilidade pelo caso, tendendo a compreendê-lo como instituição total (ou “forçá-lo” a proceder dessa forma, como no caso dos juízes que ordenam “*internação compulsória no CAPS*”, ou na situação de sujeitos egressos de longa internação em hospitais psiquiátricos, que acabam por ficar no acolhimento integral até que seja conseguida uma vaga em residência terapêutica ou albergue). O serviço forte é aquele que assume a responsabilidade e busca no território, promove parcerias e media relações entre o usuário e a rede de serviço e os demais locais de vida. Na medida em que nenhum outro serviço e familiares assumem também parte dessa responsabilidade, o CAPS fica “sozinho” para cuidar do usuário, perde sua força e potência, reduzido a um ambulatório/pronto-socorro/moradia.

Um saída possível é o investimento na horizontalidade, que seria a relação entre lugares contíguos que levaria a criação de espaços do acontecer solidário. Essa relação horizontal, entre lugares enquanto categorias concretas (com suas potências e necessidades), abre a possibilidade da comunicação real e efetiva, da troca de informação e, portanto, da construção política, como apontado por Santos (1998). Levando-se em conta que boa parte dos problemas (burocratização do trabalho, centralização do poder decisório em outros âmbitos distantes da assistência, a contradição de buscar promover a saúde e autonomia dos sujeitos ao mesmo tempo que são cobrados por metas que os levam a um cuidado paternalista e desresponsabilizador, entre outros) dizem respeito tanto aos profissionais da atenção básica quanto aos dos CAPS, essa aproximação poderia trazer um fortalecimento para ambas equipes ao buscar respostas em conjunto.

Em relação ao uso do termo território, as observações confirmam que os trabalhadores o usam com sentido polissêmico: como área geográfica, como área administrativa, como rede de saúde, como população da área atendida, como território afetivo e subjetivo, como ética de cuidado, entre outros. Na maior parte das falas, o contexto dá o sentido. A noção mais utilizada foi a de território enquanto área de abrangência, o que, em relação às práticas, em alguns momentos levava a uma compreensão burocratizada. Os territórios enquanto área de abrangência foram, sempre que necessário, sujeitados aos territórios de vida: muitas vezes as pessoas preferem ser atendidas no local mais próximo do trabalho ou no lugar onde já foram

atendidos antes e, mesmo que essa situação gere mais trabalho e dificuldades na prática clínica (até pela distância entre o serviço e os locais de vida do sujeito), os trabalhadores se esforçam em acolher essa demanda.

Em alguns momentos, territorializar surgia como ação pragmática, quando significava mero trânsito pela cidade sem uma apropriação da ação pelo usuário ou sem uma construção de sentido a partir do desejo dele. Ainda é muito forte na saúde o modelo clínico individualista, apoiado no paradigma médico, que tende a reafirmar o que existe e reproduzir saberes já existentes, disciplinando as demandas que surgem para adequá-las ao que é oferecido. Dessa forma, o trabalho, segundo “a lógica do território”, é compreendido de forma operacional, instrumentalizada, e pode tornar-se estéril na tarefa de apoiar a emancipação dos sujeitos assistidos.

Os quatro CAPS pesquisados são geridos por OSS e a organização do trabalho mostrou um fator que exerce grande influência na forma como o trabalho é pensado, dividido e executado. A chamada inampsizeação (trabalho remunerado por procedimentos realizados), já apontada por Amarante (2003), faz com que os trabalhadores e gestores se “desdobrem” para justificar os números por vezes “baixos” nas planilhas, já que muito do que é feito não “*cabe no X da planilha*”. Os trabalhadores criam estratégias para conseguir se descolar da burocracia e efetivar um cuidado que seja voltado para onde a vida acontece, ou onde a necessidade do sujeito atendido pede, mas, há limite para essa possibilidade de manejo. A sensação de “estar apagando incêndio o tempo inteiro” é comum aos quatro CAPS: cotidiano intenso, geralmente com acolhimento de sujeitos em crise, muitos casos com demandas múltiplas, que exigem muitas articulações e respostas singulares, matriciamento, atendimentos individuais e em grupo, várias reuniões (com a própria equipe, com as equipes de outros equipamentos, com familiares, entre outras). Nas falas notava-se cansaço, sofrimento e, em alguns, desânimo.

Ricardo Antunes (2000) aponta que, como consequência do neoliberalismo e da reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, vivemos um monumental desemprego, uma enorme precarização do trabalho e uma degradação crescente na relação metabólica entre homem e natureza. No Brasil, nas últimas duas décadas, observou-se um crescente número de empresas de terceirização do trabalho (locadoras de força de trabalho temporário), em uma situação de nítida precarização das relações de trabalho, nomeada de “era da informalização em plena era da informatização do trabalho”.

Mesmo para as profissões de nível superior, a situação atual não é diferente: de um lado se vê cada vez menos trabalhadores que trabalham muito e de outro, cada vez mais trabalhadores que têm menos trabalho, assim sendo levados a se sujeitarem a qualquer tipo de labor e com quaisquer condições, sendo essa tendência da flexibilidade (toyotismo) a realidade vivida na maioria dos países. As pessoas oscilam assim entre uma busca frustrada por um emprego e a aceitação de trabalhos completamente precarizados, subempregos. O mundo atual vem substituindo os herdeiros fordistas, altamente especializados, pelos trabalhadores polivalentes e multifuncionais da era toyotista (ANTUNES, 2000).

Apesar do grande tensionamento no sentido da burocratização dos serviços, há um empenho dos trabalhadores para estreitar a relação entre suas ações e a realidade psicossocial, material, cultural e política encontrada, procurando dar respostas singulares às demandas. Em todos os grupos foi observado como a realidade das pessoas atendidas era aquilo que moldava a decisão dos trabalhadores.

Outra forma de exploração do trabalhador é o não reconhecimento da importância do seu trabalho, que se dá, nesse caso, com o investimento insuficiente nos serviços de saúde mental, tanto em relação à quantidade como em relação às condições dadas em que cada serviço acontece (falta de materiais, estrutura física inadequada ou sem manutenção suficiente, quadro reduzido de profissionais frente à demanda daquele território, salários menores que em outras áreas da saúde, excesso de autoritarismo gerencial). Explora-se a ligação afetiva do trabalhador com o trabalho, que muitas vezes cria estratégias defensivas para atenuar seu sofrimento psíquico e continuar vinculado à tarefa primária do serviço: apelo excessivo à ideologização, somatização, burocratização, desenvolvimento de estados passionais (ONOCKO, 2005). Adere-se indiscriminadamente a certos ideais (do SUS, da RPB ou da RSB), que o ajudam a nortear o sentido do trabalho para si, e, frente a certas situações, tudo aceita ou tudo nega.

Há diferenças significativas na forma de gerir o serviço entre as OSS, enquanto em um CAPS se permitia que os trabalhadores escolhessem seu horário tentando contemplar as necessidades do serviço e as próprias, em outro só havia uma possibilidade. Também há diferenças entre as coordenadorias em relação ao controle e concentração do poder decisório em relação às práticas de saúde nos serviços: alguns CAPS têm mais liberdade em conduzir suas ações. Nos territórios onde os trabalhadores estão mais organizados e/ou há organização

da sociedade civil, consegue-se oferecer alguma resistência para negociar com as relações verticais entre lugares.

Além destes CAPS atenderem com um número muito maior de usuários para além do preconizado pelas portarias, tem muitas atribuições e práticas que o sobrecarregam. A área de abrangência, área que seria de responsabilidade do CAPS, não condiz com a realidade de trabalho. Por necessidade (quando não há dispositivos na região; quando o usuário mora/foi morar em outra região) ou por desejo (quando os usuários querem participar de alguma atividade, como a Copa da Inclusão) circula-se pela cidade.

Todos trabalhadores relataram a importância do trabalho da construção da RAPS, que, a partir das reuniões e dos espaços de discussão criados, tornam a relação entre os serviços menos burocrática e mais efetiva. É um trabalho lento, difícil e que tem gerado consequências positivas com impacto no serviço e na vida dos usuários. O trabalho continua ainda dependendo fundamentalmente de pessoas engajadas, pois os acordos internos e entre instituições ainda não são suficientemente fortes (no melhor dos casos, ou inexistentes, no outro extremo), e os arranjos são feitos quase sempre a partir de uma rede pessoal ou de um esforço pessoal.

Em que pese a discussão sobre a homogeneização dos dispositivos da reforma, os problemas decorrentes de uma política “capscêntrica”, o pagamento por procedimento e a “inampsição”, se tomarmos a produção de vida como base de análise, o trabalho realizado nos CAPS representa um salto de qualidade em relação aos hospitais psiquiátricos. As reflexões desenvolvidas nessa pesquisa visaram trazer elementos para colocar em movimento as discussões sobre as práticas realizadas nos CAPS, os limites da sua governabilidade, e pensar em formas de empoderamento e aumento da consciência crítica (FREIRE, 1980) dos trabalhadores em relação ao próprio trabalho.

No momento histórico que vivemos, com avanço de políticas baseadas numa economia neoliberal, risco de perda de direitos conquistados duramente e retrocessos em relação às políticas públicas em saúde, encerro esta texto falando novamente sobre a importância da utopia, confiando que o conhecimento gerado pelas diversas experiências e práticas do processo da partir da RPB nas últimas décadas tenha sido *dez passos na direção do horizonte*, e que este acúmulo nos tenha fortalecido e nos oriente na resistência a essa onda conservadora e manicomial.

REFERÊNCIAS⁴⁷

ALVES SOBRINHO, E. J.; CAPUCCI, P. F. **Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 209-227, maio-ago. 2003.

AMARANTE, P. **Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Uma aventura no manicômio: A trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde (Manguinhos), 1, 61-77, 1994 (b).

_____. **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

_____. **A clínica e a Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2007.

_____. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Cad. Bras. Saúde Mental, Volume 1, nº 1, jan-abr, 2009.

AMARANTE, P., TORRE, E.H. G. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago, 2001.

ANTUNES, R. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal**. In *La Ciudadania Negada. Políticas de Exclusión en la Educación y el Trabajo*. Buenos Aires: CLACSO - Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2000.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro – vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013. P. 14.

ARENDT, H. **Crises da República**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1973.

_____. **A condição Humana**. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária Ltda, 1981.

_____. **Da violência**. Ed. Universidade de Brasília, 1985.

_____. **Da dignidade da política**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**. Desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP/Lemos Editorial, 1994.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

⁴⁷ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023)

_____. **A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica.** (Paulo Amarante, org.) Rio de Janeiro : Garamond, 2005.

BASAGLIA, F.; GALLIO, G. **Vocação terapêutica e luta de classes.** In: Basaglia, F. et al. *A loucura na sala de jantar.* São Paulo: Editora Resenha, 1991.

BASAGLIA, F. et al. **Considerações sobre uma experiência comunitária.** In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BENJAMIN, W. **O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov.** In: **Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** Vol. 1. 5ª Edição. São Paulo: Brasiliense, 1993.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade.** Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1978.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. **Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária.** In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* (Paulo Amarante, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BOCCARDO, A. C. S. et al. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental.** *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Brasil,* v. 22, n. 1, p. 85-92, apr. 2011. ISSN 2238-6149. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14124>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

BOURDIEU, P. **A dominação Masculina.** Ed. BestBolso, 2014.

BOSI, E. **Memória e Sociedade Lembranças de Velhos.** 3ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

_____. **Tempo Vivo da Memória: Ensaios de Psicologia Social.** 2ª Edição. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224.** Brasília, 1992.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 336.** Brasília, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL,** Brasília, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. Brasília; 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Ambi%C3%Aancia.pdf>, Acesso em 28 nov. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portarias n.º 3088, 3089 e 3090**. Brasília, 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portarias n.º 121, 122, 123, 130, 131, 132 e 276**. Brasília, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, n.º 12, outubro de 2015**. Brasília, 2015.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma. Repensando a saúde** (2ª ed.). São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

_____. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: Tratado de Saúde Pública, CAMPOS et al., org. Hucitec Ed. São Paulo, 2012.

CAPISTRANO FILHO, D.; PIMENTA, A. L.; HENRIQUES, C. M. P. **O SUS que dá certo**. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUE, C. M. P. (org.). **Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 2a. Ed. 1997.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro. São Paulo: Atheneu, 1984.

CHAUÍ, M. Brasil: **Mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

COIMBRA, C. M. B. **Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

DAÚD JÚNIOR, N. **Neoliberalismo, luta antimanicomial e pós-neoliberalismo**. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999. p. 187-205, 1999.

_____. **Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do" doente mental.** In: BOARINI M. L., organizadora. *Desafios na atenção à saúde mental.* Maringá, SP: Eduem, p. 31-64, 2000.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: FGV, 1999.

_____. **Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho.** In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, pp 277-299, 2004.

_____. **Subjetividade, trabalho e ação.** *Prod.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, Dec. 2004b. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. **Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial.** In: Basaglia, F. et al. *A loucura na sala de jantar.* São Paulo: Editora Resenha, 1991.

DEVERA, D. & COSTA-ROSA, A. **Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60, 2007.

ENRIQUEZ, E. **O trabalho da morte nas instituições.** In: *A instituição e as instituições - Estudos psicanalíticos.* São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.

FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. **Fim de Século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.

FIGUEIREDO, L.C. **Foucault e Heidegger. A ética e as formas históricas do habitar (e do não habitar).** *Tempo social [on-line]*. vol. 7, n. 1-2, p. 136-149, 1995.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1975.

_____. **O Nascimento da Medicina social.** In: M. Foucault. *Microfísica do Poder.* Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro; Graal, 1979.

_____. **Sobre a história da sexualidade.** In: _____. *Microfísica do poder.* Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **História da Loucura.** 5ª Edição, São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

FREIRE. P. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

GEERTZ, Clifford. **Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura.** In: *A interpretação das Culturas.* Rio de Janeiro: LTC. 1989.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose – um projeto na rede pública**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Te Corá, 1996.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. In: MIRANDA, A.C. et al. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 237-255; 2008.

HORTALE, V. A. **O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3.p. 23-35, maio/jun. 1997.

JONES, M. **Comunidade Terapêutica**. Editora: Petrópolis Vozes, 1972.

JUNQUEIRA, V. **Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)**. 2ª Ed. São Paulo: Instituto Pólis/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

KAFKA, F. **O processo**. Editora Companhia das Letras, 1997.

KALIL, M. E. X. (org.), **Saúde Mental e Cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. Anais de um Encontro – Santos, SP, 18 a 21 de junho de 1991. São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

LEMA, V. Z. **Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura**. Argentina: Ediciones cinco, 2008.

MACHADO, R. et. al. (org.). **A (da)nação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MENDES, E. V. A descentralização como processo social. In: KALIL, M. E. X. (org.), **Saúde Mental e Cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. Anais de um Encontro – Santos, SP, 18 a 21 de junho de 1991. São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MONKEN, Maurício et al. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Maurício. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

NICÁCIO, M. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 213 p. Tese (doutorado em Medicina Preventiva e Social). Universidade de Campinas, 2002.

NUNES, E. V. **Saúde Coletiva: Uma história recente de um passado remoto**. In: Tratado de Saúde Pública, CAMPOS et al., org. Hucitec Ed. São Paulo, 2012.

ONOCKO, R. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 10 (3), 2005.

PAIM, J. S. **Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira.** In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES.** – São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASSOS, I.F.P. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura & Civilização, 2002.

RESENDE, H. **Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: TUNDIS, S. A., COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

RAMMINGER, T. **Saúde do trabalhador de Saúde Mental: uma revisão dos estudos brasileiros.** Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro v. 32, n. 78/79/80, jan./dez. 2008.

ROTELLI, F. **A instituição inventada.** In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 1990.

_____. **O trabalho de Saúde Mental no Território.** In: KALIL, M. E. X. (org.), **Saúde Mental e Cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde.** Anais de um Encontro – Santos, SP, 18 a 21 de junho de 1991. São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

_____. **Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste.** In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ROTELLI, F.; LEONARDI, O. & MAURI, D. **Desinstitucionalização uma outra via.** In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 1990.

SAFRA, G. **A po-ética na clínica contemporânea.** Idéias & Letras, 2004.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.) **Epistemologias do Sul.** São. Paulo; Editora Cortez. 2010.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **De uma geografia metafórica da pós-modernidade a uma geografia da globalização.** Cultura Vozes, São Paulo, v. 91, n° 4, ano 91, p. 14-30, 1997.

SANTOS, M. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. **Técnica, Espaço e Tempo. Globalização e Meio Técnico-Científico Informacional**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **O retorno do território**. In: M. Santos; M. A. Souza & M. L. Silveira, org. **Território, Globalização e Fragmentação**, p. 15-20, São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. **Por uma outra Globalização – do pensamento único a consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

_____. Conferência magna. I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, I Seminário nacional saúde e ambiente no processo de desenvolvimento Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 2000b.

_____. **Brasil: Território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

_____. **O País Distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania**. São Paulo: Publifolha, 2002.

_____. **O dinheiro e o território**. In: SANTOS, M. et al. (org.). **Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007.

SCARCELLI, I. R. **O Movimento Antimanicomial e a Rede Substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992**. São Paulo: Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, 1998.

_____. **Trabalhadores em Saúde Mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática**. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. **Fim de Século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p. 187-205, 1999.

_____. **Entre o Hospício e a Cidade: Exclusão/Inclusão Social no campo da Saúde Mental**. São Paulo: Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. 2002.

_____. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo: Zagodoni, 2011.

_____. **Psicologia Social e Políticas Públicas: Formação em Saúde como Questão Emblemática**. XV Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da ANPEPP. Bento Gonçalves RS, 2014

_____. **Psicologia social e políticas públicas: Pontes e interfaces no campo da saúde.** São Paulo: Tese (Livre Docência) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. 2016.

SILVEIRA, M. L. **O Brasil: Território e Sociedade no início do século 21– A história de um livro.** ACTA Geográfica, Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira, 2011.

SONIM, N. D.; FARIAS, W. **O Capa-Branca – de funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil.** São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2014.

TENÓRIO, F. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro, 9 (1), 2002.

TUAN, Y. **Espaço e Lugar: a perspectiva da experiência.** São Paulo: Difel, 1983.

VENTURINI, E. **A cidade dos outros.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 21 – n. 2, p. 203-222, Maio/Ago. 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/267>>. Acesso em: 19 Jan. 2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Doutorado, 2006.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. da, **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Allan Saffiotti, doutorando do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, lhe convido a participar da pesquisa por mim coordenada, “Um estudo sobre o modelo CAPS a partir do conceito de território”, que visa investigar como os trabalhadores de CAPS têm trabalhado a partir deste conceito e como sua compreensão foi formada. Você foi selecionado(a) por ter experiência de pelo menos dois anos na área da saúde. Aceitando o convite, você participará de dois grupos de discussão sobre como acontece o trabalho no CAPS, agendados previamente e realizados no local de trabalho. Os grupos têm duração prevista de 1h, e serão coordenados pelo pesquisador e um observador; as discussões serão gravadas e posteriormente transcritas. Em novo encontro com o pesquisador, você poderá acrescentar ou retificar aquilo que achar que não condiga com o que queria dizer. O material das discussões será utilizado estritamente para a pesquisa e sua divulgação no meio científico. Receberá posteriormente uma cópia digital da pesquisa completa, após a conclusão.

Comunico-lhe que a participação neste estudo é absolutamente voluntária e você pode desistir de participar a qualquer momento. O seu nome será mantido em sigilo, e nos textos transcritos será trocado por um pseudônimo. Esta pesquisa não tem vinculação com a instituição onde você trabalha e sua participação não acarretará em nenhum prejuízo prévio ou posterior. Não há nenhum risco ou efeito prejudicial antecipado em participar da pesquisa; caso algum assunto da discussão em grupo provoque desconforto, o(a) senhor(a) terá total liberdade para decidir se pronunciar ou silenciar. O pesquisador garante o ressarcimento das despesas provenientes pela participação na pesquisa e a assistência no caso de imprevistos. Este termo foi elaborado em duas vias, devendo uma via ficar com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo da pesquisa da qual fui convidado(a) a participar. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer tempo sem prejuízos e sem precisar me justificar. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura _____ do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável:

_____: ____/____/____.

O pesquisador responsável por esta pesquisa, Prof. Allan Saffiotti, coloca-se disponível para quaisquer esclarecimentos, e poderá ser encontrado pelo telefone (11) 98245-8681 e no e-mail saffiotti@usp.br.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do IP-USP. Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, Sala 27 – Telefone: 11 – 3091-4182 E-mail: ceph.ip@usp.br

Contato do Comitê de Ética em Pesquisas da Sec. Municipal da Saúde de São Paulo. Rua General Jardim, 36 - 1º andar. Telefone: 3397-2464 - E-mail: smscep@gmail.com