

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO RENÉ RACHOU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**Cuidados no território: as práticas das equipes de Centros de Referência
em Saúde Mental – CERSAMs de Belo Horizonte**

Anna Laura de Almeida

Belo Horizonte
2018

DISSERTAÇÃO	MSC-IRR	ANNA LAURA DE ALMEIDA	2018
--------------------	----------------	------------------------------	-------------

ANNA LAURA DE ALMEIDA

**Cuidados no território: as práticas das equipes de Centros de Referência
em Saúde Mental – CERSAMs de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Celina Maria Modena

Belo Horizonte

2018

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

A447c
2018

Almeida, Anna Laura.

Cuidados no território: as práticas das equipes de Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM's de Belo Horizonte / Anna Laura de Almeida. – Belo Horizonte, 2018.

XI, 197, f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 181 - 193

Dissertação (mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Saúde mental/recursos humanos 2. Serviços de saúde mental/tendências 3. Desinstitucionalização/estrutura organizacional. 4. Território. I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação).

CDD – 22. ed. – 362.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANNA LAURA DE ALMEIDA

Cuidados no território: as práticas das equipes de Centros de Referência em Saúde Mental –
CERSAMs de Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Celina Maria Modena (IRR/Fiocruz) Presidente

Prof^a. Dra. Izabel Christina Friche Passos (UFMG) Titular

Prof^a. Dra. Regina Céli Fonseca Ribeiro (UFMG) Titular

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 14/12/2018

*Viramundo
Gilberto Gil
Capinan*

*Sou viramundo virado
Nas rondas da maravilha
Cortando a faca e facão
Os desatinos da vida
Gritando para assustar
A coragem da inimiga
Pulando pra não ser preso
Pelas cadeias da intriga
Prefiro ter toda a vida
A vida como inimiga
A ter na morte da vida
Minha sorte decidida*

*Sou viramundo virado
Pelo mundo do sertão
Mas inda viro este mundo
Em festa, trabalho e pão
Virado será o mundo
E viramundo verão
O virador deste mundo
Astuto, mau e ladrão
Ser virado pelo mundo
Que virou com certidão
Ainda viro este mundo
Em festa, trabalho e pão*

Aos que sonham e lutam por uma sociedade sem manicômios.

Ainda viramos o mundo em festa, trabalho e pão.

AGRADECIMENTOS

Quero iniciar agradecendo ao meu companheiro, Rodrigo, pelo incentivo inicial decisivo para o investimento no mestrado e por toda a ajuda nas diferentes etapas do processo.

Agradeço à Professora Celina Maria Modena, por aceitar me acompanhar nesse percurso como orientadora e por entender e acolher minhas singularidades e tempos. Em especial, espero ter aprendido um pouco de Celina e seu ímpeto corajoso e destemido diante de novos desafios e o grande desejo de conhecer e saber mais sobre o mundo.

Agradeço às Professoras Fernanda Nicácio, Izabel Passos e Regina Ribeiro por aceitarem participar das bancas e pelas inestimáveis contribuições.

A escolha por seguir trabalhando durante o mestrado mostrou-se a mais condizente e verdadeira com minha trajetória. Nesse sentido, preciso agradecer aos meus colegas e usuários do CERSAM Noroeste, por compreenderem minhas ausências, por me incentivarem e por serem inspiração para a realização deste trabalho.

Agradeço às equipes, gerentes e usuários dos CERSAMs onde realizei o trabalho de campo, pelo acolhimento e disponibilidade em participarem da pesquisa. Foram experiências decisivas para a dissertação e para a minha vida de uma maneira geral. Estendo os agradecimentos à Coordenação de Saúde Mental pela autorização para a realização do trabalho.

Agradeço aos professores e funcionários do Instituto René Rachou pelos ensinamentos e colaboração. Em especial aos colegas que dividiram as aulas comigo, aos colegas do grupo de pesquisa Políticas Públicas e Direitos Humanos em Saúde e Saneamento e às valorosas companheiras da saúde mental, por compartilharem o desejo de construir um espaço merecido para nossa área nas instituições de pesquisa mineiras.

Especial agradecimento e todo o meu amor aos amigos e amigas que estiveram comigo em diferentes momentos desses últimos três anos e me incentivaram ou apoiaram de alguma forma. Também aos companheiros e companheiras do Fórum Mineiro de Saúde Mental e Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental, por compreenderem minhas ausências e continuarem a luta.

Agradeço ao meu pai e minha mãe, à Débora, Enzo e André pelo carinho e cuidado sempre.

RESUMO

Ao longo das últimas décadas, a Reforma Psiquiátrica Brasileira vem interrogando relações e buscando produzir novos cabimentos, olhares e jeitos de cuidar e viver com a loucura. Embora seja inegável a reorientação do modelo assistencial, antes predominantemente manicomial, enfrentamos ainda desafios de diversas ordens para a consolidação e avanço das Redes de Atenção Psicossocial. Em Belo Horizonte, os Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs (correspondentes aos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS III na legislação) são serviços criados para acolher as pessoas com sofrimento mental grave e em situações de crise, prezando pelo cuidado em liberdade. Neste trabalho buscamos compreender de que modo as equipes de dois CERSAMs articulam cuidados no território, bem como discutir se esses cuidados reforçam ou fragilizam as concepções medicalizantes e contribuem para o avanço na desinstitucionalização da loucura. Para tal, embasamo-nos em referencial teórico composto por aportes dos campos de conhecimento da Geografia crítica, da Saúde Coletiva e Saúde Mental e sua conceitualização sobre território. Trata-se de pesquisa qualitativa, que recorreu à observação participante do cotidiano dos serviços e à realização de um grupo focal com trabalhadores de nível superior de cada CERSAM. A análise dos dados se deu a partir da contextualização dos serviços, com base principalmente nos dados da observação participante e, posteriormente, na apresentação do grupo focal. Entendemos que as concepções e práticas expressas pelas trabalhadoras acerca de território compreendem o continuum proposto por Haesbaert (2004), que abrange desde um polo de dominação jurídico-político que, no contexto dos serviços de saúde, relacionam-se à área de delimitação geográfica e ao território como portador de recursos para o cuidado dos usuários e organizador da rede, até um polo de apropriação cultural simbólico, construtor de identidades e de relações materiais e imateriais de poder. Cada CERSAM apresenta singularidades, práticas de cuidados diversas no território e relações mais ou menos próximas dele, a depender do ponto de observação escolhido. Percebe-se o contundente atravessamento do território do CERSAM Rosimeire Silva em seu cotidiano, permeado por relações de poder, nas quais a equipe busca sustentar a diversidade das formas de viver dos usuários. No CERSAM Ana Maria Magalhães, há uma decisão da equipe em potencializar a articulação com as redes, em especial no que tange os matriciamentos das Unidades Básicas de Saúde, de forma que o serviço estreite relações com o território socioassistencial. Situar as práticas de cuidados das equipes dos CERSAMs em relação com a perspectiva crítica de território, enquanto possibilidade de desvelar as relações de poder e as formas peculiares de exclusão ou inclusão dos sujeitos loucos de cada lugar, constitui uma

potente maneira de as equipes refletirem e se reposicionarem mais efetivamente enquanto atores dos territórios, que sustentem o cuidado em liberdade, a convivência e o contínuo processo de desinstitucionalização da loucura.

Palavras-chave: saúde mental, serviços de saúde mental, desinstitucionalização, território.

ABSTRACT

Throughout the last decades, the Brazilian Psychiatric Reform has been pondering over relationships and seeking to produce new dispositions, looks and ways of caring and living with madness. Although the reorientation of the care model, previously predominantly undertaken as mental hospitalization, is undeniable, we still face challenges of various orders for the consolidation and advancement of the Psychosocial Care Networks. In Belo Horizonte, the Centers of Reference in Mental Health - CERSAMs (corresponding to CAPS III in the legislation) are services created to receive crisis situations, valuing the care in freedom. In this work we seek to understand how the teams of two CERSAMs articulate care in the territory, as well as discuss whether this care reinforces or weakens the medical conceptions and contributes to the advancement in the deinstitutionalization of insanity. Thus, this work is based on the theoretical reference composed by contributions from the fields of the Critical Geography, Collective Health and Mental Health and its conceptualization on territory. It is a qualitative research, which employed the participant observation of the daily services and the realization of a focal group with university graduated workers from each CERSAM. Data analysis was based on the context of the services, built mainly upon the data of the participant observation and, later, on the presentation of the focus groups. We understand that the conceptions and practices expressed by workers on territory include the continuum proposed by Haesbaert (2004), which ranges from an understanding of political and juridical domination which, in the context of health services, relates to the area of geographical delimitation and to the territory as a source of resources for the care of users and organization of the network, to an understanding of symbolic-cultural appropriation, constructor of identities and material and immaterial relations of power. Each CERSAM presents singularities, diverse care practices in the territory and relations more or less close to it, depending on the chosen the point of observation. The overwhelming crossing of the territory of CERSAM Rosimeire Silva in its daily life is evident, permeated by power relations, in which the team tries to sustain the diversity of the ways of living of users. In CERSAM Ana Maria Magalhães, the team has decided to strengthen the articulation with the networks, especially regarding the articulation of the Basic Units of Health, so that the service strengthens relations with the socioassistencial territory. Placing the care practices of CERSAMs' teams in relation to the critical perspective of territory, as a possibility to unveil power relations and the peculiar forms of exclusion or inclusion of the mentally ill subjects of each place, constitutes a powerful means for the teams to observe and reposition themselves more effectively as actors in the territories, who support care in freedom,

coexistence and the continuous process of deinstitutionalization of madness.

Key words: mental health, mental health services, deinstitutionalization, territory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 TERRITÓRIO NO CAMPO DE CONHECIMENTOS DA GEOGRAFIA	19
4 TERRITÓRIO E A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE.....	29
5 TERRITÓRIO E SAÚDE MENTAL	37
5.1 Contribuições Italianas	38
5.2 Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil.....	49
5.3 Situando a singular presença da loucura em Minas Gerais	61
5.4 O percurso belo-horizontino – fazendo caber a loucura.....	66
5.5 CAPS/CERSAM e território.....	79
6 CAMINHOS METODOLÓGICOS	93
6.1 Referencial teórico metodológico.....	95
6.2 Contexto e participantes	96
6.3 Procedimentos	97
7 RESULTADOS.....	101
7.1 CERSAM Rosimeire Silva	101
7.1.1 Um pouco das engrenagens do CERSAM.....	101
7.1.2 O cotidiano e seus impasses	107
7.1.3 As delicadezas ou “ <i>presa in carico</i> ”	111
7.1.4 População em situação de rua.....	117
7.1.5 Mães órfãs.....	122
7.1.6 O lugar da gerência e suas potências.....	125
7.1.7 Grupo focal – “O território entra no CERSAM”	126
7.1.7.1 Perguntando pelo poder dos territórios.....	128

7.1.7.2 Impasses para o serviço diante das complexidades do território.....	135
7.2 CERSAM Ana Maria Magalhães	142
7.2.1 Um pouco das engrenagens do CERSAM.....	143
7.2.2 O cotidiano e seus impasses	147
7.2.3 Referência técnica e micro-áreas.....	149
7.2.4 Matriciamento.....	153
7.2.5 Grupo focal – “O território vivo”	156
7.2.5.1 Ideias sobre território.....	157
7.2.5.2 Práticas de cuidado no território: ações, missões, dificultadores e integração à rede	160
7.2.5.3 Características do território que influenciam nos processos saúde-doença....	170
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS	181
APÊNDICE A - Roteiro para grupos focais	194
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	195

1 INTRODUÇÃO

Ter saúde é lutar contra tudo aquilo que nos agride e ameaça, inclusive a doença
Coletivo de Saúde do MST

O processo de luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado em fins dos anos 1970, vem ao longo desses anos denunciando as atrocidades e injustiças cometidas às pessoas em sofrimento mental que, infelizmente, ainda reverberam em nossa sociedade, embora tenhamos alcançado inúmeros avanços. Afinal, faz pouco mais de dois anos que a rede de saúde mental de Belo Horizonte deu fim ao processo de desinstitucionalização do último hospital psiquiátrico particular com leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), a agora extinta Clínica Serra Verde¹, na qual, em pleno século XXI, deparamo-nos com situações tais quais aquelas vistas em *Nos Porões da Loucura*².

Na cidade, hoje com 2.501.576 habitantes (IBGE, 2018), pode-se dizer que a rede atingiu um nível de capilaridade e de potência capaz de, com efeito, substituir a internação em hospitais psiquiátricos, promover o fechamento de leitos e intervir na cidade, fazendo caber a loucura. São oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) (correspondem aos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS III na legislação vigente), três Centros de Referência em Saúde Mental – Álcool e Drogas (CERSAMs AD – CAPS AD III), dois Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-juvenil (CERSAMis – CAPSI III), um Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP), nove Centros de Convivência (CC), Equipes de Saúde Mental em todas as 150 Unidades Básicas de Saúde, nove Equipes Complementares de Atenção à Criança e Adolescente, nove equipes de Arte da Saúde (somando 49 oficinas), quatro equipes de Consultório de Rua, duas Unidades de Acolhimento Transitório – adulta e infanto-juvenil, dez leitos em hospital geral, uma Incubadora para empreendimentos solidários, que dá suporte à Associação de Trabalho e Produção Solidária Suricato, trinta e três Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Residências Médica e Multiprofissional em Saúde Mental (BELO HORIZONTE, 2016).

Além disso, cumpre ressaltar o papel dos movimentos sociais, sempre muito atuantes: o Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM), que se reúne mensalmente desde 1994; a Associação

¹ Hospital psiquiátrico fechado em 2012, que abrigava 149 pacientes crônicos, transferidos para um anexo do Hospital Sofia Feldman no Bairro Padre Eustáquio e, aos poucos, transferidos em seguida para Serviços Residenciais Terapêuticos até seu completo fechamento em março de 2016. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/03/02/interna_gerais,739241/transferencia-de-pacientes-para-residencia-terapeutica-marca-fim-dos-m.shtml>

²Série de reportagens realizadas por Hiram Firmino para O Estado de Minas, em 1979, sobre os maus tratos a que eram submetidos os internos de alguns hospitais psiquiátricos mineiros e que deu origem a um livro homônimo.

de Usuários e Familiares da Saúde Mental (ASUSSAM); mais recentemente, a Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos (FMDDH); a constituição das Comissões Municipal e Estadual de Reforma Psiquiátrica no âmbito dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde; Conselhos de entidades profissionais e sindicatos parceiros; Movimentos de Trabalhadores. Esses movimentos, principalmente o FMSM e a ASSUSSAM, organizam anualmente a maior intervenção cultural da cidade, o Dia da Luta Antimanicomial – 18 de maio, quando cerca de quatro mil pessoas desfilam pelas principais ruas do centro da cidade em um grande carnaval-manifestação.

Meu percurso pessoal e profissional cruza a rede de saúde mental belo-horizontina desde os tempos de estudante de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, quando realizei estágio curricular em um CERSAM no segundo semestre de 2009, mas, principalmente, através de ações do movimento estudantil. Com muita tenacidade questionávamos a distância entre as Universidades e o corpo de conhecimentos prático e teórico produzido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Acima de tudo, construímos ações práticas e estreitamos relações com usuários, familiares, trabalhadores e gestores da rede: organizamos recepções de calouros da saúde com visitas aos equipamentos da rede; o Curso Interdisciplinar de Formação Política e Profissional em Saúde Mental com carga teórica e prática em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e a Coordenação de Saúde Mental de 2007 a 2009; participamos dos 18 de Maio, ajudando a construir e, inclusive, concorrendo com um samba enredo na edição de 2011; realizamos diversos eventos que discutiam a formação em saúde mental; sediamos o III Encontro Nacional de Estudantes Antimanicomial em 2012.

Essas ações marcaram meu caminho e despertaram o desejo de trabalhar na saúde mental. A oportunidade inicial deu continuidade à minha formação a partir do segundo semestre de 2011 através da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, parceria entre a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e a Prefeitura de Betim, segundo ponto de ancoragem definidor de caminhos da vida, pela preciosidade de encontros que aconteceram nesse processo. Ainda em Betim, durante o período de trabalho no Centro de Convivência, deparei-me com o *Intersetorial - Catálogo de atividades e serviços comunitários de Betim*, construído pela equipe do serviço.

Antes de concluir a residência, contudo, fui chamada a assumir o cargo de Técnica de Nível Superior, após ser aprovada em concurso público da Prefeitura de Belo Horizonte. Foi um misto de sentimentos, pela alegria da aprovação e a tristeza em ter de deixar a residência. Porém, Belo Horizonte também havia construído o seu Programa de Residência em Saúde

Mental apenas um semestre depois que ingressei em Betim. E, com a ajuda de muitas pessoas, conseguimos realizar todo o procedimento burocrático de transferência para a residência de Belo Horizonte e a liberação do trabalho para a conclusão dos seis meses restantes da residência no primeiro semestre de 2013. A gestão reconhecia a importância da formação de trabalhadores e considero-me privilegiada por ter conseguido esse feito.

Inspirada pelo trabalho do Centro de Convivência de Betim, propus para a o Trabalho de Conclusão de Residência, já no programa de Belo Horizonte, a confecção de um Catálogo de Recursos Intersetoriais da Regional Noroeste, onde escolhi ser lotada no concurso. Realizamos um levantamento de diversos dispositivos e ações intersetoriais da regional e serviços municipais; trabalhamos também com alguns mapas da Regional, além de fazer uma breve discussão teórica acerca da intersetorialidade. O Catálogo foi disponibilizado em toda a rede de saúde mental e Unidades Básicas de Saúde da regional e, posteriormente, uma versão adaptada concorreu no Prêmio Inovar da Prefeitura, recebendo menção honrosa.

Assim, acompanha-me já há muitos anos o interesse pelos territórios, pelos contextos de vida das pessoas, por saber o que fazem e por onde circulam em seus cotidianos, muito por causa da minha formação no movimento estudantil, onde aprendi que “saúde não é ausência de doença” e que “saúde é luta”. Ao longo dos quase seis anos de trabalho no CERSAM, continuo me interpelando sobre como nos relacionamos com nosso território, sobre certa concepção medicalizante da saúde ainda muito presente, sobre a centralidade ocupada pelos atendimentos individuais e em consultório e sobre as contradições diárias vividas na lida com os usuários na busca por desconstruir práticas manicomialis.

Trata-se de um serviço dinâmico, no qual os usuários e familiares encontram-se nos momentos mais vulneráveis de suas vidas, os períodos de crise. Os CERSAMs, na rede de Belo Horizonte, constituem-se, portanto, em dispositivo chave para efetivar a substituição às internações psiquiátricas, na medida em que acolhem e sustentam as situações-limite do laço social dos usuários e suas famílias, quando são necessários cuidados intensivos para resguardar, reconstruir ou mesmo inventar novos laços. Assim, há um grande volume e complexidade no trabalho, no qual perpassam também questões relacionadas ao processo de trabalho da equipe e, principalmente, quanto aos aspectos sociais, econômicos, culturais, familiares, educacionais, de trabalho, lazer, etc., trazidos por cada usuário em sua singularidade.

No campo científico, diversos autores problematizaram sobre o cotidiano dos CERSAMs/CAPS e suas relações com o território. Lancetti alerta para obstáculos enfrentados, tais como a centralização em si mesmo e a pouca abertura para o território, ou quando os profissionais escolhem pacientes e buscam adaptá-los às especialidades, aos modelos

terapêuticos aprendidos com seus terapeutas, enfim, uma corrente tecnocrática e burocrática:

[...] os CAPS envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo. Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes, como dantes, voltam a centralizar-se no psiquiatra. (2011, p. 47).

Para fazer frente a essa corrente, o autor defende a produção de saúde mental de modo intenso, complexo e sempre renovado, aquele em que “O percurso clínico pelo território geográfico e pelo território existencial com as pessoas que pretendemos ajudar imprime uma intensidade e uma vertigem à experiência que funciona como um antídoto ao corporativismo e à estreiteza dos profissionais” (LANCETTI, 2011, p. 52). Ou, ainda, como Yasui, entendendo o CAPS como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental:

Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. (2010, p. 115).

Assim, com o intuito de que esse trabalho possa produzir conhecimentos que evidenciam as contradições e desafios do cotidiano do trabalho nos CERSAMs, de modo a proporcionar discussões e estratégias de enfrentamento dessas dificuldades pelos serviços e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, formulamos as seguintes questões de pesquisa:

- i) De que modo algumas equipes de CERSAMs articulam cuidados no território?
- ii) Esses cuidados reforçam ou fragilizam concepções medicalizantes? Contribuem para o avanço na desinstitucionalização da loucura? Quais são as práticas, os desafios ou as facilidades encontradas?

Para tentar responder a essas questões, realizamos pesquisa qualitativa cujos sujeitos são trabalhadores de dois CERSAMs de Belo Horizonte e na qual lançamos mão de observação participante e grupos focais, com a intenção de compreender significados e intencionalidades das práticas produzidas nos serviços.

A dissertação assume uma configuração dentro da qual, após essa introdução,

apresentamos os objetivos do trabalho. Em seguida, discorremos sobre as conceituações de território a partir de estudo dos campos de conhecimento da Geografia em sua perspectiva crítica. São realizadas algumas distinções entre os conceitos de espaço, lugar e território, bem como o percurso trilhado por Milton Santos ao longo de sua obra, que é abordada também em sua perspectiva geral e orientadora de crítica à globalização. Geógrafos contemporâneos, em especial Rogério Haesbaert, contribuíram com uma síntese conceitual de território que será retomada ao longo de todo o texto. Tais discussões conformam o capítulo 3: *Território no campo de conhecimentos da Geografia*.

Em *Território e a construção da saúde*, capítulo 4, prosseguimos com a reflexão teórica com referenciais ancorados no campo da saúde, abordando alguns aspectos do percurso do conceito na saúde pública e seu arcabouço normativo, e na saúde coletiva.

No capítulo 5, *Território e saúde mental*, percorremos o campo de conhecimentos da saúde mental, abordando inicialmente as contribuições advindas da Reforma Psiquiátrica Italiana, seus principais aportes conceituais e o que foi possível recolher acerca do conceito de território. A seguir, apresentamos um panorama da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil, estabelecendo principais marcos históricos, além de breve reflexão do momento atual.

Posteriormente, trabalhamos uma seção que situa o contexto de Minas Gerais e o percurso belo-horizontino, sendo que neste último nos detivemos um pouco mais na apresentação dos princípios, diretrizes e equipamentos da rede de saúde mental. Por fim, discorremos sobre conceitos de CAPS/CERSAM e território, fazendo um recorte de legislações que orientam sobre esses serviços e apresentando o que foi possível apreender das construções teóricas que orientam a rede da cidade.

No capítulo 6, *Percurso metodológico*, discorremos sobre o referencial teórico-metodológico que nos orienta, o contexto e os participantes da pesquisa, e os procedimentos adotados. Passamos ao capítulo 7, *Resultados*, que foi dividido entre os dois campos de pesquisa estudados, a saber: o CERSAM Rosimeire Silva e o CERSAM Ana Maria Magalhães. Cada seção contém a análise sobre a observação participante e sobre os grupos focais realizados nos serviços. Finalizamos com o capítulo 8, *Considerações Finais*, que reúne reflexões sobre o processo da pesquisa como um todo.

Apoiando-nos em nosso referencial teórico, nos saberes e experiências forjados pelos trabalhadores na construção cotidiana da rede de saúde mental de Belo Horizonte, essa pesquisa pretende colaborar para uma ação-reflexão no âmbito desses serviços, contribuindo para a utopia ativa “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

A ruptura com os paradigmas vigentes não deve se restringir a um movimento de recusa e denúncia. A ruptura radical implica todos os atores envolvidos nesse amplo campo em intensos e incessantes movimentos de crítica, elaboração e superação. É um movimento processual, que mobiliza os desejos dos atores e sujeitos no âmbito da práxis e que provoca uma transformação e uma construção no plano epistemológico, as quais retornam e alimentam o pensamento e a ação. (YASUI, 2010, p.109).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender de que modo as equipes de dois CERSAMs de Belo Horizonte articulam cuidados no território, bem como discutir se esses cuidados reforçam ou fragilizam as concepções medicalizantes e contribuem para o avanço na desinstitucionalização da loucura.

2.2 Objetivos específicos

- I. Identificar práticas de cuidados articuladas aos territórios realizadas pelas equipes de dois CERSAMs de Belo Horizonte;
- II. Refletir sobre as concepções hegemônicas acerca da saúde entre as equipes dos CERSAMs;
- III. Identificar fatores dificultadores e facilitadores para a realização de cuidados articulados ao território.

3 TERRITÓRIO NO CAMPO DE CONHECIMENTOS DA GEOGRAFIA

O termo território origina-se do latim *territorium*, que deriva de terra e que nos tratados de agrimensura aparece com o significado de ‘pedaço de terra apropriada’. Em uma acepção mais antiga pode significar uma porção delimitada da superfície terrestre. Nasce com dupla conotação, material e simbólica, dado que etimologicamente aparece muito próximo de *terra-territorium* quanto de *terreo-territor* (terror, aterrorizar). Tem relação com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do medo, do terror – em especial para aqueles que, subjugados à dominação, tornam-se alijados da terra ou são impedidos de entrar no ‘*territorium*’. (GONDIM; MONKEN, 2018).

O campo de conhecimentos da geografia vem realizando um grande esforço epistemológico e conceitual acerca de *território*, que influencia decisivamente as pesquisas em saúde pública e saúde coletiva, apesar de não ser um conceito exclusivo dessa área e ter sido desenvolvido em diversos outros campos, como a antropologia, a sociologia, a ciência política e a ecologia (MONKEN et al, 2008). Apresentaremos neste capítulo algumas compreensões a partir de estudo, por certo longe de apreender a totalidade da produção bibliográfica existente no campo, que tem por objetivo nos guiar e lançar luz sobre aquilo que foi possível recolher das práticas de cuidados nos territórios das equipes dos CERSAMs estudados.

Nas nossas pesquisas vislumbramos a importância de Milton Santos, grande geógrafo e pensador brasileiro, desde os anos 1970, na constituição de referenciais para as análises das relações entre saúde e espaço, ambiente e território. Apesar de o autor nunca ter teorizado especificamente sobre as questões da saúde, de o termo “território” ter sido trabalhado progressivamente em sua obra com o passar dos anos e ser apenas uma dentre várias outras proposições teóricas do autor, consideramos fundamental o diálogo com a Geografia Crítica e Milton Santos, que apresenta, no conjunto de sua obra, apontamentos para a transformação das relações societárias, como por exemplo o seu livro *Por um outra globalização – do pensamento único à consciência universal*, de 2000.

Isso porque Milton Santos, como parte do movimento de renovação da geografia ocorrido entre os anos 1960-1980, inspira-se em diversos autores dos campos da filosofia, sociologia, economia etc., com os quais compartilha os princípios do materialismo histórico e dialético como método de interpretação e elaborações sobre a relação tempo-espaço como materialidade central da dialética socioespacial. Conforme Saquet e Silva,

Encontrar uma definição única para espaço, ou mesmo para território, relata Milton Santos, é tarefa árdua, pois cada categoria possui diversas acepções, recebe diferentes elementos de forma que toda e qualquer definição não é uma

definição imutável, fixa, eterna; ela é flexível e permite mudanças. Isso significa que os conceitos têm diferentes significados, historicamente definidos, como ocorreu com o espaço e com o território. (2008, p.7).

Ainda nessa perspectiva, Milton Santos localiza as dicotomias como um outro desafio das ciências, muito comum quando se trata de delimitar conceitos, reiterando a necessidade de superá-las também quando se coloca em questão a noção de território:

Se toda territorialidade é síntese, esta síntese se manifesta como uma das dimensões fundamentais da sociedade. Tanto quanto a antiga dicotomia sociedade-natureza, a noção de território(s) deve superar o dualismo social-espacial que marca a maior parte do discurso das ciências sociais. Ao mesmo tempo que reconhecemos que o território é um componente indissociável de todos os processos sociais, devemos reconhecer também o caráter unomúltiplo da especificidade das problemáticas que ele expressa. (SANTOS, 2011, p. 12)

Com relação aos conceitos de geografia, espaço e território, esses estudiosos afirmam, em uma periodização considerada por eles apenas didática, que a obra de Milton Santos assume uma abordagem predominantemente econômica e política nos anos 1970-80, apontando a diferenciação entre território e espaço nos seguintes termos:

“a utilização do território pelo povo cria o espaço”; imutável em seus limites e apresentando mudanças ao longo da história, o território antecede o espaço. Já o espaço geográfico é mais amplo e complexo, entendido como um sistema indissociável de sistemas de objetos e ações, em que a instância social é uma expressão concreta e histórica. O território é um conceito subjacente em sua elaboração teórico-metodológica e representa um dado fixo, delimitado, uma área.

(...)

Assim, o território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam suas ações com o passar do tempo. No entanto, a delimitação pode não ocorrer de maneira precisa, pode ser irregular e mudar historicamente, bem como acontecer uma diversificação das relações sociais num jogo de poder cada vez mais complexo. (SAQUET; SILVA, 2008, p. 31-32).

No início dos anos 1980 não houve mudanças significativas nessas concepções, que assumem maior amplitude, especialmente pela incorporação e reflexão sobre a natureza como elemento fundamental da questão ecológica emergida no período. Para os autores, as obras de Milton Santos, à época, revelam que o espaço é produto da organização da sociedade, enquanto estrutura funcional, e os homens, as firmas, as instituições, o meio ecológico e as infraestruturas, seus elementos interdependentes, caracterizando a totalidade social. O território ainda não é

tratado explicitamente:

O território não se apresenta como forma definitiva e organizada do espaço, porém, há sinais que permitem acreditar que o território corresponde ao palco onde se realizam as atividades criadas a partir da herança cultural do povo que o ocupa; é também uma fração do espaço local articulada ao mundial. Nessa dialética, há elementos temporais e sistemas espaciais. Milton Santos reforça a ideia de que a dimensão histórica é necessária para ir além de um nível de análise superficial, de forma que a situação atual depende, por isso, de influências históricas. O comportamento do novo sistema é condicionado pelo anterior. Alguns elementos cedem lugar, completa ou parcialmente, a outros mais modernos; em muitos casos, elementos de diferentes períodos coexistem, de modo que a ação das diversas variáveis depende das condições do correspondente sistema temporal. (SAQUET; SILVA, 2008, p. 37).

E, na década de 1990, em virtude do conjunto de metamorfoses sociais e espaciais ocorridas em nível mundial e ancoradas em mudanças técnicas, científicas e tecnológicas, Milton Santos dá destaque às redes, ao lugar, ao meio técnico-científico informacional e ao território. Para os autores, no livro *A Natureza do Espaço* (1996),

O espaço é um híbrido composto de formas-conteúdos, formas-funções, objetos-ações, processos e resultados, sendo o fenômeno técnico uma das principais condições históricas de transformação do espaço, juntamente com outros processos econômicos, culturais e políticos. Há, nessa processualidade, unidade entre esses processos e unidade espaço-temporal: espaço e tempo metamorfoseiam-se um no outro. O conteúdo do espaço é, cada vez mais, *extremamente* técnico, cada vez mais artificializado no processo de acirramento da divisão territorial do trabalho.

(...)

O espaço contém o território modelado, configurado; o território corresponde aos complexos naturais e às construções/obras feitas pelo homem: estradas, plantações, fábricas, casas, cidades. O território é construído historicamente, cada vez mais, como *negação da natureza natural*. A materialidade do território é, assim, definida por objetos que têm uma gênese técnica e social, juntamente com um conteúdo técnico e social. Objetos organizados em sistemas e com influência direta no uso do território. Este é usado, reorganizado, configurado, normatizado, racionalizado. Há porções de territórios com objetos e ações, normas (técnicas, políticas e jurídicas), ritmos, heterogeneidades, agentes. São parcelas territoriais formadas no espaço, as quais Milton Santos denomina de *territórios locais normativos* (p.271); novamente, ele recorta o espaço para compreender o território, porém, com uma concepção mais ampla e profunda deste conceito. (SAQUET; SILVA, 2008, p. 39-40, grifos dos autores).

Para Queiroz (2014), a obra de Milton Santos orienta que, para a compreensão da realidade, a totalidade deve ser analisada a partir de três escalas. O espaço geográfico seria a primeira escala, ou seja, a totalidade do mundo ou do modo de produção. É uma instância social, assim como a economia, a política, a cultura, etc., que condiciona e é condicionada, formada

por fixos e fluxos, configurações espaciais e dinâmicas sociais, sistemas de objetos e sistemas de ações, ou seja, sempre a relação entre o inerte e o dinâmico, o prático-inerte. Em sua totalidade, deve ser compreendido a partir das formas e dos conteúdos – estruturas, processos e funções, como também essa totalidade é abarcada pelo processo de circulação – produção, distribuição, troca e consumo.

Sendo o espaço geográfico a totalidade do mundo, ele se torna necessário para a compreensão das outras duas escalas da totalidade. A segunda escala é o território usado, a totalidade da formação socioespacial, a totalidade do Estado-nação. É composto, portanto, pela dialética de ser simultaneamente material e social, o território-forma – espaço geográfico do Estado – e seu uso, apropriação, produção, ordenamento e organização pelos diversos agentes que o compõem, como será retomado mais adiante. E a terceira escala, o lugar ou lugar-mundo, que se refere à totalidade ou dimensão espacial do cotidiano e não está restrito à dimensão cultural ou simbólica do espaço. Portanto, são entendidos a partir da relação entre o espaço geográfico, o território usado e o lugar:

O lugar é o cotidiano de cada indivíduo, de cada grupo social, de cada agente do espaço. Como também, o lugar é território usado e espaço geográfico. Este é formado por diversos territórios e por diferentes lugares. E o território, que também é espaço geográfico, constitui-se de vários lugares. Há, portanto, uma dialética das escalas (espaço geográfico, território usado e lugar), que é a dialética da totalidade (mundo, formação socioespacial e cotidiano). (QUEIROZ, 2014, p. 159).

O texto *O retorno do território* (1994), de Santos, apresenta sua compreensão acerca do mundo globalizado como aquele no qual há uma interdependência universal dos lugares, caracterizando assim uma evolução da noção antiga de Estado Territorial para a noção pós-moderna de transnacionalização do território. Para o autor, contudo, “Tratando de território, não basta falar de mundialização ou globalização, se desejamos aprofundar o processo de conhecimento desse aspecto da realidade total. O território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado” (p.16). Assim

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 da perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro. (SANTOS, 1998, p.15).

E, ainda:

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. (SANTOS, 2001, p. 96).

Milton Santos fazia uma profunda crítica à globalização, cuja sustentação se dá por um sistema ideológico tão eficaz que exerce papel na produção da materialidade e na conformação da existência das pessoas (SANTOS, 2011). Conformam, a título de exemplo, essa ideologização maciça: a ideia de que vivemos em uma aldeia global, que realmente informa as pessoas com a difusão instantânea de notícias; tempo e espaço contraídos, como se o mundo estivesse ao alcance da mão para todos; um mercado avassalador que homogeneíza o planeta, mas aprofunda as diferenças locais; a busca pela uniformidade, a serviço de atores hegemônicos, que torna o mundo menos unido e o sonho de uma cidadania universal distante; o culto ao consumo; a falácia da morte do Estado, que em detrimento do cuidado das populações torna-se cada vez mais forte para atender aos interesses das grandes empresas (SANTOS, 2001).

A globalização se apresenta, portanto, como perversidade: desemprego, pobreza, fome, desabrigo, doenças, comportamentos competitivos. Nossa era se caracteriza, sobretudo, pela ditadura da informação e a ditadura do dinheiro, intimamente relacionadas (SANTOS, 2001).

Há um verdadeiro retrocesso quanto à noção de bem público e de solidariedade, do qual é emblemático o encolhimento das funções sociais e políticas do Estado com a ampliação da pobreza e os crescentes agravos à soberania, enquanto se amplia o papel político das empresas na regulação da vida social. (SANTOS, 2001, p. 38).

Para o autor, os territórios acabam por refletir os movimentos de fundo da sociedade e os embates entre os distintos atores, quando em situações de grande competitividade. A tendência é uma compartimentação generalizada, onde se associam e se chocam o movimento geral da sociedade planetária e o movimento particular de cada fração, regional ou local, da sociedade nacional. “Esses movimentos são paralelos a um processo de fragmentação que rouba às coletividades o comando do seu destino, enquanto os novos atores também não dispõem de instrumentos de regulação que interessem à sociedade em seu conjunto” (SANTOS, 2001, p. 80).

É muito difundida a ideia segundo a qual o processo e a forma atuais da globalização seriam irreversíveis. Isso também tem a ver com a força com a qual o fenômeno se revela e instala em todos os lugares e em todas as esferas da vida, levando a pensar que não há alternativas para o presente estado de coisas. (SANTOS, 2001, p. 60).

É por isso que Milton Santos (2001) defende, então, uma outra globalização, visto que as mesmas bases técnicas do período atual poderão servir a outros objetivos, se postas a serviço de outros fundamentos sociais e políticos. Nesse sentido, para ele o território não é um dado neutro nem um ator passivo pois, na medida em que acolhe e beneficia os vetores da racionalidade dominante, também permite a emergência de outras formas de vida. “Essa esquizofrenia do território e do lugar tem um papel ativo na formação da consciência. O espaço geográfico não apenas revela o transcurso da história como indica a seus atores o modo de nela intervir de maneira consciente” (SANTOS, 2001, p. 80).

O lugar, a vizinhança, as cidades se apresentam, além dos nossos quadros de vida, como a possibilidade da experiência renovada, o espaço vivido. Todos os dias uma nova chance. Nas palavras de Santos, “[...] o que permite, ao mesmo tempo, a reavaliação das heranças e a indagação sobre o presente e o futuro. A existência *naquele* espaço exerce um papel revelador sobre o mundo” (2001, p. 114). O autor complementa:

Assim, junto à busca da sobrevivência, vemos produzir-se, na base da sociedade, um pragmatismo mesclado com a emoção, a partir dos lugares e das pessoas juntos. Esse é, também, um modo de insurreição em relação à globalização, com a descoberta de que, a despeito de sermos o que somos, podemos também desejar ser outra coisa (SANTOS, 2001, p. 114).

Para Souza (2005), quando Milton Santos elabora sobre o território usado e o lugar, ele insiste na possibilidade de, a partir do território e dos lugares, ser gestado um novo tempo, denominado por ele de *período popular da história*. Tal período se caracterizaria pelo processo de resistência dos lugares às perversidades impostas a ele pelo mundo, na visão de Souza, ecoando o *Grito do Território*.

Outros estudiosos do campo contribuem com mais elementos no entendimento de território que, conforme já dito por outros autores e reafirmado por Fuini (2017), fica exposto a diferentes concepções autorais e dimensões constitutivas dos processos históricos e socioespaciais vigentes. Esse autor apresenta uma compreensão acerca do pensamento do geógrafo contemporâneo e estudioso da categoria território Rogério Haesbaert, segundo o qual haveriam três concepções para território:

- concepção materialista: identificada com teorias naturalistas (ou etológicas),

econômicas ou jurídico-políticas;

- concepção idealista: compreende processos de apropriação simbólica do espaço como fenômeno territorial construtor de identidades;
- concepção integradora: reúne todas as dimensões e concebe o território como definido por relações de poder, multiescalar, híbrido em rede e indissociável da prática dos grupos sociais.

No campo da concepção materialista, uma vertente muito difundida é a jurídico-política, segundo a qual o território é uma área delimitada pelas fronteiras nacionais de um Estado. A partir dessa primeira ideia muito restrita, materializada na figura do Estado-nação como totalidade e o poder traduzido em hegemonia e soberania, buscou-se ampliar para além do Estado o entendimento de que outros atores também são produtores do território (MONKEN et al, 2008; GONDIM; SOALHEIRO, 2017).

Segundo esses autores, Raffestin foi um geógrafo que, em acordo com esse pensamento, propôs que a chave para o estudo do território é o poder exercido por diversos atores e não só como capacidade exclusiva do Estado. Por isso, segundo Gondim e Soalheiro, “[...] são produções históricas dos homens em sua relação cotidiana com a natureza, mediadas pelo trabalho e materializadas no espaço por uma ação intencional – um projeto político singular, de um ator social que se faz representar no espaço” (2017, p. 63). Uma segunda vertente por outro lado muito criticada é a etológica, que considera a criação de territórios como fruto do comportamento humano, em alusão à territorialidade animal.

Em viés oposto a esse último, “A territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área; e, como territorialidade, pode ser ativada e desativada” (SACK, 1986:1, apud MONKEN et al, 2008). Estaria assim intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar. A territorialidade de Sack está vinculada às relações de poder, como uma estratégia ou recurso estratégico que pode ser mobilizado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico.

Os diferentes territórios existentes seriam expressões de diferentes territorialidades, entendidas tanto como uma propriedade dos territórios quanto condição para sua efetivação, variáveis de acordo com contextos históricos e sociais. A constituição do território é um processo, no qual existem superposições de intenções de diferentes atores e conflitos.

Um mesmo espaço pode conter diversas territorialidades que resultam em

territórios com configurações, temporalidades e objetivos distintos. Essas territorialidades podem criar territórios temporários, permanentes, intermitentes, estáveis, instáveis, contínuos, descontínuos, com expressão em diferentes escalas. (Souza, 1995). Desse modo, intenção, apropriação, poder, delimitação e identidade são alguns dos fundamentos sem os quais não se pode pensar o território. (MONKEN et al, 2008, p. 29).

Haesbaert (2014) defende a importância de se distinguir entre território em sentido estrito e territorialidade, refutando a redução da territorialidade à dimensão simbólico-cultural de território. Para ele, a territorialidade pode ser compreendida como abstração teórica para território ou ter um sentido efetivo, tanto material (controle físico) quanto imaterial (controle simbólico, imaginado) e, também, na concepção de espaço vivido (FUINI, 2017). Em outras palavras, a territorialidade

[...] é uma “abstração” também no sentido ontológico de que, enquanto “imagem” ou símbolo de um território, existe e pode inserir-se eficazmente como uma estratégia político-cultural, mesmo que o território ao qual se refira não esteja concretamente manifestado – como no conhecido exemplo da “Terra Prometida” dos Judeus. Ou seja, o poder no seu sentido simbólico também precisa ser devidamente considerado em nossas concepções de território. (HAESBAERT, 2004).

Ainda para Monken et al (2008), as discussões mais recentes sobre o território incorporam a 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. 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.

Em ideia próxima a essa, Haesbaert (2004) considera poder tanto no seu sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder no sentido mais simbólico, de apropriação, elaborando proposta de se tratar o território enquanto relação de “dominação e apropriação sociedade-espaço que se desdobra ao longo de um *continuum* que vai da dominação político-econômica mais concreta e funcional à apropriação mais subjetiva e/ou cultural-simbólica” (HAESBAERT, 2004, p.2).

Existiria, então, uma perspectiva territorial de dominação, com conotação mais material e funcional (política ou econômica), geralmente identificada com os grupos hegemônicos, e outra de apropriação, mais simbólica e pluralista e que pode se identificar com grupos subalternos e suas lutas de resistência. No sentido de dominância funcional, o território é tratado como recurso dotado de valor de troca (controle físico, recurso, produção), e em um

sentido de dominância simbólica, tratado como um geossímbolo, com valor de uso (abrigo, lar, segurança afetiva). (FUINI, 2017, p. 23).

Assim, conforme entendimento de Haesbaert (2004), todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar “funções” quanto para produzir “significados”. O território é funcional a começar pelo território como recurso, seja como proteção ou abrigo (“lar” para o nosso repouso), seja como fonte de “recursos naturais” – “matérias-primas” que variam em importância de acordo com o(s) modelo(s) de sociedade(s) vigente(s).

Enquanto “continuum” dentro de um processo de dominação e/ou apropriação, o território e a territorialização devem ser trabalhados na multiplicidade de suas manifestações – que é também e, sobretudo, multiplicidade de poderes, neles incorporados através dos múltiplos agentes/ sujeitos envolvidos. Assim, devemos primeiramente distinguir os territórios de acordo com os sujeitos que os constroem, sejam eles indivíduos, grupos sociais, o Estado, empresas, instituições como a Igreja etc. As razões do controle social pelo espaço variam conforme a sociedade ou cultura, o grupo e, muitas vezes, com o próprio indivíduo. (HAESBAERT, 2004, p.3).

Entendemos que para a discussão a que nos propomos nesta pesquisa, os aportes teóricos trazidos pelos autores acima contribuem para uma aposta de trabalho do campo da saúde mental com/nos territórios em uma perspectiva não dualista ou dicotômica. De maneira mais direta, é preciso que nos ocupemos das condições materiais de vida dos nossos usuários, como a situação de moradia, alimentação, ir e vir, acesso aos serviços, etc., bem como quanto à construção das relações sociais, de poder e identificação. Nessa perspectiva, Haesbaert (2004) propõe encarar o território de forma integrada, envolvendo, ao mesmo tempo, a dimensão espacial material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço. Para ele, apresentam-se duas possibilidades para a definição de território nos dias atuais:

(...) admitir vários tipos de territórios que coexistiriam no mundo contemporâneo, dependendo dos fundamentos ligados ao controle e/ou apropriação do espaço, isto é, territórios políticos, econômicos e culturais, cada um deles com uma dinâmica própria; ou trabalhar com a ideia de uma nova forma de construirmos o território, se não de forma ‘total’, pelo menos de forma integrada. (MONKEN et al, 2008, p. 28).

Inspirados, então, pelos ensinamentos miltonianos, os territórios se alicerçam e ao mesmo tempo fluem, são abrigo e recurso, reproduzem desigualdades e resistem cotidianamente a elas, comportam nossas histórias, trabalhos, culturas, mazelas e emoções. A contradição está, portanto, presente em todas as manifestações locais da globalização perversa

– contradição vivida entre o mundo e o lugar.

Podemos pensar, portanto, que também é assim no que se refere à convivência com a loucura, ou seja, os territórios a acolhem e a refutam, às vezes até simultaneamente, demonstrando a superposição de diferentes intenções e conflitos. Em síntese, “o território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência” (SANTOS, 2011, p.13). É preciso, assim, estarmos atentos aos modos de intervir que nos são indicados.

4 TERRITÓRIO E A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE

Em consonância com o campo de conhecimentos da Geografia e as contribuições, em especial, de Milton Santos, alguns estudiosos aprofundam os debates que relacionam tais contribuições às discussões da saúde. Inicialmente, a aproximação entre geografia e saúde deu-se nos anos 1970 pela retomada do conceito de espaço pelo movimento da epidemiologia social ou epidemiologia crítica, que buscava demonstrar os efeitos deletérios das desigualdades sociais na saúde das populações consoante o desejo de transformação social e em oposição à ideia de espaço como lugar geográfico que predispõe a ocorrência de doenças da epidemiologia clássica (MONKEN et al, 2008).

Faria e Bortolozzi (2009) acreditam que a influência de Milton Santos nas pesquisas em Saúde Pública no Brasil, além da já citada renovação do pensamento geográfico que possibilitou rever a categoria espaço enquanto relação social, diz respeito, também, a certa dificuldade da ciência epidemiológica em superar uma abordagem descritiva e reducionista e de entendimento do processo saúde-doença no contexto de profundas mudanças sociais no período: mudança do perfil epidemiológico; processo de urbanização e a intensificação das relações sociais; novas possibilidades epidêmicas causadas pelo processo de globalização, surgimento de novas doenças e o reaparecimento de doenças potencialmente controladas, impactos ambientais e sua relação com a saúde etc.

Essa talvez seja a grande contribuição de Milton Santos à saúde pública brasileira e que acabou motivando uma grande quantidade de pesquisadores a utilizarem os referenciais teóricos desse autor nas pesquisas sobre disseminação de doenças nas coletividades. Ao entender o espaço no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional, o setor saúde passa a entender a doença não apenas como o resultado da presença de vírus e bactérias (análise unicausal), mas como resultado de uma dinâmica social complexa. (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 35).

O interesse pelo conceito de território na saúde é mais recente (tem cerca de 25 anos) e partiu, principalmente, de gestores, estudiosos em administração dos serviços e trabalhadores da ponta. Monken et al (2008) elencam como motivação para o fenômeno: 1) a Reforma Sanitária Brasileira e o projeto de implementação do Sistema Único de Saúde, que dispararam reflexões sobre o funcionamento dos serviços de saúde e sua base territorial. Assim, inicialmente, havia uma ênfase em território a partir de uma ótica gerencial, como área político-administrativa e com o objetivo de operacionalização do conceito; 2) esse movimento inicial provoca uma redefinição do próprio conceito de território utilizado nas políticas públicas de

saúde, ampliando o espectro de entendimentos para além de território político-administrativo, conferindo-lhe maior densidade teórico metodológica.

Para Faria e Bortolozzi, “a categoria território se mostra pertinente, tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação das realidades sociais mais deploráveis” (2009, p. 36). Se de um lado o território – cenário das relações sociais e cuja definição dependerá diretamente da concepção teórica e política do pesquisador/planejador – pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas.

Desse modo, Barcellos (2008) elenca como possíveis aportes da geografia para o aprimoramento das práticas de saúde coletiva: a inclusão do espaço geográfico como uma busca de recuperação do contexto em que se produzem os problemas de saúde e também a sua contribuição para superar o paradigma individualista da epidemiologia; o reconhecimento das diversas expressões espaciais dos sistemas de atenção à saúde e a possibilidade de se territorializarem as ações de promoção da saúde; o desenvolvimento de metodologias que permitam elaborar indicadores sociais e ambientais de modo a identificar desigualdades espaciais de saúde e atuar sobre elas; e o aprimoramento do trabalho de campo como ferramenta do reconhecimento das práticas sociais que determinam esses problemas de saúde.

Assim,

os conceitos geográficos ganham importância crescente ao longo da constituição do campo da saúde coletiva, sendo incorporados progressivamente, a partir de alguns fatores: a evolução dos saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado relacionado a indivíduos e populações; a valorização da presença ou ausência de determinados elementos no momento da ocorrência de um evento de saúde; o aumento da visibilidade da sua influência sobre as formas de organização, oferta dos serviços e das ações de saúde, e ainda seu papel nos processos terapêuticos nas dimensões individual e coletiva. (GONDIM e SOALHEIRO, 2017, p. 60).

No Sistema Único de Saúde, a territorialização configura-se como um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e vem sendo preconizada por diversas iniciativas, tais como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis, promoção da saúde e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância. Nesse sentido, o reconhecimento do território é fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, o que vai permitir também a construção de vínculos entre o serviço

de saúde e a população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Entretanto, para os autores, é muito comum que os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares sejam listados e tratados como conteúdos desarticulados do território, ao se proceder às análises dos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde. Tradicionalmente, algumas análises de situação são realizadas descrevendo o conteúdo do território, tratado como mero receptáculo que contém determinadas características e aspectos. Ainda, conforme Faria e Bortolozzi (2009), pode-se deparar, frequentemente, em postos de saúde com mapas figurativos da sua área de atuação, que pouco ou quase nada representam para a efetiva tomada de decisões. Portanto,

a identificação de problemas de saúde no território deve, conseqüentemente, suplantiar a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis, mediante notificações, para abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes. O ponto de partida desse processo é a territorialização do sistema de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários. (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 902).

A partir do entendimento de que vivemos em um processo de segregação espacial fruto de desigualdades sociais e de uma construção histórica e social que influencia a ocupação e apropriação do território, pode-se dizer que a localização das populações nos territórios não é uma escolha das pessoas. Assim, em um mesmo município podem ser identificadas grandes disparidades, de forma que as classes altas se localizam nos melhores lugares do ponto de vista ambiental e de infraestruturas de saneamento, redes de transporte etc., enquanto que para os mais pobres restam os lugares de piores condições, em geral distantes e mal servidos (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

As pessoas, nessas áreas, vivem e trabalham de formas bastante diferentes, bem como existem inúmeras diferenças entre os modos de vida das populações rurais, ribeirinhas, quilombolas, de municípios maiores ou menores, capital ou interior, região do país etc., ou seja, variando conforme o nível do território considerado. Desse modo, “os agrupamentos populacionais podem apresentar contextos de uso de recursos que condicionam, muitas vezes, determinados comportamentos. O território socialmente utilizado adquire características locais próprias, e a posse de determinados recursos expressa a diferenciação de acesso aos resultados da produção coletiva, da sociedade” (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 903).

Para Monken e Barcellos (2007), as condições de vida e de saúde não são condicionadas

pelo estado, nem tanto pelo município, dependendo muito mais dos espaços próximos que utilizamos todo dia, isto é, dos lugares onde desenvolvemos nossas atividades cotidianas. Contudo, o reconhecimento do território na escala do cotidiano não exclui também a identificação de relações com outros níveis de decisão, fora dos limites territoriais, que podem influenciar a vida social local, como por exemplo a presença de grandes empresas multinacionais. Assim, a partir da localização territorial de problemas de saúde, pode-se apreender o feixe de relações que caracterizam a situação-problema.

Podemos afirmar que a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças. (BARCELLOS, 2000 apud MONKEN e BARCELLOS, 2007, p.181).

Esses autores articulam, portanto, os conceitos de Milton Santos, como *dimensão espacial do cotidiano*, *território usado* e *lugar* às ações em saúde, em especial ao trabalho da vigilância em saúde. (MONKEN, 2003; MONKEN et al, 2008; MONKEN e BARCELLOS, 2005; MONKEN e BARCELLOS, 2007). Consideram, ainda, que para as análises das condições de saúde, é preciso entender as práticas cotidianas baseadas em determinadas regras sociais e recursos implicados na relação entre pessoas e coletividades. Dentre os recursos que sustentam a reprodução da vida social, existem aqueles de uso comum, pelo coletivo social no território, estabelecido nos fluxos de pessoas e de materialidades e equipamentos sociais; e os recursos individuais, relativos às condições do domicílio e níveis de rendimento individuais.

Os recursos e suas regras de uso referem-se, portanto, às condições materiais necessárias à subsistência humana, relacionadas à habitação, trabalho e renda, alimentação, saneamento básico, recursos sociais, econômicos e culturais, dos serviços de saúde e de educação, de opções de lazer e de organização sociopolítica. Esses recursos básicos, como vimos antes, configuram regras que se materializam em práticas sociais cotidianas. (MONKEN e BARCELLOS, 2007, p. 183)

Um outro aspecto muito importante a se considerar no estudo e atuação sobre as condições ambientais e de saúde é a adoção de limites espaciais. Deve-se admitir que os mesmos são artificiais, pois nem o ambiente pode ser completamente constricto nos limites de um território, nem os processos sociais se restringem a esses limites. “O território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e a organização de dados sobre ambiente e saúde, mas deve-se ter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites”.

(MONKEN et al., 2008, p. 31)

De toda forma, esses limites ou delimitações ou divisões que se dão no processo de territorialização são importantes para a organização das práticas de saúde, identificação dos poderes instituídos dentro desses territórios e o reconhecimento do seu conteúdo social, político e ambiental, sua população e as redes de pessoas, informações, etc, às quais estão ligadas. Outrossim, a identificação e a localização dos objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e de matérias são de grande relevância para o conhecimento da dinâmica social, de hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidades de saúde, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos (MONKEN, 2003).

Fez-se necessário, ao longo da construção do SUS, um arcabouço normativo que assegurasse os princípios da universalidade, integralidade e equidade, além dos princípios organizativos da descentralização da gestão do sistema, a regionalização, a hierarquização dos serviços, a participação da comunidade e o caráter complementar do setor privado. Citaremos aquelas que dispararam a territorialização das ações e serviços, através da transferência de responsabilidades de saúde para os municípios (MONKEN e BARCELLOS, 2007; GONDIM et al, 2008):

- Norma Operacional Básica do SUS - NOB/SUS 01/91 e 01/92: já enfatizavam a necessidade da descentralização das ações e serviços de saúde.
- Norma Operacional Básica do SUS - NOB/SUS 01/93: coloca a municipalização como foco da atenção.
- Norma Operacional Básica do SUS - NOB/SUS 01/96: redefine novas condições de gestão dos municípios (Gestão da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde) e estados (Gestão Avançada e Gestão Plena do Sistema Estadual).
- Norma Operacional de Atenção à Saúde (Noas-SUS de 2001): prevê a organização de uma rede articulada e efetiva de serviços que integrem as capacidades de diversos municípios, de modo a alcançar economias de escala e evitar ineficiências do sistema, através de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) coordenado pelo gestor estadual.
- Pacto de Gestão (2006): retoma a regionalização como diretriz fundamental do SUS, sendo eixo estruturante para a pactuação e a descentralização das ações. O desenho final do Plano Diretor de Regionalização deve levar em conta o reconhecimento das regiões de saúde em suas singularidades.

A regionalização proposta inicialmente por esses instrumentos infraconstitucionais,

portanto, foi uma estratégia racionalizadora que entendia a organização dos sistemas de saúde sobre uma base territorial, com população definida, segundo níveis de complexidade tecnológica: primário, secundário e terciário, com o objetivo de oferecer àquelas populações atendimento integral (BARCELLOS, 2008; GONDIM et al, 2008). Assim:

O município representa o nível inferior no qual é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de ‘descentralização’. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a ‘integração das ações’ curativas, promocionais e preventivas, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações. A organização desses serviços segue os princípios da ‘regionalização’ e ‘hierarquização’, delimitando uma base territorial, ou seja, uma área de atuação das unidades de saúde, da equipe de saúde da família ou um distrito sanitário. (BARCELLOS, 2008, p. 47).

Embora compreendendo a importância desses instrumentos normativos e das demais identificações de território muito utilizadas no cotidiano de trabalho no SUS, como território-distrito (subdivisão do município), território-área (da Unidade Básica de Saúde), território-micro-área (área de atuação do Agente Comunitário de Saúde ou subdivisão do distrito no caso de Belo Horizonte), território-moradia (residências), município-polo (referência para outros municípios), microrregiões e macrorregiões (no PDR), etc., ressalta-se que o uso da categoria território não pode se limitar a simples recorte político-jurídico e operacional do sistema de saúde. (GONDIM e SOALHEIRO, 2017). Como já afirmado anteriormente, essas autoras reforçam que o uso da categoria território na saúde:

Pode e deve, sobretudo, significar o lócus da materialização de práticas sociais e de interação entre usuários, população e os serviços de saúde no nível local, traduzidas em delimitações singulares que desvelam os determinantes sociais da saúde, as condições de existência das pessoas, a organização espacial da vida e as possibilidades de intervenções terapêuticas – individuais e coletivas. (GONDIM e SOALHEIRO, 2017, p. 63).

Em um outro viés muito presente nas práticas em saúde mental, Monken et al (2008) apontam para a constituição de ‘territórios afetivos’ ou ‘territórios solidários’ pelas redes sociais, conformando-se em valioso patrimônio dos distintos grupos sociais. É notório que muitas vezes elas assumem maior importância na vida das pessoas do que as redes técnicas, suprindo carências conjunturais e remediando as estruturais, e são também formas de apropriação do território. O estabelecimento das redes de solidariedades nas comunidades pode ser fator de promoção de saúde e criação de ambientes saudáveis.

No contexto dos grandes centros urbanos, onde tudo se torna mais complexo, a busca

por uma nova abordagem territorial em saúde, que contemple múltiplos olhares, apresenta-se ainda mais necessária. Obviamente as relações sociais mais intensas, os conflitos, os fluxos e os usos diferenciados produzem territórios e territorialidades as mais variadas, como pudemos vivenciar no trabalho de campo da pesquisa. Para Faria e Bortolozzi (2009, p. 38), “Nesses territórios urbanos diferenciados, o processo saúde-doença pode ser investigado como um evento diferenciado ou particular. O fenômeno biológico, como um fenômeno social, pode ser entendido em sua dependência territorial urbana.”.

Ainda conforme esses autores, a eficácia dos programas de saúde pública depende, visivelmente, de uma boa gestão territorial, que supõe ações integradas que contemplem a educação, saúde, moradia, saneamento básico, transporte, etc. É necessário, também, entender as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção, pois se desdobram em diferentes funções-usos espaciais. Por isso, a exigência de um trabalho interdisciplinar que não se limita à visão dicotômica que muitas vezes se tem produzido em saúde no Brasil. (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

As ações de saúde devem, assim, ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece. (MONKEN e BARCELLOS, 2007, p. 181)

Para Monken (2008, p. 142), a crescente responsabilização dos municípios na organização das ações básicas de saúde vem indicando ao sistema de saúde a necessidade de formação dos trabalhadores para ações de base territorial, a qual se concretizaria “através de práticas gerenciais e sanitárias sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.”. Necessário, também, conceituar e operacionalizar o território como estratégia do agir em saúde, tendo em vista a persistente fragmentação dos territórios e a diversidade de interpretações e múltiplos sentidos com relação ao que se chama de território no campo da saúde. (BARCELLOS, 2008; GONDIM et al, 2008).

Os territórios da saúde coletiva, onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica em suas múltiplas dimensões (social, política, cultural, ambiental e subjetiva) e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor, que promovem, também, condições

particulares para a produção de saúde ou doença. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, com base em um diagnóstico da situação de saúde e do reconhecimento da singularidade das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, eles pressupõem limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de troca e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar (MONKEN et al, 2008; GONDIM e SOALHEIRO, 2017).

Conforme Monken (2008), o território de que falamos é, ao mesmo tempo: 1) suporte da organização das práticas em saúde; 2) suporte da organização dos serviços de saúde; 3) suporte da vida das populações; 4) território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar; 5) território da responsabilidade e da atuação compartilhada. Sobretudo:

Reafirmamos que é o uso do território que o torna real, que o faz pulsante, vivo, e são as pessoas e as agências – públicas e privadas – que cotidianamente lhe imprimem um ritmo, uma forma, um conteúdo e um conjunto de significados que exterioriza múltiplos projetos, desejos, intencionalidades e ações em cada tempo específico. (GONDIM; SOALHEIRO, 2017, p. 67)

5 TERRITÓRIO E SAÚDE MENTAL

Neste capítulo abordaremos aspectos sócio históricos do campo da Saúde Mental procurando contextualizar importantes discussões e conceitos para o desenvolvimento do nosso trabalho. Cientes da difícil tarefa a que nos propomos, tentaremos não os tratar de modo superficial e, ao mesmo tempo, não sermos repetitivas tendo em vista que há rica e densa bibliografia sobre o assunto (BASAGLIA, 1979; NICÁCIO, 1990; NICÁCIO, 2003; DELL'ACQUA & MEZZINA, 1991; AMARANTE, 1994; AMARANTE, 1995; AMARANTE, 1996; AMARANTE, 2007; PASSOS, 2009; BASAGLIA, 2010; YASUI, 2010, dentre outros.).

Desse modo, foi construído um percurso em que apresentamos algumas das elaborações mais fundamentais da Reforma Psiquiátrica Italiana, em especial do que foi possível recolher à luz de um recorte do tema do território. Em seguida, passamos à Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil, porém alertamos que não é nosso intento realizar uma análise pormenorizada desse processo. Importantes autores, não sem divergências, dedicaram-se com afincos a este trabalho, de modo que aqui apenas serão pontuados os principais momentos históricos para situar o leitor que ainda não teve contato com essa temática e sinalizadas algumas das obras onde se pode conhecer a fundo tal processo.

Por fim, percorremos caminhos mineiros e belo-horizontinos, com o objetivo de que o contexto da pesquisa esteja bem explicitado e apresentamos concepções sobre CAPS/CERSAMs e território. A fim de tornar a leitura mais didática optamos por seguir uma linha do tempo, mas advertimos que os momentos históricos não são estanques tal qual o tempo cronológico e a escrita nos parecem ser. Além disso, pensamos que uma outra contribuição que podemos deixar, ao final, com esse trabalho, é também uma breve exposição dos acontecimentos mais recentes da política de saúde mental. Entrementes, no decorrer da escrita deparamo-nos com o valioso alerta de Ana Marta Lobosque, que compartilhamos:

Para mais um militante do movimento que toma a palavra, surge a tentação de continuar a partir de onde o colega parou, de “contar o resto da história”, por assim dizer, até os dias de hoje. Porém, “o resto da história”, não adianta contá-lo como se fossem os últimos capítulos da novela; nós irrealizaremos nossas próprias vidas, vidas visceralmente ligadas a esta luta, se fizéssemos assim. Não sabemos se, e nem como, o resto vai entrar na história – não podemos prever as marcas e os efeitos do corte que se tentou historicizar aqui. (LOBOSQUE, 2001, p. 163).

5.1 Contribuições Italianas

Eu não vim até aqui para dar soluções imperialistas; não vim trazer uma receita europeia para os problemas brasileiros. Eu creio que os brasileiros é que devem procurar as soluções para seus problemas. Sei que não é fácil, já que existe o problema de uma classe operária em organização. (BASAGLIA, 1979, p.26)

É importante saber que, enquanto estou trabalhando na Itália, trabalham comigo todas as pessoas que eu encontrei no Brasil, e que, enquanto vocês trabalham no Brasil, outras pessoas trabalham na Itália – e trabalham como vocês. Então nós praticamente pulamos uma barreira e temos mais força para agir, porque sabemos que os brasileiros, os italianos, os ingleses, os argentinos não trabalham sozinhos, mas numa unidade internacional que tende para uma ação libertadora. Uma ação libertadora que não é a libertação do louco, pois isso seria muito triste, seria... reportar-se ao papel do psiquiatra. Nós queremos ser psiquiatras, mas queremos ser sobretudo militantes. Ou melhor, queremos transformar, mudar o mundo. E podemos mudar, transformar o mundo através da nossa especialidade, através da miséria dos nossos pacientes, que são uma parte da miséria do mundo. (BASAGLIA, 1979, p. 28-9)

Franco Basaglia, psiquiatra que se tornou uma das principais lideranças da Reforma Psiquiátrica italiana, expressou em conferências proferidas no Instituto Sedes Sapientiae, de São Paulo, em junho de 1979, alguns dos motivos pelos quais as produções acerca da experiência Italiana são uma referência para nós. Como ele mesmo diz, é prudente não as tomar como modelos, numa postura colonizadora, e sim como um norte, uma inspiração e, acima de tudo, um exemplo concreto de que é possível acabar com os manicômios.

Elas nos inspiram, também, porque seguimos compartilhando o princípio ético da necessária transformação do mundo; porque foram capazes de manter em interrogação a loucura como doença mental e a suposta neutralidade científica e psiquiátrica; porque provocam à reflexão sobre o nosso papel enquanto trabalhadores; porque põem abaixo o manicômio e dizem que não se trata apenas de muros. É imprescindível revisitar Basaglia e seus colaboradores ao longo do trabalho em saúde mental, portanto.

De acordo com Birman, a Psiquiatria Democrática Italiana, como ficou conhecido o movimento antimanicomial italiano, colocou a psiquiatria no registro diretamente político, de forma que não haveria qualquer exterioridade do político na experiência psiquiátrica: “Com isso a psiquiatria democrática chocou-se diretamente com o registro da exclusão social da loucura, estabelecendo o projeto político de promover a desalienação asilar da loucura como diretamente ligado ao encontro de um lugar social para a sua inserção.” (1992, p. 86). Era necessário, então, restaurar a cidadania da loucura, cujo impasse encontra-se na identificação

entre alienação social e loucura, de forma a reconhecer os loucos como sujeitos da razão e da vontade.

Na Itália, nos idos dos anos 60, havia um contexto político e social que favoreceu as transformações necessárias ao que foi entendido como um *processo social complexo*, na medida em que não é possível enquadrá-lo ou defini-lo precisamente. Trata-se de um intenso movimento dialético entre particular e geral, de trabalhar com a resistência e criar uma possibilidade concreta, são formas de agir que geram crises, contradições, alianças, encontros e desencontros: “É uma ação concreta, cotidiana, de trabalhar com o manicômio real, o manicômio imaginário, o sentido paradigmático desta instituição e no interior desta ação produzir novas instituições” (NICÁCIO, 1989, p. 92).

Para Rotelli, De Leonardis & Mauri, esse processo social complexo é fruto da verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria ocorrida na Itália e que

(...) tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados. (1990, p. 18)

Consideraram verdadeira a desinstitucionalização construída na Itália porque, ao analisarem outros processos de Reformas Psiquiátricas³ ocorridas nos anos 60 na Europa e nos Estados Unidos, esses autores as caracterizaram ao fim e ao cabo como desospitalização: “Em suas intenções todas se propunham a atingir a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação, etc.” (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1990, p. 20).

Contudo, averiguaram que as estruturas para internação psiquiátrica continuavam a existir, mesmo que com períodos de internação reduzidos, o que gerou um aumento de altas e recidivas. Outro efeito da desospitalização foi o abandono ou a transinstitucionalização, ou seja, a institucionalização de parcelas da população psiquiátrica em asilos, albergues, etc. Os serviços comunitários ou territoriais, que expressam a renovada intenção terapêutica da Psiquiatria, conviviam com a internação e não a substituíam. Pelo contrário, especializavam-se conforme a lógica de um serviço para cada problema, com efeitos de seleção da clientela assistida de acordo

³ Para aprofundamento acerca de outras experiências de Reforma Psiquiátrica, ver a obra “Loucos pela vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil”, de Paulo Amarante, 1995.

com a própria competência e falta de resposta aos problemas e sofrimentos das pessoas. (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1990).

Nesse sentido, a propagação e especialização dos serviços psiquiátricos na comunidade suscitavam efeitos de psiquiatrização dos problemas sociais e difusão capilar dos mecanismos de controle social. Constataram, assim, que os sistemas de saúde mental funcionavam como um circuito em que os serviços da comunidade e as estruturas de internação se retroalimentavam e cronificavam os problemas. A desinstitucionalização ocorrida nessas reformas, portanto, não superou a necessidade dos locais de internação e, ainda:

A intenção de liberar a Psiquiatria (e o seu objeto) da coação e da cronicidade que esta produzia para restituir-lhe o estatuto terapêutico resultou na construção de um sistema complexo de prestações que, *reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização selecionam, decompõem, não se responsabilizam, abandonam.* (...) Na realidade pode-se avançar na hipótese de que no fundo deste processo estivesse a exigência de relegitimar a Psiquiatria “liberando-a” de sua relação histórica com a justiça e de seu ser imanente às políticas de controle social; dar-lhe uma dignidade exclusivamente “terapêutica”. É razoável reter que *este é um projeto impossível, mas que através dessas operações tenta-se fazê-los parecer real.* (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1990, p. 24, grifo dos autores)

A desinstitucionalização, de fato, é apresentada por Rotelli, De Leonardis & Mauri (1990) a partir de alguns passos, sendo o primeiro a desmontagem do paradigma racionalista problema-solução. A doença mental, enquanto objeto da Psiquiatria, permanece largamente indeterminada e indefinida e, destarte o desenvolvimento de terapias diversas, a cronicidade evidencia a impotência da Psiquiatra em alcançar a solução-cura. Da mesma forma, o manicômio enquanto instituição psiquiátrica assume o dever de absorver e ocultar tudo aquilo que restar da lógica problema-solução, como sofrimento, miséria ou distúrbio social.

Ao desinstitucionalizar o paradigma problema-solução, renuncia-se a perseguir a normalidade enquanto ideal e a qualquer intenção de explicação causal. Em oposição, adota-se uma intervenção prática de remontar a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental adotou aquelas formas de existência e de expressão. É um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, modifica concretamente os modos pelos quais as pessoas são tratadas (ou não), para transformar o seu sofrimento. “Por isso, a reproposição da *solução* reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como *ação* de transformação institucional.” (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1990, p. 29, grifo dos autores).

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 esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à “doença”. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “existência” doente. (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1990, p. 27-8, grifo dos autores).

Um outro passo sinalizado pelos autores relaciona-se à construção coletiva que envolve todos os sujeitos sociais como atores da mudança: técnicos, pacientes, comunidade local, opinião pública, instituições. Parte-se do entendimento de que a mudança das estruturas, dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente e através de comunicação, solidariedade e conflitos. Uma condição para tal construção é a transformação das relações de poder entre os sujeitos e a instituição, processo que deve incidir desde gestos elementares cotidianos até o estatuto jurídico do paciente.

Nesse sentido, a Lei 180 (Reforma Psiquiátrica ou Lei Basaglia), aprovada pelo parlamento italiano em 1978, em linhas gerais, determina a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e da internação de novos pacientes psiquiátricos, estabelecendo gradual processo de alta dos já internados. São abolidos o estatuto de periculosidade social do doente mental, as tutelas jurídicas e o tratamento coagido, garantindo os direitos civis e sociais do doente mental, agora cidadão para todos os efeitos. Os serviços territoriais são responsáveis por uma determinada população, podendo existir enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais com no máximo quinze leitos. (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1990).

A lei também prevê, em casos excepcionais, o Tratamento Sanitário Obrigatório por um tempo breve e após esgotadas todas as outras possibilidades. O usuário nessa condição mantém todos os seus direitos pessoais, sendo o juiz responsável pelos mesmos, e assume o estatuto jurídico de hóspede ao invés de internado coagido ou voluntário. Ressalta-se que a obrigação de que se fala é a responsabilidade terapêutica do serviço em não abandonar o paciente a si mesmo e não uma sanção legal do paciente que, inclusive, tem o direito de recusar o tratamento.

Para Nicácio (1989, p. 98-9), reside aí uma contradição que nos desafia: “os direitos do cidadão de um lado e a necessidade desse mesmo cidadão de ser atendido; a proibição da internação e a obrigação dos Serviços em intervir; a responsabilidade dos Serviços e a liberdade do cidadão”. Assim, a lei nasce da experiência concreta da desinstitucionalização e a coloca adiante, na medida em que abre as contradições e propõe a produção, experimentação, a necessidade de inventar novas respostas e possibilidades. Além do mais, representa um salto de qualidade fundamental, pois “as pessoas são atendidas porque estão mal e não porque são

perigosas”.

Esse entendimento está relacionado a um outro também muito importante desenvolvido pelos italianos: o de “presa in carico”, traduzido como “tomar encargo”, ou seja, cuidar de uma pessoa “de tal modo a evitar o abandono do paciente a si mesmo, em nome de sua liberdade abstrata, mas também de modo tal a evitar impor-lhe objetivos pré-constituídos.” (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1990, p. 34). Trata-se de um princípio fundamental na organização dos serviços territoriais, que significa “fazer-se responsável” e não delegar a outrem a assistência à população referenciada.

Para Dell’Acqua & Mezzina (1991, p. 62): “A disposição em apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre, que não sejam somente a crise como emergência, caracteriza o aspecto central da prática do nosso serviço que definimos como ‘tomada de responsabilidade’”. Desse modo, além da responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência, pressupõe-se ainda um papel ativo do serviço na sua promoção e sobre a totalidade das demandas da comunidade e dos indivíduos em seus diversos momentos da vida.

Por fim, Rotelli, De Leonardis & Mauri (1990, p. 36, grifo dos autores) sintetizam a desinstitucionalização em três aspectos, que em seu conjunto liberam a Psiquiatria e a sociedade da necessidade da internação, a saber:

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

Antes de falar sobre a rede de estruturas externas substitutivas ao manicômio construída em Trieste, cabe observar que em Gorizia, 1961, a equipe de Basaglia inicia seu percurso de desvelar o manicômio e a condição de objeto à que estão submetidos os sujeitos internados.⁴ O desenvolvimento do processo no contexto das lutas estudantis e operárias de maio de 68 e que

⁴ Para aprofundamento acerca da experiência de Gorizia, ver a obra “A Instituição Negada”, coordenada por Franco Basaglia, 2001.

coloca o manicômio no bojo das discussões político-culturais, impõe à equipe a solicitação do fechamento do hospital e a abertura de centros externos. Sendo o pedido negado pela administração local, a equipe se demite em bloco dando alta a todos os pacientes.

Conforme afirma Nicácio, o processo que se desenrolou em Gorizia: “não tinha como finalidade ser um novo modelo técnico, não se limitava à transformação do interior da instituição, mas a partir dela colocar praticamente em discussão a finalidade da existência do manicômio” (1989, p. 96). Um trecho da carta enviada aos internados do Hospital Psiquiátrico de Gorizia pela equipe, diz:

“Este último gesto que leva ao nosso afastamento do hospital não é mais que a coerente demonstração prática da recusa em aceitar os limites impostos pelo externo e que interferem no nosso trabalho destruindo e deteriorando através da ‘técnica’ da demora, de colocar para amanhã aquilo que se pode fazer hoje. Nessas condições nós mesmos, às suas legítimas perguntas ‘quando vou para casa?’ teríamos que retomar a tagarelice dos velhos manicômios que respondem ‘amanhã’, sabendo bem que amanhã não existe no calendário de vocês”. (BASAGLIA & BASAGLIA, 1975 apud NICÁCIO, 1989, p. 95).

A partir de 1971, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste, que foi oficialmente abolido em 1980, mesmo ano da sua morte. Se comparado aos tempos e às circunstâncias em que a experiência goriziana amadureceram, Trieste pôde se desenvolver dentro de um quadro político em profunda mudança, no qual a extensão das lutas a todos os setores da vida social abriu espaços de contradições bem mais significativas e determinantes. Desta feita,

A demolição de um dos principais aparatos repressivos, como era o manicômio, pareceu então um projeto exequível, um objetivo central, capaz de reconduzir o específico ao geral, mediante o processo prático de socialização de problemas até então mantidos separados e apartados. (BASAGLIA, 2010, p. 243-4).

E,

A nossa obsessão por transformar os hospitais psiquiátricos, por centrar ali toda a nossa transformação, evidentemente não era por não sabermos, por não entendermos que fora do hospital existe toda uma rede de psiquiatrização, mas porque pensávamos que dentro do hospital psiquiátrico estava a raiz do saber psiquiátrico, e se não se tirasse fora essa relação incestuosa entre tratamento e custódia dentro do hospital psiquiátrico, continuar-se-ia a produzir abortos. E qualquer vocação terapêutica colocada no “território”, com a presença do hospital psiquiátrico, continuaria a reproduzir este tipo de lógica. E foi por isso que definimos nosso trabalho como um trabalho de desinstitucionalização. (ROTELLI, 1994, p. 151-2).

De acordo com Rotelli, De Leonardis & Mauri, uma hipótese fundamentava a organização do novo sistema de saúde mental: “que a instituição responde mais às próprias necessidades de auto-reprodução que às necessidades dos usuários e que desinstitucionalizar significa inverter esta lógica de funcionamento.” (1990, p. 37). Isso se reflete, por exemplo, na reconversão dos recursos econômicos e humanos existentes, que se antes eram totalmente absorvidos pelo hospital psiquiátrico, agora passam a ser utilizados na comunidade (e pela comunidade).

Desenvolveu-se assim uma grande variedade de serviços e espaços de intervenção⁵, como os Centros de Saúde Mental prontos à acolher qualquer pessoa 24 horas por dia; o Plantão Psiquiátrico em Hospital Geral, para atender casos de emergência que chegam ao hospital, principalmente no período noturno; as estruturas e espaços do ex-hospital psiquiátrico foram transformados em apartamentos para ex-internos, unidades de reabilitação para deficientes muito graves e idosos dependentes, escolas, laboratórios artísticos, bar, alojamento para voluntariado, salas de ginástica, etc.; as Cooperativas de trabalho promovidas e organizadas pelos Centros; o Centro para toxicodependentes; o Serviço Psiquiátrico territorial no interior do cárcere. De acordo com Rotelli,

Na cidade de Trieste, que não tem nem 300 mil habitantes, no lugar do manicômio foram construídos sete centros de saúde mental, uma para cada bairro da cidade, que funcionam 24 horas por dia, para os quais foram transferidos todos os médicos, todos os enfermeiros e todos os recursos do ex-hospital psiquiátrico. São serviços que se ocupam de todas as “patologias” psiquiátricas, mas dentro do bairro, mas dentro do território, dentro da comunidade, com as portas sempre abertas, com o respeito total aos direitos das pessoas e com o trabalho para a reprodução social das pessoas. Uma grande quantidade de trabalho domiciliar, com uma rede de cooperativas para reinserir as pessoas no trabalho, com uma rede de apartamentos para as pessoas que não podem mais estar com as suas famílias e, portanto, com um arco de serviços de eficácia e eficiência enormemente superior ao do hospital, mas serviços que têm como a sua bandeira “a liberdade é terapêutica”. (1994, p. 153).

E, ainda, conforme Basaglia:

Os novos serviços territoriais, embora mantendo-se ancorados no processo de destruição do manicômio do qual vêm a ser a continuação, desenvolveram-se segundo modalidades diversas, condicionadas pela realidade em que operavam. A necessidade de agir simultaneamente em várias frentes; o

⁵ Para análise mais detalhada dos serviços, ver a obra “Reforma Psiquiátrica – as experiências francesa e italiana”, de Izabel Passos, 2009.

estímulo a integrar-se num território ainda marcado pela cultura do manicômio e, ao mesmo tempo, pela presença de sua transformação; a busca por uma participação generalizada, capaz de suportar com os operadores o peso da ruptura da instituição; tudo isso produziu a constituição de espaços o mais abertos possível – não exclusivamente “psiquiátricos” – tendencialmente lugares de encontro entre ex-internados, a nova clientela e as pessoas da cidade; figuras que, embora não tivessem de saída um código comum de reconhecimento, podiam progressivamente descobrir o terreno de uma aliança substancial entre si, na emergência das necessidades e de opressões comuns. Daí a produção de iniciativas aptas a favorecer essa participação, a estender à cidade o uso desses espaços, a oferecer um serviço voltado o máximo possível para o reconhecimento das necessidades da pessoa, e não para a resposta a novas instâncias de controle e de dependência, que no entanto tendem a ser a única forma de resposta às necessidades, numa cidade que costuma equilibrar os próprios conflitos com rígidos aparatos de controle ou com formas degradadas de assistencialismo. (2010, p. 252-3).

Ao responder de modo variado e individualizado à complexidade das necessidades apresentadas pelas pessoas, o sistema de saúde mental de Trieste substituiu inteiramente a necessidade da internação, amplia a riqueza da vida das pessoas doentes ou sãs, na medida em que promove efetiva integração em seus equipamentos, e transforma o trabalho dos técnicos utilizando ao máximo suas potencialidades para ativar o recurso das pessoas. Os operadores, tal como eram chamados, têm um enriquecimento das competências profissionais e dos espaços de autonomia da decisão, pois

Se se trata de pensar que “a liberdade é terapêutica”, cada ato em liberdade pode ser terapêutico. Se se trata de desinstituir a doença como experiência que não é separável da existência, trata-se de valorizar, mais que o sintoma (sobre o qual se constrói a instituição), o conjunto de recursos positivos do serviço e da demanda. (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1990, p. 46-7, grifo dos autores)

Nesse sentido, para além das competências técnicas especializadas e codificadas, a profissionalidade exigida pela organização do trabalho em Trieste relaciona-se muito mais com a capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção. Há uma grande valorização da dimensão afetiva na relação terapêutica, bem como a presença de figuras não profissionais, que são colocadas como elementos críticos e desinstitucionalizantes (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1990).

No tocante às regras de funcionamento, essas são vistas como um empobrecimento na possibilidade de trocas sociais e terapêuticas e, se possível, são removidas. Além disso, não se separam os doentes segundo a forma de sua doença – crônicos ou agudos, mas assumindo a demanda como uma totalidade indivisível. Assim, para os autores, se os espaços sanitários e a

doença têm como referência hospitais e ambulatórios, para os triestinos a relação de desinstitucionalização requer a relação com um território, abertas ao bairro e “atravessadas” pelas pessoas.

Segundo Passos (2009), Basaglia criticava o critério administrativo de territorialização, enquanto cobertura sanitária por serviços supostamente criados para responder às necessidades da população, mas que em verdade cumpriam uma função assistencialista, formalmente democrática, mas escondendo mal uma ideologia de controle. Sua proposta não é dar respostas planejadas, mas expor contradições na realidade existente para que as necessidades apareçam.

A noção de território, muito cara aos basaglianos, foi certamente inspirada no setor francês⁶, mas guarda uma definição própria e singular, não se confundindo com a mera demarcação de um espaço geográfico. É, antes, o *espaço social* de uma coletividade, identificado pela existência de uma cultura própria e de uma série de recursos arquiteturais e institucionais (de trabalho, lazer, ação política, saúde, educação, convivência, arte, religião, etc.) que precisam ser conhecidos e articulados pelos serviços sanitários, numa ação coletiva integradora. O território é uma *construção*; como tal, deve emergir da mobilização concreta dos recursos existentes e das necessidades reais da comunidade. (PASSOS, 2009, p. 136).

Basaglia (2010) dizia que era preciso estender a luta prática para romper com a função da Psiquiatria dentro do jogo social ao território percebido por todos como o lugar da expressão plena das contradições de classe. O questionamento da instituição, já não era dirigido somente ao manicômio ou a psiquiatria como ciência, mas tudo o que, partindo do “território”, repelia a doença e a confiava à psiquiatria e ao manicômio. Todavia, assim como para Milton Santos, ao entender território como expressão conflitante das desigualdades globalizantes e, ao mesmo tempo, resistência e enfrentamento a elas, para os italianos:

No próprio território emergiam, até mais agudamente, as contradições de um mundo da saúde que – embora fossem atravessadas por fermentos de luta e por propostas de uma qualidade de vida diferente – permanecia dentro dos esquemas e dos códigos de funcionalidade da ideologia dominante. 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, 2010, p. 243)

⁶ Experiência de reforma psiquiátrica ocorrida na França nos anos 60, na qual “institui-se o princípio de esquadrihar o hospital psiquiátrico e as várias áreas da comunidade de tal forma que a cada “divisão” hospitalar corresponda uma área geográfica e social. Tal medida produz uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados, de forma a possibilitar uma adequação de cultura e hábitos entre os de uma mesma região, e de dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe que os tratavam no hospital.” (AMARANTE, 1995, p. 35)

Vocês sabem que aquilo que aqui vocês chamam de comunidade pode ser um grande deserto, pode ser um lugar de anomia, mas no território, e não na comunidade, existem forças vivas e não forças mortas, existem jovens, existem os professores, existem os homens da cultura, existem as pessoas que buscam, existem pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais, e é com essas pessoas que nós trabalhamos e com quem devemos cada vez mais trabalhar, se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria. Então, o saber do paciente, o saber do sujeito paciente, o saber dos familiares, o saber do território, esses saberes que existem no território devem ser incorporados em nossa prática. Então, desta forma, eu creio que nós estamos num bom caminho, que nós podemos ainda ir muito adiante. (ROTELLI, 1994, p. 155).

Desse modo, Basaglia afirmava que a intenção não era escamotear a doença, “mas sim estabelecer como objetivo direto da ação a luta contra ela enquanto processo de organização e de desvirtuamento de contradições específicas do sujeito em suas relações sociais.” (2010, p. 252). Há um incessante esforço de reativação das trocas sociais, produção de relações sociais diretas, constante valorização de todos os níveis de conflito, aquisição de poder de base, reapropriação das regras sociais, utilização dos espaços da cidade, o que torna ainda mais complexo o trabalho dos operadores:

As situações de “crise”, não mais redirecionadas para dentro do sujeito que é seu portador, reabrem-se como crises entre os níveis de poder, entre interesses sociais, entre instituições e níveis institucionais, requerendo – por parte do técnico – uma mediação radicalmente nova, não mais “interna”, entre as regras do aparato institucional e o internado, mas sim entre o usuário com sua demanda e as necessidades e as regras do jogo social; e o fato de o exterior, a organização médico-assistencial, o local de trabalho, a família, que progressivamente se tornavam os novos espaços da nossa intervenção, estarem envolvidos como o outro pólo da crise, como portadores explícitos do outro interesse em jogo, ampliou a crise de “privada” para “pública” e transformou sua mediação em ação direta no social, e a assunção da parcialidade de um dos dois interesses em juízo sobre a atribuição desigual de poder e em opção política para modificá-la. (BASAGLIA, 2010, p. 249).

Assim, o nascimento dos novos serviços descentralizados não representou automaticamente o fim do mandato para a separação e a exorcização das contradições. A prática dos Centros continua a chocar-se com a demanda de internação e coação, seja por parte de outros serviços médicos-psiquiátricos, pela necessidade de sanção para manter os próprios níveis de eficiência, e, por parte dos cidadãos individualmente considerados, “na dificuldades de suportar um sofrimento que ainda se apresenta, em certas condições, como radicalmente estranho às regras da saúde e da vida, e para cuja expressão não se conhece outra maneira afora o sintoma codificado como ‘doença’” (BASAGLIA, 2010, p. 253-4).

Faz-se necessário, portanto, reestruturar a própria organização e a própria cultura em relação à presença deste e ao distúrbio que ele determina, com a consequente modificação dos próprios modos de expressão desse “distúrbio”. Para Basaglia (2010), os novos serviços territoriais devem atentar-se aos espaços de intervenção abertos em processos de crise e desestabilização de aparatos e normas de toda a organização médico-psiquiátrica e assistencial, de forma a desencadear processos práticos e sistemáticos de crítica às várias formas de respostas pré-formadas constituídas ou que venham a se constituir. Nesse sentido, Dell’Acqua e Mezzina complementam:

O serviço de saúde mental torna-se central no interior daquela área definida, torna-se ponto de observação privilegiado e absolutamente único, porque é capaz de desenvolver uma observação inter/ativa, que se alonga em um espaço finito, porém extremamente complexo e articulado em sua definição, espaço este que reflete e representa tudo aquilo que uma população produz em termos de patologia, de mal-estar, de conflito e de distúrbio social, e que se projeta de modo linear e constante no tempo, seguindo as histórias, as experiências pessoais, a evolução daquele espaço territorial e da sua população, modificando as suas respostas em conformidade com os novos contextos. (1991, p.56).

Reelabora-se, portanto, no território, o risco do “controle social” como herança do velho sistema manicomial, com a presença direta e cotidiana dos operadores, reduzindo ao mínimo os tempos de latência entre emergência e contato, o que permite aos cidadãos a aquisição de um útil conhecimento de suas funções e a real penetração do serviço no território. Além disso, esse contato direto e vizinho pode criar uma relação de reciprocidade, que coloca em xeque a distância intrínseca ao papel profissional, frequentemente usada apenas como instrumento de dominação sobre os sujeitos (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991). “A atitude terapêutica pode assim ser baseada não na tutela, mas no contrato, na reciprocidade; não na promessa de cura ou terapêutica enquanto projetos fechados, mas em processo de estratégias de contrato, cuidado e acolhimento” (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p. 146).

E, finalmente,

O processo de desinstitucionalização continua no território, continua na comunidade, ou ainda, se torna muito mais importante na comunidade: o processo de desinstitucionalização, do meu ponto de vista, continua a ser a estratégia terapêutica na comunidade, em relação, por exemplo, às situações das famílias nas quais não se trata de culpabilizar as famílias ou de destruir a instituição família, mas se trata de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criavam dentro do manicômio. E, então, o processo de desinstitucionalização do manicômio e o processo de desinstitucionalização da família têm,

fundamentalmente, as mesmas características. É preciso modificar as relações de poder entre as pessoas, fazer de tal forma que, numa dinâmica de poder diferente, não sejam destruídos os pacientes nem os familiares, e, numa sociedade de capitalismo avançado, é necessário que existam serviços que ajudem as famílias; que ajudem as famílias a encontrarem uma dinâmica diferente, não destrutiva; que ajudem as famílias a não incorporarem o desvalor da doença, que ajudem as famílias a entenderem que a diversidade não deve se tornar um momento de destruição de algum membro da família. Deve-se trabalhar para melhorar a qualidade de vida das pessoas e não para sequestrar as contradições e geri-las tecnicamente, o que significa reproduzir o trabalho do manicômio em toda a cidade. (ROTELLI, 1994, p. 154).

5.2 Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil

Como um ponto de partida, em meados do século XIX, constitui-se a medicina mental no Brasil e, a partir de então, a quase totalidade das verbas da saúde mental eram destinadas à construção e manutenção de hospitais psiquiátricos públicos. Essas instituições sustentavam uma função exclusivamente segregadora e um projeto de medicalização social, no qual a psiquiatria surge como um instrumento tecnocientífico de poder⁷. Aliados às crescentes internações, os choques insulínico e cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia eram as técnicas predominantes nos anos 30 e 40, para a psiquiatria que considerava, enfim, ter encontrado a cura para as doenças mentais e tornava-se ainda mais poderosa⁸. (AMARANTE, 1994).

Na década de 50 surgem os primeiros neurolépticos fortalecendo o processo de psiquiatrização e, a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, as primeiras experiências de reformas psiquiátricas no mundo. No Brasil, os hospícios públicos estavam superlotados, as equipes reduzidíssimas, ocorriam situações de maus-tratos grosseiros e péssimas condições de infraestrutura e hotelaria, o que possibilita a entrada da iniciativa privada nessa área. A partir do golpe militar de 64, proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, de maneira que aproximadamente 90% da verba da assistência psiquiátrica era destinada à compra de leitos privados. (AMARANTE, 1994; MINAS GERAIS, 2006). Conforme Lobosque,

(...) todos os países, na implantação de suas Reformas, encontram dois grandes

⁷ Amarante (1994) possibilita ao leitor ampliar a compreensão desse processo relatando a história da psiquiatria e as primeiras intervenções junto aos loucos no Brasil.

⁸ Muito simbólico e inspirador o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira e o Museu de Imagens do Inconsciente no Rio de Janeiro, que pode ser conferido no filme “Nise – o coração da loucura” (2016) e nos livros de sua autoria, embora tenha sido uma experiência localizada e não hegemônica nos anos 40.

obstáculos: os preconceitos sociais contra a loucura, fortemente enraizados na cultura contemporânea – os mitos da periculosidade e da incapacidade, as práticas de invalidação, etc; e a resistência dos setores psi, que tendem a encarar qualquer transformação efetiva da situação como algo que fere os princípios da ciência e da técnica, ou ameaça interesses corporativos. Ora, no Brasil, além destes dois grandes obstáculos, temos um terceiro: aquele representado pela chamada indústria da loucura, no contexto de todo um processo de mercantilização da saúde. (2001, p. 15).

Nos primeiros anos da década de 70, intensificam-se as discussões sobre a assistência à saúde de uma maneira ampla e algumas tentativas de mudança, a partir do processo de reorganização da sociedade civil. De acordo com Nicácio, “Uma série de estudos e movimentos começavam a buscar compreender e intervir nas práticas de saúde, na necessária articulação da dimensão teórica, da prática crítica e política” (1989, p. 104). Em 1979, ocorreu o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo. Nesse mesmo período, nos anos de 78 e 79, Franco Basaglia esteve algumas vezes no Brasil apresentando a Psiquiatria Democrática⁹ e a experiência italiana, o que também foi um grande estímulo aos trabalhadores incomodados com as condições de trabalho e assistência em saúde mental (OLIVEIRA, 2016).

Desse modo, surgiram uma multiplicidade de experiências no campo da saúde, cujo objetivo era transformar a linha predominantemente hospitalocêntrica, conforme Lancetti (1989, p.1) com “diversas tentativas de modernizar os tratamentos, ampliava-se a rede de ambulatórios de saúde mental, criavam-se hospitais-dia, pretendia-se humanizar alguns hospitais psiquiátricos, integrar as ações, descronificar pacientes e funcionários...”¹⁰. Contudo, ainda permanecia um quadro geral caracterizado por uma rede de ambulatórios incipiente, burocratizada, com tratamento essencialmente psicofarmacológico e o fornecimento de guias de encaminhamento para internação. Outrossim, muitas dessas experiências contestadoras foram desmanteladas nos anos 86 a 88 (NICÁCIO, 1989; YASUI, 1989).

Já nos anos 80, o Brasil viveu um momento de grande efervescência política e cultural terminada a ditadura militar, que culminou em eventos importantes da nossa história tais como as campanhas da anistia, das diretas-já em 1984 e a Constituinte de 1988, enfim, a reorganização da sociedade civil, movimentos sociais, sindicais e partidários, que reivindicavam maior participação social e política. No campo da saúde, o modelo privatizante de todo o setor era tão concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribuiu decisivamente para a crise financeira e institucional da Previdência Social, levando o Estado a adotar medidas racionalizadoras e

⁹ O livro “A Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo da Prática” (1979), reúne os debates realizados com Basaglia em uma de suas vindas ao Brasil.

¹⁰ “SaúdeLoucura 1”, organizado por Antônio Lancetti (1989), é um testemunho de algumas dessas experiências localizadas em São Paulo.

disciplinadoras do setor privado (AMARANTE, 1994).

Em 1986 tivemos a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde e o movimento da Reforma Sanitária Brasileira conquista, em 1988, a aprovação da saúde como um direito de todos e dever do Estado na nova Constituição. Elabora-se um entendimento ampliado de saúde, a partir de determinações sociais e que seria assegurada através da proposição de um Sistema Único de Saúde com controle social e os princípios da universalidade, equidade, integralidade e descentralização. É certo que a Reforma Psiquiátrica Brasileira não alcançaria os êxitos de agora, se não houvesse o SUS e todo o seu arcabouço teórico-prático e legislativo e, ainda, conforme Yasui,

Ao expor argumentos e proposições que articulavam o processo de transformação de um setor específico da saúde, a saúde mental, em uma luta que transcendia essa especificidade e a aproximava da luta pela transformação da sociedade, a Reforma Psiquiátrica se posicionava em uma estreita vinculação com a Reforma Sanitária. Ambas assumiam o pressuposto da saúde como uma questão revolucionária, tal como analisado por Escorel (1995), para quem a luta pela transformação da situação de saúde da população brasileira é parte privilegiada da luta pela transformação da sociedade, pois a arena da saúde é um campo de múltiplas interseções e relações com as demais esferas do desenvolvimento das sociedades. (2010, p. 44).

Em 1987 houve a I Conferência Nacional de Saúde Mental – I CNSM, que determina a “priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica”, dentre outros. (BRASIL. MS, 1988 apud AMARANTE, 1995, p. 75). Deliberações tal como a citada só foram possíveis porque a sociedade civil se articulou e ocupou o espaço da conferência, pois sendo organizada pela Coordenação de Saúde Mental/MS com um caráter de congresso de psiquiatria, a I CNSM não previa a participação da mesma. Nesse contexto toma corpo o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, importante ator da Reforma Psiquiátrica Brasileira¹¹, que durante a I CNSM decide realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru, 1987.

Nesse Congresso institui-se o 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, definindo assim, o Movimento de Trabalhadores, por um caminho incisivo de crítica e ruptura com o modelo representado pelos hospitais psiquiátricos. No histórico Manifesto de Bauru, declaram sua recusa ao papel de

¹¹ Em “Loucos pela Vida”, Paulo Amarante (1995) registra os paradigmas do saber psiquiátrico e os principais movimentos de reformas psiquiátricas no mundo, além de analisar em profundidade a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Outra excelente referência é “Rupturas e Encontros – desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, de Silvio Yasui (2010).

agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, compreendendo que não basta racionalizar e modernizar os serviços. Firmam, portanto, o compromisso e aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora, a partir do entendimento do manicômio como expressão de uma estrutura opressora da forma de organização da nossa sociedade (CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 1987):

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! (CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 1987).

Conforme Lobosque (2001), no fim dos anos 80 e entrada dos anos 90 dois fatores importantes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira acontecem: a eleição pela primeira vez de governos municipais do campo democrático popular em número significativo e a organização do movimento antimanicomial em nível nacional e de caráter autônomo, independente de serviços, administrações ou partidos, passando a reunir além dos trabalhadores, o segmento organizado dos usuários e familiares. Em acordo com a autora, Rotelli e Amarante (1994) afirmam que nesse período são criadas novas possibilidades assistenciais extremamente importantes, possibilidades essas favorecidas pela ocupação por parte de militantes antimanicomiais de cargos de gestão em níveis municipais e estaduais (AMARANTE, 1995):

Com a nova conjuntura nacional surge em primeiro plano o espaço de trabalho territorial, principalmente no âmbito das cidades, que começam a ser redescobertas como espaço de eleição para a luta política. A prioridade passa a ser construir e consolidar trabalhos voltados a uma concepção territorial. (ROTELLI & AMARANTE, 1994, p. 49).

Assim, em São Paulo no ano de 1987, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, com uma proposta de atendimento diferenciada para usuários com graves distúrbios psiquiátricos, em crise ou fora dela, que demandam tratamento intensivo e diversificado, mas tem como oferta compulsória de tratamento a hospitalização¹². Desse modo, caracterizou-se como “(...) o início de uma rede de espaços intermediários entre a hospitalização com seus riscos de cronificação e segregação e o pleno exercício da cidadania” (YASUY, 1989, p. 52).

¹² Para saber mais sobre essa experiência, ver o texto “CAPS: aprendendo a perguntar” de Silvio Yasui no livro SaúdeLoucura 1, organizado por Antônio Lancetti (1989).

Em 1989, inicia-se a intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta, que culminou com seu fechamento em 1994 e a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, pronto socorro psiquiátrico, cooperativas, associações, centro de convivência, residências protegidas¹³. Conforme Amarante, “Isso possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial” (1995, p. 83).

Ainda em 1989, o Projeto de Lei 3657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais, desencadeando um amplo debate nacional, realmente inédito, quando jamais a psiquiatria esteve tão permanente e conseqüentemente discutida por amplos setores sociais (AMARANTE, 1994). Contudo, esse projeto original foi rejeitado e tramitou durante doze anos até a aprovação em 2001 da Lei 10.2016 que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Dessa forma, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira ou Lei Paulo Delgado, como ficou conhecida, não assegurou a extinção progressiva dos manicômios, apontando para uma proposta de mudança no modelo assistencial. Um aspecto importante, conforme Amarante (2007, p. 70) “é a inclusão do Ministério Público Estadual, que deve ser comunicado, no prazo de 72 horas, de todas as internações involuntárias, como pode ser observado no artigo 8º.”, mas esse aspecto, em verdade, é revelador da essência da lei na medida em que sete de seus treze artigos referem-se exclusivamente à regulamentação da internação psiquiátrica. Houve, contudo, ao longo dos anos 90, a elaboração e aprovação de leis municipais e estaduais, tais como em Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Ceará, Espírito Santo, Distrito Federal, Paraná e Rio Grande do Norte.

No plano internacional, a Declaração de Caracas, fruto da Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região realizada em 1990, com o apoio das Organizações Panamericana e Mundial de Saúde (OPS/OMS), reforça e dá legitimidade às transformações que vem ocorrendo nos países latino-americanos. Com a participação de ministros, parlamentos e outras forças políticas nacionais de vários países, a Conferência conclama os países a assegurar os direitos humanos e civis dos usuários e promover a reorganização dos serviços. Conforme Rotelli e Amarante, “(...) embora aborde a questão psiquiátrica de uma forma genérica e pouco precisa, aceita e proclama a necessidade premente

¹³ A experiência de Santos tem belíssimos registros no livro “Clínica Peripatética” de Antônio Lancetti (2011) e um aprofundado estudo na tese de Fernanda Nicácio (2003).

da ‘reestruturação’ imediata da assistência psiquiátrica pela adequação das legislações dos países (...)” (1994, p. 50).

De acordo com Amarante, “A partir da criação dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de novos serviços desta natureza, tornando tais serviços modelos para todo o País, muito embora suas concepções, que são distintas, tenham sido anuladas nas mesmas.” (1995, p. 83). As portarias 189/1991 e 224/1992 modificaram a forma de financiamento das internações hospitalares visando reduzir o tempo de internação, e instituíram várias modalidades assistenciais dentre as quais os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os NAPS/CAPS. Estes foram novamente reestruturados pelas portarias 336/2002 e 189/2002 estabelecendo várias modalidades de CAPS (AMARANTE, 2007, p. 83).

Dessa forma, nos anos 90¹⁴, a Reforma Psiquiátrica assim como a Reforma Sanitária institucionalizam-se enquanto política oficial ocupando espaços no interior do aparelho estatal, embora com restrições devido à política neoliberal de diminuição do papel do Estado. Todavia, de acordo com Yasui (2010), a Reforma Psiquiátrica seguiu ampliando alianças e mantendo uma identidade de movimento social, por meio do Movimento da Luta Antimanicomial¹⁵ e das associações de usuários, enquanto que a Reforma Sanitária optou por continuar a investir prioritariamente na estratégia de ocupação estatal.

Em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania”, e a presença de centenas de delegados, usuários e familiares. E, em 1993, ocorreu o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador, com os movimentos sociais tensionando a característica burocrática-administrativa da política ministerial e abandonando o tecnicismo. Já nos anos 2000, além da aprovação da lei 10.216 em 2001, ocorreu no mesmo ano a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório demonstra a complexidade em que se transformou o campo da Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2010).

Embora Yasui avalie que “Se, nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica fortaleceu-se como política pública, conquistando reconhecimento que se transformou em poder técnico-administrativo de regulação, houve, por outro lado, um enfraquecimento como movimento social.” (2010, p. 72), a Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial – Brasília vai ouvir nossa voz! em 2009, reuniu caravanas de todo o país e cerca de três mil pessoas na Esplanada dos Ministérios reivindicando a realização da IV Conferência Nacional

¹⁴ Um histórico mais detalhado do período de 1990 a 2000 é apresentado por Nicácio (2003).

¹⁵ Para saber mais, ver o artigo de Duarte (2015).

de Saúde Mental.

Grupos de usuários participaram de diversas audiências com ministros, parlamentares, Ministério Público e no Gabinete do Presidente e conquistaram a realização da IV CNSM em 2010¹⁶. Para Amarante (2007), essa conferência teve o caráter inovador de ser intersetorial, contando com a participação de representantes das áreas de cultura, direitos humanos, economia solidária, assistência social e outras, embora restritos ao âmbito governamental.

É inegável a reorientação do modelo assistencial de saúde mental no Brasil, que avança de maneira mais consistente nos anos 2000, embora saibamos que em muitas localidades os serviços substitutivos convivem com os hospitais psiquiátricos e reforçam sua existência ao recorrerem aos mesmos em momentos de crise dos usuários. Na publicação da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, “Saúde Mental em Dados 12” de outubro de 2015, último consolidado publicado, pode-se observar o amplo processo de desinstitucionalização, a transição do modelo assistencial e as respectivas portarias normativas (BRASIL, 2015):

- ✓ De cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados com o SUS, no final dos anos 80 (MINAS GERAIS, 2006) para 25.988 em 2014;
- ✓ 2.209 CAPS, embora apenas 85 destes sejam do tipo III, 69 são AD III, 201 são CAPSi. Completam o quantitativo: 1069 CAPS I, 476 CAPS II, 309 CAPS ad;
- ✓ 111 Equipes de Consultório na Rua, além das estratégias de Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica, em especial através de equipes do NASF.
- ✓ 34 Unidades de Acolhimento, sendo 21 Adultas e 13 infantis, além de 156 em fase de construção;
- ✓ 888 leitos de saúde mental em hospital geral;
- ✓ 610 Serviços Residenciais Terapêuticos e 4.349 beneficiários do Programa De Volta Pra Casa;
- ✓ 1.008 iniciativas de geração de trabalho e renda e R\$7.070.000,00 em incentivos financeiros para estratégias do componente da Reabilitação Psicossocial;
- ✓ Formação e Educação Permanente através dos projetos: “Caminhos do Cuidado”, “Percurso Formativos na RAPS”, Residências em Psiquiatria e Multiprofissionais e

¹⁶ Estive presente na Marcha, na época ainda estudante de graduação e estagiária de um dos CERSAMs de Belo Horizonte. Junto aos meus companheiros e companheiras do Espaço Saúde, coletivo de estudantes que discutia as questões da saúde e saúde mental, organizamos e levamos um ônibus com estudantes antimanicomiais de Belo Horizonte.

Cursos à Distância em Saúde Mental;

- ✓ Estratégias de prevenção do uso de álcool e outras drogas.

Um importante instrumento institucional, o qual sustenta os equipamentos e estratégias citados acima, foi a Portaria 3.088 de 23/12/2011, republicada em 21/05/2013, que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Derivam dela diversas outras portarias que regulamentam ou destinam recursos financeiros aos componentes da RAPS, sendo um avanço pela ampliação e consolidação de muitos equipamentos. Contudo, já vivíamos um forte apelo social e midiático em relação às questões que envolvem a política sobre drogas, em especial a falaciosa “epidemia do crack”.

Desde os anos 2000, o Ministério da Saúde reconhecia o uso e dependência de drogas como problema de saúde pública e, também, o atraso histórico da saúde em assumir a responsabilidade pelo enfrentamento do problema. (MACHADO & MIRANDA, 2007). Em 2002, a Portaria 336/2002 cria o CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) em meio às outras modalidades de CAPS. E, em 2003, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, ambas formuladas a partir das experiências de Redução de Danos e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Entretanto, setores que se orientam por concepções repressivas, criminalizadoras e moralistas quanto à política de drogas, e contrárias à lógica de redução de danos em favor da exigência da abstinência como meta única e exclusiva no campo da atenção, constituem-se como um forte campo de resistência às políticas propostas pelo Ministério da Saúde. Desse modo, em meio a um lobby político nefasto, conseguem incluir as Comunidades Terapêuticas – CT’s – na RAPS, no componente da atenção residencial de caráter transitório, assim descritas:

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (...)

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade (BRASIL, 2011).

Embora a IV CNSM tenha deliberado pela proibição do financiamento público das CT's, a portaria de nº 131/2012 institui o incentivo financeiro para estas instituições. Pode-se observar que, tanto na portaria da RAPS acima citada quanto na de nº 131/2012, houve uma grande preocupação em condicionar o credenciamento e financiamento dessas instituições à uma série de exigências, dentre as quais a existência de uma rede de saúde com CAPS no qual o usuário deve obrigatoriamente ser avaliado; a adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial no que se refere ao não isolamento de indivíduos; a um projeto técnico da instituição que garanta o respeito à orientação religiosa do residente, o contato frequente com a família e acesso aos meios de comunicação, etc. (BRASIL, 2012).

De certo, toda essa regulamentação torna praticamente impossível que as CT's recebam o auxílio financeiro do Ministério da Saúde, embora saibamos que essas instituições já se beneficiam de recursos públicos por diversos outros meios, em especial do Ministério da Justiça, através da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD¹⁷. As questões relacionadas às políticas de drogas e a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, portanto, vão se configurar como um grande desafio para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e motivo de grandes enfrentamentos por parte dos movimentos antimanicomiais, trabalhadores, gestores e usuários, desde o cotidiano dos serviços a espaços de discussão, gestão e afins, como veremos inclusive no decorrer do trabalho de campo realizado.

Já no I Encontro Nacional da RAPS, promovido pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em 2013 na cidade de Pinhais/PR, uma carta aprovada pelos participantes na plenária final constata a grave ameaça de retrocesso representada pela política governamental para a atenção às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, não somente pelo já citado financiamento público de CT's, mas pelo número crescente de internações compulsórias, ações higienistas e policiais de retiradas de pessoas de espaços públicos e o discurso moralizante de guerra às drogas.

Além disso, alerta para a precariedade da atenção à crise na RAPS, recomendando o efetivo investimento na construção de CAPS III de modo a descartar definitivamente a internação em hospitais psiquiátricos e possibilitar o fechamento dos leitos ainda existentes; orienta sobre a necessidade de radicalizar o ensino e a transmissão na RAPS em todo o seu potencial formador; reivindica a previsão de incentivo e financiamento para os Centros de

¹⁷ Em sua página na internet é possível averiguar, inclusive, a existência de chamamento público atual para “credenciamento de entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizem o acolhimento exclusivamente voluntário, em regime residencial transitório, de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”: <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas> . Acesso em 26/08/2018.

Convivência e Cultura, que apesar de elencados como componentes da RAPS permanecem sem recurso específico; rechaça todas as formas de privatização da saúde e precarização de vínculos de trabalho; e reafirma o funcionamento em rede e o cuidado compartilhado como lógica norteadora da assistência no território, de forma descentralizada e priorizando o atendimento à crise nos CAPS, fortalecendo e estruturando a Atenção Básica e os demais pontos da rede pública especificados na RAPS (ENCONTRO NACIONAL DA RAPS, 2013).

Com o agravamento da situação política no Brasil, setores conservadores assumem o Ministério da Saúde que, até então, apesar de críticas, vinha sendo conduzido por sanitaristas. Valencius Wurch Duarte Filho, notório defensor do modelo manicomial e ex-diretor clínico da Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi, maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, fechado por ação do Ministério Público devido graves violações de direitos humanos, é então nomeado Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em dezembro de 2015. Em resposta, movimentos antimanicomiais realizaram a Ocupação Fora Valencius durante 121 dias nas dependências da Coordenação de Saúde Mental, exigindo a exoneração imediata do coordenador nomeado.

Ao longo desses quatro meses, em diversas cidades, ocorreram atos e manifestações públicas de apoio. Em 14/01/2016, caravanas de várias partes do país se dirigiram à Brasília para o “Loucupa Brasília # Fora Valencius”, um dia inteiro de atividades e protestos em frente à sede do Ministério da Saúde¹⁸. Em abril, a ocupação foi desmantelada após mandato de reintegração de posse, mas certamente saiu vitoriosa, pois em menos de um mês Valencius Wurch foi exonerado, após nova troca do Ministro da Saúde. O novo coordenador, entretanto, o psiquiatra Quirino Cordeiro Junior, não representa um alento aos movimentos antimanicomiais e, pelo contrário, nos deixa ainda mais preocupados. Trata-se de membro da Associação Brasileira de Psiquiatria, com amplos apoios do setor mais retrógrado da área e com os quais foi orquestrando o que chamou de a “Nova Política de Saúde Mental”.

No âmbito geral, houve a destituição da presidenta eleita, Dilma Roussef, em um processo jurídico político questionável, que piora a situação política brasileira. Sob o pretexto da crise do capitalismo, segue-se diversas manobras e ações para retiradas de direitos da população brasileira em todas as esferas governamentais, nada mais que a solução neoliberal de diminuição do estado e da soberania para manutenção de lucros e privilégios da grande burguesia. Nesse contexto, ressaltamos a aprovação da Reforma Trabalhista que flexibiliza as

¹⁸ O Fórum Mineiro de Saúde Mental organizou manifestações em Belo Horizonte e, também, a caravana mineira à Brasília, na qual pude estar presente. Através da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA – contribuiu e ajudou a sustentar a ocupação da sala da coordenação.

relações de trabalho e retira direitos duramente conquistados pela classe trabalhadora, e a Emenda Constitucional nº 95 que institui um teto para os gastos públicos e congela o orçamento de setores sociais por vinte anos.

Nos dias 8 e 9 de dezembro de 2017 os movimentos antimanicomiais realizam em um grande esforço de articulação e logística o “Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios”. Entre as duas mil pessoas presentes, militantes que estiveram nos encontros anteriores, outros que iam pela primeira vez, aqueles que se foram cedo demais e foram lembrados e a presença marcante de usuários e familiares que reafirmavam “nada por nós, sem nós”. Assim, reiteramos o compromisso por uma sociedade sem manicômios¹⁹:

A conjuntura presente, que intensifica o risco das conquistas duramente obtidas, exige um posicionamento que reafirme e radicalize nossos horizontes. É preciso sustentar que uma sociedade sem manicômios reconhece a legitimidade incondicional do outro como o fundamento da liberdade para todos e cada um; que a vida é o valor fundamental; que a sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, socialista e anticapitalista (ENCONTRO DE BAURU: 30 ANOS DE LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS, 2017).

Poucos dias depois, em 14 de dezembro de 2017, o coordenador Quirino consegue a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Resolução nº 32 (BRASIL, 2017) e, em 21/12/2017, foi publicada a Portaria GM nº 3.588, que “praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira.” (AMARANTE & NUNES, 2018). Ressalta-se que não houve diálogo com segmentos que vêm construindo a Reforma Psiquiátrica Brasileira nos últimos trinta anos, muito embora sejam noticiados amplamente o apoio de entidades e federações médicas e de Comunidades Terapêuticas.

Instâncias do controle social também foram ignoradas, tais como o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, Grupos Condutores Estaduais de Saúde Mental, Comissão Intersetorial de Saúde Mental e o Conselho Nacional de Saúde – CNS – que, na figura do seu presidente, foi impedido de se manifestar sobre o assunto na reunião da CIT. Em resposta, o CNS, em debate realizado em reunião ordinária nos dias 30 e 31 de Janeiro de 2018, recomenda a revogação da Portaria nº 3.588, de 21/12/2017; a publicação de portaria em substituição, que esteja de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira; e que qualquer alteração da Política Nacional de Saúde Mental seja amplamente discutida com o pleno do CNS.

¹⁹ Também estive presente junto à caravana de Minas Gerais.

Baseando-nos na análise de Miriam Abou-Yd, representando o Conselho Federal de Psicologia neste debate do CNS, listamos abaixo as alterações realizadas pela “Nova Política de Saúde Mental” (ABOU-YD, 2018):

- ✓ A inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS, não apenas como uma última opção diante da inexistência de CAPS III, mas como um recurso principal do tratamento, na medida em que os valores de diárias são reajustados e, quando da desinstitucionalização de pacientes moradores, os leitos não serão fechados. A retomada dos hospitais-dia também demonstra o apelo ao fortalecimento dos hospitais psiquiátricos.
- ✓ Enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais terão sua capacidade aumentada para até 20% do total de leitos do hospital, com equipe multiprofissional e presença obrigatória de psiquiatra, descaracterizando-os como leitos de retaguarda para os CAPS. O mínimo exigido para custeio financeiro passa de 4 para 8 leitos e ocupação mínima de 80%, mas não houve estabelecimento de parâmetro populacional para definição desses números.
- ✓ Ambulatórios especializados também foram incluídos na “Nova Política”, a despeito de terem se mostrado sem qualquer resolutividade quando existiam há cerca de trinta anos atrás. A maneira burocrática de funcionarem com listas de espera, filas, consultas padrões, sem trabalho em equipe, sem capacidade de responder às demandas urgentes, com predomínio da figura do profissional médico e de ações medicalizantes, desconstroem toda a potência do trabalho que tem sido forjado pelas equipes de saúde da família, NASF e equipes de saúde mental na atenção básica sob a lógica do território.
- ✓ A criação do CAPS AD IV específico para áreas de “cracolância”, bem como posição contrária à legalização das drogas e estratégias de tratamento baseadas na abstinência, com o aumento do número de vagas em Comunidades Terapêuticas e incremento do seu financiamento federal são os novos posicionamentos do Ministério da Saúde no tocante à política e a atenção às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Ainda recentemente, em agosto de 2018, o Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde anuncia a criação da “Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica” e o reajuste em até 60% das diárias pagas aos hospitais por internação acima de noventa dias (BRASIL, 2018). Dessa forma, parece-nos que vivemos o pior momento da trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira e um cenário político de desalento, mas agora marcados pela experiência do cuidado em liberdade e convivência com a loucura. Precisamos voltar a nos entendermos como sujeitos políticos, conforme Bezerra Junior:

O declínio da política e a ascensão dos discursos técnicos, juntamente com o vertiginoso crescimento da economia da saúde, e a difusão no imaginário social de vocabulários e práticas que visam a regulação biotecnológica da performance pessoal, etc., modificaram fortemente o enquadramento sociocultural em que tanto profissionais quanto usuários, familiares e leigos se orientam subjetivamente. Boa parte das gerações que ingressa atualmente no campo da saúde mental se vê como agentes técnicos mais do que como sujeitos políticos. (2011, p. 4599).

5.3 Situando a singular presença da loucura em Minas Gerais

Em Minas Gerais, assim como em todo Brasil, proliferaram hospitais psiquiátricos na segunda metade do século passado, em especial os hospitais privados que se beneficiavam com a “indústria da loucura”²⁰. Localizando-se predominantemente nas cidades de Barbacena, Belo Horizonte e Juiz de Fora, a internação era praticamente a única assistência disponível às pessoas com sofrimento mental à época. No final dos anos 70, destacaram-se em meio às denúncias das condições dos hospitais a impactante série de reportagens “Nos Porões da Loucura” de Hiram Firmino e o documentário “Em Nome da Razão” de Helvécio Ratton²¹, ambos de 1979.

De acordo com Duarte (2016, p. 191), em Minas Gerais, “a mola propulsora da Reforma Psiquiátrica foram as estratégias de denúncias que possibilitaram a problematização das questões relativas à saúde mental não só no território mineiro, mas também em todo o país.”. Nesse sentido, um marco muito importante foi quando Franco Basaglia, em julho de 1979, ciceroneado por Antônio Soares Simone, visita todos os hospitais psiquiátricos públicos pertencentes à Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG. Após a visita ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, impactado e profundamente deprimido com o que viu, Basaglia convocou a imprensa e proferiu a célebre frase em que compara o hospício de Barbacena a um campo de concentração nazista²². (OLIVEIRA, 2016; SIMONE, 1979)

Ainda em 1979, Basaglia retorna mais uma vez a Belo Horizonte para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, patrocinado pela Associação Mineira de Psiquiatria que, naquele momento, tinha diretoria afinada às ideias do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental. As atividades do Congresso foram abertas ao público em geral, usuários, familiares, jornalistas,

²⁰ Ver o texto de Lobosque “Sujeito e cidadania em saúde mental: um percurso em Minas” no livro “Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos” (1997), onde a autora realiza uma análise mais pormenorizada dos atores do período de 1979 a 1995.

²¹ Ver o artigo de Goulart (2010).

²² Nessa visita de Basaglia ao Brasil em julho de 1979 foram realizadas uma série de debates, os quais pode-se acessar no livro “A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” (BASAGLIA, 1979). Interessante observar no debate realizado em Belo Horizonte e nomeado por “Perspectivas Práticas em Saúde Mental”, a avaliação e dados trazidos por Cezar Campos acerca do contexto da assistência psiquiátrica mineira à época.

sindicalistas, profissionais de saúde mental, que se aglutinaram e mobilizaram em busca de propostas alternativas. O documento elaborado a partir do Congresso teve considerável impacto e repercussão nas decisões do governo federal em sua tentativa de reorganização nacional da saúde mental (AMARANTE, 1995; DUARTE, 2016).

Nos anos 80, foram realizadas algumas iniciativas de humanização dos hospitais, principalmente os públicos e, já como fruto da Reforma Sanitária, implantou-se o Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde com a locação de equipes de saúde mental nos centros de saúde. O governo liderado por Tancredo Neves possibilitou uma conjuntura favorável, com trabalhadores militantes da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica coordenando as ações da política de saúde mental. Apesar da importância da ousadia de introduzir modificações na lógica do tratamento oferecido e da possibilidade de diversos profissionais contratados para os ambulatorios terem seu primeiro contato com as ideias da Reforma Psiquiátrica, o contexto político com a eleição de Newton Cardoso tornou-se completamente desfavorável, ocasionando retrocessos nas políticas públicas como um todo (DUARTE, 2016).

O Programa de Saúde Mental não obteve o êxito esperado, pois as ações de humanização dos hospitais não atingiam a rede conveniada e encontravam limites na forte cultura manicomial. Além disso, as ações na Atenção Primária não conseguiram frear as internações hospitalares. Nesse contexto, os trabalhadores realizaram a I Conferência Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais, etapa preparatória para a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, na qual foi decidido que o movimento deveria se organizar de maneira independente em relação ao estado e realizar o Congresso de Bauru.

Marcus Vinícius de Oliveira Silva, Cezar Rodrigues Campos e Wellerson Alkimim representaram Minas Gerais na comissão de organização do Congresso de Bauru. Essa comissão promoveu um encontro estadual prévio, quando foi criado o Fórum Permanente de Saúde Mental de Minas Gerais. Ao retornarem de Bauru, encontraram ainda muitas dificuldades em manter um coletivo orgânico e difundir o ideal antimanicomial, mas a proposição saída do Congresso de Bauru do dia da Luta Antimanicomial, o 18 de maio, conseguiu agregar a militância para a realização de atividades culturais e reflexivas, com o objetivo de propagar os preceitos da Reforma Psiquiátrica (DUARTE, 2016).

No início dos anos 90, diversas cidades mineiras elegeram governos do campo democrático-popular e iniciam a implantação de modelos assistenciais que prestam assistência integral aos portadores de sofrimento mental, tendo em vista também o processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Em 1991, a Coordenação Estadual

de Saúde Mental conduziu uma auditoria técnica em todos os hospitais do Estado, obtendo dados precisos acerca da precariedade do funcionamento dos 36 hospitais e seus 8.087 leitos (MINAS GERAIS, 2006).

Nessa época, os trabalhadores já se organizavam enquanto Movimento Mineiro dos Trabalhadores de Saúde Mental, que atuava de maneira mais combativa, tendo influenciado e alguns de seus militantes participado da auditoria nos hospitais. Esse processo trouxe a convicção da insustentabilidade do modelo manicomial e, ao mesmo tempo, o dilema de desconhecer alternativas, o que motivou a organização de uma caravana com delegações representativas de trabalhadores da FHEMIG para conhecer a experiência de Santos. A viagem foi um marco para trabalhadores, gestores e militantes, na medida em que possibilitou averiguar a exequibilidade da proposta antimanicomial pois, à época, Santos já havia fechado a Casa de Saúde Anchieta e cuidava de pacientes muito graves nos NAPS e Centros de Convivência (DUARTE, 2016).

Em 1992, o Movimento Mineiro elabora e protocola na Assembleia Legislativa um projeto de lei antimanicomial. Durante os três anos em que tramitou, o projeto recebeu diversos questionamentos e, também, foram realizadas inúmeras reuniões para ouvir os segmentos interessados, mas acabou ao final sendo aprovado por unanimidade e sem modificações substanciais em seu texto original. É a Lei nº 11.802 de 18/01/1995 (Lei Carlão), depois modificada pela Lei nº 12.684 de 01/12/1997, ambas regulamentadas pelo Decreto nº 42.910, de 26/09/2002.

Ainda em 1992, a II CNSM contava com a participação efetiva de usuários, o que motivou os trabalhadores mineiros que lá estiveram a discutir com os usuários do hospital-dia do Instituto Raul Soares e incentivar a participação dos mesmos. Assim, em 1993, a delegação mineira para o I Encontro da Luta Antimanicomial em Salvador já era composta em sua metade por usuários e familiares. Tendo a delegação mineira, na plenária final do Encontro, sido escolhida para exercer a função de Secretaria Executiva do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, fez-se necessário sua constituição jurídica e formal.

Dessa forma, em 1994, é criado o Fórum Mineiro de Saúde Mental, no qual se juntam trabalhadores, usuários e familiares, e que permanece ativo e muito atuante até os dias de hoje²³. Nesse mesmo ano, também é fundada a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais – ASUSSAM MG²⁴ e, em 1995, essas entidades realizam em Belo Horizonte

²³ Ver o artigo de Duarte (2016), sobre as origens do Fórum Mineiro de Saúde Mental e, nesse sentido, um estudo aprofundado sobre o contexto político assistencial da época.

²⁴ Para maior aprofundamento sobre a atuação dos principais movimentos antimanicomiais mineiros, ver os textos

o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. De acordo com Lobosque (1997, p. 56), “Um movimento que por diversas vezes sofreu as tentações do tecnicismo e os riscos do isolamento, vem consolidar sua verdadeira vocação de um movimento social.”.

Na virada do século, ocorrem a III Conferência Estadual de Saúde Mental em 2001 e os Encontros Mineiros de Serviços Substitutivos de Saúde Mental, sendo o primeiro na cidade de Congonhas em 2003²⁵, o segundo em Lagoa da Prata no ano de 2004, o terceiro em Montes Claros em 2005 e o quarto em Santa Rita do Sapucaí em 2008. Todos esses espaços vêm permitindo a discussão, a elaboração de diretrizes e o aprimoramento da Reforma Psiquiátrica que, em Minas Gerais é sustentada pelos seguintes princípios: respeito à singularidade, a crítica ao tecnicismo, a coragem do pensamento, a superação do hospital psiquiátrico, a implantação de uma rede de serviços substitutivos, a presença na cultura, a interlocução constante com os movimentos sociais, a defesa do Sistema Único de Saúde, a perspectiva da intersetorialidade, a luta pela transformação social (MINAS GERAIS, 2006).

Mais recentemente a política estadual de saúde mental vinha atuando sem uma diretriz que pactuasse com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o SUS e encontrava-se, pelo contrário, fragmentada em dois programas (Saúde Mental e Aliança Pela Vida) e desarticulada em relação às demais áreas da saúde e das políticas públicas. O Programa Aliança Pela Vida havia sido criado em 2012 pela SES/MG e previa, dentre outros, a realização de convênios com Comunidades Terapêuticas e o custeio de internações nestas entidades. Outro aspecto refere-se ao grande número de determinações de internações compulsórias para os hospitais psiquiátricos da rede FHEMIG e o distanciamento da Coordenação Estadual de Saúde Mental de seu papel de assessoramento e apoio à rede (MINAS GERAIS, 2016).

Embora o diagnóstico geral seja ruim, Minas Gerais também atingiu ao longo dos anos um importante reordenamento do modelo assistencial (MINAS GERAIS, 2016)²⁶:

- ✓ se em 1991 existiam 36 hospitais psiquiátricos e 8.087 leitos, hoje constam 9 hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, totalizando 1.067 leitos. Desse total, 271 são usuários de longa permanência, ou seja, estão internados há mais de dois anos, e seriam público alvo da desinstitucionalização proposta pela nova coordenação.

sobre a ASUSSAM e o Fórum Mineiro de Saúde Mental nos livros Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia de Kelly Nilo et al (2008) e Experiências da Loucura de Ana Marta Lobosque (2001). A dissertação de Carolina Cunha (2013) enfoca a ASUSSAM.

²⁵ Pode-se ter acesso aos preciosos textos apresentados nesse encontro na revista Minas Sem Manicômios, do Fórum Mineiro de Saúde Mental, intitulada “A loucura e as cidades: mapas de Minas.” (2004).

²⁶ Para conhecer mais profundamente a situação da RAPS até 2016 vide a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (MINAS GERAIS, 2016).

- ✓ 332 CAPS em funcionamento, nas diversas modalidades. Destes, 270 são habilitados e credenciados pelo Ministério da Saúde e 62 estão em funcionamento sem habilitação.
- ✓ em relação aos leitos de referência em saúde mental, são 217 habilitados pelo Ministério da Saúde, em 51 municípios.
- ✓ SRTs habilitados no estado de Minas Gerais são 77, em 10 municípios. Em funcionamento, são 109 SRT, sendo 32 não habilitados.
- ✓ 36 Centros de Convivência, com recursos exclusivos dos municípios.
- ✓ 15 equipes de Consultório na Rua, implantadas e em funcionamento.
- ✓ 6 Unidades de Acolhimento, sendo 2 para o público adulto e 4 para o público infanto-juvenil.

Contudo, pode-se constatar na tabela abaixo a priorização financeira e política, afinal, do Programa Aliança pela Vida em detrimento do fortalecimento da RAPS nos Planos Plurianual de Ação Governamental (PPAG) previstos para 2014 e 2015. Ressalta-se que, além do programa citado, o governo estadual, através da Subsecretaria sobre Drogas (SUPOD), ligada à Secretaria de Segurança Pública, também faz repasses às CT's utilizando-se de recursos da Secretaria de Saúde.

PLANO PLURIANUAL DE AÇÃO GOVERNAMENTAL - PPAG		
INVESTIMENTO	ANO 2014	ANO 2015
PROGRAMA ALIANÇA PELA VIDA (AÇÃO 4030)	26.000.000,00	45.000.000,00
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS (AÇÃO 4107)	11.325.450,00	23.000.000,00

Fonte: MINAS GERAIS, 2016

A partir de abril de 2015, a nova coordenação elabora e aprova a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas que reposiciona a Coordenação Estadual de Saúde Mental em uma direção alinhada com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Uma das ações realizadas foi a vistoria das CT's habilitadas pelo Programa Aliança pela Vida²⁷, que possibilitou a não renovação do contrato com as instituições que apresentavam irregularidades e violações de direitos humanos. Contudo, o governo estadual não sustenta por muito tempo esse reposicionamento ao desmantelar a equipe técnica da coordenação e não cumprir o repasse

²⁷ Vide o relatório das vistorias (MINAS GERAIS, 2016).

para o co-financiamento de serviços da RAPS, em especial para a continuidade do processo desinstitucionalização e abertura de SRTs para usuários moradores dos hospitais psiquiátricos ainda existentes.

Houve, ainda, a tentativa de abertura de novo edital para contratação de Comunidades Terapêuticas, o que foi rechaçado e barrado pelo Conselho Estadual de Saúde após grande mobilização dos movimentos sociais. Todos esses fatores fizeram com que os coordenadores se desligassem do governo e a Política Estadual de Saúde Mental caísse novamente em um grande vazio político.

5.4 O percurso belo-horizontino – fazendo caber a loucura

Entraremos mais detidamente agora, em alguns aspectos relativos ao contexto de Belo Horizonte, mas sabemos que por ser a capital do Estado, muitos dos fatos já relatados tiveram lugar e personagens da cidade. Cabe lembrar que a assistência em saúde mental até então caracterizava-se basicamente por dois segmentos que não se articulavam, quais sejam: os hospitais psiquiátricos enquanto recurso único para casos de maior gravidade; e o número expressivo de profissionais de saúde mental distribuídos aleatoriamente em Centros de Saúde, segundo o ideário da prevenção e controle, e sem uma orientação institucional de suas ações (LOBOSQUE & ABOU-YD, 1998).

A partir de 1993²⁸, tem início o governo de Patrus Ananias que exerceu um grande diálogo com os movimentos sociais e acolheu a proposta da política de saúde mental formulada pelo movimento antimanicomial, bem como os nomes de Cezar Rodrigues Campos para Secretário Municipal de Saúde e Miriam Nadin Abou-Yd para Coordenadora Municipal de Saúde Mental. Os princípios que nortearam a política e seus dispositivos, bem como uma importante reflexão sobre os seus quatro primeiros anos de implementação estão descritos no texto que é um marco para Belo Horizonte: “A cidade e a loucura – entrelaces” de Ana Marta Lobosque e Miriam Abou-Yd²⁹.

Esses princípios em muito se assemelham àqueles elencados pela Linha Guia de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais³⁰, conforme descrito anteriormente: a

²⁸ O estudo de Silva (2009) também analisa alguns momentos históricos da construção da rede de saúde mental Belo Horizontina.

²⁹ Publicado na coletânea de CAMPOS et al (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p. 243-264.

³⁰ MINAS GERAIS. Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

construção de um trabalho clínico e uma prática política em que a subjetividade seja levada em conta; a defesa do SUS, entendendo a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a perspectiva da extinção do hospital psiquiátrico, mas também da transformação da lógica assistencial, que implica radical reordenamento dos dispositivos; a interlocução constante com os movimentos sociais organizados, em especial o Movimento Antimanicomial; a intervenção no âmbito da cultura é objetivo e efeito do trabalho de recriação das ideias sobre a loucura (LOBOSQUE & ABOU-YD, 1998).

Consideramos importante mencionar alguns aspectos destacados pelas autoras e que são um diferencial na construção da política de saúde mental de Belo Horizonte. Além da fecunda interlocução com os movimentos sociais já citada, uma outra articulação do trabalho realizado se fez com a psicanálise, a partir de uma preocupação com a questão do sujeito do inconsciente (LOBOSQUE & ABOU-YD, 1998). Ainda hoje, ao contrário da articulação com os movimentos sociais que passou por altos e baixos e atualmente tem encontrado muitos desafios, a supervisão institucional realizada nos Distritos Sanitários mantém a psicanálise como orientação, bem como muitos dos profissionais e gestores dos serviços, embora não sem questionamentos quanto à carência de outros olhares e saberes e ao seu formato.

No que concerne aos dispositivos constituintes da rede, inclui-se a presença de equipes mínimas de saúde mental – psiquiatra e psicólogo, eventualmente também havia um assistente social ou terapeuta ocupacional – em muitos dos centros de saúde. À época, a discussão se colocava entre se seria preferível concentrar os atendimentos nos CERSAMs ou se seria interessante a coexistência destes serviços com um espaço distinto e claramente delimitado para o atendimento ambulatorial. As autoras analisam minuciosamente os motivos pelos quais a política de saúde mental belo-horizontina fez essa escolha, mas em linhas gerais a aposta se deu pelo investimento da Secretaria Municipal de Saúde de “transformar a concepção e a prática dos Centros de Saúde, inscrevendo-os num movimento sanitário democrático e vivo, comprometido de fato com a população” (LOBOSQUE & ABOU-YD, 1998, p. 252).

Dessa forma, foi proposta uma reordenação do trabalho desses profissionais nos centros de saúde para torná-lo compatível com a lógica sustentada pela política de saúde mental. Atualmente, a rede sustenta um profissional psicólogo em cada um dos 150 centros de saúde e um psiquiatra a cada duas ou três unidades, que trabalham com a metodologia do matriciamento junto às equipes de ESF. Ressalta-se que a implementação da Estratégia de Saúde da Família ocorre a partir de 2002 e atualmente o município tem cerca de 80% de cobertura da população pela ESF.

Em síntese, nesses anos iniciais da rede de saúde mental foram inaugurados os

primeiros CERSAMs e Centros de Convivência; reestruturou-se o trabalho das equipes na atenção básica e a saúde mental de crianças e adolescentes; sustentou-se a necessidade do acompanhamento e fiscalização por parte do Poder Público no âmbito dos hospitais psiquiátricos, através da supervisão hospitalar; investiu-se no ensino, na pesquisa, nas publicações, enquanto práticas que ousem avançar no pensamento; foi firmado o compromisso com as iniciativas culturais, sociais e políticas, voltadas para formas distintas de abordagem da loucura. Ademais, definiu-se que as prioridades assistenciais seriam os casos de psicóticos e neuróticos graves, dos quais deve-se sempre buscar o consentimento e a participação em seu tratamento, em um convite à abordagem de seus conflitos sem renúncia à sua singularidade (LOBOSQUE & ABOU-YD, 1998).

Nos anos seguintes, alguns textos registram os impasses na condução da política após mudança do governo e saída do grupo inicial que esteve à frente da coordenação de saúde mental, dando conta da não linearidade na construção da política. Em “Saúde mental: o projeto e a cidade”³¹ de Ana Marta Lobosque, a autora refere-se à inúmeras manifestações que foram realizadas em 1999 no 18 de Maio, no Conselho Municipal de Saúde, em debates e reuniões para falar sobre os desafios da rede, tais como a ampliação do funcionamento dos CERSAMs para 24 horas, o atraso na criação dos lares abrigados e pensões protegidas, cooperativas e empresas sociais, cuidado às crianças e adolescentes, da supervisão hospitalar, etc. E, ainda:

Nos últimos meses, a situação se agrava pelo comprometimento de condições mínimas que se mantinham asseguradas até então: a começar pelo corte no material necessário às oficinas, vão surgindo problemas de seriedade crescente, que afetam o pagamento das refeições dos usuários nos CERSAM, resultam na irregularidade do fornecimento e depois na falta de vales-transporte para os usuários dos CERSAM e Centros de Convivência e, enfim, na falta de medicamentos essenciais para o atendimento de urgências em toda a rede. Todos estes problemas foram e continuam sendo exaustivamente denunciados por trabalhadores e entidades da Saúde Mental (LOBOSQUE, 2001, p. 158)

Tal constatação, inclusive, nos traz certo alento, tendo em vista que o nosso atual contexto é de também denunciar exaustivamente se não os mesmos, outros cortes nas condições mínimas de funcionamento dos serviços. Em 2003, as coordenadoras que iniciaram a implantação do projeto foram convidadas a assumir novamente o cargo e, assim, a política é reorientada no sentido dos seus marcos fundantes. A partir de 2013 até os dias atuais a Coordenação de Saúde Mental passou por quatro gestões diferentes, todas afinadas ao projeto de saúde mental antimanicomial.

³¹ Publicado em LOBOSQUE, Ana Marta. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001, p. 152-161.

Contudo, percebe-se pouco interesse e entendimento das últimas gestões municipais acerca da rede de saúde mental, seu papel e singularidades. Até o ano de 2017 não havia nenhuma gratificação financeira para o cargo de Coordenador, o que é um contrassenso tendo em vista a complexidade da rede de saúde mental, com diversos serviços, ações e responsabilidades. Embora isso tenha se alterado neste ano, o lugar da Coordenação na Secretaria Municipal de Saúde vem sendo progressivamente destituído de poder.

Outrossim, vê-se mudanças na Secretaria de Saúde que, sob o véu de uma reforma administrativa que organizaria a SMS, tem pelo contrário tornado os trâmites mais burocráticos, desconstruído os processos de trabalho e o sistema de saúde como um todo e não somente na saúde mental. Nas próximas páginas serão descritos, em linhas gerais, a criação dos serviços da rede e suas vicissitudes, que vão dando corpo à política de saúde mental municipal e sustentando a mudança da lógica manicomial na cidade.

Um marco decisivo para a rede, nesse sentido, foi a discussão acerca do atendimento à crise, entendendo essa ação como um desafio estratégico da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Souza (2008), no início dos anos 2000 constatava-se que o funcionamento dos quatro CERSAMs, até então apenas no período diurno, não dava respostas consistentes aos casos muito graves que necessitavam de atenção contínua e integral. Ao longo de um ano foram realizadas diversas discussões e em 2001 dois CERSAMs passam a funcionar 24h com doze leitos-noite, que seriam divididos entre os quatro, pouco tempo depois sete CERSAMs.

Em 2003, em um processo de avaliação global do projeto, observa-se que a solução apresentada não mudava o quadro de internações nos hospitais psiquiátricos, ou seja, havia uma baixa efetividade da resposta às crises e do atendimento contínuo e integral aos casos graves, além de uma queda na qualidade da assistência ofertada³². (SOUZA, 2008). Assim, em 2006, foi formulado e implementado o projeto “A Urgência Psiquiátrica e a Hospitalidade Noturna” com a implantação da Hospitalidade Noturna em todos os sete CERSAMs e a criação do Serviço de Urgência Psiquiátrica – SUP, localizado na região central da cidade e funcionando de 19h às 8h, todos os dias da semana. Trata-se dispositivo estratégico e de funcionamento intrínseco à rede, pois é retaguarda para a hospitalidade noturna nos CERSAMs com possibilidade de mobilidade e intervenção in loco.

Além disso, é responsável pelo atendimento noturno, principalmente aquela demanda

³² Recomendamos fortemente a leitura das referências citadas ao longo das próximas páginas para que se possa conhecer mais profundamente o percurso de criação dos serviços e da política como um todo. Em especial, a publicação de NILO et al. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

dirigida pelo SAMU, mas também por hospitais gerais e UPA's. Após o primeiro atendimento, os usuários acolhidos são remetidos aos serviços da rede, seja CERSAM ou Centro de Saúde, de acordo com seu local de moradia, para continuidade do tratamento. Importante ressaltar que o projeto de hospitalidade noturna foi amplamente contestado e ainda o é até hoje, em especial por conselhos de profissão e entidades contrárias à Reforma Psiquiátrica, no que tange principalmente às equipes noturnas no CERSAMs serem compostas por profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem e à prática da telemedicina.

Atualmente, Belo Horizonte conta com oito Centros de Referência em Saúde Mental (CAPS III), que se organizam de modo regionalizado. Apenas uma regional da cidade não conta com equipamento próprio, sendo sua população dividida entre os dois CERSAMs mais próximos e uma reivindicação antiga a abertura de mais esse CERSAM. Cada um desses serviços é responsável hoje por uma média de 300 mil habitantes e, também, tem sido uma demanda constante o redimensionamento das equipes devido à complexidade e grande população dos territórios. O SUP permanece funcionando nos mesmos moldes de quando abriu, porém, houve incremento na equipe passando de um para dois profissionais psiquiatras, o que permitiu que o psiquiatra passasse a realizar o deslocamento aos CERSAMs junto com o enfermeiro.

O total de leitos noturnos dos CERSAMs e CERSAMs AD destinados ao público adulto somam hoje 72 leitos (além de 8 para crianças e adolescentes), mais sete leitos no SUP para toda a cidade. Há, com alguma frequência, um número maior de usuários com necessidade de acolhimento noturno, o que gera um grande impasse para a rede como um todo. Outra questão refere-se à retaguarda psiquiátrica de finais de semana e feriados que, hoje em dia, é realizada por dois ou três CERSAMs da cidade ocasionando grande impacto para a equipe e usuários dos CERSAMs que são a retaguarda.

Assim, discute-se já há um bom tempo a abertura do SUP durante o dia nos finais de semana e feriados para funcionar como retaguarda, bem como a melhoria de sua estrutura física que é muito pequena, porém esses projetos continuam sem efetivação. Há poucos meses, contudo, desde Junho de 2018, foram inaugurados dez leitos de saúde mental em hospital geral no município, sendo estes destinados ao cuidado dos usuários da rede com condições clínicas e/ ou psiquiátricas que necessitem de investigação e tratamento em hospital geral, o que certamente proporciona um cuidado mais integral e com respeito à singularidade dos nossos usuários.

Datam de 2001, também, os primeiros SRTs criados em decorrência do fechamento de

dois hospitais psiquiátricos privados conveniados com o SUS³³. Eles “integram a rede de saúde mental e ao mesmo tempo recebem seu suporte na construção cotidiana da experiência de cada usuário fazer-se morador de uma casa e habitante do território, no qual exercita sua liberdade quando reaprende a ocupar, como cidadão, a cidade.” (ABOU-YD & SILVA, 2008, p. 169). Hoje são 261 moradores em 33 SRTs (BELO HORIZONTE, 2016), construídas ao longo do processo de desinstitucionalização e fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos, à exemplo da Clínica Serra Verde³⁴, a última clínica particular conveniada ao SUS que ainda existia em Belo Horizonte e foi fechada em 2012.

Abou-Yd e Silva (2008) relatam as dificuldades relativas aos primeiros anos de funcionamento das SRTs no que se refere à forma abrupta com que se deu a desospitalização tanto para moradores quanto para a rede. Nos últimos anos, o projeto também enfrentou muitos percalços, em especial relacionadas às entidades com as quais a prefeitura firma os convênios para funcionamento das casas pois, dentre outras questões, ocorreram uma série de atrasos no pagamento por parte da prefeitura. Os movimentos sociais, junto aos moradores e trabalhadores das SRTs, realizaram manifestações e audiência pública na Câmara Municipal no momento de maior gravidade e risco à continuidade do projeto, final de 2014 e início de 2015.

Passado esse momento, houve um redimensionamento importante das equipes e recursos para as SRTs, o que possibilitou melhor acompanhamento aos moradores. Um desafio atual tem sido as inúmeras demandas judiciais para inserção de pessoas nas SRTs, que não consideram a singularidade e o propósito a que vieram, ao passo que há ainda um contingente de usuários moradores tanto nos hospitais psiquiátricos públicos da rede FHEMIG quanto nos CERSAMs, que poderiam se beneficiar das SRTs.

A atenção às crianças e adolescentes, como já citado, foi objeto de preocupação desde o início do projeto e, de acordo com Pinto (2008), a estratégia inicialmente adotada para a construção de uma política que atendesse às suas necessidades foi a realização de diversos seminários para alinhamento de diretrizes ao longo dos anos. Outra iniciativa foi a criação de Fóruns Regionais de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, espaços intersetoriais que se reúnem mensalmente desde 1991: “com vistas a traçar novas diretrizes às demandas criadas pelos encaminhamentos escolares” (TEIXEIRA, 2008, p. 180).

³³ Para conhecer mais, vide os trabalhos de Franco (2012) e Franco & Stralen (2015).

³⁴ A Clínica Serra Verde foi fechada em 2012. Os 149 pacientes crônicos que lá residiam foram transferidos para um anexo no Bairro Padre Eustáquio do Hospital Sofia Feldman e, aos poucos, foram sendo transferidos para Serviços Residenciais Terapêuticos até seu completo fechamento em março/2016. Vide a bonita reportagem: http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/03/02/interna_gerais,739241/transferencia-de-pacientes-para-residencia-terapeutica-marca-fim-dos-m.shtml

O Projeto Arte da Saúde: Ateliê de Cidadania foi uma invenção criada logo no início da rede de saúde mental para dar resposta aos inúmeros encaminhamentos e demandas por parte de famílias e escolas para as chamadas “crianças problemáticas”, cujo destino traçado eram as escolas especiais ou os atendimentos especializados. Assim, formaram-se pequenos grupos de convivência, ou oficinas, sempre em locais próximos às suas casas, que fossem espaços cedidos pela comunidade e com monitores que residem também nos territórios, nos quais as crianças e adolescentes pudessem experimentar novas linguagens, resgatar a autoestima, estabelecer novos projetos de vida, serem consideradas em sua singularidade (TEIXEIRA, 2008).

Enfim, fazendo barra à medicalização e psicologização das crianças e suas diferenças, evitando os estigmas e exclusão, aproximando-se das famílias, profissionais de saúde e escolas. O Projeto Arte da Saúde ficou restrito à uma regional da cidade durante os primeiros 15 anos de implementação da rede de saúde mental e, somente em 2008, expandiu-se para as demais regionais. Hoje em dia conta com aproximadamente 52 núcleos em toda a cidade, porém tem passado por inúmeras dificuldades relacionadas à renovação do convênio da prefeitura com a entidade que repassa os recursos financeiros e contrata os profissionais.

Por volta de 2002 foram criadas as Equipes Complementares – EC’s, uma por regional, que trabalham em conjunto com as Equipes de Saúde Mental e ESF na atenção básica e são compostas por terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psiquiatra infantil. As EC’s acompanham crianças e adolescentes com quadro de autismo, neurose e psicose graves, realizam atendimentos individuais, familiares, em grupo e, também, trabalham com intervenção a tempo com bebês e crianças pequenas. Recentemente, houve incremento das mesmas com mais um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo por regional, entretanto, as Equipes Complementares enfrentam um embaraço no que diz respeito à direção do trabalho que deve ser realizado, atuando de maneiras distintas nas regionais.

Ainda no que se refere à atenção às crianças e adolescentes, o primeiro CERSAMi foi criado em 2008 e o segundo somente em 2016. A partir da criação do segundo CERSAMi e de uma articulação com o Centro Psíquico da Infância e Adolescência – CEPAI – da rede FHEMIG, que tem passado por transformações institucionais com vistas à funcionar nos moldes de CERSAMi, houve uma repactuação de modo que cada um dos três serviços fica responsável por três regionais da cidade no atendimento às situações de crise de crianças e adolescentes.

O cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas ocorre de maneira tardia, seguindo a tendência da política à nível nacional. O primeiro

CERSAM AD³⁵ foi aberto em 2008 e os demais em 2013 e 2014. Na mesma pactuação realizada com a rede FHEMIG, já citada anteriormente, o Centro Mineiro de Toxicomania divide com os CERSAMs AD a referência das regionais da cidade e nos últimos meses passou também a funcionar nos moldes dos CERSAMs com leitos de hospitalidade noturna. Anteriormente, se houvesse usuários com indicação de tratamento intensivo, eles eram encaminhados para pernoite no Instituto Raul Soares.

Os Consultórios de Rua³⁶ tiveram suas duas primeiras equipes implantadas em 2011 e as outras duas em 2012, em uma parceria com a Secretaria de Assistência Social, para atuarem junto a usuários de drogas que viviam em dupla vulnerabilidade: a decorrente do uso de substâncias ilícitas e a da situação de vida nas ruas. As equipes são compostas por um psicólogo, um enfermeiro, dois assistentes sociais, um oficinairo, um motorista e um redutor de danos. Eles contam com insumos de redução de danos e materiais diversos de acordo com a particularidade de cada equipe, além de uma van identificada com a qual circulam pelo território, mas que também é utilizada para a realização de atendimentos, conversas e para levar usuários para acompanhamento nos mais diversos pontos da rede socioassistencial e de cultura e lazer. Conforme Silva (2015, p. 144), “a van é também um endereço” ou “ponto de encontro”.

Ainda de acordo com a autora, após a normativa do Ministério da Saúde de Nº 122/2012 houve a mudança no nome para “Consultório na Rua” e sua vinculação à Atenção Básica, passando a se constituir e operar nos moldes da ESF e não mais como um dispositivo da Reforma Psiquiátrica. Em Belo Horizonte, faz-se a opção por afirmar a identidade dos equipamentos enquanto “Consultório de Rua”, vinculados à Coordenação de Saúde Mental, por considerar que este “é um modo de inscrição que nos parece mais coerente e adequado ao registro institucional – no caso do MS – dada a questão das drogas” (SILVA, 2015, p. 143). Coloca-se, como necessidade atual e premente, a ampliação do número de equipes para atender outras regionais da cidade.

Outro dispositivo recentemente implantado para o público vinculado aos CERSAMs AD e CERSAMi's são as Unidades de Acolhimento Transitório, tendo sido a para adultos inaugurada em 2015 e a infanto-juvenil em 2018. Inserem-se, portanto, no projeto terapêutico de usuários com problemas relacionados ao uso de substâncias ilícitas, que necessitem de um espaço nos moldes de uma casa para reorganização dos seus projetos de vida, seja em virtude de ameaças no território de origem, vivência de rua, etc.

A UAT infanto-juvenil está iniciando o seu percurso, mas no caso da UAT adulto, tem

³⁵ Ver o estudo de Almeida (2012).

³⁶ Ver a dissertação de Silva (2015).

sido colocada como uma dificuldade o fato de receber usuários dos 3 CERSAMs AD e do CMT-FHEMIG, que se localizam em pontos distintos e distantes da cidade, ocasionando dificuldades no deslocamento dos usuários para seus locais de tratamento e dos trabalhadores para as articulações necessárias a cada caso. Isso sinaliza, ademais, a necessidade de ampliação desse equipamento e sua equipe para melhor acompanhamento dos usuários e suas necessidades. Há, por outro lado, o embaraço relativo à novidade do serviço em si, que exige a contínua invenção e discussão dos modos de fazer.

Os Centros de Convivência são outros pontos de extrema relevância para a rede de saúde mental belo-horizontina e sua missão, pois trabalham no campo da cultura, no diálogo com a cidade, na transformação das percepções acerca da loucura. Não que os demais serviços não tenham que lidar com essas disputas, mas os Centros de Convivência têm um lugar privilegiado que é o de interface com as artes, com a cultura de maneira geral que, ao possibilitar aos usuários acessá-las, apontam para a produção de novas trajetórias de vida ao mesmo tempo em que afirmam seu lugar na cidade³⁷. O primeiro serviço foi inaugurado em 1993 e até 2001 já contávamos com um Centro de Convivência em cada regional, totalizando 9 equipamentos.

As oficinas são seu elemento organizador e podem ser de artesanato, música, reciclagem, pintura, desenho, letras, horta, culinária, mosaico, teatro, tecelagem, etc. Também compõem o elenco de possibilidades dos Centros de Convivência, a retomada dos estudos através da Educação de Jovens e Adultos³⁸ para quem não concluiu o ensino fundamental, atividades físicas com profissional de educação física, passeios, sessões de cinema, viagens, festas comemorativas, assembleias de usuários, reuniões de familiares e outras atividades de acordo com as particularidades e iniciativas de cada serviço. A partir das experimentações dos Centros de Convivência, surgiram grupos artísticos que atingiram um certo grau de organização, profissionalismo e autonomia, como o Coral São Doidão e o Trem Tan Tan, ambos com CD's gravados, e o grupo de teatro Núcleo de Pesquisa e Criação Sapos e Afogados³⁹.

Apesar de os Centros de Convivência terem sido incluídos na RAPS, ainda não há incentivo financeiro para o seu custeio, cabendo aos municípios todo o seu financiamento. Na realidade de Belo Horizonte, outros fatores que prejudicam o seu bom funcionamento são os atrasos frequentes no repasse da verba mensal para a compra de materiais e dos vale-transporte, que afetam diretamente a frequência dos usuários no serviço. Há, também, um entendimento de que a rede valoriza pouco os Centros de Convivência e, inclusive, certo desconhecimento do

³⁷ Para maior aprofundamento ver a dissertação de Oliveira (2016), bem como Novaes et al (2008) e Soares (2013).

³⁸ Para saber mais, ver o trabalho de Silva (2012).

³⁹ Para conhecer mais sobre o Sapos e Afogados, ver Ribeiro (2017).

seu papel por parte de muitos gestores e trabalhadores.

A experiência de inclusão pelo trabalho nasce do desejo dos usuários que, pela ausência de políticas públicas que a sustentassem, foi abraçado pelo FMSM e se inicia com a realização de Cursos de Qualificação Profissional em 1999. Em determinado momento, percebe-se a necessidade de se oferecer condições estruturantes e mais permanentes que garantissem a sustentabilidade do empreendimento. Assim, formaliza-se a criação da Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários da SMSA em 2003, como a política de geração de trabalho e renda.

Em 2004 surge formalmente a invenção Suricato⁴⁰ – Associação de Trabalho de Produção Solidária, empreendimento auto gestor que trabalha a partir dos princípios da economia solidária e se estrutura em quatro núcleos produtivos: costura, mosaico, marcenaria e culinária. Tendo experimentado participar de feiras permanentes e itinerantes, bazares e a manutenção de uma loja, há três anos a Suricato resolve dar mais um passo e inaugura o Espaço Cultural Suricato situado em bairro próximo à região central. Com programação cultural às quintas, sextas e sábados, delicioso cardápio e o conforto de um quintal, o espaço tem sido reconhecido na cidade e bastante frequentado.

A partir de 2014, surge uma parceria inovadora entre os Centros de Convivência, Ministério do Trabalho, SENAC⁴¹ e empresas para a criação do Projeto de Inserção no Mercado Formal de Trabalho. Os usuários que frequentam os Centros de Convivência e têm interesse em trabalhar são encaminhados para vagas relativas às cotas de grandes empresas, como supermercados, laboratórios, do ramo de telecomunicações, etc. Há um treinamento teórico realizado pelo SENAC e o prático na própria empresa, e os Centros de Convivência se encarregam de dar suporte aos usuários juntamente às equipes dos CERSAMs e UBSs onde os mesmos realizam seu tratamento.

Outro desafio para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira diz respeito à formação profissional. Em Belo Horizonte, um importante avanço nesse sentido foi a criação da Residência Integrada em Saúde Mental, que inicia suas atividades em 2012 e conta anualmente com 8 vagas para formação em psiquiatria e 8 vagas para profissionais de enfermagem, serviço social, psicologia e terapia ocupacional. Todos os pontos de atenção da RAPS são cenários de prática da residência, que tem se consolidado como a única integrada, de fato, em teoria e prática. Como resultado, muitos dos profissionais egressos têm sido incorporados à rede de saúde mental.

⁴⁰ Para saber mais ver Ribeiro et al (2008).

⁴¹ Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

Para além da rede de saúde mental de Belo Horizonte, contamos com a atuação em Minas Gerais do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator – conhecido por PAI PJ, a partir de iniciativa do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, desde o ano 2000. Intermediando as relações entre justiça e saúde, o PAI-PJ tem acompanhado usuários em conflito com a lei, aos quais o único recurso anteriormente à sua criação eram os manicômios judiciários que, sabemos, transformam-se em prisão perpétua. A partir da orientação do modelo substitutivo à privação de liberdade, os usuários são encaminhados para os serviços da rede de saúde mental e aos múltiplos recursos da cidade (BARROS, 2008)⁴².

É imprescindível dar destaque e o lugar de devido valor às ações produzidas nos campos da cultura, arte, formação, política, esporte, lazer em Belo Horizonte. Sempre foi um desejo de nossos militantes que conseguíssemos construir um museu ou espaço cultural que pudesse abrigar a grande e contundente produção existente, além de ser um espaço de memória da Luta Antimanicomial e da Política de Saúde Mental mineira e belo-horizontina. Certamente, essas ações ocorrem desde os primeiros momentos da construção da rede de saúde mental⁴³, mas na ausência dessa “memória”, assumimos o risco de não citar muitas delas, principalmente as dos anos 90 e 2000, em face daquelas mais recentes, às quais eu estive presente ou tive acesso à algum registro.

No curto espaço que temos aqui, queremos registrar a multiplicidade de iniciativas realizadas tanto à nível local dos serviços, como em articulação coletiva municipal ou estadual. Também os diversos atores proponentes, desde os institucionais e os movimentos sociais, até as parcerias entre eles e com outras entidades. Dentro das iniciativas institucionais, ou seja, aquelas propostas pelas equipes dos serviços ou pela Coordenação de Saúde Mental, por exemplo, temos os Jogos da Primavera – uma semana de jogos para os usuários da rede nas mais diversas modalidades, que ocorre anualmente; o Festival da Canção Ideia Sonora – produções autorais dos usuários da rede, também ocorrendo praticamente todos os anos desde 2013; Mostra de Arte Insensata, que infelizmente teve apenas três edições em 2009, 2010 e 2012, pois não contou mais com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde para continuidade, até o momento; seminários de comemoração de aniversários dos serviços, como os 25 anos do CERSAM Barreiro, os 15 anos do CERSAM Venda Nova; os 15 anos dos SRTs, por exemplo; Mostra Arte e Loucura no Circuito Liberdade, intervenções dos Centros de Convivência nos

⁴² Para saber mais, vide Barros (2008) e Barros-Brisset (2010).

⁴³ Como sabemos através das publicações do Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM Barreiro (1994 e 1995) e de Abou-Yd (2002).

museus e espaços culturais da Praça da Liberdade, ocorrido em 2017.

As Mostras, bem como o 18 de maio, são eventos de grandes proporções e por serem realizados no coração da cidade, em espaços públicos, extrapolam o público da saúde mental, alcançando e sensibilizando a população para convivência com a loucura. No caso do 18 de maio⁴⁴, as instituições entram como apoiadoras, pois os organizadores são o Fórum Mineiro de Saúde Mental e a Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais em conjunto com trabalhadores, usuários, estudantes, simpatizantes, pois como se sabe, trata-se de evento político cultural dos movimentos sociais da Luta Antimanicomial.

Em Minas Gerais, o Fórum Mineiro de Saúde Mental, a Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais, a Suricato e a Associação Loucos Por Você de Ipatinga se organizam enquanto núcleos da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA, uma das entidades à nível nacional que reúne movimentos sociais antimanicomiais. Dentro dessa organização atuam em ações que reúnem os núcleos, como os Encontros da Renila, bem como em outras ações à nível nacional que buscam unificar os movimentos para intervenções comuns, como foi a Marcha à Brasília em 2010, o Fora Valencius em fins de 2015 e início de 2016 e o Encontro de Bauru em 2017. Todos esses eventos/manifestações tiveram delegações representativas dos mineiros, além da importante contribuição de muitos dos nossos militantes na construção e sustentação das mesmas.

Cabe ressaltar que, em vários desses eventos citados nessas páginas, contou-se com o apoio de um outro importante ator em Minas Gerais, o Conselho Regional de Psicologia. Além de apoios financeiros, logísticos ou estruturais, o CRP sempre cede seu espaço para reuniões ou através de suas diretorias e conselheiros participam de diversos espaços em defesa da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Outros conselhos profissionais e sindicatos também são apoiadores, como o Conselho Regional de Serviço Social e o Sindicato de Psicólogos, porém o CRP mantém uma parceria incontestada de longa data.

Os movimentos sociais também atuam em espaços institucionais de controle social, como as Comissões Municipal e Estadual de Reforma Psiquiátrica dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde e de Políticas sobre Drogas. Ademais, organizam seminários e encontros dos mais diversos temas relacionados à política de saúde mental e Luta Antimanicomial. À título de exemplo, em 2014, foi realizado o emocionante seminário “35 anos de Basaglia no Brasil: a marca de uma prática revolucionária”⁴⁵ e o “I Encontro de Trabalhadores da Rede de

⁴⁴ Pode-se conhecer um ponto de vista sobre o 18 de maio e sua organização no trabalho de Moura (2011).

⁴⁵ O Fórum Mineiro de Saúde Mental disponibilizou no Youtube os vídeos do seminário, bastando pesquisar por “35 anos de Basaglia no Brasil”.

Saúde Mental de Belo Horizonte”. Em parceria com a Frente Drogas e Direitos Humanos, foram realizados vários seminários abordando as discussões relacionadas à política de drogas, sendo o último em 2018: "Drogas: A Construção das Políticas Públicas e seus Efeitos Sociais".

Uma outra vertente de produções abarca a temática da formação, muitas das quais atravessaram meu caminho pessoal. Com o protagonismo de estudantes do Coletivo Estudantil Espaço Saúde foram realizados o seminário “Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância”, em 2007 e o “III Encontro Nacional de Estudantes Antimanicomiais – ENEAMA”, em 2012. Já a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais promoveu o seminário “Saúde Mental: os desafios da formação”, em 2009, além de publicar os Cadernos de Saúde Mental, sendo dois dos números com textos dos seminários em questão⁴⁶.

Em 2010, houve uma articulação que deu origem à plenária do Coletivo de Docentes e Discentes, Profissionais, Usuários, Gestores e Associações Profissionais da Saúde Mental com vistas a formulação de conjunto de propostas relativas à formação que fossem apresentadas às Conferências Municipais, Estadual e Nacional de Saúde Mental. Nessa época, também havia um coletivo nomeado por Fórum de Formação em Saúde Mental de Minas Gerais, que atuou em diversas frentes e dentre elas organizou o seminário “Saúde Mental – Marcos Conceituais e Campos de Prática”, o qual posteriormente também deu fruto à uma publicação do CRP⁴⁷.

Enfim, ao iluminar essas ações pretendemos afirmar a capacidade de produção e invenção dos atores da saúde mental em Belo Horizonte e Minas Gerais, em especial daqueles que se identificam enquanto militantes e que tomam a frente em vários processos. Para eles e elas não basta apenas trabalhar na rede de saúde mental e ter uma postura ética antimanicomial, é preciso doar algo mais do seu tempo, do seu trabalho, da sua força. Está claro, portanto, mais uma vez, o entendimento da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica enquanto processo políticos e culturais e não somente técnicos. Assim, esses espaços tornam-se lugares de reflexão sobre a prática e trocas de experiências, mas acima de tudo, lugares de afeto, encontro e fortalecimento coletivo, que movem nossas lutas políticas.

De outro modo, almejamos evidenciar que, para além do trabalho das equipes dos CERSAMs em relação aos territórios, necessário recorte que configura nosso objeto para fins dessa pesquisa de mestrado, os CERSAMs se constituem enquanto mais um ponto de uma rede rica, plural e decidida, porém inconclusa e parcial, que se expande para fazer caber a todos:

⁴⁶ Sob a organização de Lobosque, o Caderno de Saúde Mental volume 2 (2009) reúne textos do Seminário Universidade e Reforma Psiquiátrica: Interrogando a Distância e o volume 3 (2010) sobre o Seminário “Saúde Mental: os desafios da formação”.

⁴⁷ Ver Lobosque e Silva (2013).

Desde seu início, em 1993, a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte definiu como um de seus objetivos o diálogo com a cidade, formulando estratégias e criando dispositivos capazes de sustentar a presença pública e digna do portador de sofrimento mental. Fazer caber a loucura na cidade tem sido um de seus pontos de orientação que se contrapõe à lógica anterior, a do manicômio, aquela que separa, exclui e condena alguns a viverem fora da cultura. Por meio de arranjos sempre criativos e singulares, confronta a anulação e a homogeneização, inscrevendo a diferença como um direito de cada homem ao mesmo tempo em que integra e participa da construção da saúde como um direito. (ABOU-YD et al, 2008, p. 11).

5.5 CAPS/CERSAM e território

Nesta seção recolheremos algumas ideias, entendimentos e percepções expressas em legislações, documentos e textos nacionais e locais acerca dos CAPS/CERSAMs e território, enfocando as definições acerca dos CAPS III. Observamos que as discussões sobre território no campo da saúde mental adquiriram consistência com a Reforma Psiquiátrica e a contraposição entre serviços centrados no hospital psiquiátrico e os serviços substitutivos, em suas primeiras experiências de criação de unidades inseridas no sistema local de saúde, que trabalham com um novo paradigma de cuidado (FURTADO et al, 2016).

Contudo, sabe-se que a relação da psiquiatria/saúde mental com o espaço urbano sempre foi íntima e próxima, a fim de cumprir algumas funções. Na construção da sociedade brasileira do século XIX e início do século XX, bem como na organização do espaço urbano e manutenção da ordem social, a criação dos hospícios tem papel fundamental. Assim, a psiquiatria tem participado como poderoso dispositivo de articulação de práticas disciplinares, que investem na normalização dos corpos e de práticas de controle que se capilarizam nos territórios dos espaços urbanos (YASUI et al, 2018).

De acordo com Nicácio, muito além da mudança de local:

a reforma implica, ao mesmo tempo, a transformação institucional e cultural, a superação dos hospitais psiquiátricos e a produção dos novos serviços inscritos nos projetos de políticas municipais de atenção em saúde mental, como novos lugares de cuidado, de trocas, de produção de sociabilidade. Não se trata de um deslocamento do *locus* de intervenção, mas inscreve a necessidade de mudança do pensar e do agir terapêutico para a produção de uma nova realidade. (2003, p. 58).

Para a autora, em análise do início dos anos 2000 que parece ainda muito atual, apesar de constantemente serem denominados como “novos” serviços, no sentido de indicarem uma

perspectiva contra hegemônica de suas práticas e seu constante devir, nada está dado e certamente definido nesses serviços. Não necessariamente eles se encontram inseridos em políticas de saúde mental alinhadas às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, sendo frequentes sua coexistência e reforço aos hospitais psiquiátricos (NICÁCIO, 2003).

Nas diversas experiências locais de construção de redes de saúde mental, os serviços substitutivos podem ocupar lugares estratégicos, porém revelam-se inúmeras compreensões do seu significado. Nesse sentido, para Quintas: “Cumprir examinar o significado de *“ruptura”* (AMARANTE & TORRE, 2001) com o paradigma psiquiátrico introduzido pelo termo substitutivo, como ponto de mirada para a organização dos novos serviços” (2008, p. 61).

Para Gondim e Soalheiro (2016), também, os processos de territorialização das políticas e do cuidado em saúde mental são essencialmente políticos, envolvendo diferentes posições entre o Estado e a sociedade, o público e o privado, os interesses comuns e os individuais, o sistema e o sujeito – atores centrais do ato de cuidar. Assim, similarmente ao debate proposto pela Geografia Crítica exposto anteriormente, território e saúde mental não podem ser reduzidos à dimensão jurídico-política, à transferência de poderes entre o central e o local, ou à simples modernização da gestão pública por meio da organização de espaços exclusivos aos sujeitos com sofrimento psíquico.

Sabemos que a extinção de espaços de confinamento, tais como os hospitais psiquiátricos, não garante por si só nem a inclusão social dos excluídos, nem a sua emancipação da tutela. Contrariando as intenções e a intuição de todos aqueles que se engajaram na reforma psiquiátrica brasileira, o estabelecimento de uma rede de serviços de saúde “no território” carrega até mesmo o risco de um processo no sentido oposto, pois ele fornece ao Estado uma legitimação adicional para exercer vigilância sobre toda a população de determinada área, isto é, determinado “território”. (FURTADO et al, 2016, p.9)

Não obstante depararmos-nos corriqueiramente, tanto no cotidiano de trabalho nas redes de atenção psicossocial, quanto na produção bibliográfica, com a já mencionada banalização do conceito território, Gondim e Soalheiro (2017, p. 57) consideram “Território como categoria central para a transformação e avaliação do modelo de atenção da saúde mental no SUS, além de importante indicador de qualidade da rede e do tipo de mudanças na lógica do cuidado que vem sendo proposta no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.”. Também para Giovanella & Amarante, a concepção do território é um elemento fundamental na construção do novo cenário estratégico em saúde mental.

A substituição da ideia de comunidade pela de território não visa apenas

estabelecer uma distinção com a comunidade da psiquiatria comunitária. 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. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria. O trabalho no território não é um trabalho de construção ou promoção de “saúde mental”, mas de reprodução de vida, de subjetividades. (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p. 145).

Nesse viés, o importante estudo de Furtado (2016) considera que a incorporação do termo não produziu um referencial plenamente estabelecido sobre como o território afeta os usuários subjetivamente e objetivamente, nem mesmo concepções, princípios e modos de operar compartilhados por todos os agentes. Assim, a ambivalência entre noções genéricas e operacionais, como sua instrumentalização como divisão territorial do SUS, e um conceito de território advindo da Geografia Crítica que considera as questões de poder e disputas presentes, pode ter implicações relevantes para pessoas em sofrimento mental.

Esses autores realizaram uma revisão sistemática do campo científico – publicações indexadas – e do campo burocrático – leis, portarias, manuais, relatórios de conferências, etc. – nos anos de 2005 a 2015 e dialogam com Haesbaert (2004, p. 95-6 apud Furtado et al, 2016, p. 8) e seu conceito forte de território que “desdobra-se ao longo de um continuum que vai da dominação político-econômica mais ‘concreta’ e ‘funcional’ à apropriação mais subjetiva e/ou ‘cultural-simbólica’”. No polo de dominância funcional o território é entendido como área de cobertura de serviços de saúde, estruturador do funcionamento das redes de atenção psicossocial e portador de recursos no cuidado individual. Já o território considerado na perspectiva dos usuários ou como resultante de múltiplas relações materiais e imateriais de poder, constituiria o polo de dominância simbólica.

Em que pese as referências aos polos funcional e simbólico como dois extremos, eles nunca se manifestam isoladamente, ou seja, todo território funcional tem sempre alguma carga simbólica, por menos expressiva que seja, e todo território simbólico tem sempre algum caráter funcional, por mais reduzido que seja. No campo científico, os autores avaliaram que as produções abrangem o continuum em tela, ainda que não o faça sempre e em cada texto em particular. Mas no campo burocrático dos documentos oficiais, as concepções de território tendem ao polo funcional, evidenciando-o como espaço físico e social apto a catalisar o processo de reabilitação psicossocial e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave, negligenciando disputas e resistências de diversas ordens (FURTADO et al, 2016).

Isso se torna um problema, também, na medida em que as produções oficiais se constituem como referências para a implementação de ações e serviços em todo o país. Assim, para Furtado (2016) há uma progressiva perda de potência do conceito forte de território, entendido como espaço de exercício de poder e, ao mesmo tempo, espaço de resistência, o que implica distinguir entre a inserção na rede de atenção socioassistencial e de saúde e a inclusão nos espaços físicos, social e relacional.

Ao abrandar a capacidade crítica e analítica dessa concepção, omitindo a caracterização do verdadeiro (des)encontro entre pessoas com sofrimento mental grave e o espaço urbano e social na sociedade brasileira contemporânea, tanto o campo científico quanto o burocrático tornam ainda mais vulneráveis e fragilizados os trabalhadores dos serviços e seus usuários. Para aqueles que tentam se inserir socialmente, é imenso o risco de sujeição a valores e comportamentos hegemônicos. (FURTADO et al, 2016, p. 10)

No que se refere à legislação brasileira, apresentaremos um quadro resumo das caracterizações dos CAPS ao longo do tempo, dispositivos considerados fundamentais na reversão do modelo hospitalocêntrico e, também, os mais antigos entre os formulados pela trajetória da Reforma Psiquiátrica em curso. As primeiras portarias, as de número 189/91 e 224/92, incorporam e regulamentam o funcionamento dos novos serviços de saúde mental, além de estabelecer o financiamento dos mesmos. As denominações utilizadas, a saber, NAPS/CAPS, fazem menção à duas experiências distintas, porém ao serem nomeados dessa forma, acabam sendo reconhecidas como sinônimos e alçadas à posição de modelos, o que contribui para certa homogeneização das experiências.⁴⁸ (AMARANTE & TORRE, 2001).

NAPS e CAPS são propostas distintas, que guardam suas peculiaridades em relação ao contexto em que surgiram. O CAPS tem uma origem na iniciativa da Coordenação da Saúde Mental, num documento administrativo que define uma clientela prioritária, e um modo de funcionamento cujos eixos centrais são a assistência a excluídos e a docência. O NAPS emergiu do processo de intervenção no hospital psiquiátrico, e teve seu projeto elaborado após sua criação. Sua razão de ser é a desconstrução do manicômio, onde seu agir volta-se para evitar a exclusão, o que requer “*superar a lógica da assistência em direção à lógica da produção de saúde*”. (AMARANTE & TORRE, 2001: 30). (QUINTAS, 2008, p. 60).

Ressalta-se que o texto da portaria 224/92 nomeia os NAPS/CAPS como unidades “que oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar”, concepção que não os considera, portanto, enquanto substitutivos da internação no manicômio.

⁴⁸ Para saber mais, ver os textos de Nicácio (2003) e Amarante & Torre (2001).

São caracterizadas, ainda, como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local”, que devem estar integradas a uma “rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental”. Em seu rol de atividades, refere-se a “atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social”. (BRASIL, 2004). Ou seja, nesse primeiro momento, a legislação não menciona território e as menções à tal lógica são fundadas em sua perspectiva funcionalista ou jurídica-política de definição de área geográfica.

Já a portaria 336/02, define pelo uso da sigla CAPS e “classifica os serviços de atenção psicossocial por ordem de complexidade crescente”, criando várias modalidades desses serviços. A portaria estabeleceu, também, que os CAPS deverão constituir-se em “serviço ambulatorial de atenção diária, com funcionamento segundo a lógica do território e o atendimento em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo”. Contudo, não explicita o que seria “lógica do território” o que, inclusive, parece uma contradição com a denominação “serviço ambulatorial”.

Na publicação “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”, de 2004, que visa informar gestores, trabalhadores e usuários acerca dos CAPS em seus mais diversos aspectos, os CAPS são nomeados como: serviço aberto e comunitário, que oferece atendimento à população que sofre com transtornos mentais severos e persistentes da sua área de abrangência, ofertando atendimento clínico e reinserção social. Além disso, explicita que é um serviço criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos e define território como:

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. 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. (BRASIL, 2004).

A portaria 3088 estabelece diretrizes, objetivos e componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, de maneira bem ampla e completa. Além da portaria principal, são publicadas várias outras portarias complementares para cada componente da rede. Observa-se que a portaria, inicialmente publicada em 2011, foi republicada em 2013 com algumas alterações pontuais no texto, porém sinalizadoras de mudanças de concepções no Ministério da Saúde. Por exemplo, no texto de 2011 os CAPS são nomeados como o ponto de atenção da

RAPS na “atenção psicossocial especializada”, mas no texto de 2013 retira-se o termo “especializada” e os CAPS são caracterizados como “serviços de saúde de caráter aberto e comunitário”.

Um aspecto refere-se à definição do público, que fica melhor delimitado como sendo prioritariamente as pessoas com graves e persistentes transtornos mentais, mas também abrangendo aquelas com transtornos mentais em geral, inclusive com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em intenso sofrimento psíquico, em crise e/ou também para fins de reabilitação psicossocial. A população mínima exigida para implantação do CAPS III, nosso recorte de análise neste momento, passa a ser 150 mil pessoas ao invés de 200 mil pessoas.

Outro documento do Ministério da Saúde, o manual com orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UAs, publicado em 2015, acresce à definição dos CAPS explicitada na portaria 3088: “substitutivos ao modelo asilar”. Além disso, estabelece que os CAPS têm papel estratégico na articulação de recursos e redes nos territórios, definidos a partir da seguinte compreensão:

Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (BRASIL, 2005) e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares. (BRASIL, 2015, p. 9-10).

Segue abaixo o quadro resumo com excertos das publicações e portarias citadas:

Quadro 1 – Concepções e definições acerca de CAPS e território em algumas legislações brasileiras

Portaria / Publicação	Excertos que demonstram concepções e definições acerca de CAPS (em especial dos CAPS III) e território
189/1991	Legisla sobre o financiamento das ações e serviços de saúde mental, incorporando procedimentos NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal. Caracteriza o atendimento em NAPS/CAPS como: Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de um ou dois turnos de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de duas refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.
224/1992	Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, caracterizando os NAPS/CAPS da seguinte maneira:

	<p>Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita 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.</p> <p>Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.</p> <p>São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.</p> <p>A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); – visitas domiciliares; – atendimento à família; – atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social; – os pacientes que frequentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que frequentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.
336/2002	<p>Estabeleceu três modalidades – CAPS I, II e III – dos serviços de atenção psicossocial, de acordo com a complexidade e a abrangência populacional, para o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, e a criação desses serviços para pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas – CAPS AD – e para atendimentos a crianças e adolescentes – CAPSi.</p> <p>A portaria estabeleceu, também, que os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, com funcionamento segundo a lógica do território e o atendimento em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.</p> <p>Acerca do CAPS III define: Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; b) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; d) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

	<p>A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:</p> <p>a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);</p> <p>b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);</p> <p>c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;</p> <p>d - visitas e atendimentos domiciliares;</p> <p>e - atendimento à família;</p> <p>f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;</p> <p>g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;</p> <p>h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;</p> <p>i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.</p>
Saúde Mental no SUS: os CAPS 2004	<p>Publicação com o objetivo de informar gestores, trabalhadores e usuários sobre os CAPS. No que se refere ao conceito de território, destaca-se ao longo do texto:</p> <p>Na apresentação pelo Ministro da Saúde: 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.</p> <p>O CAPS na rede de atenção à saúde Mental: Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. 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. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Nesta publicação estaremos apresentando e situando os CAPS como dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.</p> <p>O que é um CAPS? Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.</p> <p>O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao</p>

	trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.
<p>3088/2011</p> <p>A portaria 3088 foi republicada em 2013 e apresenta alterações importantes que serão sinalizadas nas cores:</p> <p>2011 2013</p>	<p>Instituiu a RAPS, estabelecendo diretrizes, objetivos, componentes e operacionalização da mesma. Destaca-se em relação ao uso do termo território:</p> <p>Diretrizes da RAPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; • ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; <p>Objetivos da RAPS:</p> <p>III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.</p> <p>Componentes:</p> <p>II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:</p> <p>a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;</p> <p>II - atenção psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:</p> <p>a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;</p> <p>Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.</p> <p>§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.</p> <p>§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.</p> <p>§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.</p> <p>Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.</p> <p>§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.</p> <p>§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.</p> <p>§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.</p>

	<p>§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:</p> <p>CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;</p> <p>CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;</p>
CAPS e UAs como lugares da atenção psicossocial nos territórios 2015	<p>Trata-se de manual para subsidiar o planejamento de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UAs. No que se refere aos CAPS, define-se:</p> <p>Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar.</p> <p>Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (BRASIL, 2005) e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.</p> <p>Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.</p>

Fonte: BRASIL (2004a; 2004b; 2011; 2013; 2015b) adaptado pela autora.

Existem diversos outros documentos e legislações, mas não é nosso objetivo aqui fazer uma análise detalhada de todos eles. Recomendamos fortemente o trabalho de Furtado et al (2016), já mencionado anteriormente, que abriga um corpus de análise maior e mais abrangente tanto do campo burocrático, quanto do científico. Nessa breve apresentação, onde procuramos fazer um recorte das publicações mais diretamente relacionadas aos CAPS, pode-se confirmar os apontamentos dos autores de que a noção de território, embora eventualmente se remeta ao território existencial e considere as disputas ali existentes, na maioria das vezes se reduz à uma categoria da organização administrativa do sistema de saúde, à cobertura de serviços ou conjunto de recursos disponíveis para cuidado dos usuários. Por outro lado, reforça a concepção do mesmo como recurso sinérgico ou neutro, ignorando a presença de fatores antagônicos à

inclusão das pessoas com sofrimento mental.

Abordando agora os entendimentos acerca de CAPS/CERSAM⁴⁹ e território na construção da rede de saúde mental de Belo Horizonte, consideraremos inicialmente e de forma breve aquelas concepções que nortearam a experiência dos NAPS em Santos pois, conforme Lobosque e Abou-Yd:

Os CERSAMs, embora guardando as peculiaridades que lhes são conferidas pela trajetória da saúde mental em Belo Horizonte, são visivelmente inspirados nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), de Santos, que por sua vez inspiram-se em serviços semelhantes em Trieste. Todavia, por aspectos que lhes são próprios, estas duas cidades optaram por situar tais serviços como a oferta essencial da rede pública; não trabalham com ambulatorios de saúde mental nem com profissionais desta área em centros de saúde. A assistência, em seus diversos graus e modos de necessidade – das consultas às semi-internações –, é sempre oferecida nestes chamados serviços fortes. Em Belo Horizonte, diferentemente, a rede inclui a presença de equipes mínimas de saúde mental – psiquiatra e psicólogo – em muitos dos Centros de Saúde (1998, p. 251).

Assim, de acordo com Nicácio, na experiência Santista, considerou-se que somente com a estruturação dos NAPS como “serviços fortes” e assumindo a responsabilidade pelo cuidado global da demanda dos “usuários graves” de um território, é que seria possível construir uma rede efetivamente substitutiva. Ademais, a proposição do NAPS como um “serviço no/do território”, articula-se aos princípios de responsabilidade pela demanda, porta aberta, atenção às situações de crise e o trabalho territorial. Nessa configuração, o trabalho territorial “expressa e compõem a transformação da prática terapêutica: responsabilidade e relação da equipe com pessoas que vivem em um território e não com objetos isolados e descontextualizados”. (NICÁCIO, 2003, p. 197). Para a autora, portanto:

Distante de uma visão de comunidade como totalidade homogênea e sem conflitos, a compreensão do território como lugares sociais vivos, atravessados por múltiplas instituições, poderes contratuais, culturas, redes de relações e processos de produção de sentido e de valores, inscreve a multidimensionalidade do trabalho territorial. (NICÁCIO, 2003, p. 198).

No caso de Belo Horizonte, dada a presença das equipes de saúde mental em Centros

⁴⁹ Não localizei nenhum documento e/ou texto que explicita os motivos de Belo Horizonte e outras cidades de Minas Gerais terem adotado a nomenclatura CERSAM ao invés de CAPS ou NAPS. Uma informante verbal relata que a escolha se deu pelo simples fato de “gostarem mais do nome CERSAM” e de “não gostarem de CAPS e do termo psicossocial”. Uma outra lembra de ter ouvido César Rodrigues Campos dizer sobre a importância de a “saúde mental aparecer mais”, chamar a atenção para isso, por isso, Centro de Referência em Saúde Mental.

de Saúde, foi necessário refutar veementemente qualquer menção à uma disposição de funcionamento inspirado na psiquiatria comunitária americana, que propõe os níveis primário (rede básica), secundário (serviços especializados) e terciário (hospital). Dessa forma, de acordo com Lobosque e Abou-Yd (1998, p. 252), “os CERSAMs não se caracterizam como serviços intermediários ou secundários e nem se destinam a complementar os hospitais psiquiátricos, mas sim a substituí-los, conjugados com uma série de dispositivos e ações”. Reafirmam, ainda:

[...] o atendimento de casos de urgência e acompanhamento intensivo de crises cujas características não sejam compatíveis com o atendimento no Centro de Saúde, ou seja, casos em que há o risco de passagem ao ato, o convívio sociofamiliar ininterrupto torna-se insuportável, o usuário requer uma atenção constante ou a conjugação dos problemas sociais com aqueles de ordem psíquica torna mais complexo o tratamento. Fica-se ali enquanto for necessário: passa-se o dia inteiro durante um mês, ou todas as manhãs durante a semana⁵⁰, enfim, a passagem tem como marco o tempo exigido pela especificidade de cada caso. Admitindo que o sofrimento mental, enquanto singular e solitário, costuma afastar seu portador dos espaços de convivência, procura-se respeitar esta distância, ao mesmo tempo que se convida o paciente a um retorno gradativo ao trânsito social. A combinação entre psicoterapia, medicação, oficinas, assembleias, passeios, acolhimento às questões da família e intervenção em certas situações familiares e sociais vai propiciando a cada paciente a chance de retomar a própria vida como sua, como sujeito e como cidadão. O cotidiano de um CERSAM leva à invenção de uma infinidade de figuras clínicas, que se caracterizam por romper com qualquer ortodoxia, ao mesmo tempo que se sustentam com incomum rigor. (LOBOSQUE & ABOU-YD, 1998, p. 250).

Embora a definição acima, cite a prática da psicoterapia entre os cuidados ofertados pelos CERSAMs, mais à frente no texto as autoras defendem que os trabalhadores da rede aprendam a desenvolver o exercício de uma clínica antimanicomial, para o qual é imprescindível desfazer a associação existente entre clínica e o setting do consultório. Lembram que os espaços da clínica são múltiplos, surgindo aonde ela é criada e exigindo um trânsito ágil na teoria e um delicado manejo na prática: “ao abordar na praça um louco morador de rua, ao persuadir no ponto de ônibus o paciente fugido do CERSAM a voltar para lá, ao bater à porta da casa de pessoas em estado grave para tentar trazê-las ao tratamento, e assim por diante” (LOBOSQUE & ABOU-YD, 1998, p. 262).

Outro aspecto refere-se ao entendimento da necessária transformação cultural do espaço social até então reservado ao louco, espaço este delimitado pela exclusão. Ainda que o conceito de território não tenha sido utilizado ou explicitado pelas autoras, as duas passagens citadas,

⁵⁰ À época da escrita desse texto os CERSAMs ainda não funcionavam 24h.

bem como o título do texto “A cidade e a loucura – entrelaces” e um subtítulo usado “O louco, enfim, na cidade” demonstram noções afins aos significados de serviços no/do território, como explicitado anteriormente.

Já em textos referentes à construção do primeiro CERSAM da cidade, datados de 1994 e 1996 e, portanto, anteriores ao texto de Lobosque e Abou-Yd, são apontadas mais diretamente algumas concepções de território. Em princípio, a discussão ocorreu em torno à temática do “CERSAM e a referência”, na qual Ram Mandil, à época ocupando o cargo de coordenador de saúde mental, refere-se à dois níveis: o primeiro relacionado ao contexto de planejamento das ações de saúde pelo SUS partindo, necessariamente, da noção de território. E o segundo relacionado à clínica, considerando que o serviço ou determinado profissional constitui-se enquanto referência para o paciente, o que tem implicações para seu tratamento. Nesse sentido, território aqui para o autor está relacionado à sua dimensão jurídico-política de organização e hierarquização de um sistema de saúde local:

O CERSAM constituindo-se como “centro de referência” sinaliza para o fato de termos todo o “sistema” de saúde mental do Barreiro⁵¹ contido em torno desse Centro, a ponto de correremos o risco do CERSAM ser confundido ele mesmo como “o” sistema. A fim de contornar essa situação seria talvez necessário repensar as ações de saúde mental do distrito como fazendo parte de “um serviço”. Os desdobramentos e as relações entre as unidades poderiam ser tomadas como modalidades desse serviço, em seus mais variados graus e resguardadas suas especificidades. (MANDIL, 1994, p. 65).

Por outro lado, Soalheiro (1996) relata a construção da proposta assistencial do Distrito Sanitário Barreiro, na qual o CERSAM e o CRIA (atual CERSAMi) funcionariam integrados às equipes ambulatoriais de Saúde Mental que seriam montadas em alguns centros de saúde estratégicos, além da proposta de criação de um Centro de Convivência e frentes de trabalho. Segundo a autora, à época gerente do CERSAM, o projeto do mesmo foi discutido no âmbito do Distrito Sanitário com a população organizada, seguimentos interessados e, também, com os que apresentavam resistência.

Nesse sentido, a autora entende que o Distrito Sanitário constitui um processo social, para além de ser um ente político-jurídico, na medida em que:

“O que se busca com a construção dos Distritos é redirecionar e modificar a forma de organização e conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da

⁵¹ Regional da cidade que primeiro abrigou um CERSAM.

população que vive e trabalha no espaço territorial e social do distrito sanitário (...).” (VILAÇA, s/d apud SOALHEIRO, 1996, p. 10-11).

Tal concepção associa-se à de território como:

A distritalização desloca o eixo da “comunidade” para o “território”. A noção de território nos permite trabalhar com outros pressupostos. O território é então “uma construção decorrente do processo histórico (...) é produto da dinâmica onde tencionam-se as forças sociais em jogo. Uma vez que estas tensões e conflitos sociais são permanentes, o território nunca está pronto, mas sim, em constante transformação (...). Um espaço construído pelas forças sociais (CUNHA, s/d). (SOALHEIRO, 1996, p. 11).

Deste modo, averiguamos que as noções de território na construção da rede de saúde mental de Belo Horizonte estiveram presentes, porém com conotação principalmente relativa à área de abrangência dos serviços, de maneira subentendida ou explicitadas a partir da noção de cultura. Furtado et al (2016) dizem sobre a perda progressiva do conceito forte de território, entendido como espaço de exercício de poder e resistência, em relação às produções científicas e legislação. Nesse sentido, concordamos com os autores que o emprego do termo território no cotidiano dos serviços e também em suas produções escritas, de fato, perde muito dos seus entendimentos relativos à sua conceituação forte.

Contudo, a partir da análise do processo de construção da rede de saúde mental Belo Horizontina feita no tópico anterior, em especial das produções culturais, artísticas, dos Centros de Convivência e dos movimentos sociais antimanicomial, e também como veremos na análise dos dados do trabalho de campo, consideramos que a noção forte de território como exercício de poder e resistência encontra ressonância em diversas práticas de cuidado, trabalhadores, equipes, ações de movimentos, etc. Seria importante, portanto, nomeá-las como tal.

6 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Alguns fundamentos orientadores precisam ser nomeados nesse momento em que procuraremos delinear nosso percurso metodológico. Acompanha-nos de perto, principalmente, Minayo (2014), cuja obra não sem razão é referência fundamental para o campo da saúde coletiva. Inicialmente, localizamos a hegemonia do conhecimento científico na sociedade moderna que, conforme Boaventura Santos (2008, p. 9) é “socialmente construído, seu rigor tem limites inultrapassáveis e sua objetividade não implica a sua neutralidade”. Segundo o autor, vivemos uma crise e conseqüente transição desse paradigma, para o qual ele defende:

Eu falarei, por agora, do paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente. Com esta designação quero significar que a natureza da revolução científica que atravessamos é estruturalmente diferente da que ocorreu no século XVI. Sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente). (SANTOS, 2008, p. 60).

Neste trabalho, nosso intento será abordar um problema cotidiano - “[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática [...]” (MINAYO, 2014, p. 173) - através do olhar dessa ciência em transição, porém integrados ao mundo, sabedores e empáticos às inúmeras outras formas de construção do saber, em especial aquelas populares, sinônimos de resistência. Nesse sentido, algumas das escolhas das técnicas de pesquisa partem desse ponto, como a realização de grupos focais com trabalhadores: vamos procurar escutar como elas e eles têm construído saberes sobre seu trabalho.

Contudo, ao assumir e integrar essa tentativa de produção de conhecimento, é preciso também compreender os atravessamentos do modo de produção capitalista que visam à mercantilização das atividades de pesquisa, estabelecendo prioridades, além de prazos, cobranças por produtividade e por uma padronização, às vezes homogeneizantes. Por isso, a seguir, será delineado nosso percurso metodológico que leva algumas dessas exigências em consideração, mas de maneira crítica, procura também refletir/colaborar para construção de outras formas de se produzir conhecimento.

Trata-se de pesquisa qualitativa, conforme entendida por Minayo “como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto

na sua transformação, como construções humanas significativas” (2014, p. 22), ou ainda:

Todos os pesquisadores qualitativos inaugurais e atuais trabalham com vários tipos de abordagens, orientados para análise de casos concretos em sua temporalidade e localização e que se manifestam por meio de expressões e significados que as pessoas dão a suas experiências e vivências. Todos têm como parâmetro o reconhecimento da *subjetividade*, do *simbólico* e da *intersubjetividade nas relações*, e trazem para o interior das análises, o indissociável imbricamento entre sujeito e objeto, entre atores sociais e investigadores, entre fatos e significados, entre estruturas e representações. (MINAYO, 2017, p. 16, grifo da autora).

O pensamento positivista alega que, ao considerar em suas bases conceituais o social e o subjetivo, a ciências da saúde tornar-se-iam menos “científicas”. Ora, em contraponto, entendemos que elas se aproximam com maior propriedade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam, a saber, o processo saúde-doença. Em sua complexidade, desafia-nos a vencer dicotomias analíticas, movendo-se no terreno das inter-relações e interconexões mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos. Assim, “[...] o conceito sociológico de saúde retém ao mesmo tempo suas dimensões biológicas, estruturais e políticas e contém os aspectos histórico-culturais e simbólicos de sua realização”. (MINAYO, 2014, p. 29).

Diversos autores além de Minayo, como Gomes e Silveira (2012), Knauth e Leal (2014), analisam com preocupação as produções em pesquisa qualitativa atuais. Alegam que a expansão e consolidação da área das Ciências Sociais em Saúde possibilitaram a valorização e difusão da pesquisa qualitativa, porém grande parte das produções não incorporam devidamente essa abordagem metodológica “[...] enquanto uma forma de compreender o mundo social, isto é, sem a devida incorporação da discussão epistemológica que embasa o referencial metodológico das Ciências Sociais” (KNAUTH & LEAL, 2014, p. 461).

Dessa forma, apoiando-nos nas reflexões descritas acima, o percurso metodológico construído nesta pesquisa considera teoria e método inseparáveis; reflete os valores sociais compartilhados por nosso grupo e seu pertencimento sociocultural; localiza-se em determinado momento histórico com toda a relatividade que o dinamismo do processo social requer; e, admite sua limitação e parcialidade em relação à realidade à que se refere, pois:

Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação. (MINAYO, 2014, p. 47).

6.1 Referencial teórico metodológico

Trabalharemos nos fundamentando nos pressupostos teórico metodológicos da Hermenêutica Dialética cuja combinação foi primeiramente descrita por Habermas e, em seguida, desenvolvida em diálogo com Gadamer a partir dos anos 1960: “do ponto de vista do pensamento, ela faz a síntese dos processos compreensivos e críticos” (MINAYO, 2014, p. 166). Habermas desejava valorizar os elementos teóricos, as complementaridades e oposições entre a hermenêutica e a dialética oferecendo parâmetros às investigações sem, contudo, se preocupar com alguma delimitação técnica.

Minayo conceitua hermenêutica, conforme Gadamer (1999), como “a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central” (MINAYO, 2014, p. 166). Trata-se de movimento que entende o outro, mas também se entende no outro, movimento esse possível apenas através de certo estranhamento. O pesquisador deve buscar sempre explicitar o contexto e o sentido que o entrevistado quis expressar, adotando uma postura de respeito e, de maneira tal que, se o autor estivesse presente, ele compartilharia dos resultados das análises.

Além disso, o caminho da hermenêutica busca as diferenças e semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador, explorando as definições de situação do autor, questionando “por que” e “sob que condições” o sujeito se expressa e posiciona de tal maneira e não de outra, entendendo as coisas e os textos “neles mesmos”. Por fim, o investigador deve apoiar toda sua reflexão sobre o contexto histórico, partindo do pressuposto de que tanto ele, quanto o “sujeito” da pesquisa são expressões de seu tempo e de seu espaço cultural (MINAYO, 2014).

Já a dialética é a ciência e arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Diferentemente da hermenêutica, ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles. Tem em seus princípios a ideia de que cada coisa é um processo, traz em si sua contradição, e que estes processos se encadeiam como em uma espiral, em constante transformação, mas nunca se repetindo. Ainda, considerando a totalidade da vida social, Habermas argumenta que a linguagem que reflete esse mundo está marcada e limitada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder (1987, apud MINAYO, 2014, p. 346). Dessa forma,

Uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética busca

apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, tendo em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e por isso, podem ter simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim, a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (textos, monumentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações. (MINAYO, 2014, p. 347).

Assim, há em comum entre elas: a ideia fecunda dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas; partem do pressuposto de que não há observador imparcial; questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica; ultrapassam as tarefas de serem simples ferramentas para o pensamento; estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho. No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica (MINAYO, 2002).

6.2 Contexto e participantes

O interesse pelo tema surge ao longo de seis anos de trabalho como terapeuta ocupacional - Técnica de Nível Superior em um dos CERSAMs da rede de Belo Horizonte e através de reflexões tomadas individual e coletivamente acerca das dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho. Portanto, refutamos desde já uma suposta neutralidade, tendo em vista que temos grande envolvimento e comprometimento com a rede de saúde mental. Por outro lado, buscaremos garantir o distanciamento necessário para a condução da pesquisa, pois “[...] cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o munície na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos.” (MINAYO, 2014, p. 42).

Knauth e Leal (2014) identificam a falta de contextualização na apresentação dos dados de pesquisa como uma das evidências da falta de compreensão dos pressupostos da metodologia qualitativa, que é compreender em profundidade determinado grupo social, cultura, classe, ou posição social. Ou seja, “as coisas são ditas a alguém, a partir de um determinado questionamento e em um lugar específico.” e “os indivíduos participantes do estudo devem ser

considerados a partir de seu pertencimento social [...] com determinada comunidade com quem compartilha de uma linguagem, de algumas ideias, valores e práticas.” (KNAUTH E LEAL, 2014, p. 463). Assim, são vistos enquanto seres sociais e, por isso, “representantes” de um determinado grupo social.

Tomando essas orientações para o desenvolvimento do trabalho, a definição do campo de estudo teve como critério a exclusão do serviço no qual a pesquisadora desenvolve suas atividades profissionais. O número de dois CERSAMs teve o intuito de propiciar o conhecimento de distintas equipes e suas experiências, sendo que a escolha dos CERSAMs em questão ocorreu em virtude de certa aproximação com esses serviços no cotidiano do trabalho e em comum acordo com a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os sujeitos foram trabalhadores de nível superior, independente da categoria profissional, que exerciam a função de Técnicos de Nível Superior (TNS) e que concordaram em participar da pesquisa. A composição dos grupos focais ocorreu a partir do interesse e disponibilidade dos trabalhadores e, portanto, não tivemos controle sobre a mesma, de maneira que cada grupo teve número de trabalhadores e representações de categorias distintas, como veremos na apresentação dos resultados dos grupos focais.

As equipes dos CERSAMs contam com um número elevado e predominante de profissionais técnicos de enfermagem. Eles são uma importante força de trabalho e influenciam decisivamente no cuidado aos usuários e organização do serviço. Nesta pesquisa, optamos por não incluí-los como participantes, tendo em vista que há um extenso campo de estudos sobre a temática no campo da saúde, a qual mereceria uma pesquisa a parte.

6.3 Procedimentos

O projeto de pesquisa seguiu os trâmites éticos necessários, sendo submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou/FIOCRUZ (CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 71375517.4.0000.5091) e Gerência de Educação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CAAE: 71375517.4.3001.5140). Iniciamos, então, o contato com os gerentes dos CERSAMs escolhidos, que serão identificados através de codinomes na análise dos dados. Posteriormente, o processo da pesquisa e a entrada em campo da pesquisadora foi discutido nas reuniões de equipe dos serviços, que ocorrem semanalmente.

Avaliou-se a necessidade de, inicialmente, realizar observação participante para que

fosse possível acompanhar o cotidiano dos serviços, procurando compreender de que maneira são pensadas, organizadas e colocadas em prática as ações de cuidado articuladas ao território, bem como para que a presença da pesquisadora se tornasse natural e os participantes estivessem mais à vontade para participar do grupo focal.

Definimos observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. (SCHWARTZ & SCHWARTZ apud MINAYO, 2014, p. 273).

Utilizamos um diário de campo, no qual foram “[...] escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos”. (MINAYO, 2014, p. 295).

Para a realização do trabalho de campo, tomamos os ensinamentos de Bourdieu (2003) como guia, na tentativa de estabelecer “uma comunicação não violenta”. O autor propõe algumas considerações, a nosso ver muito importantes, sendo algumas delas:

- i. Entender a relação de pesquisa como uma relação social e, por isso, tentar perceber e controlar, na condução da entrevista, os efeitos da estrutura na qual ela se realiza, como por exemplo, relações de poder/submissão entre pesquisador/pesquisado.
- ii. A entrevista é uma intrusão, sempre um pouco arbitrária e, no sentido de diminuir ao máximo a violência simbólica, é necessário compreender o sentido da entrevista para o pesquisado, visando reduzir distorções, evitar censuras e compreender o que pode e o que não pode ser dito.
- iii. Ter uma escuta ativa e metódica, situada no meio termo entre a entrevista dirigida e o questionário, além de prever disponibilidade para o pesquisado, submissão à singularidade da história particular, mimetismos mais ou menos controlados (adotar a mesma linguagem, entrar em seus pontos de vista, pensamentos e sentimentos, conhecimento das condições objetivas).
- iv. É necessário possuir um saber prévio sobre o objeto, o que permitirá improvisar perguntas pertinentes no ato da entrevista, que permitem provocar o entrevistado a se revelar mais completamente. Contudo, esse conhecimento prévio deve se articular a uma postura de abertura e atenção, que afaste a indiferença do “já visto” ou “já ouvido”

para compreender na singularidade os dramas da existência. Do contrário, o olhar banalizante desencoraja o esforço do pesquisado de sair do lugar comum.

Em seguida, os trabalhadores foram convidados a participar de um grupo focal realizado em uma única sessão, em local e horário conveniente e previamente combinado com os participantes, cujas discussões foram gravadas e posteriormente transcritas. O grupo focal teve um roteiro para condução das discussões, conforme apêndice A, e foi compreendido da seguinte maneira:

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado. A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão, permite também a compreensão de ideias partilhadas por pessoas no dia a dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros (GATTI, 2012, p. 11).

Ao iniciarmos a análise do material composto a partir da observação participante e dos grupos focais, deparamo-nos com o sentimento de impossibilidade de igualar as duas experiências vividas nos CERSAMs e, nesse sentido, dar continuidade à orientação metodológica de Minayo pareceu-nos uma contradição. Como construir categorias unificadas para dois contextos tão diferentes? Consideramos, inclusive, que seria incoerente com o nosso objeto de pesquisa e referencial teórico, dado que:

O processo de produção do espaço (urbano ou rural) resulta na formação de lugares e territórios muito diferentes. Por outro lado, também se produzem riscos e vulnerabilidades, em diferentes níveis, formas e conteúdos, que afetam tanto o indivíduo quanto os grupos sociais, e sua interação vai contribuir para mais saúde ou mais doença. O espaço produzido socialmente se estrutura em territórios heterogêneos que exercem, cotidianamente, pressões econômicas, políticas e culturais sobre as pessoas e as instituições, criando condições particulares para sua utilização no âmbito individual e coletivo. É um ciclo virtuoso de produção, consumo e apropriação, que determina e condiciona, em última instância, a existência humana. (GONDIM & SOALHEIRO, 2017, p. 67).

Os dois CERSAMs pesquisados, como veremos mais adiante, apresentam contextos muito diferenciados, desde as estruturas físicas, até o modo de organização do trabalho, os perfis das equipes e, principalmente, os territórios de abrangência. Cada um deles desvelou questões

muito interessantes para a nossa reflexão, sendo que apenas algumas delas são similares. Da mesma forma, as vivências durante a observação participante e os grupos focais foram únicos. Assim, optamos por analisar os dados de cada serviço separadamente, procurando transparecer aos leitores as construções singulares de cada serviço.

Conforme proposição apresentada no projeto de pesquisa de compartilhamento e discussão com os participantes e demais trabalhadores da rede de saúde mental de Belo Horizonte sobre os resultados da mesma, envidaremos esforços para proporcionar espaços como rodas de conversas e reflexões sobre a temática, a serem combinadas após a defesa da dissertação.

7 RESULTADOS

Num primeiro momento apresentaremos os dados construídos a partir da observação participante procurando contextualizar o serviço e, em seguida, as reflexões do grupo focal sobre seu entendimento e práticas de cuidado no/do território. Serão utilizadas subdivisões para que a leitura fique organizada e de melhor entendimento, mas é importante ressaltar e, por isso, nos detivemos em algumas discussões surgidas da observação participante aparentemente sem ligação imediata com o objeto deste estudo, que os CERSAMs são serviços extremamente complexos, cujas diversas questões se influenciam e reforçam.

Quando citamos situações relacionadas à usuários e trabalhadores, utilizamos sempre nomes fictícios. Advertimos, ainda, que se trata de um retrato daquele momento histórico que, sabemos, está em constante transformação. Esse retrato feito a partir do nosso olhar e da nossa intencionalidade, poderia ter diversas outras interpretações e construções. Portanto, essas reflexões pretendem lançar luz sobre alguns dos aspectos ouvidos e vividos, cientes das inúmeras dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho, e convidar nossos interlocutores ao pensamento/ação.

7.1 CERSAM Rosimeire Silva⁵²

Iniciei o trabalho de campo no CERSAM Rosimeire Silva realizando uma reunião com a gerente do serviço, com quem compartilhei a proposta de trabalho. Posteriormente, participei da reunião semanal da equipe, na qual me apresentei e expus o projeto de pesquisa. Com a aquiescência da gerente e equipe, o trabalho de campo foi realizado durante os meses de outubro e novembro de 2017, totalizando cerca de cinquenta e três horas de observação participante, em onze visitas ao serviço, que culminaram com a realização do grupo focal com duração aproximada de uma hora.

7.1.1 Um pouco das engrenagens do CERSAM

O CERSAM Rosimeire Silva foi o segundo equipamento do tipo inaugurado na cidade, em 05 de agosto de 1996, tendo sido pensado e idealizado por uma equipe de trabalhadores e

⁵² Nossa homenagem à companheira Rosimeire Silva e através dela a todas e todos os trabalhadores da rede de saúde mental de Belo Horizonte. Rosi nos deixou em 15 de maio de 2017 e nos marcou pela aguerrida coragem e clareza na luta por uma sociedade sem manicômios.

gestores, em especial Miriam Abou-Yd, Nancy Vasconcelos e César Rodrigues Campos, que atuou como Secretário de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1993 a 1996. Inicialmente o serviço funcionava em endereço diferente do atual, em uma casa que havia sido uma residência familiar e passou por adaptações, embora tenha continuado com características de casa de família. Posteriormente, devido ao aumento da demanda, mudou-se no ano 2000 para onde está situado até os dias atuais, em uma rua tranquila do mesmo bairro (TIBÚRCIO, 2013; ARRUDA, 2016).

Segundo Tibúrcio (2013), havia uma obra em um espaço inacabado, quase em ruínas, que iria abrigar um Centro de Especialidades Médicas e, posteriormente, outros serviços de saúde, mas devido à existência de outras instituições de saúde no Distrito Sanitário para os fins previstos, o espaço foi cedido para a construção e ampliação do CERSAM Rosimeire Silva. Ao adentrar pela portaria do serviço, visualizamos um prédio de dois andares e uma ampla área externa ao redor, onde se encontram alguns bancos e mesas de alvenaria e uma entrada para veículos em direção à recepção do prédio.

No interior do prédio, no primeiro pavimento, situam-se a recepção, o arquivo e uma pequena sala de espera, a sala de plantão, dois banheiros, duas salas de observação com os leitos, o posto de enfermagem, quarto de descanso para equipe noturna, dois consultórios, o refeitório, uma pequena cozinha e a rouparia. No segundo pavimento funcionam a farmácia, uma sala para o setor administrativo, sala da gerência, sala de oficinas, sala de reuniões, três consultórios e pequena sala de espera, além de banheiros e copa para funcionários. Há uma escada e uma rampa para acessar o segundo andar, porém esta não tem sido utilizada, segundo informações da gerente, por ser um espaço de pouca visibilidade para a equipe.

Durante a observação participante foi possível ouvir críticas da equipe e gerente em relação à disposição dos cômodos do prédio e constatar sua insuficiência e ineficiência. A título de exemplo, o fato de o prédio ter dois andares e a ampla área externa dificultam a equipe manter uma presença constante em todos os espaços onde os usuários podem circular. Ter uma área de circulação ampla é muito importante para os usuários em seus momentos de crise e facilita o manejo dessas situações, mas é importante que a equipe possa estar próxima.

O número de consultórios é insuficiente e frequentemente os profissionais utilizam as mesas e bancos externos para realizarem atendimentos, o que não é um problema em si, desde que os profissionais possam optar por esse espaço. Para acessar o posto de enfermagem onde são administradas as medicações, os usuários entram em uma das salas de observação, o que ocasiona falta de privacidade aos usuários que estão deitados e eventualmente contidos. A sala de oficinas situada no segundo andar dificulta a participação dos usuários, que circulam

predominantemente pelo primeiro e, também, quando há a iniciativa de realizar alguma atividade no primeiro andar, pela necessidade de deslocamento dos materiais.

Há uma intensa circulação de profissionais e usuários e estes adentram livremente a sala de plantão, onde os técnicos plantonistas em geral permanecem realizando tarefas do plantão ou discutindo casos. Eles se concentram, sobretudo, no *hall* e próximo à sala de plantão; essa constatação foi objeto de discussão logo na primeira reunião de equipe em que eu estive presente. A gerente fez uma proposta de mudança da sala de plantão para onde ficava sua sala de gerente, o que a localizou em um ponto melhor para chegada ao *hall* e à área externa. Como era uma sala bem menor, restringiu a entrada dos usuários dentro da sala, sem, contudo, impossibilitar que eles continuassem a todo momento indo à porta com alguma demanda. Ressentiu-se, porém, pois somente havia espaço para a sala da gerência no segundo andar e ela gostava de estar próxima ao “miolo” do serviço.

O serviço tem mobiliário simples, pintura antiga e certo desmazelo, o que deixa o ambiente pouco acolhedor. Foi possível observar, também, o esforço da equipe e gerente para melhorar minimamente essas condições ao disporem de recursos próprios ou buscarem doações para algumas demandas urgentes, como a compra de colchões e de medicamentos essenciais faltosos, mas também para pintura do muro externo em parceria com a monitora e usuários do Centro de Convivência. Havia também a ideia de equipar a área externa com espreguiçadeiras ou redes, que convidassem os usuários a usufruírem mais desse espaço e tornassem o *hall* interno mais tranquilo.

O CERSAM Rosimeire Silva é responsável por toda a população adscrita em sua regional (aqui nomeada 1), mais metade da regional 2, única que não possui um CERSAM de referência próprio, sendo sua população dividida por dois CERSAMs. Estima-se, portanto, um total de 380 mil pessoas, conforme quadro com informações retiradas do site da Prefeitura de Belo Horizonte abaixo (BELO HORIZONTE, 2018):

Quadro 2 – População e área de adscrição do CERSAM Rosimeire Silva

Regional	População	Área	Bairros	CERSAM	UBS's	Equipe
1	238,539 hab.	27,9km ²	41	Rosimeire Silva	14	12 TNS + 3 psiquiatras, divididos em 4 micro- áreas

2	Total de 283,776 hab. ↓ Aprox. 141,888 hab. para cada CERSAM	Total de 31,7 km ² ↓ Aprox. 15,85 km ² para cada CERSAM	Total de 41 bairros ↓ Aprox. 20 bairros para cada CER- SAM	Rosimeire Silva	6	4 TNS + 1 psiquiatra constituem 1 micro- área.
				Outro CERSAM	6	

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (2018).

As regiões se caracterizam por bairros tradicionais da cidade e, também, por grandes áreas de vilas e favelas de alta vulnerabilidade. Além disso, na Regional 1 estão localizados um complexo penitenciário feminino, quatro unidades do sistema socioeducativo e um albergue noturno municipal. Na parte da Regional 2, de responsabilidade do CERSAM Rosimeire Silva, situa-se o maior aglomerado de favelas de Minas Gerais, bem como a rodoviária da capital, a região hospitalar, um Centro de Remanejamento do Sistema Prisional (CERESP), o Parque Municipal, a Praça da Estação e a região conhecida como baixo centro. Assim, uma marca do CERSAM é o grande número de pessoas em situação de rua acolhidas pelo serviço e a demanda de instituições socioassistenciais e de saúde para cuidados com essa população.

A equipe é composta por cinco terapeutas ocupacionais, quatro enfermeiras, duas assistentes sociais e cinco psicólogas, num total de dezesseis técnicos de referência, além de quatro psiquiatras, cerca de trinta e dois técnicos de enfermagem, uma farmacêutica e a gerente. Nas funções de apoio, são duas recepcionistas, quatro porteiros, quatro copeiras e seis profissionais da limpeza, trabalhando 12x36 e divididos nos períodos noturno e diurno, além de dois profissionais administrativos.

Também compõem a equipe de forma mais flutuante estagiários de psicologia, medicina e terapia ocupacional e residentes – atualmente uma residente de psiquiatria da Residência Integrada em Saúde Mental SMS/HOB. Há ainda os motoristas do serviço de transporte, que conduzem diariamente os usuários que precisam de cuidados intensivos ou semi-intensivos e não possuem condições próprias e/ou de familiares para se deslocarem autonomamente. São três transportes e não há abundância ou disponibilidade total em qualquer horário que se fizer necessário, apesar de ser possível negociar diante das necessidades do serviço.

A equipe vem trabalhando recentemente com uma planilha preenchida em computador e impressa diariamente, onde indicam os usuários para serem medicados em casa ou para frequentarem a permanência-dia (PD) sendo buscados pelo transporte ou indo por si, recebendo

vale-transporte ou acompanhados da família. Através dessa planilha foi possível ter uma noção da média de usuários que frequentam o serviço nos dias de maior movimento: aproximadamente vinte usuários com o recurso do transporte, trinta e dois por si e seis usuários em hospitalidade noturna, totalizando cerca de cinquenta e oito pessoas indicadas para permanência-dia.

As pessoas que vão para atendimento ambulatorial não são contadas na planilha e o serviço opera com uma agenda única para todos os trabalhadores, que fica disponível na recepção. Também há uma quantidade de pessoas que vão para atendimento pela primeira vez ou para retomar o tratamento, os acolhimentos. Assim, a frequência de usuários diária pode facilmente chegar a oitenta pessoas nos dias com maior número de profissionais no serviço e com muitos acolhimentos. A planilha também é uma forma de a equipe fazer uma certa regulação sobre a quantidade de usuários indicados, seja para o transporte ou para a permanência-dia, tendo em vista que o serviço com grande frequência fica muito cheio.

O CERSAM Rosimeire Silva conta com apenas seis leitos de hospitalidade noturna e há, frequentemente, um excedente de usuários indicados para essa modalidade de tratamento. Nessas ocasiões, o serviço lança mão de leitos em outros CERSAMs, cabendo aos plantonistas os contatos telefônicos para sua garantia e a organização do transporte para ida e volta do CERSAM onde o usuário pernitoiu. Segundo a gerente, há condições de se abrir mais dois leitos de hospitalidade noturna, mas seria necessária a contratação de mais três técnicos de enfermagem, o que já foi solicitado, mas ainda não viabilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Ela relata que em um momento ápice de demanda chegaram a abrir os leitos sem esse aporte de profissionais, mas como foi necessário remanejar profissionais do dia para cobrir a noite, a equipe de enfermagem teve diversos problemas e defasagens durante o dia e, então, ela voltou atrás. Dificuldades relacionadas ao corpo técnico de enfermagem foram percebidas durante a observação participante e sabemos que o manejo dessas questões é um desafio para qualquer serviço de saúde.

Em especial, no CERSAM Rosimeire Silva, destacamos que os técnicos de enfermagem pouco participaram das reuniões de equipe presenciadas, não acompanharam as passagens de plantão do turno da manhã para a tarde, em que estive presente e, em alguns momentos, mostraram-se distantes e alheios aos cuidados com os usuários. Em vários dias em que estive no serviço, pude escutar queixas da própria equipe de enfermagem pela sobrecarga de trabalho, plantonistas tendo que reduzir a quantidade de usuários buscados pelo transporte e o cuidado aos usuários prejudicado.

Trata-se de uma conta simples: se há, no dia, cinco técnicos de enfermagem, três saem

para realizar o transporte e dois ficam no posto de enfermagem; não resta nenhum profissional para circular pelo serviço e intervir em alguma situação de conflito, por exemplo (existem dois profissionais além destes que são fixos na função da farmácia). Houve um dia em que apenas quatro técnicos de enfermagem estavam presentes; então, uma terapeuta ocupacional, que estava no serviço disponível para atendimento dos usuários e oficina, disponibilizou-se a fazer a rota de um dos transportes para assegurar pelo menos a medicação dos usuários que não seriam levados para a permanência-dia.

É importante ressaltar que a remuneração de técnicos de enfermagem contratados é muito baixa, o que gera alta rotatividade desses profissionais, além de não haver da parte da Secretaria Municipal de Saúde uma agilidade na contratação ou previsão de cobertura de profissionais em licença médica, pausas de contratos, etc. Certamente, essas são apenas algumas das questões, que se somam à singularidade do trabalho em saúde mental, muito diferenciado das áreas mais comuns de inserção desse profissional, e para a qual parece haver também uma defasagem na formação.

Durante o período da observação participante estava ocorrendo também uma mudança da empresa contratada pela Prefeitura para prestar serviços de limpeza e copa. Assim, profissionais dos serviços gerais que trabalhavam no CERSAM há quatro, dez, treze anos estavam sendo despedidas sumariamente. A situação se agravou devido à morosidade dos processos burocráticos e o serviço ficou por algumas semanas sem os referidos profissionais, em especial a copeira, que é responsável por preparar e servir o desjejum e lanche dos usuários.

Essa situação ocasionou ainda mais transtorno à equipe já defasada. Alguns profissionais se posicionaram dizendo que deveriam “deixar o furo aparecer”, na impossibilidade de compatibilizar as inúmeras tarefas do plantão com o preparo e a distribuição do lanche. Porém, outras profissionais que estavam no serviço para funções de ambulatório e oficina, técnicos de enfermagem e estagiárias se organizaram e providenciaram o lanche.

Os serviços públicos têm vivido um momento muito difícil no Brasil, com constante desinvestimento que, sabemos, prepara a justificativa para sua privatização. Em Belo Horizonte, o que se percebe é uma grande demora na manutenção, reposição de materiais e recursos e na contratação e/ou substituição de profissionais. O aumento e complexificação da população e territórios não são acompanhados por um incremento proporcional das equipes e serviços. Durante a observação participante, a rede de saúde passava por um momento sem medicamentos essenciais para o atendimento à população. Os usuários, com frequência, solicitavam sair e ir à mercearia da esquina comprar um cafezinho, que havia sido cortado dos serviços alguns meses antes. Além disso, é comum que o vale-transporte acabe e gere

descontinuidade do tratamento dos usuários que dependem dele.

Um serviço no qual os usuários estão em momentos de crise e passam o dia todo ou às vezes dia e noite é diferente de outros serviços de saúde, aos quais as pessoas vão para uma consulta ou vão para um atendimento de urgência e depois vão embora para casa. Todas as faltas de insumos, o desmazelo com o espaço físico, a falta de um colchão decente para um descanso ou um simples cafezinho deixam o serviço menos acolhedor – sob o nosso ponto de vista, pois os usuários, mesmo assim, demonstram gosto pelo serviço. Também para os trabalhadores, a precariedade torna o serviço mais pesado e deixa o cotidiano mais triste, com sensação constante de desvalorização e muita responsabilidade. Urge, portanto, persistirmos e intensificarmos as estratégias de luta em defesa do SUS e da rede de saúde mental.

7.1.2 O cotidiano e seus impasses

Na primeira reunião de equipe, da qual participei para apresentação do projeto de pesquisa, as discussões posteriores que ocorreram demonstraram um pouco das questões que embarçam a equipe no cotidiano do serviço. A gerente coordena a reunião e propõe que a equipe se coloque a partir de uma pergunta disparadora: “O que impacta positivamente e o que impacta negativamente nos plantões?”

A questão me pareceu direcionada para a equipe avaliar algumas estratégias de organização dos plantões que haviam sido pactuadas anteriormente. Os Técnicos de Nível Superior (TNS) têm uma carga horária de trabalho semanal de vinte horas e sabe-se que cada CERSAM organiza a distribuição dessa carga horária de formas diferentes, sendo que, em alguns dos serviços, os profissionais realizam dois plantões de seis horas e, em outros, apenas um. No caso do CERSAM Rosimeire Silva, os profissionais estavam realizando apenas um plantão e tinham pactuado a reserva de uma hora de trabalho para a realização de oficinas, visitas domiciliares ou para investir nos projetos terapêuticos.

Sendo assim, essa discussão nos chamou a atenção e se articula ao nosso objeto, na medida em que há uma clareza por parte da gerência do serviço acerca da importância de se ampliar as ofertas de cuidado e, conseqüentemente, a tentativa de garantir aos profissionais condições para a sua realização. De maneira geral, durante a discussão na reunião de equipe, vários profissionais se colocaram dizendo de uma certa “desorganização” do serviço, que “as coisas estão se perdendo” e há uma “fragilização das pactuações realizadas anteriormente”.

Além disso, há uma sensação de que o trabalho tem sido apenas o de “apagar incêndio”, ou de que “foi embora e deixou algo a fazer”, que “a gente vai deixando acontecer” e “vai

cronificando junto com os usuários”. Uma trabalhadora chega a demonstrar seu descontentamento com o trabalho: “Não estou satisfeita pessoalmente, não é só reduzir a PD, tem que se debruçar sobre o público, fazer um diagnóstico”. Nesse sentido, a gerente faz uma avaliação de que os plantões com apenas dois profissionais estão ficando muito pesados, com efeitos na equipe de enfermagem, na medida em que as enfermeiras deixam a supervisão da equipe para intervir nas situações conflituosas e agitações.

Ela propõe, então, que os plantões voltem a ter três técnicos, mas mantenham alguns profissionais com horários reservados para oficinas, assembleias de usuários e reunião de familiares. Essa decisão deixa alguns profissionais preocupados, principalmente no que se refere ao acompanhamento dos usuários referenciados. Parece que, em alguns casos, o horário reservado para diversificação da oferta de cuidados transformou-se em mais atendimentos ambulatoriais, demonstrando, como uma outra profissional diz, “uma cultura institucional difícil de ser transformada”.

Para Nicácio (2003), ao refletir sobre a experiência de Santos, um dos principais desafios do NAPS foi a passagem de um modo artesanal de agir e de organizar o trabalho para um processo cotidiano, no qual as dificuldades em muito se assemelhavam às do CERSAM Rosimeire Silva: a ampliação da demanda, o tornar-se referência para o território, as possibilidades e dificuldades de traduzir nas práticas concretas as proposições, os impasses em projetos terapêuticos, a miséria das condições de vida da maioria dos usuários, a presença de profissionais não necessariamente identificados a priori com o projeto de saúde mental. Embora o CERSAM seja um serviço com muitos anos de caminhada, cabe sempre a reflexão sobre “como transitar no cotidiano institucional reinventando a possibilidade da invenção [...]” (NICÁCIO, 2003, p. 168); ou, ainda,

como produzir uma instituição que possa ser aberta, produtora de relações de troca, lugar de concreto exercício de afirmação da liberdade e dos direitos? Cotidianamente acolher o sofrimento, a loucura e a diversidade, buscando, entretanto, não circunscrevê-los em espaços fora da cidade ou em entidades absolutas, negando as diversas formas de codificação e de invalidação do outro. No mosaico das redes que se produzem nas relações, cultivar as infundáveis tessituras de compor, recompor, decompor as relações institucionais... Criticar a reprodução de saberes e práticas simplificadoras, reconhecer as complexas relações saber-poder. Inventar novas linguagens que possibilitem comunicação entre atores tão distintos: nos diálogos, e não concordância, emergem conflitos nem sempre produtores de dialetizações... Ousar cuidar e produzir com os usuários as bases efetivas de novas possibilidades para “seu existir no corpo social” (NICÁCIO, 2003, p. 169).

Destacaremos a discussão acerca da realização das oficinas, na qual alguns profissionais

colocam que têm conseguido realizá-las semanalmente, outros colocam dificuldades em relação à imprevisibilidade do serviço ou que seria importante trabalhar em duplas. Mas as falas sobre as quais desejamos refletir referem-se às de profissionais que relatam uma “dificuldade pessoal delas para realizar oficinas”, apontando que seria necessária certa habilidade para essa função, ou às colocações de que “prefere fazer mais um plantão do que oficina” e que “tem que ter o desejo de ofertar uma oficina”.

Como terapeuta ocupacional, essa é uma discussão que me afeta e tenho pensado que existe um imaginário com relação ao nome “oficinas”. Bom, é evidente que existe todo um campo de estudos sobre oficinas e não se pretende de maneira nenhuma menosprezar os inúmeros trabalhos que se dedicam ao estudo e à prática das mesmas. No campo dos serviços de saúde mental, contudo, penso que seria interessante discutirmos a respeito do que se pretende com “oficinas” e de como podemos nos desvencilhar desse imaginário que faz os profissionais pensarem que não são capazes de fazê-las.

Por exemplo, uma outra fala durante a reunião foi a de um profissional que acredita “que obrigar a fazer oficina não dá certo; o trabalho no CERSAM leva em conta múltiplos saberes e dilui a questão das categorias, porém muitos profissionais têm potencialidades que precisam ser valorizadas.”. De fato, as categorias profissionais nos CERSAMs assumem uma outra conformação e exige-se que os Técnicos de Referência se apropriem de uma ampla gama de conhecimentos: é preciso ter uma boa noção dos medicamentos e seus usos, bem como ser capaz de fazer hipóteses diagnósticas que orientem as intervenções; importantíssimo ter capacidade de fazer uma escuta qualificada; transitar pelos trâmites da assistência social, desde os objetivos e funcionamento de serviços como CRAS e CREAS⁵³ aos critérios para acessar aposentadoria, Benefício de Prestação Continuada, Bolsa Família, Auxílio Moradia, abrigos, etc.; essencial também é saber se determinada situação pode estar relacionada a um quadro clínico, que precise de cuidados específicos, lembrando sempre que “nossos usuários têm um corpo”; entre tantos outros.

Avalio que essa maneira de trabalhar enriquece sobremaneira nossas profissionalidades e o senso de trabalho em equipe, como alertaram Rotelli, De Leonardis e Mauri (1990). Assim, porque não se apropriar do olhar da terapia ocupacional, questionando-se sobre os cotidianos, as ocupações, sobre nossos usuários em atividade? E porque não entender que fazer alguma atividade juntos também é cuidar? Nesse sentido, tenho pensado que é necessário ampliar o espectro das denominações de “oficinas” que, parece-me, fazem os profissionais pensarem em

⁵³ Respectivamente, Centro de Referência em Assistência Social e Centro de Referência Especializado em Assistência Social.

técnicas muitíssimo elaboradas, para “oficinas/atividades/atividades coletivas/convivência”, que signifiquem inventar algum motivo para estar junto aos usuários em uma relação de igual para igual, produzindo vida e saúde.

Compartilhar um alimento, ouvir uma música, dar uma volta no quarteirão, pesquisar cursos na internet, cuidar dos cabelos, organizar o espaço do serviço, regar as plantas, escovar os dentes, produzir um cartaz que convide as pessoas a saírem para algum lugar, sair para algum lugar, fazer uma roda de massagem coletiva, dançar, jogar conversa fora, jogar bola, preparar o time para o campeonato. Nada disso exige uma técnica muitíssimo elaborada, muito embora Nicácio concorde com a trabalhadora que diz sobre a necessidade de se “debruçar sobre o público”, pois

A produção da convivência, aparentemente banal, revela-se uma prática complexa. Expressão cotidiana da multidimensionalidade do NAPS, pode evidenciar as possibilidades e os impasses. Aprender a ler os diferentes sentidos das presenças dos usuários, lidar com a multiplicidade de significados das demandas e, sobretudo, compreender a complexa interação entre o estar no NAPS, as histórias dos usuários e seus contextos de vida, os projetos singulares e o lugar da instituição nas relações sociais, constituiu um aprendizado constante. (NICÁCIO, 2003, p. 193).

Outro ponto que merece destaque e que parece que os nossos serviços deixaram um pouco de lado é a cogestão ou participação dos usuários nas decisões dos serviços, e não somente naquelas que se relacionam a seu tratamento. As assembleias não devem ser reduzidas a um espaço onde os usuários expressam suas queixas e o que querem que melhore nos serviços de maneira automatizada, sem uma reflexão ou sem se colocarem como atores políticos, assim como os trabalhadores devem considerá-las como momentos prioritários para seu engajamento. O CERSAM Rosimeire Silva tem a prática de realizar assembleias, conduzidas por uma terapeuta ocupacional, e reuniões de familiares sob a responsabilidade de uma assistente social e da gerente, mas não me foi possível acompanhá-las.

Revisitando alguns registros de Antônio Lancetti, ainda sobre a experiência de Santos, somos afetadas pela sua Clínica Peripatética no que diz respeito à discussão levantada:

Quando convidadas a trabalhar no hospício (na época, em ebulição) estavam bem mais dispostas. Em certa oportunidade uma psicóloga se apresentou ao interventor, Roberto Tykanori e disse:

- Sou psicóloga, aceito trabalhar aqui no hospital. Onde é a minha sala?
- Não tem sala.
- E, então, o que faço?
- Vá ao pátio do hospital e invente alguma coisa.

Meia hora depois, a psicóloga voltou chorando:

- Não consegui inventar nada, a não ser enfiar-me embaixo de uma mesa, pois uma louca “encasquetou” comigo.

Nessa hora chegou o diretor clínico, Willians Valentini, e, acolhendo-a, levou-a novamente para o pátio e com uma tesoura mostrou-lhe como se cortavam unhas.

Dias depois chegou uma jovem psiquiatra que também foi cortar unhas no pátio feminino. Depois de um bom tempo a paciente lhe perguntou:

- Qual a sua função aqui no hospital?

- Eu sou médica psiquiatra.

- Não pode ser, você me escuta! (LANCETTI, 2011, p. 43).

Ainda de acordo com Nicácio (1989), é necessário sempre nos perguntarmos quando nosso trabalho representa e pode significar uma ruptura ou uma modernização dos serviços, mesmo que não intencionalmente. Nas análises dos riscos dessa modernização, a autora levanta importantes questões acerca das equipes multiprofissionais e ao papel profissional que, como podemos ver, permanecem atuais em muitos aspectos:

A equipe entendida como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem no tratamento da doença tendo a cura como ideal, o modelo médico presente não apenas na ação do médico, mas como o modelo hegemônico de intervenção em saúde, a hierarquia e rigidez dos papéis codificados, a cisão entre técnico e político e a mística da ação profissional como “técnica pura” e não como prática social. (p. 107).

Portanto, as ações no interior do serviço devem enriquecer o cotidiano de todos que ali estão e, por isso, não cabe aos profissionais pensar que, se lhes faltam a técnica ou habilidade suficiente para realizar uma oficina, não devem se dispor à construção de relações e/ou atividade/atividade coletiva/convivência como as acima colocadas. Se ainda resta dúvida, cabe, aí sim, uma reflexão sincera, como a feita pela gerente do serviço que se viu às voltas sobre “como colocar isso pra equipe? Os momentos de oficinas/atividades com usuários são situações em que os profissionais se colocam de igual para igual com os usuários, o que os tira de sua zona de conforto, questão de poder mesmo”. Ou, então, como interpelam Abou-Yd e Silva:

A ruptura radical com o manicômio deve ir além dos discursos que apregoam a convivência tolerante com a diferença. O contato e o convívio com o louco exigem mais, muito mais! Exigem a disposição ao encontro verdadeiro, ao encontro com “o outro como um ser igual a mim e absolutamente diferente”. Nada semelhante a posições benevolentes, caritativas e excessivamente zelosas que retiram do outro toda a capacidade de ser e existir enquanto tal. (2004, p. 75).

7.1.3 As delicadezas ou “*presa in carico*”

No fim da tarde do terceiro dia da observação participante reuniram-se na área externa do serviço usuários e profissionais. No banco, de um lado, estavam um técnico de enfermagem e uma das plantonistas. Esta dizia que há muito tempo não tinha um plantão tranquilo que lhe possibilitasse sentar-se assim com os usuários e conversar. O técnico de enfermagem recebia uma massagem de uma usuária e contou como no seu aniversário ela lhe pediu de presente uma omelete. Ele, impressionado com a simplicidade do pedido, preparou com muito empenho a omelete para ela e, de certa forma, era retribuído naquele momento de carinho.

Dessa forma, o dia-a-dia do serviço vai mostrando como o CERSAM Rosimeire Silva tensiona, na prática, a partir da delicadeza do cuidado singular, as contradições ponderadas nos tópicos anteriores. Desde pequenas coisas, pelas quais os usuários dão testemunho dos caminhos que encontraram com o apoio do serviço e da rede de saúde mental, como o poeta a ofertar seus livros para venda. Ou a trabalhadora de famosa rede de supermercados da capital negociando com a referência o dia do retorno, pois não gosta de apresentar à empresa muitos atestados. Ou o usuário em uma queixa resignada, após sair do atendimento com sua alta para a Unidade Básica de Saúde: “eu cheguei aqui muito mal e fui muito bem atendido pelo profissional X”.

Para Quintas, o fazer cotidiano do serviço substitutivo “é centrado no lugar e no tempo das pessoas que o frequentam, e se articula com o território na invenção de possibilidades de vida e em respeito à complexidade da existência-sofrimento, que diz respeito à convivência nas redes de relações que compõem a sociedade” (2008, p. 12). Assim, foi possível observar usuários que, mesmo em momentos de crise e sob cuidados intensivos na hospitalidade noturna, negociavam constantemente com a equipe saídas do serviço para questões importantes, tais como visitar a mãe ou o barracão que pretendiam alugar. Nessa última situação, via-se a enfermeira tanto a pentear os cabelos da moça antes de sair, como a emprestar-lhe sua contratualidade nas negociações com o banco e o senhorio.

Essa moça, que chamaremos de Milene, é mais uma dentre tantas outras de nós que quase foi vítima de feminicídio dentro do CERSAM; e essa enfermeira, que agora lhe penteava os cabelos e saía com ela à procura de um lar, foi a mesma que, algumas semanas antes, havia interposto seu corpo entre ela e a faca que o próprio companheiro empunhava. Seu corpo, mas também, e principalmente, um tanto de vínculo construído (pois esse companheiro também se cuidava no CERSAM), salvaram a vida de Milene naquele dia. Nos próximos dias, uma rede construída com outro CERSAM da cidade foi abrigo até que a ameaça se dissipasse e ela pudesse voltar e continuar construindo sua vida.

Num outro dia, uma terapeuta ocupacional sai para fazer busca ativa de uma usuária e

informa aos plantonistas que talvez será necessário acionar o SAMU e indicar hospitalidade noturna. Trata-se de uma usuária que já esteve em tratamento no serviço há alguns anos; agora, o serviço recebera comunicado do Ministério Público, pois os vizinhos teriam solicitado sua internação compulsória. A situação foi discutida em reunião de matriciamento da UBS da área, na qual foi articulada a ação em conjunto do CERSAM e UBS. Segundo a gerente do serviço, apesar de a equipe não conseguir participar regularmente das reuniões de matriciamentos nas UBSs, ela sempre se apresentava para a construção de casos em que o CERSAM era convocado e se fazia necessário.

Neste caso em questão, a profissional informava já ter feito três visitas domiciliares, nas quais percebeu que no terreno da casa havia também um terreiro de umbanda e, parece, cenas de uso de drogas, além de várias outras residências, o que tornava o contexto complexo. A usuária a tem recebido de maneira hostil, arremessando objetos do andar superior. Neste dia, após cerca de uma hora e trinta minutos, a usuária chegou acompanhada de um amigo e da profissional no transporte do serviço, cumprimentou a todos, inclusive a mim, de maneira afetuosa, mas algo exaltada, e depois seguiu para atendimento com a profissional. Nada de SAMU ou procedimentos involuntários.

Posteriormente, perguntei à profissional sobre a usuária e ela me mostrou um papel com alguns escritos do projeto terapêutico construído em conjunto com a usuária no atendimento. Disse estar emocionada com a beleza do encontro. A trabalhadora teria lhe apresentado todas as possibilidades de cuidado ofertadas pelo CERSAM, inclusive a medicação. A usuária, dentre as opções, escolheu ir ao serviço algumas vezes por semana, sendo que nesses dias iria participar de oficinas e ser atendida pela profissional. Assim, a profissional considerou por bem não insistir com ela sobre o uso da medicação, nem indicar hospitalidade noturna, já que a usuária havia ido voluntariamente ao serviço e estava combinando de retornar.

Havia um desejo dela de pintar o cabelo, o que fez laço com a oficina de autocuidado. Nesse momento, a estagiária de terapia ocupacional responsável pela atividade lembrou que não havia mais o produto para pintar cabelos; então, a profissional disse que iria averiguar com a gerente a possibilidade de o serviço adquirir o produto e que, se isso não fosse possível, ela própria compraria com seu dinheiro, demonstrando a percepção de que essa atividade seria importante para a vinculação da usuária ao tratamento. A ação dessa profissional corrobora também, os apontamentos de Nicácio:

Na prática cotidiana de atenção à crise e de hospitalidade integral, algumas situações colocaram o problema ético, teórico e institucional de intervir sem

ter o consentimento do usuário mesmo após sucessivas tentativas. Compreender a hospitalidade integral como direito do usuário e, ao mesmo tempo, como responsabilidade ética, sanitária e do poder público em garantir esse direito significa operar, nas situações que, por diferentes razões, apresentam-se como situações-limite, em um campo complexo e contraditório: reconhecer a liberdade e os direitos dos usuários, inclusive o de recusar o cuidado e, ao mesmo tempo, o dever ético-sanitário de intervir e de não abandoná-lo em nome de liberdade abstrata. Com esse conteúdo, afirma-se, ao mesmo tempo, a necessidade ética da discussão sobre quando e de que forma um ato de saúde, pautado no dever do poder público de garantir os direitos dos cidadãos, pode ser realizado sem o seu consentimento (2003, p. 189).

Essa mesma profissional também informa que adotou a prática de fazer visitas domiciliares a todos os usuários acompanhados por ela. Disse algumas vezes que deseja construir “projetos de vida” com eles e que não podia adiar mais uma visita, a despeito de várias tarefas e do chamado insistente da técnica de enfermagem para que não atrasasse o transporte, pois a usuária já começava a ressentir-se de ser a única a ainda não ter recebido sua visita. Saiu correndo, pois, atrás da técnica de enfermagem, em direção ao transporte.

Uma das usuárias referenciadas por ela é a Silvana, de quem a gerente já havia me falado: teria ficado oito meses em hospitalidade noturna e recusou as iniciativas da equipe de conseguir um local para morar, pois vivia em situação de rua. Certo dia a usuária pediu à trabalhadora, chorando, que a liberasse da hospitalidade noturna para ir pra rua, onde costumava ficar. Ela a acompanhou e viu que a usuária tinha uma grande rede de apoio entre os comerciantes e outras pessoas em situação de rua da Praça da Estação. Alguns choraram ao vê-la, pois pensaram que ela teria morrido. Desde então, a trabalhadora a visita semanalmente, pois a usuária também nunca mais aceitou retornar ao CERSAM. É uma aposta, a partir da indicação clínica do caso naquele momento, de que nesse acompanhamento Silvana possa pedir ajuda para construir outras saídas possíveis.

Recebi o convite para acompanhá-la em uma das visitas e, então, numa sexta-feira de manhã saímos eu, a trabalhadora e a estagiária de terapia ocupacional para realizar a visita domiciliar da usuária, que mora na região da Praça da Estação, mais especificamente na Rua Aarão Reis, local bastante frequentado por pessoas em situação de rua, próximo ao viaduto de Santa Tereza, à estação do metrô, seu prédio central. A trabalhadora faz visitas semanais, quando possível duas vezes por semana, e sempre leva uma muda de roupas para a usuária. Na ocasião, não a localizaram na maloca onde costuma dormir; então, foram em direção à estação do MOVE (transporte coletivo), onde a encontram sentada junto a outras duas mulheres.

Silvana se levantou e veio em nossa direção, cambaleante; trocamos abraços, o encontro

foi muito afetuoso e ela se mostrou emocionada de ver “as meninas”. Um jovem desconhecido da equipe se aproximou e lhe ofereceu cachaça, da qual ela tomou um gole. A profissional interveio, mas não conseguiu evitar. Informou que estava realizando o atendimento dela e pediu para ele nos deixar, e ele saiu andando. Silvana não conseguiu dizer quem é ele e a trabalhadora comentou que tem muitas pessoas diferentes circulando naquele dia. Um outro homem também se aproximou e nos cumprimentou com um aperto de mão, mas esse, segundo a profissional, conhece Silvana há mais de vinte anos.

Sentamos um pouco no banco do ponto de ônibus. A trabalhadora perguntou se ela está bem e onde está seu companheiro. Mostrou-se um pouco preocupada, pois Silvana parecia mais desorganizada do que o normal. Depois a convidou para irem ao banheiro. Dentro do prédio central há um banheiro para uso da população, com taxa de R\$1,00. Elas conhecem o rapaz que faz a cobrança da taxa e ele autorizou a entrada delas gratuitamente. Iniciaram os cuidados de Silvana, orientando-a: “lava o rosto, passa o sabonete, enxagua, tira a roupa”. Silvana, cambaleante, tirou a blusa e lavou as axilas com papel toalha banhado em água e sabão ofertado pelas profissionais. Tem cicatrizes de queimaduras nos braços e dorso, marcas da rua.

Depois, sentou-se no chão do banheiro para tirar a calça, e disse “sento no chão mesmo, minha vida é assim”, mas antes de despir-se diz que tem de usar o vaso sanitário. Havia restos de fezes em suas nádegas e enquanto estava no vaso sanitário as profissionais foram lhe fornecendo pequenos punhados de papel toalha molhados para a usuária limpar as nádegas e região genital. A trabalhadora e a estagiária têm ânsia de vômito, respiram fundo, riem, Silvana ri delas enquanto se limpa e elas seguem o cuidado com bom humor.

Ela terminou de limpar as nádegas e sentou-se novamente no chão para tirar a calça. Antes, tirou os tênis, que estavam molhados e deixaram seus pés em péssimas condições. Elas alertam: “seu pé está como daquela outra vez”. A trabalhadora pergunta a Silvana se pode comprar uma sandália para ela, pois seus pés precisam arejar, e ela concorda. Enquanto ela saiu para comprar nos brechós do prédio a sandália, eu ajudei a estagiária a continuar os cuidados; a calça estava muito apertada, saiu com custo dos pés, orientamos a enxugar os pés com a calça. As roupas sujas e os tênis vão direto para a lixeira, o chulé empesteia o banheiro. Duas mulheres entram para usar o banheiro, mas continuamos o “banho”.

A trabalhadora volta e traz, além da sandália, uma saia muito bonita, propondo à Silvana que vista a saia em vez da calça trazida do CERSAM. Ela concorda, veste a saia e a blusa, mas se queixa de não ter calcinha: “como vou ficar de saia sem calcinha? Vão me estuprar”. A trabalhadora sai novamente em busca de calcinha e volta com duas, que segundo ela foram presentes da dona da loja. Silvana veste a calcinha, mas a sandália é pequena, precisa trocar.

Saímos todas do banheiro em direção ao brechó, mas não tem sandália maior, apenas sapatilhas. Apesar das nossas sugestões para ficar com uma sapatilha mais confortável, Silvana gostou da primeira que calçou e disse que ia ficar com ela.

Calçou e ficou linda! Uma saia longa, de listras em tom rosa/vermelho, uma camiseta branca por dentro da saia, uma camisa em tom azul por cima, a sapatilha de bico fino azul. Realmente tinha ficado linda e a trabalhadora pergunta se pode tirar uma foto para mandar para gerente. Silvana faz poses e as fotos são tiradas. Todas ficamos emocionadas. Comerciantes próximos observam a cena.

Saímos do prédio para tomarmos um picolé. Silvana dizia que estava vomitando sangue e parecia estar com um machucado na boca. A trabalhadora teve a ideia de tomar um picolé para melhorar a boca, mas ela não dizia como e o porquê tinha se machucado. Logo encontramos uma lanchonete com um freezer de picolé. Silvana não queria comprar ali, dizendo que era caro. Insistimos e eu disse que ia pagar o picolé de presente para elas. Ela parou em frente ao freezer, mas não conseguia escolher o que queria. Depois de um tempo pede o picolé de limão.

Tomamos o picolé em frente à lanchonete, enquanto a trabalhadora ia orientando que se ela continuasse a vomitar sangue deveria pedir ajuda de algum amigo e ir para a UPA ou um hospital. Reforçamos todas essas orientações. Perguntaram também se Silvana gostaria de ir ao CERSAM, onde poderia fazer as unhas, maquiarse e, surpreendentemente, ela disse que sim e elas combinaram de buscá-la na quarta-feira seguinte. Silvana chorou, dizendo da alegria que sentia. A trabalhadora se despede de Silvana dizendo que a ama, ao que é retribuída pelo mesmo “eu te amo”. E ela sai andando.

Seu companheiro vinha em nossa direção e a trabalhadora foi ao encontro dele. Diz que também estava com um machucado no pé e ela orienta, então, que os dois fossem à UPA. Enquanto isso, a estagiária me contou que Silvana estava com esse companheiro havia muitos anos e que ele teria atado fogo nela por duas vezes. A trabalhadora relata que “é esse o trabalho com a Silvana. Ela ficou oito meses em hospitalidade noturna no CERSAM, eu articulei tudo para ela ir para uma república, ela tinha a vaga, mas não quis ir, pedindo pra voltar pra rua. Ela nunca mais quis voltar ao CERSAM e desde então eu venho aqui toda semana, aplico o Haldol Decanoato⁵⁴ aqui. Ela era muito diferente no CERSAM, ficava mais retraída, falava pouco. Aqui na rua ela é completamente diferente, se mostra mais. Algumas pessoas da equipe me questionaram muito quando banquei que ela vinha pra rua. Eu vou estar do lado dela, se um dia

⁵⁴ Medicação antipsicótica de depósito injetável.

ela quiser sair”. Abraçamo-nos.

Para Nicácio, “o horizonte de afirmação e produção de liberdade não poderia delimitar-se no interior da instituição” (2003, p. 171) e, sendo assim, podemos pensar que a construção do caso de Silvana foi mais um momento em que a equipe correu esse risco. Sem respostas a priori, a afirmação da liberdade exigiu a construção de relações com a usuária e seu território, e a recusa a qualquer forma de abandono supostamente em defesa de sua liberdade.

Nesse sentido, e compreendendo o serviço substitutivo como uma das “instituições da desinstitucionalização”, assume centralidade o lugar que podem ocupar na invenção de percursos que promovam, sustentem e viabilizem a efetiva presença e participação das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico nas relações sociais, enfrentando, em conjunto, a complexidade dos processos relacionais, institucionais e políticos de exclusão, construindo direitos e compartilhando da criação de novos contextos de relações de troca que possibilitem “mover-se no mundo”. (NICÁCIO, 2003, p. 171).

7.1.4 População em situação de rua

Como já sinalizado em alguns momentos anteriores, o CERSAM Rosimeire Silva, dado o território pelo qual é responsável, tem um grande público de pessoas em situação de rua. Segundo a gerente, “atender muito morador de rua dá outro tom para o serviço”. E são diárias as situações relacionadas a esse público, como os contatos de outros serviços de saúde para encaminhamentos; dúvidas sobre se a região onde o usuário costuma ficar seria de abrangência do CERSAM Rosimeire Silva ou de outro CERSAM, pela grande movimentação dos mesmos pela cidade; o número grande de pensões cujos moradores são portadores de sofrimento mental e também o movimento de organizar para que usuários do CERSAM passem a morar nessas pensões quando não têm suporte familiar e recebem benefício; as articulações com os equipamentos da assistência social para esse público, etc.

Durante o trabalho de campo, tive oportunidade de presenciar várias dessas situações, como acompanhar o transporte ao levar os usuários moradores de uma das pensões e conversar com a proprietária, uma senhora bem idosa, além da visita à Silvana, como já relatado. Acompanhei, também, uma trabalhadora em reunião com a profissional responsável da República feminina, equipamento da assistência social que acolhe duas usuárias referenciadas por ela, Diná e Renata. Assim, é possível pensar que essa característica do público do CERSAM Rosimeire Silva exige que a equipe se coloque à trabalho em outras perspectivas, uma constante invenção de modos de viver e, acima de tudo, sobrevivência. O apontamento de Nicácio pode

nos inspirar no enfrentamento das situações que serão descritas a seguir:

A ruptura da tutela asilar suscita e requer o envolvimento de diversas pessoas que têm diferentes responsabilidades, potencialidades e impossibilidades de ação, que estão próximas ou distantes, presenças pontuais ou de longo percurso, mais ou menos conflitiva. Tomando como referência a reflexão desenvolvida por DE LEONARDIS (1990) sobre os atores da desconstrução do manicômio, podemos dizer que, também na produção dos serviços no território, a mobilização das pessoas expressa a qualidade e a complexidade da transformação em curso. (2003, p. 199).

Na reunião ocorrida na república feminina, já no sétimo dia de observação participante, foi possível constatar algumas das dificuldades enfrentadas pelos nossos usuários da saúde mental nos equipamentos de outras políticas públicas. As repúblicas da assistência social têm o objetivo de acolher pessoas em situação de rua que estejam em um processo de organização para superar a vida nas ruas durante o período de um ano e meio. Contudo, no caso da república feminina, muitas mulheres estão ali há muitos anos e atribui-se a abertura dessas exceções às usuárias portadoras de sofrimento mental, que hoje são uma parcela importante das moradoras por não conseguirem, no tempo exigido, encontrar outras possibilidades de moradia.

A profissional da república informa que há uma grande dificuldade com as usuárias da saúde mental por parte das outras moradoras, mas também das próprias cuidadoras da casa. Pelo que pudemos entender, a república lida de maneira muito normatizadora e essa posição parece criar inúmeros impasses com as nossas usuárias. Houve, por exemplo, uma situação em que, ao preparar a saída para uma viagem à passeio das moradoras da república, Diná estava “sendo deixada para trás, porque ainda não estava pronta”. Ao chegarmos à república naquele dia, nos deparamos com Diná deitada no passeio próximo à entrada da república. Ao lado dela havia a maloca de uma mulher em situação de rua, com quem passava muito tempo. A profissional a abordou, conversaram um pouco e ela lhe pediu dinheiro, pois contava com sua ajuda para administrá-lo.

A profissional a convidou para entrar para conversarem sobre isso, ela a acompanhou e a trabalhadora tentou alguma negociação para que ela não ficasse com tanto dinheiro, mas Diná insistiu, dizendo à profissional que tinha uma dívida a pagar, e então ela lhe entregou o dinheiro. Ela estava muito falante, diferente de como a conheci no CERSAM, onde ficava deitada no chão ou em um colchão dormindo e, a pedido da profissional da república, nos apresentou o seu quarto e seu armário com pertences.

Na conversa, a profissional da república informou como tem sido o trabalho com a Diná, em especial abordando questões de autocuidado e organização de seus pertences, e salientou

que ela não tem muito apego com dinheiro, oferecendo-o sem maiores motivos às pessoas ou comprando lanches para serem coletivizados na casa. Trataram da divisão de algumas tarefas de cuidado da usuária, para que o CERSAM não fique responsável por tudo, como buscar os medicamentos especiais da usuária em determinado serviço e o manejo com o dinheiro.

Apesar de não ser objetivo da reunião daquele dia, as profissionais citaram Renata⁵⁵, também acompanhada pela trabalhadora do CERSAM. A situação dela é ainda mais delicada, pois ela quase não fica na república e se tornou popular em regiões da cidade e na rede de saúde mental por frequentemente simular passar mal no centro da cidade e os transeuntes acionarem o SAMU, ou por sempre querer permanecer em hospitalidade noturna no serviço ou no SUP, apesar de ter sua vaga na república. Assim, pude presenciá-la, algumas vezes durante o trabalho de campo, chegando de SAMU no serviço. Os profissionais do SAMU já tratam a situação de maneira banalizada, nomeando o serviço que prestam de “SAMUBER”.

Em um dia Renata queria permanecer em hospitalidade noturna, mas com manejo aceitou ser levada para a república. Uma enfermeira conta que é comum que ela chegue ao serviço de SAMU antes mesmo de o transporte que a levou retorne ao serviço e avalia que “tem algo na república de estranho”. A equipe já realizou inúmeras discussões e supervisões do caso e o manejo com Renata, que tem um déficit intelectual, funciona muito através de barganhas, mas também é sempre flexível, acolhendo-a quando observam que está pior. Avaliam que houve um agravamento em sua condição depois que a justiça bloqueou o recebimento do seu benefício, exigindo que ela fosse curatelada, pois havia movimento da família de ficar com o seu dinheiro. Sem o dinheiro, a usuária ressentia-se por não poder comprar as comidas e roupas de que tanto gosta e perde uma importante forma de relação social.

Outra situação vivenciada relaciona-se a uma outra instituição, no caso um hospital psiquiátrico da rede estadual, que fica no território do CERSAM Rosimeire Silva. Durante uma reunião de equipe, a gerente precisou se ausentar para auxiliar as plantonistas em uma situação de impasse. Tratava-se de um homem em situação de rua, Paulo, que esteve internado no referido hospital durante quatro meses e que estaria sendo encaminhado pelo psiquiatra responsável sem que este propusesse, antes, nenhuma discussão do caso.

Embora o referido hospital não faça parte oficialmente da rede de saúde mental belo-horizontina e tenha em seu escopo o atendimento de usuários do interior do Estado, a população da cidade e/ou instituições ainda recorrem a ele, sendo comum o recebimento de encaminhamentos aos CERSAMs. Ou seja, na maioria dos casos em que usuários moradores

⁵⁵ Sobre essa usuária e outras trajetórias de usuários do CERSAM Rosimeire Silva em relação com a cidade, há o precioso trabalho de Arruda (2016).

de Belo Horizonte recorrem aos hospitais por demanda espontânea, são acolhidos e imediatamente encaminhados ao CERSAM ou ficam em observação durante a noite, por exemplo.

Situações como a de Paulo são exceções e não sabemos exatamente os critérios para que ocorram. Contudo, é notório que a rede estadual, composta pelos hospitais da FHEMIG, reúne ainda um grande poder político e tradição, principalmente em virtude do seu programa de residência em psiquiatria e, mais recentemente, multiprofissional. Conforme Basaglia,

[...] qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, ainda que aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir do papel que ele exerce, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; em contraposição, sua destruição representa a ruptura do próprio cerne do mecanismo com o qual se fabrica, no mundo da saúde, a diversidade como “inferioridade”, e se pré-formam as respostas para invalidar-lhe a existência (2010, p. 247).

A conversa pelo telefone foi difícil, pois a equipe do CERSAM questionou o profissional por não ter havido nenhuma articulação prévia para uma pessoa que ficou tanto tempo internada. Além disso, não haviam sequer providenciado para o usuário sua carteira de identidade e outros documentos; a hipótese diagnóstica com que trabalhavam seria de demência e a família não queria recebê-lo. Acolher uma pessoa nessas condições nos CERSAMs é uma situação muito delicada, pois, não podendo contar com nenhum outro suporte das demais políticas públicas, a tendência era que Paulo ficasse em hospitalidade noturna por mais um longo período, podendo tornar-se inclusive um “morador” do serviço, caso a equipe não conseguisse encontrar outra solução.

Foi necessário que a gerente contatasse a diretora do hospital, com quem negociou que o usuário passaria as noites no hospital e os dias no CERSAM até que o caso fosse discutido. Na semana seguinte, a gerente me convidou para realizar uma visita domiciliar à família de Paulo, que reside na área de abrangência do CERSAM, pois no dia seguinte haveria uma reunião entre as instituições para discussão do caso. Fomos às casas de duas irmãs, que ficam em uma vila próxima ao CERSAM.

Os barracos ficam de frente para a rua e parecem mínimos, em condições precárias, sem acabamento. Um sobrinho do usuário atende na primeira casa e diz que sua mãe está trabalhando, mas indica a casa ao lado, que é de uma tia. Essa senhora nos atende, enrolada na toalha, e conta da porta mesmo que Paulo vive na rua desde os treze anos de idade. A mãe o teria deixado com familiares que residiam em um aglomerado da região, mas era “muito judiado,

humilhado”. Quando foi para as ruas, a mãe por diversas vezes teria tentado levá-lo para casa, sem sucesso.

A irmã informa que não tem condições de recebê-lo, pois vive com o marido, duas filhas e um neto. Diz que a mãe mora em um bairro distante em outra regional e fica dizendo que as irmãs têm que ajudar, mas ela acha que é a mãe quem tem de assumir a responsabilidade. Essa irmã mostrou-se aberta para recebê-lo em visita e repassou o telefone da mãe. Ao chegar no CERSAM, a gerente contatou a mãe, que demonstrou hostilidade e disse que não tem condições de recebê-lo, pois tem “dois filhos especiais e está doente, usando cadeiras de rodas”. O acordo que havia sido feito para que Paulo pernoitasse no hospital e passasse o dia no CERSAM não deu certo, pois na sexta-feira, ao levá-lo para o hospital, não quiseram recebê-lo de imediato, sendo necessário que a gerente ligasse novamente para a Diretora. Assim, a gerente cancelou a busca do final de semana até que pudessem discutir o caso novamente.

As situações relatadas demonstram a miríade de questões que tornam extremamente complexo o trabalho do CERSAM Rosimeire Silva e, claro, de toda a rede de saúde mental, ao lidar com a população em situação de rua. As atuais políticas públicas são insuficientes para as demandas que perpassam a garantia de trabalho e renda, saúde, educação, cultura, segurança, alimentação e, no caso da moradia, assemelham-se à proposta dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), onde essas pessoas teriam um lar, mas com o suporte necessário de acordo com as necessidades de cada um e o respeito a suas singularidades.

Contudo, sabemos que a política de saúde mental prevê financiamento de SRTs somente para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos e os equipamentos existentes na política da assistência social não têm objetivo de ser um lar e sim repúblicas com tempo de estadia determinado. As políticas habitacionais definitivas estão longe de atender a esse público, enquanto convivemos com especulação imobiliária, terras e casas que não cumprem sua função social. Enfim, é uma população que vive à margem, completamente destituída de direitos, somados os estigmas de viver na rua e de ser louca e, assim, suas vidas não valeriam à pena.

Para Nicácio, os serviços de saúde mental podem se constituir como atores protagonistas de mudanças de respostas institucionalizadas, tais como as vivenciadas pelo CERSAM Rosimeire Silva ao lidar com serviços da assistência social, justiça e mesmo da área da saúde. Entretanto, essas ações também exigem o envolvimento de instâncias governamentais com maior poder de influenciar as políticas e instituições:

[...] esse percurso significou, também, confrontar-se com as diversas formas de filtro da demanda, de invalidação e exclusão das pessoas com a experiência

do sofrimento psíquico. Enfrentar e buscar transformar as respostas institucionalizadas - “não sei”, “não pode”, “paciente psiquiátrico?” - engendrou um conjunto de conflitos e requereu o envolvimento de setores da administração municipal e a construção do NAPS como ator protagonista de mudanças. Para atravessar as instituições do território “é necessário poder institucional para usá-las, persuadi-las, transformá-las” (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 74-5) (NICÁCIO, 2003, p. 199).

7.1.5 Mães órfãs

No quinto dia do trabalho de campo participei da reunião de supervisão e micro-áreas, que ocorrem uma vez ao mês e contam com a presença das equipes do CERSAM, Centro de Convivência, profissionais de saúde mental da atenção básica, equipe de saúde mental das Unidades Sócio Educativas e da Referência Técnica de Saúde Mental do Distrito Sanitário. A supervisão é realizada por uma psicanalista e é sabido que essa vertente de trabalho orienta todas as supervisoras de Belo Horizonte.

O caso discutido é acompanhado pelo Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), serviço da rede FHEMIG que é referência para usuários em uso prejudicial de álcool e drogas das regionais 1 e 2. O caso em questão inaugurou a parceria entre o CMT e a Unidade de Acolhimento Transitório (UAT), serviço vinculado à Secretaria Municipal de Saúde/PBH. Assim como a supervisão é considerada de grande relevância para a condução de casos complexos, entende-se que o espaço das micro-áreas são muito importante para a construção de rede, em especial nos casos em se trabalha a transferência de cuidados para a Unidade Básica de Saúde (UBS), já que a participação dos trabalhadores do CERSAM em reuniões de matriciamento nas UBSs não tem sido possível.

Entretanto, observo que algumas das micro-áreas estão bastante esvaziadas, sendo que uma delas, por exemplo, contava apenas com profissionais do CERSAM. A micro-área da qual participei contava com as seguintes presenças: gerente e monitores do Centro de Convivência (CC); psicóloga e enfermeira de uma UBS, que é referência para um território de alta vulnerabilidade; psicóloga e terapeuta ocupacional do CERSAM; advogada e estagiárias de direito e psicologia da Clínica de Direitos Humanos da Faculdade de Direito da UFMG (CDH). Segundo a gerente do Centro de Convivência, a estagiária da CDH teria feito contato para encaminhar uma usuária assistida por elas para o CC e, assim, combinaram a discussão do caso naquele dia. Tratava-se de Yasmin, 22 anos, que teve seu filho sequestrado pela justiça e encaminhado para abrigo em junho de 2016, devido ao relato de que ela seria usuária de drogas.

A CDH acompanha o caso desde fevereiro de 2017, porque um dos irmãos da usuária era menor aprendiz na Faculdade de Direito e procurou ajuda. Foram feitas diversas ações para mostrar que Yasmin estaria se organizando e que a família extensa poderia dar suporte para os cuidados com a criança. Os irmãos e a sogra se apresentaram como possíveis adotantes, porém a situação jurídica do encaminhamento da criança para adoção está bastante avançado e, segundo a advogada, o processo jurídico transcorreu com inúmeras violações de direitos humanos, desde a retenção da mãe e bebê saudáveis por quase um mês na maternidade até a não avaliação, pelo juiz, da documentação apresentada pela advogada, dentre outros abusos.

Assim, observaram que Yasmin vinha demonstrando piora, não se apresentando aos atendimentos na CDH e nem visitando a criança. Nesse sentido, solicitaram participar da reunião para, além de discutir o encaminhamento de Yasmin para o CC, que foi uma demanda sua por se “ocupar”, “chamar a atenção da rede para o acompanhamento familiar”, pois Yasmin tem um irmão, Wesley, de dois anos de idade, que vive em situação de abandono, sendo cuidado prioritariamente por dois irmãos mais velhos, já que a mãe deles, Rosana, também é usuária de drogas.

A enfermeira da UBS informa conhecer bastante a família e ter se constituído como uma referência para Yasmin, realizando sete consultas suas de pré-natal. Também demonstra grande preocupação com Wesley, pois ele fica “passando de mão em mão de pessoas que frequentam a casa e um bar na frente da casa”, já tendo sido realizada reunião com Conselho Tutelar para discutir sobre o caso. A gerente do CC explica o funcionamento do serviço e a necessidade de Yasmin estar vinculada ao tratamento, ao passo que a Advogada relata que ela foi a algumas consultas no CMT e não retornou mais.

Enfim, uma situação sociofamiliar de muita miséria e abandono, que necessita urgentemente de intervenções das políticas públicas. De fato, como bem alertaram as profissionais da CDH, mesmo que a situação do abrigamento do bebê de Yasmin tivesse pouquíssimas chances de ser revertido, devido à complexa situação dela e da família, os serviços deveriam priorizar o acompanhamento daquela família com o intuito de frear o ciclo de vulnerabilidades e violações de direitos que tem se perpetuado de geração a geração. Assim, as profissionais da CDH nos lembraram daquilo que Marcus Vinicius de Oliveira costumava dizer:

Quando a gente se envolve com esse tipo de projeto, não basta estar ali com nossos esforços, com nossos talentos técnicos, é preciso agregar algo mais, é preciso ter uma forte vontade de que a vida daqueles sujeitos, que até hoje tem sido uma sequência de tragédias e transtornos para estes e suas famílias, possa

efetivamente se transformar em uma nova vida (2004, p. 37)

Assim, foram pensados alguns encaminhamentos iniciais, tais como o acolhimento de Yasmin no CC, para o qual as estagiárias da CDH a acompanhariam. O envio de um relatório pela CDH para acionar gerente e assistente social da UBS, a fim de ajudar a enfermeira no acompanhamento do caso. Esta última ainda fazia busca ativa de Rosana e iria averiguar sobre vaga em creche para Wesley, que segundo ela já tinha sido disponibilizada.

Casos de sequestros de bebês pelo Estado têm sido denunciados por movimentos sociais desde 2014, quando foram lançadas as recomendações 5 e 6 do Ministério Público (BELO HORIZONTE, 2014) e a Portaria da 23ª Vara Cível da Infância e da Juventude (BELO HORIZONTE, 2016), ambos restritos à comarca de Belo Horizonte. Essas normativas determinam o encaminhamento dos bebês recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas e/ou com trajetória de rua para acolhimento institucional, sem que haja, para tanto, a necessária constatação de situações de maus tratos ou de abandono.

Segundo Almeida e Barros (2017), o CERSAM Rosimeire Silva viveu uma situação dramática em 2016, quando uma usuária acompanhada pelo serviço teve seu bebê retirado dela *dentro* do CERSAM sob forte aparato policial e judicial. A maternidade, que viu a “suposta mãe negligente” permanecendo em companhia do bebê, amamentando-o e oferecendo os cuidados necessários durante os vinte e nove dias em que ele esteve na UTI, recorreu aos serviços de saúde – SAMU e CERSAM – na intenção de convocá-los a “controlar” a mãe em uma provável “crise de agitação psicomotora” diante da violência que sofreria. A equipe do CERSAM se negou a tal função, mas também foi coagida, como pode ser visto no relato abaixo:

Pouco depois de recebermos a ligação, chegaram à instituição dois veículos da polícia militar, cada um com quatro policiais, um do sistema judiciário e um do SAMU. Todo o batalhão armado desceu dos veículos, de forma muito intimidadora. Um dos policiais carregava o bebê. A mãe e o pai saíram do carro do SAMU, sem saber o que estava ocorrendo. Foram informados de que estavam ali para uma consulta. O comissário de justiça nos solicitou que levássemos a mãe, juntamente com o marido, para atendimento em uma sala reservada. Enquanto iriam embora com a criança, que seria transferida para um abrigo, a usuária deveria ficar conosco. Uma trabalhadora retirou a criança dos braços do policial e a entregou a outra que, por sua vez, se dirigiu ao posto de enfermagem. O comissário, os policiais e os demais profissionais do CERSAM a seguiram até essa sala e trancaram a porta. Uma das trabalhadoras tentou acionar a gerente do serviço, que se encontrava em uma reunião externa, no intuito de mobilizar meios legais para impedir que o bebê fosse levado. Findada a ligação, deparou-se com o Comissário de Justiça levando a criança, que, ao longo de todo o episódio foi passada de braço em braço, como um objeto, enquanto a mãe era impedida de se aproximar. O Comissário foi informado que a gerente estava a caminho e solicitou que a esperasse, o que

ele recusou e ameaçou dar voz de prisão a quem tentasse impedi-lo de sair. Ao se retirar com o bebê, a mãe o seguiu gritando, chorando e espalmando o vidro traseiro do carro: “Eu quero meu filho, me dá meu filho”! (ALMEIDA; BARROS, 2017, p. 152).

A partir desse evento, várias outras ações foram propostas, tanto da parte da equipe em relação à condução do caso da usuária em questão, quanto em relação às articulações no âmbito da rede de saúde mental e no âmbito geral, em pactuação com movimentos sociais organizados. Dessa forma, as autoras afirmam que “É necessário encontrar formas de resistir à toda violência estrutural que perpassa trabalhadores e usuários [...]” (ALMEIDA; BARROS, 2017, p. 148).

Embora tenha sido publicada uma minuta de suspensão dos efeitos da portaria em agosto de 2017 (BELO HORIZONTE, 2017), o caso de Yasmin era anterior e retrata os efeitos nefastos de uma política que perpassa por questões de raça, gênero e classe, afinal apenas mulheres pobres e negras, usuárias de maternidades públicas, foram alvo dessas ações que, ainda e acima de tudo, representam mais uma face da política de guerra às drogas. As questões relacionadas às políticas de drogas, sabemos, têm sido o meio através do qual setores conservadores religiosos e da psiquiatria se utilizam para atacar a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o SUS, produzindo retrocessos penosos para nós.

Demonstra-se, outra vez, como o território do CERSAM Rosimeire Silva revela as relações de poder do nosso contexto atual e como a equipe se posiciona nesse jogo de forças, também a partir de ações da gerente, como veremos no próximo tópico.

7.1.6 O lugar da gerência e suas potências

A gerente relatou-me, em uma conversa no primeiro dia de observação participante, o seu entendimento acerca do seu papel como gerente: “preciso garantir o mínimo de estrutura, o que não tem sido possível nos últimos tempos”. Apesar disso, pareceu-me fundamental para a rede de saúde mental local e para o território o seu papel que, além de tentar garantir estrutura para o trabalho, articula instituições, atores e serviços. Desde pequenas parcerias com o Padre da Igreja local para a realização de evento no espaço da Paróquia e com o Centro de Convivência para a pintura do muro (esta última já bem constituída), até suas contribuições nas análises do momento atual e nas discussões clínicas em rede.

Fica evidente seu papel quando, no espaço da supervisão, onde se reúnem todos os trabalhadores da rede de saúde mental do distrito, ela toma a iniciativa de informar e convidar os trabalhadores para as ações que têm sido feitas, como o 2º Fórum Intersetorial sobre Álcool

e Drogas, que ocorreria em um dia próximo, no salão paroquial de uma Igreja do bairro, com pauta sobre o extermínio da juventude negra. Esse Fórum, explica, iniciou suas articulações em virtude da Conferência Municipal de Políticas sobre Drogas e conta com a participação de representantes da Assistência Social, Educação e Saúde. Assim, ela cumpre também o papel de transmissão de valores e princípios da política de saúde mental antimanicomial.

De acordo com Marcus Vinícius de Oliveira,

É preciso talvez ter a clareza de que nós temos que fazer política. Participar destes serviços nos quais estamos inseridos significa colocar a nossa disposição, não apenas técnica, a serviço do funcionamento destas novas possibilidades de atendimento que estamos criando. É preciso que nós nos pensemos como atores políticos de uma cena na qual estamos lidando com interesses que muitas vezes são contraditórios, diversos, diferentes e antagônicos aos nossos interesses. Nem todas as pessoas querem a circulação do transtorno mental no convívio, na sociabilidade, no relacionamento das nossas cidades; e os que não querem, curiosamente, são sujeitos muito bem definidos e localizados: corporações que temem a ampliação das suas responsabilidades exigidas pela nova forma de funcionamento dos serviços de Saúde Mental; prefeitos e secretários de saúde que prefeririam talvez exportar os seus pacientes mais difíceis para outra cidade, para não ter que se responsabilizar pelo cotidiano desses sujeitos, que muitas vezes é um cotidiano difícil de ser administrado. Há os proprietários dos hospitais psiquiátricos, no caso de Barbacena, que, claramente, passaram a receber menos dinheiro com a presença e livre circulação social desses sujeitos, com a diminuição das internações; são aqueles que se beneficiam politicamente dos esquemas das ambulâncias, alguns vereadores e outros (...); enfim, é esse tipo de interesse muito objetivo que faz exigências e impede muitas vezes que os nossos serviços substitutivos possam estar indo avante. (2004, p. 36-7).

Perto de finalizar o trabalho de campo, participei de uma reunião de equipe, na qual a gerente anunciou a sua saída da gerência do CERSAM. Trabalhadores comovidos, a gerente disse que a equipe deveria permanecer unida, pois será necessário posicionar-se para garantia do serviço e da reforma psiquiátrica. Elogiou e demonstrou admiração pelo trabalho da equipe, dizendo que os amava, assim como, e principalmente, aos usuários. Encerrou propondo que organizassem, nas próximas reuniões, as questões mais importantes do momento para o serviço.

7.1.7 Grupo focal – “O território entra no CERSAM”

Passaremos agora às discussões suscitadas pelo grupo focal, que ocorreu após o período de observação participante. Em seus últimos dias, participei pela última vez de uma reunião de equipe, na qual solicitei à gerente um momento para combinar com a equipe o dia e horário de preferência da maioria. Ficou acordado que o grupo focal seria realizado no dia 09 de novembro

de 2017, após uma reunião de supervisão e micro-áreas, para possibilitar a participação de duas trabalhadoras que na semana seguinte entrariam de férias e demonstraram interesse em participar.

As reuniões de supervisão e micro-áreas ocorrem em uma sala ampla do Distrito Sanitário, prédio situado em um bairro vizinho e distante 2,5km do CERSAM, e os trabalhadores normalmente se dirigem direto para lá quando há a programação dessa reunião. Foi necessário averiguar com a gerente sobre a possibilidade de utilizar o espaço e, além de solicitar o espaço, ela permaneceu no prédio durante a realização do grupo focal para mediar alguma questão que se fizesse necessária. O grupo ocorreu, então, logo após o término das reuniões de micro-área, e organizamos as cadeiras do espaço em roda.

Já no final do grupo, a gerente me chamou informando que a sala estava reservada para realização de uma outra reunião, a respeito da qual ela não estava ciente. Comunicou-me que seria possível nos deslocarmos para um outro espaço no prédio, porém como o grupo caminhava para o final das discussões, consultei as participantes e optamos por encerrar ali mesmo. Participaram do grupo focal as seguintes trabalhadoras, identificadas por nomes fictícios.

Quadro 3 – Descrição das participantes do grupo focal

Nomes fictícios	Categoria profissional	Experiência de trabalho em serviços de saúde mental/CERSAM
Vitória	Terapeuta Ocupacional Contratada	Há dez anos na rede de saúde mental da PBH, já tendo trabalhado em outros CERSAMs.
Gabriela	Terapeuta Ocupacional Concursada	Há cinco anos trabalha no CERSAM Rosimeire Silva e recentemente em Programa de Atendimento à Saúde de Adolescentes em Vulnerabilidade.
Laís	Assistente Social Concursada	Há quatorze anos na rede PBH, tendo trabalhado em outro CERSAM, em Unidade Básica de Saúde e no Centro Mineiro de Toxicomania. Há onze anos no CERSAM Rosimeire Silva.
Débora	Terapeuta Ocupacional Concursada	Há cinco anos no CERSAM Rosimeire Silva.
Maria	Assistente Social Concursada	Na rede PBH desde 1996, tendo trabalhado por dezesseis anos tanto no CERSAM Rosimeire Silva, quanto em Unidade Básica de Saúde. Há cinco anos faz parte da coordenação da Residência Integrada de Saúde Mental SMS/HOB concomitantemente ao trabalho no CERSAM.

Fernanda	Psicóloga Contratada	Na rede desde 2002, tendo trabalhado em Unidade Básica de Saúde por sete anos e depois no nível central com a desinstitucionalização de usuários de dois hospitais psiquiátricos. Posteriormente, também como referência técnica na Coordenação de Saúde Mental para os Serviços Residenciais Terapêuticos. Está no CERSAM Rosimeire Silva há dois anos e quatro meses.
Aline	Terapeuta Ocupacional Concursada	Há cinco anos no CERSAM Rosimeire Silva. Teve uma passagem breve como supervisora de Serviços Residenciais Terapêuticos.

Iniciamos o grupo dando as boas vindas e agradecendo às participantes pela disponibilidade de estarem conosco. Em seguida, informei-as sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ressaltando os principais pontos, em especial os seus direitos enquanto participantes. As trabalhadoras receberam duas cópias do TCLE, as quais foram assinadas por mim e por elas. Uma cópia permaneceu em posse delas e uma comigo.

Posteriormente, explicamos um pouco sobre a dinâmica proposta pelo grupo focal e sobre os objetivos da pesquisa. Assim, demos início com uma pergunta que solicitou às participantes que se apresentassem, informassem a categoria profissional e as experiências de trabalho em saúde mental e no CERSAM Rosimeire Silva, e que tinha o objetivo também de “quebrar o gelo”. Nos próximos tópicos realizaremos uma análise das principais discussões levantadas pelas trabalhadoras.

7.1.7.1 Perguntando pelo poder dos territórios

No grupo focal, compreendemos que a reflexão disparada acerca do entendimento das participantes sobre território abrange uma concepção integradora, conforme a elaboração de Haesbaert (2004). Logo, reúne todas as dimensões, desde a materialista, identificada com teorias jurídico-políticas e econômicas, de dominação à concepção idealista, que compreende processos de apropriação simbólica do espaço como fenômeno territorial construtor de identidades.

Contudo, o espectro de concepções é evidenciado predominantemente a partir de relatos de situações práticas do cotidiano de trabalho da equipe, pois, quando questionadas sobre seu entendimento acerca de território, em geral, a maioria das participantes se expressou enfatizando as dimensões jurídico-políticas, ou seja, o caráter funcionalista de território, as

características que o tornavam mais complexo e as dificuldades encontradas no dia-a-dia, como veremos no próximo tópico.

A concepção integradora de território, conforme Haesbaert, e as contribuições de Milton Santos nos orientam, acima de tudo, sobre a perspectiva de território a partir das relações de poder, sendo indissociável da prática dos grupos sociais. Para nós, fica evidente o quanto as ações de cuidado e o cotidiano de trabalho no CERSAM Rosimeire Silva são entremeados pelas relações de poder que emanam do território. São pungentes as questões colocadas quanto à violência, política de drogas, questões de gênero, relação capital-trabalho, política governamental, as quais atravessam e perpassam as relações construídas entre sujeitos loucos e sociedade.

Por exemplo, a participante Débora, quando questionada sobre concepções de território, apresenta um entendimento funcionalista de território, ao citar a área geográfica e o conjunto de recursos terapêuticos que ele pode ofertar, mas também um entendimento de território existencial, que comporta histórias de vida, identidades e relações. Não fica manifesto, inicialmente, território como relações materiais e imateriais de poder:

Débora – Eu acho que tem essa dimensão que é geográfica, né, que diz, assim, de características mesmo estruturais, assim, de um determinado lugar. E tem uma dimensão que é humana, né, a condição de vida das pessoas que vivem lá, a história de como aquela comunidade foi se constituindo, né, as relações de solidariedade entre as pessoas, os espaços de construção, assim, de... comunitários, assim, vamos dizer assim, né, tanto de políticas públicas, quanto ONG's, sei lá. Eu acho que é tudo isso que constitui o território, né?

Contudo, ao refletir sobre situações vivenciadas no serviço, pode-se entender que a trabalhadora as relaciona ao território e suas questões de poder. Para ela, o “território entra no CERSAM”, referindo-se à tentativa de feminicídio ocorrida dentro do serviço, aos furtos e uso de drogas:

Débora – [...] às vezes eu tenho a sensação de que o fato de ser um serviço aberto assim, o território entra também junto com o usuário. Ele traz as questões, sabe, do território? Por exemplo, o dia que o André entra com a faca pra matar a Milene lá dentro, né, porque ela tinha traído ele e tal, companheiro. Então ele entra pra matar ela lá dentro literalmente, né, assim. Essa coisa, às vezes a questão do uso de drogas, né, então, eles trazem a droga pra usar lá dentro, pra vender [...]. Ah, a questão dos furtos lá dentro também, né, que é uma coisa que faz fora e vai fazer lá. Então, os modos de relação, a violência na forma de resolver os conflitos, né, essa dificuldade do diálogo, que eu acho que nem sempre é uma questão do transtorno mental, assim, sabe? É uma questão do território mesmo, a forma como o sujeito aprende naquele território que os conflitos têm que ser resolvidos, né. Então, é isso, aí a gente tem que

mediar isso assim, que é muito diferente, assim.

De acordo com De Leonardis, ao assumir o usuário como fim, ou como critério guia da organização e da resposta institucional, estas deveriam ser direcionadas em uma tensão cotidiana à reconstrução e restituição da complexidade do ambiente, rompendo a uniformidade e os códigos e sistemas normativos que deram forma à demanda e aos usuários, pois,

O ‘ambiente’ se apresenta ao centro [de saúde mental] levado pela subjetividade de cada usuário e de sua vida, toda inteira; autorizado a entrar (visto que este é o primeiro gesto de tratamento), ele efetivamente coloca em crise a organização; e esta crise produz uma transformação real da própria organização (DE LEONARDIS et al, 1990, p. 85).

Por outro lado, conforme expresso por Fernanda, a crise da organização do serviço produzida pelo “ambiente” levado pelo usuário também se dá no movimento inverso de ida dos trabalhadores aos usuários em seus territórios:

Fernanda – Acho que as questões da vulnerabilidade, né, da violência, assim, em grande parte do nosso território, complica mesmo o acesso ao usuário. Você quer fazer uma visita domiciliar, você não pode porque tem a questão do tráfico, da violência e de uma série de coisas. Você não consegue ir no seu carro e muitas vezes você não consegue ir nem no carro da Prefeitura, muitas vezes só a ACS que consegue acessar esse território e mesmo assim eu tenho um paciente que eu não consigo acessar nem com a ACS. Então eu acho que isso é um grande dificultador, assim, essa questão da violência, da vulnerabilidade.

Para Aline, há problema pela dificuldade dos trabalhadores em lidar com o “real da miséria” da vida dos usuários pois, conforme De Leonardis, os serviços de saúde mental, ao se constituírem enquanto instituições no território, são invadidos por “um novo tipo de usuários, por pessoas que não têm para onde ir, que buscam um lugar quente ou relações ou alimentos; por demandas alimentadas e modeladas pela ausência de respostas, pela privação, pela miséria.”. Ainda para o autor, a miséria, ou o conjunto das condições de sofrimento, expropriação e privação “[...] não são meras condições sociais (e quando a sociedade é responsável ninguém é efetivamente responsável), mas condições institucionais, mediadas e constituídas pela forma das instituições, de seus códigos normativos, de seu poder e saber (DE LEONARDIS et al, 1990, p. 77).

Aline – Eu queria falar, voltando um pouquinho só pra questão do território que você perguntou, assim, a questão, quais são os impasses, né? Eu fico

pensando, assim, que o quanto é difícil, porque a gente entende que existe muita miséria na vida dos nossos usuários, mas você se deparar com essa condição e, né, assim, eu fico pensando quando a gente vai escolher junto com o usuário um lugar pra ele morar. Aí a gente vai naquele lugarzinho, assim, muito ruim diante da nossa percepção do que é morar, né, assim. E aí o usuário fala assim: “Não, aqui tá bom” e aí, assim, o quanto que isso provoca a gente, assim, né, porque assim vai pagar uma quantia que é uma quantia alta, que compromete praticamente noventa por cento da renda dele, que é um benefício, e ele vai morar num quadradinho, né, assim, sem banheiro no quarto, sem janela...

Gabriela – Sem janela, sem alimentação...

Aline – E aí, assim: “Não, aqui tá bom pra mim”, né, assim, você se deparar que pro usuário ali tá bom assim, né, isso é difícil pra gente que mora bem, né, que a gente alimenta, a gente tem as nossas questões, assim. Eu acho que ir ao território, né, assim, além desse embarço com a questão da violência que eu acho que tem situações assim, você se deparar com esse real, assim, que a pessoa mora num... às vezes é num buraco mesmo, assim, né. Isso é ruim, assim. Eu lembro quando a gente, o Valter, ele morava na Regional 2 e aí teve uma situação que, né, aconteceu uma coisa e ele foi linchado pela comunidade. E aí, eu e o psiquiatra, a gente foi pra poder retirar as coisas da casa dele. Era um buraco! E a gente nunca tinha ido na casa dele. Quando a gente entrou e viu as coisas e a gente falou assim: “Gente, como é que ele morou aqui por tanto tempo?”, e aí a gente foi ofertar um novo lugar pra ele, aí a gente ofertou um quadrado com uma janela, que era a pensão onde ele mora atualmente, assim.

A forma, inclusive, como os usuários se expressam quando são indicados para Hospitalidade Noturna é como se a indicação fosse um prêmio a ser valorizado; segundo Débora: “Fulano ganhou o pernoite”. Outras situações tornam compreensível para as participantes o porquê de o CERSAM ocupar esse lugar para os usuários: “você morar numa casa que são doze pessoas em dois cômodos”; “fui visitar o Gilvan, você sobe numa escada assim e aí tem um colchão todo estropiado no chão assim. É ali, o Gilvan mora ali, dorme ali e tudo”; “ou quando a gente foi na casa do César, que ele mora no alpendre, ele não acessa dentro de casa, e junto com o cachorro”; “E aí a gente não entende porquê que eles gostam tanto do CERSAM com toda a precariedade do CERSAM, né, assim, a miséria deles é, assim, infinitamente maior do que a miséria que pra gente é insuportável, muitas vezes, tá, no CERSAM, porque o CERSAM está um ambiente feio, degradado”.

Em perspectiva semelhante, o relato de uma situação ocorrida em uma UBS da área de abrangência do CERSAM Rosimeire Silva, e publicizada em toda a cidade por mobilizar gestores da saúde e o prefeito, vem corroborar o que De Leonardis (1990) e Rotelli (1994) falam acerca de os serviços de saúde mental se constituírem enquanto instituições que vão prosseguir com a desinstitucionalização. Ou seja, reafirmam a necessidade de “um poder/saber para desmontar os poderes e os saberes do território; do próprio papel profissional para desmascarar

a normatividade codificantes das especializações e sua cumplicidade na reprodução da miséria e na ampliação da lógica do suspeito.” (DE LEONARDIS et al, 1990, p. 82-83).

Na situação em questão, o contexto foi o de uma UBS situada no centro do maior aglomerado de favelas da cidade, na qual um trabalhador fora agredido por um usuário, supostamente portador de sofrimento mental. Além de fechar momentaneamente a unidade, o prefeito, em discurso, afirmou que “centro de saúde não é lugar de doido”.

Aline - Então eu acho que só agrega, né, acho que quanto mais distante, acho que mais precarizado fica o cuidado. O difícil é estar presente em tantos territórios, assim, né, porque... e cada território tem seus códigos, né, assim, então teve situações por exemplo que aconteceu no [aglomerado de favelas], que eu acho que é um fato que é importante assim de ser dito, de ter tido uma agressão a um funcionário de um Centro de Saúde e isso ter caído nas contas de um usuário de saúde mental, e aí o nosso prefeito chega lá, fecha o Centro de Saúde por um tempo. E aí a população fica assim: então vamos descobrir quem é que foi esse usuário. De ir na casa de cada um dos usuários pra tentar identificar, assim, né, quem foi o agressor pra punir de acordo com as normas, e lá quem traz é a norma do tráfico. Então, assim, eu acho que isso traz questões, assim, na nossa forma de, como é que a gente... quais são os nossos atropelos, querendo ou não nós somos o Estado, nós somos o braço do Estado, é difícil de entender que a gente é o braço do Estado, mas nós somos, né. E nossas intervenções podem ser muito equivocadas igual foi essa de terem usuários nossos ameaçados...

Laís – É, o meu usuário que eles foram na casa, pegaram ele pra poder ir lá identificar se era, hoje ele tá estável e ele não quer tratar no Centro de Saúde, eu acho que nem cabe no Centro de Saúde, que é o Centro de Saúde dele. Porque ele perdeu o laço com o Centro de Saúde completamente. Agora a gente tá tendo que... ele quer a alta dele e eu tenho que arrumar um outro lugar pra encaminhar ele, um outro Centro de Saúde que vai acolher, que possa acolher ele bem, pra ele ficar bem. Porque ele já tá bom, não quer ficar lá no CERSAM mais, ele não precisa né... Foi um desastre!

A forma como foi conduzida a situação de violência direcionada ao profissional de saúde, situação essa que tem crescido em número de ocorrências pela cidade, em especial após a demissão dos porteiros, penaliza a população duas vezes. É preciso nos perguntarmos o que motiva usuários a usarem de violência contra os serviços e profissionais de saúde. Milton Santos nos alerta que

Fala-se, hoje, muito em violência e é geralmente admitido que é quase um estado, uma situação característica do nosso tempo. Todavia, dentre as violências de que se fala, a maior parte é sobretudo formada de violências funcionais derivadas, enquanto a atenção é menos voltada para o que preferimos chamar de violência estrutural, que está na base da produção das outras e constitui a violência central original. Por isso, acabamos por apenas condenar as violências periféricas particulares. (2001, p. 55).

Nesse sentido, Gondim e Soalheiro, concordam com Aline acerca da multiplicidade de códigos existentes: “O território pode tornar-se um manancial de falas em que cada lugar constrói e usa uma linguagem própria, permeada de signos e significados que lhes dão sentido à luz das experiências vivenciadas. Urge escutá-las, percebê-las, traduzi-las e incorporá-las ao cuidado em saúde mental [...]” (2017, p. 69). Ademais, como o Estado e o setor saúde como braço do Estado, como diz a trabalhadora, têm se apresentado neste território? Conforme De Leonardis, é quase certo que estejam atuando em um “deserto”, permeado por “violências estruturais”:

[...] os operadores no território descobrem que apenas restituíram aos pacientes a condição de usuários, assistidos miseráveis, e que esta condição é ampla e difusa [...]. A rede de instituições médicas e assistenciais que povoam o deserto, mais subterrâneo e invisível: a fragmentação das necessidades e das demandas, a privatização e solidão do sofrimento cotidiano, o peso dos vínculos e dos procedimentos burocráticos, a dependência de respostas institucionais que cristalizam e encistam as necessidades, a expropriação e o empobrecimento da vida que a condição de “usuário de direito” comporta. Muitos rostos e histórias semelhantes às do manicômio. (1990, p. 77).

Contudo, o que se torna explícito nesse episódio é a fortaleza com que se faz presente em nossa cidade, através de seu principal representante, a lógica manicomial que invalida e determina lugares de exclusão para a loucura. Por isso,

O aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o isolamento: 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. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, em categorias de acusação, em poderes e saberes de dominação. É o saber e a prática que constroem uma hierarquia entre razão e desrazão, que traçam lugares sociais diversos para os sujeitos, de acordo com sua condição de adaptação/desadaptação social ou de normalidade/anormalidade: é “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença” (Rotelli, 1990, p. 30). (GIOVANELLA & AMARANTE, 1994, p. 141).

Por outro lado, para a participante Aline, o território também “cuida”, no sentido de conceder exceções aos usuários da saúde mental que transgridam as leis determinadas pelo tráfico (bater em vez de matar). Fazer chegar às pessoas que o indivíduo que está roubando no bairro é usuário do CERSAM quer dizer que essa é a forma até então encontrada por ele de circular pela cidade e é um pedido de aposta no trabalho que a rede de saúde mental vem

inventando ao longo dos anos.

Aline – Eu fico pensando na questão do território, por exemplo, às vezes a gente avalia que o território é muito violento, assim, né, pro nosso usuário, e aí eu lembro a gente tem um usuário que ele apronta muito, né, assim, rouba muitas coisas lá no aglomerado. E aí ele é agredido, mas assim, a gente entende que ele é, ao mesmo tempo em que ele é agredido, ele é cuidado, porque senão eles teriam matado. E aí ele começou a roubar perto do CERSAM, aí nós ficamos doidos, falamos assim “agora eles vão fazer algo mais grave ainda”, né. Como que a gente começou a disparar com os usuários “ó, vamo dizer que ele trata aqui no CERSAM”, né, assim, porque querendo ou não esse território que muitas vezes é um território violento, mas é um território onde que os laços estão, é a família que tá lá, então, assim, “não vamo bater em fulano não, fulano é filho de ciclano”. Agora se ele vai começar a roubar no Centro, fazer furto no bairro do CERSAM, quem é ele ali? Ninguém, não tem nenhum laço, ele não é filho de ninguém, não é parente de ninguém. Aí o que a gente tentou circular é falar assim “fala que é usuário do CERSAM”, porque o CERSAM tá no território do bairro, o pessoal sabe, né, assim, minimamente do que que se trata. Mas essa cautela também, né, porque às vezes a gente fala “nó, aquele território é muito ruim, nós temos que fazer de tudo pra deslocar esse usuário pra um outro lugar”, que às vezes, assim, dependendo do caso, né, assim, se for um usuário que vai continuar furtando, fazendo algumas coisas, talvez a gente tá intensificando o risco, né, porque vai ser uma comunidade que ninguém sabe de que que se trata, quem que é, por quê que veio parar aqui, né. Que eu acho que é complicado a gente fazer essas avaliações também, porque tem um território que se constituiu enquanto referência pra ele, né, assim, e que angustia a gente porque chega machucado, chega tudo, mas a gente fica imaginando “se fosse outro lugar ele teria sido assassinado”, né, assim, e isso é difícil da gente perceber, né. Toda hora chega lá estropiado no CERSAM, mas a gente entende que ainda assim a comunidade opera com algum cuidado, um cuidado que é um cuidado diferente da nossa percepção, né, assim, de cuidado. Eu acho que traz desafios pra gente também tratar com uma clínica, né, assim, territorial.

Isso demonstra que o CERSAM vem operando transformações culturais na medida em que, para trabalhadores e usuários, seu nome pode significar às pessoas e à comunidade o entendimento da necessidade de convivência com a loucura e, também, a defesa intransigente da liberdade que, como afirma Nicácio, diferentemente de um princípio abstrato, traduz-se em práticas concretas permeadas por contradições e tensões. Para a autora, ainda, tais práticas implicam, ademais, em desnaturalizar as diversas formas de restrição da liberdade e a recusa de qualquer forma de abandono, supostamente em defesa da sua liberdade:

A afirmação da liberdade, a validação do outro e a impossibilidade de sua anulação como um dos polos da relação requereu aprender a dialetizar contradições, a lidar com diferenças e, sobretudo, compreender que a expressão dos conflitos era base do trabalho. Exercício difícil. Essa perspectiva era necessariamente geradora de crise: as relações eram continuamente questionadas, construídas e reconstruídas a partir das múltiplas

possibilidades e interrogações que emergiam no cotidiano. (2003, p. 170).

7.1.7.2 Impasses para o serviço diante das complexidades do território

As participantes apresentaram ao longo das discussões um ponto de vista de que o território em seu viés socioeconômico e geográfico é um dificultador do trabalho do CERSAM, citando que “é um território muito grande e com muito morro, assim, morro, é difícil acessar todos os lugares” ou considerando o território como “heterogêneo”, pelas diferentes demandas que se apresentam. Ou seja, “ele tem tanto algumas regiões que têm pessoas com uma condição de vida boa assim, quanto territórios muito vulneráveis, né, socialmente, materialmente. E também um grande contingente de pessoas em situação de rua”.

Assim, as características desse território grande, distante, populoso, que atende a região central da cidade, onde circulam pessoas advindas de todas as regionais e, inclusive, de outras cidades, traduz-se para as trabalhadoras como uma demanda “imensa, que vem do nada, impressionante”, ou, como expressa a participante Laís:

Laís – Além disso, eu acho que uma coisa que dificulta, que tá dificultando o nosso acesso, né, principalmente lá no [aglomerado de favelas], eu acho que o volume de trabalho mesmo, o número de pacientes que aumentou muito, demais da conta. E aí, assim, a gente tem o mesmo transporte que a gente tinha há não sei quantos mil anos atrás, então, você quer ir lá hoje, você se programa toda pra fazer uma visita domiciliar, combina com a ACS, só que o carro tem que fazer a rota, tem que levar aquele montoeiro de pacientes, então tem muitos pacientes pra você levar e pra você buscar. Então, assim, você não vai fazer uma visita com meia hora, né, você vai, você vai encontrar com o ACS, demanda um tempo, porque você desce, deixa o carro lá, as ruas são todas difíceis, tem casas que são umas pirambeiras pra você descer, pra você subir. Então assim, antes eu ficava igual a Aline falou, que eu gostava de bater perna. Gostava mesmo e tinha tempo de bater perna, de ir e de conhecer o paciente, conhecer a casa do paciente, ficar um tempão lá e rodar e conhecer o povo, passar perto do povo lá no [aglomerado de favelas] e tudo, descer e subir favela, igual eu falava. Agora, você não tem esse tempo mais, né, não tem.

Essa complexidade do território e da demanda impactam a qualidade do cuidado ofertado, pelos impasses com recursos para tal, como afirmou acima a participante Laís, mas também por ser frequentemente interrompido pelas dificuldades de acesso dos usuários que chegam ao serviço num momento de urgência, mas não conseguem dar continuidade ao tratamento. Um outro viés, percebido por Aline, diz respeito às construções necessárias para muitos dos usuários acolhidos como, por exemplo, no que a participante nomeou de processo “investigativo”:

Aline – Mas essa questão da proximidade com o Centro acho que traz desafios pra gente mesmo, porque eu fico pensando, assim, quanta coisa acontece no Centro assim, inclusive, né, os surtos, assim. Então, eu não sei como que é isso nos outros CERSAMs, mas o que chega de usuário que teve alguma agitação no Centro e aí a orientação do SAMU e da PM é levar pro serviço mais próximo. Aí a gente tem que aguardar até a gente conseguir descobrir o nome, né, e faz todo aquele processo, eu falo até investigativo, assim, porque é muita coisa que chega assim e quando o paciente tá muito ruim mesmo isso demora dias, semanas, até a gente conseguir [ir] reconstruindo a história pra gente poder identificar de onde é, né, assim. E aí, eu acho que essa proximidade com o Centro, né, assim, traz essa questão dos moradores de rua também, porque a gente sabe que no Centro tem a maior oferta de equipamentos pra essa população.

Ainda na perspectiva das relações geradoras de crise, como discorrido anteriormente, a participante Flávia apresenta sua percepção a partir da experiência de como os sujeitos se apresentam dentro e fora da instituição e do acompanhamento de uma usuária que “provocava o pernoite”. Baseando-nos em De Leonardis: “A ‘hospitalidade’ representa de modo claro a contradição real entre o ‘dentro’ e o ‘fora’. Vai-se para dentro porque fora não se encontram respostas à própria angústia, ou simplesmente porque não se encontram relações e suportes para a própria vida [...]” (1990, p. 72), ou seja, por falta de alternativas de casas, de dinheiro, de relações e de apoio, de recursos para viver e para se reconhecer no tecido das trocas sociais.

Para o autor, portanto, trata-se de uma contradição aberta, que requer da instituição e dos trabalhadores a passagem “da tutela ao contrato”, reconhecendo no doente um sujeito portador de necessidades e de direitos e a necessidade de restituir-lhe a vida (DE LEONARDIS et al., 1990). Apontamentos que corroboram os entendimentos da trabalhadora:

Fernanda – Eu acho que conhecer o território é conhecer mesmo o usuário, assim, porque eu acho que o usuário se apresenta de uma forma muito diferente dentro da instituição. Entendeu? O sujeito e o mundo... e eu acho que a instituição ela, de um modo geral, ela estraga, assim.
(risos abafados)

Fernanda - Ah, é verdade, assim. Nessa coisa de trabalhar fechando hospital psiquiátrico, assim, eu sempre reparei que a liberdade, ela trata muito mais às vezes do que o nosso próprio investimento enquanto trabalhadores. Então, determinados comportamentos que o sujeito apresenta dentro da instituição, do lado de fora isso não existe, assim, ou existe de uma forma diferente, mais suave e a sociedade muitas vezes ela vai dando conta de lidar com essa maneira do sujeito existir, né? E a gente tende a ser muito... a ser muito... a tutelar demais, né, assim, quando tá dentro da instituição. E a outra coisa é mesmo conhecer que lugar é esse que esse sujeito habita, né. Tem uma paciente que eu fiz uma visita domiciliar, ela vivia provocando o pernoite, pernoite, pernoite, pernoite. E ela gostava de ficar enfiada dentro do CERSAM, assim. E eu falava “Gente, uma menina jovem, uma menina, né, podia tá lá no

baile funk, podia não sei, né, assim, dentro do território dela”. E aí eu fui pro território dela, assim, e realmente eu vi uma fragilidade da família absurda, então ela ficava completamente solitária, né, e numa demanda de amor sem fim, assim, pro mundo que ninguém respondia a isso. Dentro do CERSAM ela fazia os laços dela, ela tinha o cuidado que essa família não ofertava pra ela. E aí o CERSAM, por mais precário que seja que é isso que a Aline falou, era infinitamente mais confortável do que a casa dela, porque era uma casa completamente mofada, sem banheiro, sem água, com a chuva que entrava fazendo cascata na parede, né, assim, tudo numa sujeira enorme. Então, assim, era um ambiente muito mais aconchegante pra ela, por mais que seja horrível né, assim, e impessoal, era aonde ela se sentia acolhida. Então, acho que ir ao território é conhecer a realidade do sujeito mesmo, assim, né, é entender, é entender esse sujeito no seu contexto mais amplo mesmo, né. E quando a gente não vai a gente tem esse sujeito dentro da instituição que eu acho que não é o sujeito do mundo, assim, de um modo geral né. Eu acho que o sujeito ele é diferente dentro de um espaço institucional.

Nicácio (2003) concorda que situações como essa geram tensão e angústia no cotidiano institucional, pois não existem respostas simples. Para a autora, é preciso reconhecer essas demandas, o que não significa simplesmente absorvê-las e dar respostas no interior do serviço, pois sua negação impossibilita o enfrentamento da contradição, a compreensão das pessoas em seu contexto e a complexidade das relações loucura e exclusão. Raciocínio semelhante orientou a profissional Fernanda em sua ação de ir ao território da usuária que gostava mais de ficar no CERSAM do que em sua própria casa. Pode-se entender também que:

A contradição aberta requer, de um lado, compreender o lugar dos serviços substitutivos nas relações sociais e na produção de movimentos e projetos transformadores das possibilidades de vida de usuários e familiares. E, de outro, significa produzir o NAPS como lugar de produção de relações e de projetos, superando as armadilhas de constituir-se como “espaço reservado à loucura” e, ao mesmo tempo, transcendendo suas fronteiras e, em conjunto com os usuários e os familiares, enriquecer as possibilidades de convivência nos contextos sociorrelacionais e produzir, na cidade, redes de lugares inventados para as trocas sociais. (NICÁCIO, 2003, p. 196).

As compreensões acerca do lugar a ser ocupado pelo CERSAM Rosimeire Silva, tais como as colocadas por Nicácio, acima, são expressas também como um desafio pela participante Aline, qual seja, comportar as ações de cuidado à crise com todas as necessidades dela advindas, com as ações que visam enriquecer existências e construir projetos de vida. São citadas pelas participantes ao longo das discussões ações como “arruma uma pensão pro usuário morar”, “benefício, para ele ter uma renda, documentos”, “fica com o dinheiro dele, ajuda ele a administrar o dinheiro”.

Aline – Eu acho que o CERSAM é o lugar da urgência, né, que provoca a gente a fazer algumas ofertas de cuidado que eu acho que às vezes é a escuta, a medicação, a contenção quando necessária e também como é um lugar de referência, assim, então tem esse cuidado com a vida desse sujeito, né, assim. Então, é arrumar um lugar pra morar, essa questão dos documentos, então eu acho que são cuidados distintos dependendo da necessidade, assim, que o usuário coloca, assim. O que gera impasses também, né, assim, ser um serviço de urgência, mas que acompanha e referencia, né, ainda que os pacientes não estejam num momento de uma crise, de uma desorganização, né, maior, assim, que vai demandar da equipe outros cuidados, um outro fazer com o tempo, né, assim, e isso gera impasses, assim, dificuldades. Como que a gente organiza tudo isso num mesmo lugar, né, num mesmo espaço, né, e... com propostas, a meu ver, são diferentes, assim, né, porque são cuidados diferentes, assim, em cada momento que aparece né, essa demanda do sujeito, assim.

São entendimentos que vão de encontro também à defesa feita por Delgado de que os CAPS se constituam enquanto um lugar de fato de referência, mas que permita que a circulação seja facilitada: “Este lugar não pode ser um ponto de chegada, mas sim o lugar que agencie esta circulação.” (2004, p.62). Quintas os corrobora, a partir do conceito de desinstitucionalização:

[...] o CAPS precisa ser mais que um serviço, constituindo-se numa estratégia para promoção da desinstitucionalização. Para tanto, cabe pensar que o dispositivo CAPS precisa acolher a pessoa com toda a demanda de sofrimento que isso pode implicar, o que impele a procurar agenciar outros equipamentos no território, guardada toda a complexidade dos sujeitos e do próprio território. Essa orientação inclui por isso reconhecer os diferentes modos de funcionamento que o território traz, dialogar e compor forças com ele [...] (2007, p. 65).

Contudo, para além do lugar da urgência e da referência, as participantes reconhecem a prática do ambulatório como algo ainda muito presente no CERSAM e na rede de saúde mental. No diálogo abaixo é possível evidenciar as contradições enfrentadas pelas trabalhadoras do CERSAM Rosimeire Silva. São questões complexas que se entrecruzam e retroalimentam, e para as quais não há uma solução simplista: grande demanda, que dificulta a realização de outras práticas de cuidado; usuários cronificados no CERSAM, com longas histórias de tratamento e para os quais é necessário algum investimento no sentido de pensar outras formas de circulação; acolhimento de diversos casos graves, que são possíveis de serem atendidos nas UBSs, mas nas quais correm o risco de entrar em certo circuito burocrático dos ambulatórios e agendas cheias e “acabam retornando frequentemente ao CERSAM”; além da necessária organização do serviço para a função de acolhimento às urgências, no caso os plantões.

Fernanda – Eu não conheço o território, desde que eu cheguei no CERSAM eu fiz pouquíssimas visitas domiciliares, não consigo sair do CERSAM

porque eu tenho um número absurdo de pacientes, eu sou referência para um número muito grande de pacientes. Então, realmente, eu não consigo deixar o CERSAM pra fazer outras coisas e isso, eu acho que isso é muito ruim porque compromete, né, assim? Eu percebo que eu poderia ofertar algo muito melhor pra cada um deles se eu tivesse uma possibilidade maior de fazer visita domiciliar, de conhecer os dispositivos, né, assim, que esse território oferece, né. E acaba que a gente fica ali cuidando do usuário só dentro do CERSAM e aí a gente vai alimentando aquilo ali.

Laís – Mas Fernanda, porque você acha que você tem tanto paciente assim?

Gabriela – É, você tem mais que todo mundo mesmo.

Fernanda – Eu não sei. Eu não sei. Eu tenho recebido uns três usuários por semana.

Gabriela – Eu acho que ela herdou do José (psicólogo substituído por Fernanda), que o José já tinha de muitos anos, e ele já tinha, então a Fernanda acabou herdando.

Fernanda – Eu tenho muito paciente crônico, né, assim, extremamente crônico, eu tenho paciente que é muito institucionalizado, apesar de ser um serviço aberto, né. São pacientes que tão lá há muitos anos, os novos eu tenho tentado, assim, fazer o encaminhamento mais rápido pro Centro de Saúde e com esses eu consigo. Mas os antigos eu não consigo e tem casos muito graves, o Daniel é um caso que eu acho que eu tinha que ir no território e eu não consigo, né?

Aline – É, o território de Daniel deve ser assim...

Laís – Eu já fui lá na casa de Daniel.

Aline – Já?

Laís – Já.

Aline – Ele mora num barracão?

Laís – Não é um barracão não, é uma casa, assim, muito...

Fernanda – É um caso que eu acho que tá super mal cuidado assim, que eu fico super angustiada, eu fico tentando, assim, né, hoje a referência antiga dele tava aqui, então eu vou lá e tento pegar um pouquinho de informação, né, assim, eu ligo às vezes pro Centro de Saúde, mas eu precisava realmente investir nesse usuário, né. E pra isso precisa de tempo e eu não tô, eu não tenho esse tempo...

Débora – E agora, mais um plantão...

Fernanda – Agora vai aumentar dois plantões por semana, então, assim...

Débora – Vai começar semana que vem...

Fernanda – Eu acho que a gente vai ficar muito mais nessa coisa de apagar incêndio do que investir na nossa clínica, né.

Débora – Assim, tem uma outra coisa que tem me preocupado, assim, que é, a gente tem acolhido, assim, diariamente muitos casos assim de pessoas, sobreviventes, né, de tentativas de auto extermínio, a maioria mulheres muito deprimidas, né, e que a gente acaba encaminhando pro Centro de Saúde, assim, que a gente não conseguiria absorver todo o contingente, né. E, às vezes, essa transferência de cuidados, nem sempre a gente faz com tanto cuidado como esses que a gente já acompanha há um tempo. Então a gente, às vezes por causa de horário o Centro de Saúde já fechou, às vezes você liga lá e a impressão, aí, né, a impressão é que a pessoa nem anota, né, uma coisa assim muito frágil, e alguns casos a agenda do psicólogo no Centro de Saúde tá muito cheia, do psiquiatra pra daqui a três meses. E esses casos ficam muito, ficam num certo limbo, assim, e são pessoas, casos que voltam sempre assim, daqui a pouco faz outra tentativa, sabe? E volta pro CERSAM. E a gente, eu às vezes tenho a impressão de que a gente precisava, enquanto rede, né, pensar em outras estratégias. Porque às vezes eu fico pensando que essa ideia, né, desse atendimento ambulatorial, de agenda, ele engessa um pouco a gente e

no Centro de Saúde a mesma coisa. Então, às vezes eu fico pensando porque a gente não consegue sair dessa forma de trabalhar e pensar outras estratégias, sabe?

Orientadora – Que outras estratégias?

Débora – Não, assim, não sei, hoje eu tava vendo, né, na supervisão a psicóloga falando “Não, eu tenho um grupo porta aberta”...

Aline – Café com prosa.

Gabriela – É, são poucas ações que a gente tem nesse sentido.

Débora - ...café com prosa. Aí, a gente tava conversando aqui, o outro psicólogo faz um grupo com as mulheres deprimidas. Então, porque que a gente fica, sabe, às vezes eu tenho um pouco essa sensação, que a gente fica engolido como a gente tá falando aqui pelo serviço, mas a gente também não sai dessa forma, não consegue pensar outras formas de trabalho que nos dê um pouco mais de flexibilidade, sabe? Não sei...é difícil, né?

Vitória – É uma boa mudar a forma, porque o conteúdo é esse que a gente já trabalha e nesse formato a gente tá vendo que não funciona.

Débora – Não, eu acho que tem alguma coisa que é essa coisa da demanda ter aumentado muito mesmo e que o ideal seria abrir mais CERSAMs na cidade, né. A gente na nossa região tem uma questão que é, que a gente até então não tinha um CAPS AD, né. O CMT, ele já tá credenciado como AD desde 2002, mas ele não tinha esse perfil territorial, né, e essa articulação conosco e tudo. Agora que isso vem mudando, no último ano, assim. Então, a gente também acolhia toda a população AD, né, no nosso CERSAM e aí eu acho que a gente precisava ter outro serviço pra gente conseguir ter um pouco mais de...esse tempo um pouco mais flexível pra cuidar dos casos, né.

Quanto a questão dos ambulatórios, Delgado (2004) acredita que os CAPS não devem se preocupar somente em não reproduzirem o manicômio, mas sim qualquer espacialidade dura, concreta e excludente de uma instituição convencional. Para o autor, o ambulatório pode ocupar esse espaço:

[...] o ambulatório também aprisiona as pessoas, porque ele se apresenta como um lugar de impossível acesso, mas ao mesmo tempo com certo magnetismo perverso. Ou seja, as pessoas ficam sempre dependentes de uma consulta que não conseguem marcar, dependentes de uma consulta que é essencialmente frustrante, porque quando conseguem marcar ela também está tão desvinculada do seu espaço e de seu tempo cotidiano, que é uma consulta que cai no vazio. Não se atende à necessidade de um tipo de acompanhamento que um serviço com a forma de organização espaço-temporal do ambulatório não pode dar. Então, a função do CAPS está muito além de ser um não-manicômio: ele tem que ser também um não-ambulatório, no sentido de ser uma não-instituição, como estas que funcionam como único lugar possível de circulação (DELGADO, 2004, p. 62-63).

Nesse sentido, o autor entende o CAPS como serviço que vai cumprir uma função de transição, ou seja, para permitir que a circulação dos loucos pela cidade se dê fora do confinamento é necessário que os serviços substitutivos se afirmem, no espaço urbano concreto, como um lugar que as pessoas podem frequentar, estabelecer ligações, relações, itinerários

peçoais (DELGADO, 2004). Esse papel, como temos visto pelos apontamentos das participantes, o CERSAM Rosimeire Silva tem cumprido, sendo, inclusive, reconhecido como serviço de postura muito acolhedora, conforme lembrado por Débora:

Débora – Eu acho que o CERSAM tem uma outra característica que é, eu não sei, eu não trabalhei em outros CERSAMs pra ter essa comparação, mas que a gente ouve muito as pessoas comentando, principalmente os mais antigos, de uma abertura muito grande, de uma porta muito aberta, assim, muito mais aberta. Então, a gente tem essa coisa de um acolhimento, às vezes até de pacientes que nem são da nossa regional a gente fica com eles...

Maria – Nem do nosso município.

Débora – ...É, nem do município às vezes, a gente acaba ficando com ele porque houve uma transferência, houve um investimento afetivo, né, tanto da referência quanto do próprio sujeito, e a gente fica com eles, assim.

Dessa maneira, é importante retomar os apontamentos de Delgado acerca do CAPS como lugar destinado a construir sua própria dissolução: “não um dissolver-se no sentido da destruição, mas de modo a funcionar de fato como um agenciador potente, para que as pessoas construam, reforcem, criem permanentemente seus laços sociais e seus itinerários de ocupação do espaço urbano.” (2004, p. 62-3). Ou entendendo, conforme Nicácio, a porta aberta com duplo movimento, para dentro e para fora:

Dessa forma, a garantia de universalidade do acesso requer porta aberta em seus múltiplos significados e, ao mesmo tempo, a elaboração de estratégias para ir ao encontro da demanda. Em outras palavras, a porta aberta não se circunscreve ao interior do serviço e implica adentrar nos territórios, reconhecer os processos de produção da demanda psiquiátrica, os caminhos que usuários e familiares percorrem nos serviços socio sanitários, as diversas formas de desassistência e abandono (NICÁCIO, 2003, p. 176).

E, também, nessa perspectiva, uma outra prática de cuidado mencionada pelas participantes, tem ressonância com os apontamentos de Nicácio de que, partindo das necessidades dos usuários em seus percursos terapêuticos, “(...) a presença e a implicação da equipe nos contextos reais de vida buscava reconhecer as possibilidades de produção e de potencialização das redes sociais no sentido de operarem como redes de trocas e de suporte para os projetos com os usuários” (2003, p. 198):

Vitória – Eu não tenho isso cientificamente não, tá? Assim, eu tenho de uma experiência que deu certo que é ir fazer a visita e falar pros vizinhos que fulano tá sendo cuidado, que eu contava com ajuda deles, “aqui ó, o telefone lá do CERSAM é esse. Qual que é o telefone da senhora? A senhora também tem problema de saúde mental, ó, quê isso, a gente ajuda, nós estamos aí pra isso

mesmo. A senhora toma esse tanto de remédio? Nossa, então tá bom. Então, a fulana também tá tomando uns remédios, a menina dela não tá conseguindo ir pra escola tomada banho, porque ela tá confusa. Então, a senhora pode ajudar no banho da menina?”. Então a clínica é muito isso assim, é no contato de ligar pra vizinha, de ligar pra Dona Antônia da vida, que é a dona da pensão que cuida dos usuários lá do CERSAM Rosimeire Silva, de ir pro território, falar que esse usuário tá sendo visto, tá sendo cuidado e que conta com o apoio da vizinhança sim, mas que também nós estamos disponíveis pra essa vizinhança.

Portanto, o percurso construído pelo CERSAM Rosimeire Silva em suas relações com o território, e em meio a tantas contradições, desafios e impasses, demonstra que há um atravessamento ou que “o território entra no CERSAM” através de seus usuários, tornando-se palco dos diversos atores em suas disputas de poder. Durante o grupo focal, percebemos que as participantes elaboram pouco conceitualmente, prevalecendo os discursos relativos às dificuldades advindas das características do território e da estruturação do serviço.

Em contrapartida, os relatos das situações do cotidiano emergidos no grupo focal e o conjunto de vivências da observação participante, tornam evidente o esforço da equipe de se colocarem, também, como atores do território, posicionando-se ao lado dos usuários nas suas tentativas de modificação das dinâmicas de poder, retomando Rotelli, para que “não sejam destruídos os pacientes nem os familiares”, “que ajudem as famílias a não incorporarem o desvalor da doença” e para “melhorar a qualidade de vida das pessoas e não para sequestrar as contradições e geri-las tecnicamente” (1994, p. 154).

O território é, a um só tempo, ponto de chegada, onde deságuam os processos de desmontagem da lógica manicomial, e espaço de atuação para a transformação dos modos como a loucura é compreendida pela sociedade. O território é o lugar da alteridade, da diversidade da vida, onde coexistem forças vivas que portam saberes e desafiam práticas instituídas. Trabalhar nele, com ele, implica tanto em assumir uma tomada de responsabilidade, capaz de enxergar os dispositivos de produção de sofrimento, e lidar com eles, quanto em fabricar e potencializar existências cotidianas. (QUINTAS, 2007, p. 10)

7.2 CERSAM Ana Maria Magalhães⁵⁶

⁵⁶ Nossa homenagem à querida Ana Maria Magalhães, militante da Associação Verde Esperança (Associação de usuários do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais [IPSEMG]) e da Luta Antimanicomial, e através dela a todas usuárias e usuários da rede de saúde mental de Belo Horizonte. Ana faleceu em 26 de dezembro de 2014. Para ter o prazer de conhecê-la ou revê-la e, assim, seguir aprendendo com nossa saudosa companheira, assista ao seu depoimento na 1ª Roda de Conversa sobre Formação em Saúde Mental na UFMG, de 20 de outubro de 2011, disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=u-Q-Ctsd5Ko>>.

O trabalho de campo no CERSAM Ana Maria Magalhães iniciou-se com a minha apresentação e do projeto de pesquisa em reunião da equipe, após contato telefônico com o gerente da unidade, que considerou não ser necessário uma reunião apenas com ele. Com o assentimento do gerente e equipe, o trabalho de campo foi realizado durante os meses de novembro e dezembro de 2017, totalizando cerca de sessenta horas de observação participante, em quatorze visitas ao serviço, que culminaram na realização do grupo focal, com duração aproximada de uma hora.

7.2.1 Um pouco das engrenagens do CERSAM

O CERSAM Ana Maria Magalhães foi inaugurado em 1996 e, portanto, completa vinte e dois anos. Sílvia, trabalhadora participante do grupo focal, ajudou a procurar a casa que foi comprada e adaptada pela Prefeitura de Belo Horizonte para recebê-lo. Situa-se em uma rua pequena, mas com grande fluxo de carros por ser próxima a importantes avenidas, comércios e a um grande corredor de circulação da cidade. Ao chegar, o visitante se depara com um portão de grades altas, através do qual é possível observar a varanda da casa e sua fachada com uma grande porta e duas janelas, próximas às quais encontram-se alguns bancos. Também é possível ver que há janelas de um segundo andar e um portão lateral que dá acesso a um quintal.

Pois bem, entrando pela grande porta encontram-se dois consultórios para atendimentos de urgência, cada um de um lado, alguns bancos e uma televisão próximos à recepção, configurando uma sala de espera. No fundo, à esquerda, situam-se duas amplas salas de observação com leitos e banheiro e, entre as salas, está o posto de enfermagem, que tem vidros para observação dos leitos e uma janela que dá para o quintal. De frente para o posto de enfermagem está a farmácia. Através de uma portinhola lateral à recepção há uma escada à direita e uma saída à esquerda com corredor externo para os fundos da casa, onde se encontram um refeitório para funcionários, que também funciona como espaço para reuniões e oficinas, banheiro e área com equipamentos e materiais para serviços gerais. Dos fundos também há um portão que o liga ao quintal.

Voltando à recepção e subindo a escada estreita e de madeira, chega-se ao segundo andar. Na saída da escada vê-se um pequeno *hall* com um banco, que funciona como sala de espera para cinco consultórios. À direita há um corredor, separado do *hall* por uma portinhola, onde encontram-se dois banheiros à direita e um almoxarifado e a sala de plantão à esquerda. A sala de plantão tem saída para uma varanda, onde há uma pequena copa para funcionários e visão para o quintal. Ao lado da sala de plantão e no final do corredor encontra-se uma sala, onde

trabalham os funcionários do setor administrativo e, através da qual, acessa-se a sala da gerência.

Retornando ao primeiro andar e caminhando em direção ao quintal, passando pela varanda da frente, vê-se um corredor coberto com toldos, onde se situam bancos sob as janelas, sendo uma delas a janela do posto de enfermagem, onde os usuários recebem as medicações. De frente ao corredor há uma grande piscina, rodeada por mesinhas e bancos em alvenaria e por algumas árvores. Nos fundos do quintal, dividindo parede com a construção vizinha, há um quiosque com bancos e espreguiçadeiras e, ao lado, uma pequena área aberta com um chuveiro ao ar livre. Já na parte da frente, há uma área coberta mais ampla, com banheiros e o refeitório dos usuários, espaço também utilizado para realização de oficinas.

Quanto à estrutura física e dinâmica do serviço, foi possível perceber durante o trabalho de campo que a equipe sempre tem discutido sobre o assunto “em cima – embaixo”, dando a entender que a localização da sala de plantão no segundo andar causa um distanciamento dos plantonistas da equipe de enfermagem e dos usuários. Essa distância ficou muito evidente em algumas situações como, por exemplo, um conflito entre duas usuárias na área do quiosque, em que os plantonistas, mesmo ágeis, demoraram a chegar até elas.

Um aspecto ainda mais delicado se dá quando algum usuário demanda atendimento dos plantonistas ou técnicos de referência. Eles se dirigem ao profissional da recepção que liga ou chama pelo nome os plantonistas no andar de cima. Quando não conseguem contatá-los, o recepcionista orienta o usuário a aguardar, retira o seu prontuário e o deixa sobre a bancada, o que sinaliza aos plantonistas que há uma demanda de atendimento. Ou seja, pareceu-me que ocorre uma certa burocratização do contato entre usuários e profissionais e, em um momento da reunião de equipe, o profissional da recepção desabafa que, ao assumir esse lugar de intermediação, “a recepção torna-se adoecedora”.

Como há o receio de ocorrerem quedas na escada, a maioria dos profissionais procurava manter fechadas as portinholas de acesso ao segundo andar e evitar que os usuários o acessem pois, em geral, aqueles (poucos) usuários que ignoraram a portinhola e subiram até o segundo andar são os que se encontravam em momentos de grande desorganização psíquica e, portanto, correndo o risco de acontecer algum acidente na escada. Por outro lado, foi possível perceber alguns plantonistas que optam por permanecer boa parte do tempo no primeiro andar em contato mais direto com os usuários, e uma profissional que tem uma postura mais crítica quanto às portinholas ficarem fechadas e as mantém abertas, deliberadamente, em seu plantão. Nessas questões, cabe refletir a partir do conceito de “porta aberta”, para Nicácio:

A porta aberta significava não apenas uma nova forma de recepção do usuário,

mas delineava as bases das relações do serviço com os usuários, colocando em movimento a própria instituição e interrogando as diversas formas de distanciamento e de fechamento das portas que se produzem no cotidiano. Neste sentido, a *porta aberta* concreta e simbólica requer uma dinâmica de trabalho que, distante de concepções burocráticas, seja capaz de operar no movimento de ordem-desordem, instituinte-instituído na qual as ações são construídas, desmontadas, reconstruídas a partir das necessidades dos usuários em seu contexto de relações (2003, p. 175).

Os usuários permanecem, em sua grande maioria, na área do quintal, na varanda e, eventualmente, encontram-se alguns na recepção, assistindo televisão. A piscina proporciona um clima muito alegre ao serviço e se torna um recurso ao qual eles têm acesso livremente, sem intermediação da equipe, que apenas observa e orienta a não pularem na mesma, a fim de evitar acidentes. É certo que muitos usuários não gostam, mas boa parte deles se diverte muito. Cabe salientar que a manutenção da piscina é feita a partir de contribuições dos próprios trabalhadores, mas, em geral, o serviço tem um aspecto agradável e organizado, sinal de que as manutenções dos espaços e equipamentos são mais ágeis e duradouras.

Atualmente o CERSAM Ana Maria Magalhães é responsável por toda a população adscrita em sua regional (nomearemos de 3), que está estimada em 350 mil habitantes (BELO HORIZONTE, 2018). Trata-se de uma região com alguns pontos turísticos e de lazer da capital, bairros nobres com casas de luxo, e claro, áreas de grande vulnerabilidade. Segundo o gerente da unidade, até o ano de 2015, o CERSAM Ana Maria Magalhães também era responsável por metade da regional 4 que, até então, não possuía CERSAM próprio. Contam com seis leitos de hospitalidade noturna e, durante os dias de observação participante, não houve excedente de usuários indicados para essa modalidade de tratamento.

Quadro 4 – População e área de adscrição do CERSAM Ana Maria Magalhães

Regional	População	Área	Bairros	CERSAM	UBSs	Equipe
3	350.000 hab.	51,21km ²	57	Ana Maria Magalhães	14	16 TNS + 5 psiquiatras, divididos em 5 micro-áreas.

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (2018) e diário de campo.

A equipe é composta por duas assistentes sociais, quatro enfermeiras, duas terapeutas ocupacionais, oito psicólogos, totalizando, no momento, dezesseis técnicos de referência, mais cinco psiquiatras e a farmacêutica. Além do gerente, há também uma profissional que exerce a função de gerente adjunta e outras três no setor administrativo. A equipe de apoio é composta

por dois recepcionistas, quatro porteiros, quatro copeiras e seis profissionais da limpeza, trabalhando 12x36 e divididos nos períodos noturno e diurno. Também compõem a equipe de forma mais flutuante estagiários de psicologia, medicina e terapia ocupacional e residentes – atualmente uma psicóloga e um médico da Residência Integrada em Saúde Mental SMS/HOB.

Todavia, uma das psicólogas está de licença médica há um longo período e segue sem substituição, devido à demora para a liberação da extensão de jornada do profissional escolhido para tal. Ainda segundo o gerente, uma terapeuta ocupacional não teve seu contrato renovado e, no caso desta, não há previsão de reposição. Assim, a equipe sofreu, não sem protestos e contestação por parte de todos, uma redução de seu corpo técnico, como soubemos ter ocorrido também em outros CERSAMs, à exceção do CERSAM Rosimeire Silva que, com a justificativa de ser responsável por uma regional e meia, conseguiu manter todos os técnicos.

Não foi possível realizar um levantamento quantitativo do total de profissionais da equipe de técnicos de enfermagem. Contudo, segundo relatos dos próprios profissionais e da enfermeira supervisora, a equipe não está defasada e, quando há alguma intercorrência com certa antecedência, ela tem conseguido cobrir os plantões. A organização das funções é feita da seguinte forma: um profissional para o posto de enfermagem; um ou dois, de acordo com o dia da semana, para o transporte; quatro para a permanência-dia, sendo que um ou dois podem ser deslocados para a observação, que só fica aberta quando há algum usuário contido ou com necessidade de permanecer no leito (existem dois profissionais além destes que são fixos na função da farmácia).

A equipe de enfermagem me pareceu, em geral, atenta ao seu trabalho de acompanhamento e observação dos usuários. Eles participam de todas as passagens de plantão, que ocorrem em um consultório do primeiro andar, e sempre têm representantes nas reuniões de equipe. Uma das técnicas me conta que sua função é “preventiva”, exemplificando com uma intercorrência ocorrida pouco tempo antes, na qual um usuário ia acender um cigarro de maconha em uma parte mais escondida do serviço, ela viu a situação e o abordou. Outra profissional informa que trabalha em dois CERSAMs, mas pediu para sair do outro, onde trabalha há dez anos, e ficar apenas no Ana Maria Magalhães, no qual o vínculo ainda é de um ano. Quando lhe pergunto o motivo, ela diz que “aqui é bem mais organizado”.

Os motoristas compõem a equipe e o transporte também é um recurso escasso. A equipe trabalha com uma planilha de indicações de usuários à permanência-dia e ao transporte, que é impressa todos os dias pelos profissionais da recepção e entregue ao plantão, recepção, portaria, equipe de enfermagem e copa. Quando há excesso de indicados ao transporte em relação ao número de vagas, é feito um rodízio entre os usuários que, em vez de serem levados para a

permanência-dia, são apenas medicados em casa.

Segundo os recepcionistas, há uma média de cinquenta e quatro usuários indicados à permanência-dia, sendo que nos dias mais cheios esse número chega a cerca de sessenta e sete, mais aqueles que vão para atendimentos ambulatoriais, totalizando aproximadamente oitenta usuários. A maioria dos profissionais utiliza a agenda do sistema de prontuários eletrônicos chamado *Gestão*, de forma que a recepção consegue visualizar os usuários agendados para o dia seguinte, imprimir a lista e separar os prontuários.

Durante o período de observação participante no CERSAM Ana Maria Magalhães, ainda estava ocorrendo a mudança da empresa contratada pela Prefeitura para prestação de serviços de limpeza e copa. As profissionais da limpeza já haviam chegado e estavam se adaptando, mas a copeira ainda estava ausente. Assim, a equipe se preparou para não deixar de servir o lanche e, nos horários combinados, sempre havia dois profissionais realizando a tarefa. Percebe-se, portanto, que o serviço atingiu um nível de organização importante, a despeito das inúmeras precariedades que assolam os serviços públicos.

7.2.2 O cotidiano e seus impasses

O horário dos Técnicos de Nível Superior (TNS) é bem delimitado em uma escala do serviço. Eles realizam um plantão semanal de seis horas, um horário de ambulatório de quatro horas, a reunião de equipe com quatro horas e, no outro turno de seis horas, eles têm uma hora e trinta minutos destinados à permanência-dia e o restante do tempo é também destinado a atendimentos ambulatoriais. Foi possível observar vários profissionais em seus horários destinados à permanência-dia, circulando pelo primeiro andar do serviço e colocando-se à disposição para conversar com os usuários. Porém, em alguns momentos, o profissional escalado não cumpria essa função e, também, não observei nenhuma iniciativa de realizar outras atividades além das conversas com os usuários.

Alguns profissionais também têm horários destinados à realização de oficinas, em especial as terapeutas ocupacionais e estagiárias, mas também uma das psiquiatras que disse “como não tenho habilidades manuais pensei nessa oficina de pensar: a oficina de ideias”, na qual trabalha com leitura e discussão de textos. Um enfermeiro comenta que há grande cobrança por parte da gerência do serviço por realizarem oficinas e que, como tem um certo domínio de violão, pensa em utilizá-lo como recurso. Porém, sente-se muito inseguro: “não sei como tem que ser uma oficina”, demonstrando mais uma vez o imaginário acerca das “oficinas”, discutido no capítulo anterior.

As equipes de plantão são compostas por dois TNS, sendo que as psiquiatras as compõem como “retaguarda”, à exceção de uma delas que se ofereceu para ser plantonista quando houve desfalque na escala, dizendo que “na retaguarda fica muito à toa”. Entendi que a psiquiatra de retaguarda é acionada apenas quando se faz necessária alguma intervenção médica em sentido estrito, ao contrário dos plantonistas que são responsáveis por todas as funções do plantão, tais como os acolhimentos, organização do transporte, atender telefonemas, mediar conflitos entre os usuários da permanência-dia, etc.

Assim, em um turno de trabalho, geralmente, estão presentes dois plantonistas, a psiquiatra de retaguarda, cerca de dois a três profissionais em horário de ambulatório, um ou dois com horários destinados à permanência-dia e/ou oficinas. Quando um dos plantonistas está de férias, licença ou por outro motivo se ausenta do serviço, é realizado um rodízio entre os demais profissionais presentes no turno de trabalho para cobrir o plantão, o que parece gerar alguns problemas, pois na reunião de equipe alguns profissionais mostraram-se queixosos com “o agendamento de atendimentos ambulatoriais ou a realização de oficinas no plantão”.

Outras questões relacionadas ao cotidiano do trabalho ficaram mais explícitas em uma oficina conduzida pela Referência Técnica do Distrito e realizada durante o horário da reunião de equipe. Alguns profissionais da equipe de enfermagem presentes colocaram em discussão as divisões entre equipe técnica e equipe de enfermagem, com relato enfático de que “alguns TNS não escutam a equipe de enfermagem”, quando trazem informações sobre os usuários. Isso envolve também a relação com a retaguarda psiquiátrica, pois citaram que às vezes o técnico de enfermagem procura conversar com a psiquiatra quando observa a necessidade de alguma intervenção com um usuário, sem discutir com os plantonistas antes.

Dessa prática pode-se imaginar que ocorra um reforço à medicalização dos usuários, já que quando alguns profissionais da equipe de enfermagem recorrem diretamente às psiquiatras, impedem que os demais plantonistas lancem mão de outros recursos, como a escuta, um acompanhamento próximo ou o manejo dos conflitos. Uma fala na reunião (“sobe e desce com a receita”) demonstra essa prática, o que também pode ser outro ponto de reflexão, pois entende-se que a retaguarda psiquiátrica não se envolve com os outros possíveis manejos dos usuários e, quando solicitada, faz a prescrição medicamentosa a partir do relato do colega e sem discutir com o usuário.

Em um contexto de inúmeras demandas direcionadas ao profissional, como é comum nos CERSAMs, tal prática é compreensível e eventualmente necessária para o bom andamento do serviço, além de reforçar o trabalho em equipe. Porém, poderia ser utilizada apenas nesses momentos de maior asoberbamento que, durante o período de observação participante, não

foram predominantes. Ressalta-se que o CERSAM Ana Maria Magalhães é o único que tem em seu corpo técnico cinco profissionais psiquiatras e, portanto, nenhum turno da semana sem o recurso a esses profissionais.

Por outro lado, uma psiquiatra relata sobre o que ela nomeou como perfil do plantão “AO AO”, ou seja, que tem uma prática médico-centrada de “encaminhar AO psiquiatra” qualquer demanda e leva a retaguarda a assumir as questões do plantão. Discutiu-se também a contenção dos usuários, conduzida pela equipe de enfermagem quando os plantonistas não estão presentes, interrogando-se qual o limite das autonomias dos variados atores. Em meio a tantas questões, pareceu-me que muitas delas giram em torno das relações de poder entre os profissionais e entre eles e os usuários. Seria interessante que pudessem refletir sob essa ótica e talvez produzir processos de cuidado e trabalho mais compartilhados pela equipe. Nesse sentido, vale retomar as reflexões de Nicácio:

Entendemos que a ação em equipe é fundamentalmente um espaço coletivo de ação e reflexão de nossas práticas nas quais as especificidades profissionais não são ‘identidades’ a serem defendidas, mas instrumentos de ação que se constroem, que se transformam a partir da relação de nossos conhecimentos com a realidade. A ruptura com o modelo médico e a clareza de que a divisão técnico-política é uma estratégia histórica e eficaz de poder redimensiona nossos questionamentos - é pensar nossos instrumentos de ação, conhecimentos técnicos e teóricos frente à vida, na qual se desenrola saúde e doença e não frente à doença como objeto fictício separado da complexidade da existência do sujeito (1989, p. 107).

E os questionamentos de Abou-Yd e Silva:

A ruptura radical com o manicômio representa ainda a efetiva ruptura com nossas identidades profissionais, que nos lançam num processo revolucionário singular. Nosso fazer deve, necessária e obrigatoriamente, romper com as gêneses fundantes de cada profissão para inventar um outro campo e outro saber; substituir a hierarquia dos discursos e técnicas pela partilha do poder, não só entre técnicos, mas também com os usuários e familiares. Deve dotar-se de sentido, ser desalienado e crítico o bastante para que nele possamos reconhecer nossos traços. Ir além, muito além de nós mesmos e engajar-nos numa construção impossível de ser concluída, posto que deve ser sempre renovada, refeita, inventada. Nossas ações cotidianas revelam tal disposição? Como trabalhadores da saúde mental, temos sido psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, etc., agindo cada um, exclusivamente, dentro dos limites de nossas competências técnicas ou temos efetivamente inventado um outro modo de fazer coletivo? (2004, p. 76).

7.2.3 Referência técnica e micro-áreas

Quanto aos espaços de supervisão e reunião de micro-áreas, sabemos que cada regional se organiza de uma forma e possui periodicidades diversas. Na regional 3, essas reuniões são quinzenais, intercaladas com as reuniões de equipe. Durante o trabalho de campo, foi possível observar o importante papel protagonizado pelo profissional que faz a função de Referência Técnica em Saúde Mental do Distrito Sanitário 3, que se fez presente tanto na reunião de supervisão, espaço onde já se espera sua participação, mas também em oficinas nos serviços e nas reuniões de matriciamento, evidenciando um grande e potente esforço de articulação regional.

A oficina anteriormente mencionada e conduzida por esse profissional no CERSAM, já pela segunda vez, tem sido desenvolvida também no CERSAM AD, Centro de Convivência e na Atenção Básica, e seu objetivo é discutir sobre a política e o modelo de atenção sustentados pelos serviços. Essas oficinas são um desdobramento de oficinas realizadas por um supervisor institucional com o coletivo de gerentes de CERSAMs, que depois se ampliou para demais gerentes e referências técnicas dos distritos.

Na oficina que pude presenciar, a referência técnica conduz de maneira bastante interessante a discussão, fazendo pontuações necessárias e chamando a equipe a pensar em como transformar as questões colocadas em propostas. Por diversas vezes, pondera que essas propostas são construções coletivas e “sem receita”, na tentativa de implicar os profissionais nas discussões e nas proposições. Utiliza-se de importantes referências bibliográficas do campo da saúde mental para incentivar a formação dos profissionais e disparar as discussões, bem como a leitura do relatório das principais discussões da primeira oficina.

Ainda segundo a referência técnica, ele tem priorizado em sua carga horária a participação em todos os matriciamentos da regional, inclusive abrindo mão de outras possíveis agendas para não deixar de comparecer, como será melhor abordado também no próximo tópico. Nessa supervisão em que estive presente, em virtude do adoecimento da psicóloga da Unidade Básica de Saúde escalada para a apresentação do caso e da supervisora, ele propôs uma discussão a partir de trechos da Linha Guia de Saúde Mental sobre Atenção em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde (MINAS GERAIS, 2006). Após a leitura do texto, importantes impasses da Atenção Básica foram colocados em questão e a referência técnica encerra as discussões, em virtude do esgotamento do tempo, com a pergunta: “é possível construir algo que oriente o PSF sobre a gravidade dos casos?”

Importante colocar aqui, também, o exemplo de um desafio para o trabalho no território na perspectiva das equipes das UBSs, que pude presenciar em uma reunião de micro-área subsequente à supervisão. As reuniões tinham um número expressivo de profissionais, sendo

que a micro-área à qual me juntei e que reúne duas UBSs contava com a presença dos psiquiatras das UBSs e do CERSAM, o psicólogo da saúde mental de uma das UBSs, o psicólogo do NASF, uma terapeuta ocupacional do CERSAM (os outros dois técnicos do CERSAM responsáveis pela micro-área não estavam presentes, pois uma estava de licença médica e o outro escalado para o plantão). Além desses profissionais estavam presentes quatro profissionais do PAI PJ, dois profissionais do CAMP⁵⁷, três profissionais referências técnicas para os Serviços Residenciais Terapêuticos da Coordenação de Saúde Mental/SMS, o supervisor da SRT e uma assistente social do Distrito Sanitário.

As profissionais da equipe de SRTs, PAI PJ e CAMP compareceram à reunião para a discussão do caso do Sr. João, 64 anos, que será desinstitucionalizado do CAMP e passará a viver na SRT localizada no território de uma das UBSs da micro-área. João, ainda jovem, vivia em uma comunidade quilombola de uma cidade no norte de Minas, quando passou ao ato e assassinou um tio. Como constatou-se ser portador de sofrimento mental, foi internado no Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena, por cerca de vinte anos, sendo depois transferido para o CAMP em Ribeirão das Neves, onde vive há dezesseis anos. João teve cessação da medida de segurança desde 1992 mas, como não tinha para onde ir, permaneceu “morando” no CAMP até o presente momento, quando enfim articulou-se uma vaga para ele em um SRT.

Profissionais do CAMP referem que o usuário encontra-se estável há muitos anos e que, portanto, tem indicação de ser acompanhado pela equipe da UBS. Ele fez uma visita à SRT e se mudaria em definitivo no dia seguinte. Alguns profissionais demonstram espanto e indignação com a história do usuário, mas o psicólogo da unidade responsável apenas pergunta “que expectativas ele tem para a psicoterapia?”, ao que alguns respondem sobre a necessidade de se construir um projeto terapêutico para o usuário.

Não era objetivo deste trabalho acompanhar as ações das equipes de saúde mental das UBSs, mas chama a atenção o entendimento que o profissional demonstrou ter do trabalho que deve ser realizado por ele. Pareceu-me preocupado com os recursos subjetivos desse homem, sobrevivente dos horrores da lógica manicomial, para sessões psicoterapêuticas, em vez de pensar em como construir junto em ele estratégias para tomar sua vida pelas mãos, circular pela cidade e poder conviver conosco. Essa postura, com certeza, impacta na rede de saúde como um todo e vai exigir dos trabalhadores do CERSAM responsáveis pela micro-área, bem como da referência técnica, posicionamentos delicados para a garantia da continuidade dos cuidados

⁵⁷ Centro de Apoio Médico Pericial: unidade do sistema prisional da Secretaria de Segurança Pública.

de um grande espectro de usuários que, porventura, não tenham expectativas para a psicoterapia. Ademais, conforme Lancetti:

A reforma psiquiátrica, longe de reduzir-se a bandeiras ideológicas, traz para a clínica uma exacerbação de complexidade. A consulta psiquiátrica, a entrevista psicológica e a visita domiciliar, os grupos terapêuticos e as oficinas de arte e de produção são recursos pobres para o atendimento de pessoas que não demandam, que não possuem cultura psi ou que se violentam de diversas formas (2011, p. 51).

Dando sequência à reunião, os trabalhadores passam à discussão de um caso levado por uma assistente social do distrito, que diz respeito à solicitação de institucionalização de uma idosa. Trata-se de duas irmãs na faixa dos oitenta anos de idade, que residem há trinta anos em uma casa que fica no terreno de uma escola estadual. A irmã mais velha era zeladora da escola e todos gostam muito delas, tendo inclusive o diretor se negado a proceder à sua retirada da escola. Em visita, a profissional observou que a idosa é portadora de sofrimento mental e parecia desestabilizada por não tomar as medicações corretamente.

A partir dessa informação, a discussão girou em torno da necessidade de regularização do uso da medicação, ficando ao final a própria assistente social responsável por organizar com a escola alguém que pudesse assumir a responsabilidade e a equipe da UBS se incumbindo de orientar essa pessoa. Pareceu-me, outra vez, pouco o envolvimento dos profissionais da UBS para questões que estão relacionadas com o cuidado e a convivência de portadores de sofrimento mental no território. Dessa forma, de acordo com Quintas, as práticas de cuidado elucidadas por essa discussão presenciada não contribuem para a desinstitucionalização da loucura, na medida em que esta requer uma relação com o território:

A ação territorial dos serviços substitutivos, seja ao tomarem a responsabilidade pelo sofrimento psíquico das pessoas na sua convivência em sociedade, seja ao articular diversas pessoas, instituições, movimentos sociais e culturais que habitam o território, possibilita a mudança de cultura em relação à loucura, e potencializa recursos das comunidades e dos sujeitos (2008, p. 12).

E, finalmente,

O encontro entre as propostas da territorialização em saúde e da desinstitucionalização das pessoas no âmbito da saúde mental traz para as práticas de cuidado uma nova pauta discursiva e operacional, que parte do reconhecimento do lugar para identificar recursos e dispositivos para a inclusão do sujeito como cidadão autônomo capaz de incidir em seu próprio

processo terapêutico e na estruturação de sua identidade. O que importa nesse processo é o encontro do sujeito com ele mesmo, tanto na dimensão singular quanto na coletiva, e a construção de uma vida com pertencimento a territórios, lugares e histórias (GONDIM, SOALHEIRO, 2017, p. 78).

7.2.4 Matriciamento

Em conversa com o gerente do serviço, ele lembra que até há pouco tempo o CERSAM Ana Maria Magalhães atendia também à metade da regional 4. Após a criação do “CERSAM 4”, os profissionais que eram responsáveis pelo atendimento dos usuários dessa regional foram realocados nas micro-áreas do Ana Maria Magalhães e, a partir de uma provocação do gerente, definiram pela participação nas reuniões de matriciamento mensais das Unidades Básicas de Saúde. Assim, cada TNS do CERSAM é responsável pelo matriciamento de uma UBS e tem carga horária de trabalho reservada para essa atividade.

Durante o trabalho de campo foi possível acompanhar duas reuniões de matriciamento, a partir do convite da psiquiatra do CERSAM, que também é a psiquiatra de referência para uma micro-área. Ela própria considera isso um diferencial, na medida em que as demais psiquiatras no CERSAM não conseguem participar dos matriciamentos, mas ela sim, pois essa é uma atividade obrigatória dos psiquiatras das UBSs. Essa profissional comenta que as unidades para as quais é referência tem equipe consolidada e baixa rotatividade de profissionais, sendo que alguns deles estão há quinze, vinte anos e ela mesma tem vinte e um anos de trabalho na UBS e há oito anos está também no CERSAM. Avalia que isso ocorre em virtude do “perfil dos profissionais”.

A reunião de matriciamento em saúde mental da UBS que nomearemos de Bernadete Mazieiro⁵⁸ ocorre em um centro comunitário ao lado da UBS, um local onde há muito verde e que, pelo o que pude ver no quadro de avisos, abriga a realização de diversas atividades culturais e de lazer. Inicialmente encontro com a psiquiatra, que informa que gostava de realizar as reuniões em salas da UBS onde tivesse acesso ao sistema *Gestão*, para que pudesse fazer consultas ao prontuário eletrônico e os agendamentos das consultas; as salas com esse recurso, porém, são pequenas.

De fato, havia um grande número de profissionais na reunião e a sala atual também mostrou-se pequena: além da psiquiatra, da psicóloga do CERSAM – nossa participante do grupo focal, Carmen - e da Referência Técnica do Distrito, participam da equipe da UBS a assistente social, a psicóloga, a estagiária de psicologia, as agentes comunitárias de saúde de

⁵⁸ Usuária da rede de saúde mental de Belo Horizonte, recentemente encantada.

todas as equipes durante toda a reunião, algumas técnicas de enfermagem, além das enfermeiras e médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da equipe de apoio. Os médicos e enfermeiras se revezam e há a organização de horários para que possam cobrir o atendimento na UBS. Além de mim, estavam presentes também dois pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais que estudam o apoio matricial.

O matriciamento na UBS Bernadete Mazieiro tem, de fato, uma participação muito interessante de vários atores das equipes. Pensando que, inicialmente, o matriciamento era cancelado caso a psiquiatra não pudesse comparecer, ou que em algumas vezes as ACSs não participavam por falta de espaço na sala, conforme relatou-me a psicóloga do CERSAM, pode-se considerar que essa equipe construiu um processo de trabalho muito interessante e que tem motivado a todos no cuidado aos usuários da saúde mental.

Na tarde em que participei foram discutidos cerca de quatorze casos, de complexidades variadas. Em alguns deles, penso que a discussão ocorreu de maneira mais superficial e, também, penso que é importante refletir sobre as ofertas de cuidado ou projeto terapêutico construídos nos matriciamentos. Isso porque, em boa parte das situações, por mais que houvesse um compartilhamento maior da história e contexto de vida do usuário e envolvimento, em especial das ACSs, os encaminhamentos das discussões ficavam restritos ao agendamento de consultas com a psicóloga, com a psiquiatra, ou ambas; outras vezes, apenas em orientações para condutas medicamentosas.

A participação da referência técnica foi um ponto importante ao ponderar, em alguns casos, outros possíveis encaminhamentos ou a orientação da política de saúde mental. Mesmo assim, foi possível notar que, como é comum ouvir de alguns psicólogos de UBSs, a agenda dessa profissional fica sempre muito cheia. Assim, é necessário, também e sempre, uma maior qualificação por parte das ESFs na escuta e identificação de casos como, por exemplo, um dos casos levado para discussão por uma enfermeira, pois a usuária disse que “precisava conversar”. Certamente, a profissional partiu também da história de vida difícil da usuária, mas pareceu-me que ela mesma poderia acolher a usuárias outras vezes, até que se delimitasse melhor sua demanda pelo acompanhamento em saúde mental.

Por outro lado, também é necessário que a equipe de saúde mental elabore estratégias para que essa qualificação ocorra. Portanto, seria interessante que essa equipe avançasse em seu trabalho, a meu ver, pensando nessa formação continuada dos trabalhadores, na construção compartilhada dos casos, na ampliação de sua oferta de cuidados para além do tratamento medicamentoso e psicoterápico e, também, em como está trabalhando com/no território. De acordo com Gondim e Soalheiro,

Situar a categoria território no centro da discussão das práticas de atenção básica e do cuidado em saúde mental é buscar em seus múltiplos significados aqueles que se relacionam aos processos e construção de subjetividades e identidades, de vínculos, de acolhimento e de troca. Sobretudo, é ressaltar e valorizar o conflito, identificando seu contexto, desvelando sofrimentos e dando significado ao encontro de diferenças e afetos (2017, p. 60).

As discussões de alguns casos dão sinais das relações com atores/instituições e singularidades do território: há um abrigo para acolhimento institucional de adolescentes, que sempre recorre à UBS; há um usuário que passou pela desinstitucionalização e agora vive com a família, mas a equipe desconhecia; os encaminhamentos das escolas de crianças com dificuldades de aprendizagem e outras também estão presentes; aquele espaço do centro comunitário pode ser parceiro em outras ações?; entre várias outras situações. Assim, conforme Lancetti, pode-se questionar: “como a relação CAPS/PSF pode inserir-se no campo da cultura e agir no território existencial?” (2011, p. 50).

Já na reunião de matriciamento da UBS que nomearemos Rafael Franklin⁵⁹ estavam presentes a psiquiatra da micro-área, o psicólogo do UBS, que também trabalha no CERSAM, a assistente social do CERSAM, que é a responsável por acompanhar as reuniões dessa UBS, e uma estagiária de psicologia da UBS. Observo que as equipes de ESF têm horários estabelecidos e vão chegando e saindo de acordo com os horários, inclusive as ACSs que, assim, não permanecem durante toda a reunião, como na UBS Bernadete Mazieiro. Das quatro equipes, três tiveram a participação do médico da equipe e de cerca de três a quatro ACSs. A outra equipe, cuja médica está licenciada, teve a participação da enfermeira e das ACSs.

A dinâmica do matriciamento na UBS Rafael Franklin é protagonizada principalmente pelo psicólogo da unidade e pelos médicos das ESFs, que interagem pouco com as ACSs. Às vezes, espontaneamente, elas citam alguma informação importante sobre os casos e outras vezes, mais raramente, são perguntadas. São discutidos muitos casos durante toda a tarde, cerca de quarenta e sete, incluindo aqueles em que há apenas troca de informações entre os profissionais, como a notícia daqueles que não compareceram à consulta agendada com o psicólogo. Parece que esse número elevado de casos também estava relacionado com o fato de o psicólogo estar retornando de um período de férias.

Em geral, os casos são discutidos sem muito aprofundamento e pode-se perceber que há uma demanda muito grande. Em determinado momento, o psicólogo cita que “terá agenda só

⁵⁹ Usuário da rede de saúde mental de Belo Horizonte, recentemente encantado.

pra janeiro”, propondo a organização de uma lista de clínicas universitárias e ONGs que ofereçam atendimentos psicoterápicos gratuitamente ou a baixo custo. O território da unidade também dá seus sinais: a escola notificou a UBS de que dez adolescentes de doze anos fizeram cortes nos braços; uma Comunidade Terapêutica que demanda atendimentos das equipes para seus internos; contextos de grande vulnerabilidade, negligência, uso abusivo de álcool e drogas, membros de famílias envolvidas com o tráfico. Assim, há ainda mais trabalho para a equipe da UBS Rafael Franklin.

Nesse sentido, para Lancetti (2011), a potência necessária para arrancar os CAPS de sua reclusão tecnocrática e de sua tristeza burocrática vem da ação combinada, da socialização do conhecimento e da distribuição de saberes, muito especialmente com o PSF. Os CAPS, para o autor, tornar-se-iam turbinados, dentre outras ações, à medida em que se relacionam com o PSF e, também, paradoxais quando sua prática ocorre, ao mesmo tempo, dentro e fora das unidades de saúde, no território geográfico e no território existencial, no domicílio e no serviço. Assim,

Conduzidos pelas mãos de agentes comunitários e pela discussão com os outros membros das equipes de PSF, os trabalhadores de saúde mental que atuam nos CAPS podem ser ativados, e essa ativação é uma poderosa arma contra a cronificação. A associação das equipes de trabalhadores de saúde mental com os profissionais de saúde que atuam na estratégia da família recoloca-os no território.

Sua ação pode ser intensificada porque o centro da ação terapêutica é colocado no campo existencial, no qual as relações de afeto, de cooperação e de produção de saúde mental se exacerbam. A clínica é obrigada a operar onde os protocolos conhecidos já fracassaram, como no caso da drogadicção ou de violência familiar e comunitária (LANCETTI, 2011, p. 50).

7.2.5 Grupo focal – “O território vivo”

Entraremos agora mais detidamente na análise do grupo focal que, apesar do menor número de participantes, teve grande envolvimento, participação e reflexão construídos pelos trabalhadores. Assim como no CERSAM Rosimeire Silva, o grupo focal foi realizado após encerrar a observação participante e foi acordado em uma última reunião de equipe em que participei. O dia e horário escolhidos (19 de dezembro de 2017) foram, também, após uma reunião de supervisão e micro-áreas, que são realizados no auditório do Distrito Sanitário, a 2,5km do CERSAM Ana Maria Magalhães. As próprias trabalhadoras indicaram uma sala para realização do grupo, onde sentamo-nos ao redor de uma mesa. Segue breve descrição das participantes:

Quadro 5 – Descrição das participantes do grupo focal

Nomes fictícios	Categoria profissional	Experiência de trabalho em serviços de saúde mental/CERSAM
Rodrigo	Psicólogo Concursado	Há sete anos no CERSAM, já tendo trabalhado três anos e meio em uma UBS/PBH e dois anos e meio em um CAPS Infantil de uma cidade da região metropolitana.
Sílvia	Psiquiatra Concursada	Há vinte e um anos no CERSAM Ana Maria Magalhães, ou seja, desde a sua fundação. Anteriormente, teve experiências em uma UBS/PBH durante um ano e meio, em um ambulatório da Polícia Militar e em um ambulatório de uma cidade da região metropolitana durante três anos. É preceptora da Residência Integrada em Saúde Mental.
Andressa	Enfermeira Contratada	Especializou-se pela Residência Integrada em Saúde Mental, tendo estagiado em todos os serviços da rede de saúde mental de BH. Há dois anos e oito meses está no CERSAM, onde trabalha 40 horas, dividindo as funções de técnica de referência e supervisora da equipe de enfermagem.
Carmen	Psicóloga Concursada	Trabalhou por três anos em UBS, ambulatório e CAPS de uma cidade da região metropolitana e, também, em consultório particular. Está há sete anos no CERSAM Ana Maria Magalhães, onde também exerce a função de preceptora da Residência Integrada em Saúde Mental. É membro do Colegiado de Saúde Mental.

Iniciamos o grupo com o acolhimento, boas vindas e agradecimento pela participação às trabalhadoras. Posteriormente, comuniquei-as sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido e assinado em duas vias. Explicamos a dinâmica de funcionamento do grupo focal e solicitei que as participantes se apresentassem, informando categoria profissional, tempo de trabalho na saúde mental e no CERSAM Ana Maria Magalhães. Pensamos essa pergunta com o objetivo de “quebrar o gelo”, mas as participantes demonstraram estar muito à vontade desde o início e desejosas de se expressarem, tanto que por algumas vezes elas próprias se regulavam no sentido de dar a palavra a alguma colega que “estava com o dedo levantado antes”.

7.2.5.1 Ideias sobre território

A partir de uma pergunta que buscava explicitar as concepções das trabalhadoras acerca

do território, compreendemos que as participantes apresentam entendimentos que abrangem o *continuum* de dominação-apropriação do conceito forte de território proposto por Haesbaert (2004). Em seu polo funcional, ou seja, território como processo de delimitação geográfica da área de cobertura dos serviços de saúde, construção de rede de cuidados que propiciam alcançar o paciente e a continuidade de cuidados, temos como exemplos:

Sílvia – Se a gente pensar antes, né, como os pacientes eram cuidados, assim, sem uma rede articulada, né, então, não tinha uma continuidade, né? Então eu penso que a partir do momento que você delimita um território, acho que você delimita também uma rede de cuidados pra aquele paciente. Então eu penso que a possibilidade de você também atuar no território, você não tá...você não está sozinho, né? Você tem a rede de cuidados, você tem a rede de pessoas, né, são pessoas que constituem essa rede, né.

Carmen – [...] Então o território me vem isso, é... uma questão também de uma organização, né, assim, uma organização da rede, né, a questão da hierarquia, né, não como uma rigidez é... porque às vezes acontece, né? Eu acho que o território, o tratamento em rede, a territorialização vem pra facilitar, mas às vezes a gente enrijece, né, assim. A ponto de às vezes nem acolher uma pessoa que chega porque não é daquele território, mas a gente pode acolher e depois direcionar, né? Também não dá pra ser flexível demais, mas também não dá pra gente enrijecer.

Em sintonia com o entendimento de Milton Santos sobre território como relações materiais e imateriais de poder e o polo de apropriação cultural-simbólica do *continuum*, proposto por Haesbaert, o participante Rodrigo tece considerações acerca de território como um conceito fundamental para a saúde pública e para o movimento antimanicomial, pois contribui para entendimento dos processos saúde-doença e como eles estão relacionados aos modos de vida e, ainda:

Rodrigo – [...] a introdução do território que de certo modo faz com que a gente pense produção do cuidado dos indivíduos em situação, né? Dos indivíduos não isoladamente, né, assim, mas no lugar onde eles moram, com quem eles moram, nos lugares que circulam, né, assim, na tolerância ou intolerância, né, assim. Ou seja, o território como algo vivo, né, assim, é um espaço, mas um espaço onde tem circulação, um lugar de forças, né, assim, de conflitos, de intrigas, né, assim. É... e que de certo modo vai apontar um pouco também, esse conceito pra que... é... praquela ideia de que a gente vai cuidar, né, assim, e transformar o outro, mas transformando o espaço, transformando o meio, né, assim. Porque se os dois, né, indivíduo e o território, né, eles são indissociáveis a gente parte pra constatação de que a gente precisa de certo modo de cuidar também um pouco dos lugares, né, assim [...]. Quer dizer, a gente vai vendo, a constatação é de que no fundo, no fundo, muitas vezes um adoecimento ou um sofrimento, ele tem uma forte conotação nos conflitos sociais.

[...]

Então, esses são elementos do território que pra mim são elementos concretos aos quais, de certo modo, a gente, a gente lida assim. E que são a expressão, são expressos né, assim, esses elementos do território eles são expressos no modo de sofrimento. E lógico que nos modos de saúde também, né, assim? São esses próprios elementos que muitas vezes, né, eles não são bons ou maus né, em si, mas eles são elementos concretos da vida.

Podemos considerar também que, ao contrapor os serviços territoriais à lógica de cuidados asilar que retira o usuário do seu contexto de vida, isola-o e o exclui, as participantes elaboram um entendimento de que território não seria apenas a mudança de locus do tratamento, lançando mão do princípio do cuidado em liberdade. Nicácio corrobora o pensamento das participantes e acrescenta: “A presença do serviço no território não significa, em si mesma, um indicador de desinstitucionalização, isto é, o serviço configura-se como territorial nas práticas concretas de interação com os usuários, com os familiares, com as pessoas e as instituições” (2003, p. 198-9). Assim, os serviços substitutivos territoriais sustentam a convivência cotidiana com a loucura:

Carmen – [...] isso me vem a questão da acessibilidade, né, assim, quando a Sílvia fala desse tempo, né, assim, ia internar. Então, assim, existia um lugar lá onde eles iam, muitas vezes era em outra cidade, em outro lugar, né, muito distante, onde eles iam e depois voltavam pra sua casa, né? E quando a gente pensa no território isso, além da rede, me pensa na questão de ser próximo, né, disso facilitar o tratamento, de facilitar o acesso. Então daquilo ser próximo da sua casa e aí, complementando com aquilo que a Andressa fala, sendo próximo você vai conseguir fazer com que ele tenha uma maior circulação, uma maior reabilitação, né. Essa palavra tem vários significados, mas assim. É isso mesmo, é tratar em liberdade, isso vem também uma questão, de um tratamento que não é higienista, né, assim, que você limpa ele daquele território, coloca, confina ele lá no lugar de tratamento e devolva ele limpinho, né? E na verdade não é isso, né, assim, ele vai continuar circulando, ele vai continuar convivendo, ele vai continuar no seu espaço, sendo rua ou casa, né? E o tratamento vai permitir essa circulação né, ele vai e vem.

Andressa – [...] um paciente muito grave, extremamente invadido, né, ele grita, ele xinga as vezes o tempo todo e ele mora próximo à minha casa. E aí eu observo como que as pessoas têm mudado em relação a ele, porque, assim, às vezes eu via as pessoas muito assustadas, se afastavam, se tavam sentadas no ponto de ônibus levantavam. Eu vejo, as pessoas olham pra ele com mais naturalidade, ele continua delirando, ele é muito invadido, entendeu? Mas as pessoas já estão dando mais conta disso, porque ele tá lá, lá é o território dele, lá é a casa dele.

Conforme vimos com Furtado et al (2016), território nem sempre é espaço físico e social apto a catalisar o processo de reabilitação psicossocial e reinserção social de pessoas com

sofrimento mental grave e, de certa maneira, as falas das participantes demonstram algum entendimento nesse sentido, ao afirmarem que “o tratamento não é higienista”. Ou seja, evidenciam que percebem as demandas sociais por uma adequação dos sujeitos loucos à ordem social e, também, a linha tênue que separa suas práticas de cuidados de ações de controle social ou práticas invasivas, como citam as participantes Sílvia e Andressa:

Sílvia – [...] Então, da gente ter esse cuidado também de como que a gente chega nesse território, né? Eu acho que possibilita o cuidado, mas tem que ter cuidado também, a gente tem que ser cuidadoso também pra gente não ser invasivo também com aqueles que a gente quer cuidar, né.

Andressa – Eu tive uma experiência no Consultório de Rua que eu não esqueço, sabe? É... Lorena, a psicóloga. Nós chegamos na Praça Raul Soares, né, e tinha um senhor, e aí ela, né, eu tava acompanhando ela, nós nos posicionamos assim a cerca de uns dois metros dele e ela falou assim “o senhor me permite que eu vá até o seu espaço pra gente conversar um pouquinho?”. Ele falou assim: “Claro, pode”. E aí eu fiquei pensando, eu falei, assim, porque a rua é pública, mas aquele espaço é dele, porque ele está naquele espaço e assim, eu não esqueço isso, porque eu achei isso muito interessante, entendeu? Porque apesar de o sujeito estar em situação de rua aquele quadrado é dele, sabe? É o espaço dele, ele tem direito de ficar ali sozinho, ele tem direito de não querer conversar com ninguém ali naquele espaço, sabe? E, assim, eu achei uma das experiências mais legais do Consultório de Rua.

Contudo, retomando nosso referencial teórico, esse risco do “controle social” como herança do velho sistema manicomial será diluído com a presença direta e cotidiana dos trabalhadores, podendo até mesmo criar uma relação de reciprocidade, que coloca em xeque a distância intrínseca ao papel profissional, frequentemente usada apenas como instrumento de dominação sobre os sujeitos. Dessa forma, a real penetração do serviço no território reduz ao mínimo os tempos de latência entre emergência e contato e permite aos cidadãos a aquisição de um útil conhecimento de suas funções (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991).

Portanto, o grupo focal demonstrou um entendimento de território em sua perspectiva integradora, na medida em que expressa desde uma concepção funcional/jurídica/política até aquela cultural simbólica, que se pergunta sobre as relações de poder.

7.2.5.2 Práticas de cuidado no território: ações, missões, dificultadores e integração à rede

A perspectiva integradora também se manifesta quando questionamos sobre as ações práticas da equipe em relação ao território. Primeiramente, a experiência dos matriciamentos, em que houve a definição de um trabalhador do CERSAM para participar em cada uma das

UBSs da regional, sendo essa uma prática consolidada há cerca de três anos no CERSAM Ana Maria Magalhães. Ressalta-se que, com a presença das equipes de saúde mental na atenção básica, é preconizado que o matriciamento em saúde mental seja realizado por essas equipes constituindo, portanto, uma iniciativa específica dessa regional e equipe a integração dos trabalhadores do CERSAM à essa ação.

A participante Carmen reconhece, ainda, o papel da Referência Técnica do Distrito em estabelecer essa prática como prioridade juntamente com a gerência do CERSAM, além de sua efetiva participação nos matriciamentos, o que contribuiu para transformações importantes em sua lógica de funcionamento predominantemente médico-centrada. Assim, embora essa ação represente um avanço em termos de articulação da rede regional e mudanças nas lógicas de cuidado, podemos considerar que ela situa território em seu polo funcionalista, ou seja, aquele relacionado à área de abrangência e rede de cuidados e recursos terapêuticos.

Carmen – [...] E tá sendo muito interessante, eu acho que isso também nos faz, né, se aproximar do território e aí eu falo do território dos serviços, né, que seriam até os Centros de Saúde, né. Então isso também ajuda demais, ajuda demais a gente entender um pouco também o outro lugar onde ele circula. Aqueles profissionais que também às vezes entram em contato com a gente e a gente tá ali presencialmente, isso facilita, né, assim, a nossa conversa. Isso faz a gente entender um pouco o funcionamento do outro serviço, porque às vezes a gente também questiona que ninguém conhece como é que a gente funciona, a gente também não conhece como os outros serviços do território funcionam, né? E aí a gente chega lá, então isso também dá uma outra noção, né, isso facilita bem como é que a gente vai fazer esse cuidado. Então, isso também é um outro ponto, assim, que eu acho que tá sendo muito bom, em termos de trabalho do CERSAM, essa formalização. Agora, é claro que vai partir também de cada Centro de Saúde como é que tá acontecendo, né, houve uma intervenção presencial da própria referência técnica daqui, em que ele colocou isso como pauta prioritária, né, a questão da aproximação dos CERSAMs no território, e ele entendeu isso como o matriciamento, como uma questão que vem a facilitar essa aproximação e ele próprio também fez presença em todos e eu acho que isso causou uma transformação na forma de conduzir. Eu falo até pelo meu, né, tô falando porque eu não conheço os outros, mas isso diminuiu a questão médico-centrado, né, que o matriciamento era muito centrado no médico, se o médico não ia não acontecia, né. Era muito centrado nos profissionais de nível superior e agora todos participam, todos os ACSs participam, né. Então, isso era muito centrado em individualidade nas equipes, hoje várias equipes participam junto, então um caso que tá discutindo pra mim, serve pra você, né, e a gente vai aprendendo todo mundo junto. Então, teve algumas mudanças também muito bacanas, sabe, de ação, que eu tô vendo até, como se diz, alguma repercussão. Eu vejo que o Centro de Saúde onde a gente trabalha lá, pelo movimento da equipe, eles apropriaram assim bastante essa aproximação e a gente vê pouco encaminhamento desse Centro de Saúde pro CERSAM, entendeu? Se a gente for contabilizar, claro que eu acho que esse não é o único fator, né, mas eu observo isso, assim. Que é uma equipe que se apropria, todos os médicos da equipe de saúde da família querem, participam, tentam discutir.

Da mesma forma, é importante refletir sobre o que a própria participante aponta: “aproximar do território e aí eu falo do território dos serviços, né, que seriam até os Centros de Saúde”, ou seja, essa perspectiva sinaliza aquilo que Furtado (2016) alerta acerca de que, ao falar de território em sua perspectiva crítica, é preciso distinguir a inserção das pessoas com sofrimento mental nos serviços e na rede socioassistencial e a inclusão nos espaços físico, social e relacional e, ainda:

Estamos numa encruzilhada entre a verdadeira inserção no território e uma transinstitucionalização. Se a primeira representa conflitos, o difícil convívio com a diferença e avanços por vezes lentos e sempre parciais, a segunda representa somente a saída do hospital psiquiátrico em direção à tutela na comunidade, conduzida por profissionais de instituições como os CAPS e os SRT (FURTADO et al, 2016, p. 10).

Por outro lado, para além da organização da rede para ofertar serviços e produzir cuidado, entendida como fundamental, o participante Rodrigo cita a organização do 18 de Maio – Dia da Luta Antimanicomial – como uma ação político-cultural construída por toda a rede de saúde mental no território da cidade. Nesse sentido, explicita uma ação não só do CERSAM, mas de toda a rede de saúde mental, que se situa no polo de apropriação simbólico-cultural.

Rodrigo – [...] Bom, eu acho que a gente tem assim, a gente acaba tendo alguns eventos, né, assim, importantes pra cidade, né, assim, que mobilizam a rede como um todo, né, assim, o Dezoito de Maio é um deles, né. Quer dizer, é uma apropriação ali de um momento de festejar e de... também de... reivindicar, né, assim, que tem uma participação maciça assim dos usuários né assim, e aí num território maior, né, assim, o território que é a cidade, né. De apropriar dele assim, de fazer discussões, de filosofar, né, mas discutir política, de ouvir Bonito, de ouvir Eduardo⁶⁰, de ouvir aquela turma muito rica, assim. Quer dizer, isso é uma troca que eu acho que se dá um pouco no território também, né, assim. E isso é uma... assim, a gente não pode dizer que isso seja uma coisa própria do CERSAM, de um CERSAM, mas isso é um movimento que envolve todos os CERSAMs, Centros de Saúde, Centros de Convivência.

São citadas também intervenções no campo da cultura e do lazer, como visitas a museus e parques, idas ao cinema, passeios diversos, piqueniques, o apropriar da rua sem saída para brincar e jogar bola, circular pela cidade. Essas ações, bem como as visitas domiciliares e intervenções da equipe em situações de crise no território são colocadas num tempo passado, como se a equipe atualmente não as realizasse com tanta frequência como já ocorreu antes. Ao

⁶⁰ Usuários da rede de saúde mental muito atuantes nas reuniões de construção do 18 de maio (nomes fictícios).

longo das discussões no grupo, as participantes vão elencando alguns fatores dificultadores para a sua realização, como tempo, organização, transporte, aumento da demanda.

Rodrigo – Era minha oficina, na verdade assim, e que eu acho até que tinha um efeito interessante assim, né, porque dava uma esvaziada.

Sílvia – Dava uma esvaziada, dava um sossego no CERSAM, sabe?

Rodrigo – Mas ele era um momento muito interessante, assim, de brincar, de jogar bola, de treinar o time pro campeonato, aquela coisa toda. E ia um monte de gente, aí tinha gente que jogava peteca, ficava brincando e tudo. Então, assim, um pouco de se apropriar desses espaços, né, assim, e nesse caso era apropriar da rua, né, uma rua sem saída, a gente se apropria dela, dois chinelos de cada lado, vira gol e o pessoal gosta muito, assim.

Sílvia – Mas a gente tem feito muito menos, assim.

Rodrigo – Tem feito menos.

Andressa – [...] E... uma coisa que eu sinto falta no CERSAM é mais tempo e mais organização pra visita domiciliar [...]. Quando você vai na casa no sujeito você tem... você tem... você tem uma outra visão dele, né.

Sílvia – É, uma coisa que eu me ressinto hoje, que eu não posso circular. No começo do CERSAM eu saía muito com a Kombi, porque a gente tinha menos pacientes, então a Kombi tem uma rota que vai buscar pacientes. Então eu costumava sair na Kombi pra buscar os pacientes, pra conhecer as casas, tinha crise a gente... eu acho que talvez a gente até se colocava em situação um pouco de risco, a gente ia até na casa do paciente trazê-lo, né. Hoje eu consigo sair quase nada do CERSAM, né, hoje eu não saio nada do CERSAM, então, fica difícil de sair.

Nesse sentido, o grupo faz uma reflexão sobre a missão do CERSAM que, segundo elas, é frequentemente discutida pela equipe e nomeada como “tratar das urgências, dos casos de grave ou moderado sofrimento mental”. Contudo, como explicitado pela fala da participante Sílvia, são as urgências que chegam até o serviço, pois não se tem como antes um trabalho de atender aos chamados das famílias e UBSs para abordar os usuários em crise, que por algum motivo não vão espontaneamente ao CERSAM. Isso fica claro, também, em outra fala de Sílvia, quando ela traz o relato de uma experiência sua de trabalho em outro município ocorrida há alguns anos e diz que seria interessante se em Belo Horizonte pudesse trabalhar assim:

Sílvia - Então, assim, teve uma moça, eu contei né, que me impressionou muito, ela morava na periferia da cidade, e aí quando eu cheguei, essa que eu falei, eles tinham feito, o pai criava porco. Então, o que que ele fez, ele criou pra ela, como ela era muito agressiva, ela nunca tinha tratado, ele tinha o chiqueiro dos porcos, um pouquinho mais longe ele fez o lugar pra ela morar, igualzinho o chiqueiro dos porcos, tá? Então, assim, tinha uma cama onde ela dormia, assim, e lá fazia um frio danado nessa cidade, e eles passavam a comida debaixo da porta. Então, toda semana ia e a família não queria que ela saísse. Então, assim, vamos medicar? Então eu comecei a medicar, eu deixava

o remédio pra outra semana, na semana seguinte eu voltava lá. Bom, ao final de uns seis meses, tá, eles já permitiam que ela entrasse em casa pra ver televisão, a moça não conhecia televisão, ela devia ter assim uns quatorze anos, ela não conhecia televisão, gente. Pra você ver, era uma psicose infantil e aí ela começou a ver televisão e depois eles começaram a deixar ela passear, ela passeava e voltava. E assim deveria ter assim uns, essa foi mais grave, mas trancado em casa deveria ter uns dez pacientes. Aí eu fui vendo, assim, gente, mas que legal essa coisa, né, assim, de você trabalhar num lugar, que você é a psiquiatra daquele espaço, eu não vou ver ele só internado, porque eu só via gente internada até então, eu não vou ver ele internado, eu vou lá, eu vejo ele lá na casa dele, aí eu sentava pra conversar com a família dele e perguntava assim “o que é que ele tem?” Tinha de tudo, “que era espírito, que era não sei o quê, que era castigo, de tudo, macumba”. “Não, isso aqui é uma doença”, “E como é que vai ser?”, “Ela é agressiva, é mesmo, mas com o remédio ela vai...”. Então, assim, essa possibilidade de intervenção não só com a paciente, mas porque as famílias também compraram a... tinha família que era muito difícil, teve uma lá que eu demorei um tempão pra eles aceitarem dar a medicação. Mas a intervenção, assim, com a paciente em si, com a família, com o entorno dela, que é isso que você coloca né? De a gente poder agir em vários, vários pontos, né, desse adoecimento, dessa pessoa, que adocece tudo ao redor também, né. É... tudo ao redor adoecido. E aí, assim, depois é interessante você ver como que as relações da família mudam com ela, mudam entre si, sabe? Aí você vê, gente, esse negócio deve ser bacana, se você pudesse trabalhar em Belo Horizonte de um jeito assim, ia ser muito legal, porque você tá perto de onde a pessoa mora, perto da família dela, e não como as coisas aconteciam. Esse é o tal do território, né. Então, a gente fica pensando, né, pensando nisso, sabe?

É possível imaginar alguns fatores que podem nos ajudar a entender essa questão, sendo que além do aspecto relativo à grande demanda e área territorial, transporte restrito, etc., em Belo Horizonte estabeleceu-se a parceria com o SAMU, o qual é colocado como recurso para essas situações. Se o usuário pode apresentar agitação psicomotora e/ou agressividade, orientar-se também sobre o concurso da polícia, já que o SAMU exige a presença da PM nesses casos. O fato é que, de uma maneira geral, os CERSAMs têm se isentado dessa tarefa, exceto em algumas situações específicas como, por exemplo, quando o usuário já está em tratamento no serviço e por algum motivo o interrompe, ou quando há alguma questão que envolve discussão entre outros setores socioassistenciais, etc. Até mesmo nas situações acima exemplificadas pode ocorrer de se tentar uma abordagem e, diante da negativa do usuário, reafirmar a orientação de “acionar o SAMU” para que o usuário seja levado até o CERSAM.

Portanto, há que se refletir sobre essa situação, pois se a missão dos CERSAMs é atender as urgências em saúde mental, haveria algo a ser feito em relação aos casos em que a demanda parte da família, da comunidade ou mesmo da UBS e o usuário não aceita ir ao serviço espontaneamente? Esse fluxo foi estabelecido e pactuado conscientemente com o advento do SAMU? Ou seja, em termos de orientação da política de saúde mental, as situações em questão

foram de fato definidas como de responsabilidade do SAMU, tendo em vista a grande população e área territorial de cada regional? Se assim ocorreu, como pensaram em termos de responsabilização pela população do território, princípio tão caro à reforma psiquiátrica e ao SUS? E o papel ativo dos serviços em relação à saúde mental, outro aspecto da proposição *presa in carico*, ou tomada de responsabilidade, elaborada pelos italianos?

Nesse sentido, assim como a função do SAMU na rede de cuidados, outra dimensão dessa discussão diz respeito ao papel das equipes de saúde mental das UBSs. Considera-se que, mesmo em situações de crise, pode ocorrer de o usuário não precisar do aparato disponível no CERSAM, a saber: o ambiente protegido; o afastamento de situações estressoras e/ou para preservar laços familiares e sociais; o cuidado em tempo integral; a possibilidade de acompanhamento do uso de medicações e/ou de agravantes clínicos etc. Nesses casos, como bem demonstrado pelo exemplo da participante Sílvia, às vezes apenas o acompanhamento próximo e regular do profissional é suficiente para que o usuário restabeleça ou inicie o vínculo com o tratamento.

Dessa forma, cabe perguntar: qual seria o papel das equipes de saúde mental das UBSs em situações de crise? Não poderiam também realizar o acompanhamento, tal como Sílvia exemplificou? Como as equipes do CERSAM, UBS e SAMU poderiam trabalhar de maneira mais coordenada nessas situações de maneira a não abandonar os usuários e famílias em nome de sua “liberdade abstrata” com a orientação de se acionar o SAMU? Tendo em vista que estamos falando de uma grande capital e territórios com população de cerca de 350 mil habitantes, a inspiração italiana de *presa in carico* precisa ser adaptada à nossa realidade? Em quais termos? Para o participante Rodrigo, apesar de não citar especificamente as situações de crise, a possibilidade de coresponsabilização é, inclusive, uma tarefa das equipes da UBS:

Rodrigo – Agora, trabalhando no Centro de Saúde é muito interessante essa possibilidade, né, enquanto...inclusive como tarefa do próprio profissional de saúde mental no Centro de Saúde, né, assim. Se a gente seguisse um pouco mais à risca, assim, a gente ficaria talvez menos tempo com o usuário no CERSAM e suprimindo um pouco mais as condições pra ele poder ir pro Centro de Saúde, né, assim, e aí sim, né, assim, aí já mais territorializado do que o CERSAMs, né, seria esse acompanhamento na Unidade Básica, né, assim. Lembrando que a rede de Belo Horizonte, ela tá bem capilarizada nesse sentido, né, assim, o fato de ter profissionais de saúde mental no Centro de Saúde, do ponto de vista institucional, demarca isso, né, você tem os profissionais na ponta, né, assim, tão lá no território, no bairro, né. Evidentemente que há uma diferença né entre você ter estrutura e a ação de fazer isso, não vou entrar nisso pelo momento, né. Mas que é possível, e que no Centro de Saúde se faz e que dá pra fazer muita visita, né, assim, desde que a gente saia dos processos especializados, de consultório, trinta minutos, oito atendimentos por dia.

Outro ponto de vista levantado pela participante Sílvia refere-se a concepções de saúde implícitas ao definir-se a missão do CERSAM como o “atendimento das crises e urgências em portadores de sofrimento mental moderado a grave”. Como ponderado por ela, ao não se estabelecerem ações em cultura e lazer como missão e, conseqüentemente, prioridade para a equipe do CERSAM, pode-se facilmente incorrer em práticas de cuidado que considerem apenas a saúde física dos usuários.

Não que em suas singularidades e atendimentos individuais os usuários não sejam considerados em todas dimensões de suas vidas, a depender dos profissionais que os acompanhem; mas o que a participante aponta diz da diretriz do serviço de uma maneira geral, ou melhor, da ausência de uma diretriz que considera o processo saúde-doença em suas múltiplas dimensões. Ademais, de acordo com Quintas, “esses serviços tornam-se substitutivos ao promoverem a desconstrução das bases técnicas e conceituais da atuação centrada na doença, ao construírem outras concepções acerca da saúde, da doença e do terapêutico” (2007, p. 12), o que corrobora a percepção da participante:

Sílvia - Mas eu acho que assim, a gente poderia intervir mais em termos de cultura no espaço deles, né, eu acho que a gente tem feito muito pouca coisa, sabe, né, assim. Tinha o passeio no parque, né, tinha um tanto de outras coisas que a gente não tem conseguido fazer mais, a gente fica muito na questão da saúde enquanto saúde física mesmo, né. Não é nem assim de a gente pensar em termos de cultura, de lazer, né, talvez a gente pudesse começar a pensar nisso, talvez esse seja um desafio pra gente, algo que tá posto aí que eu acho que a gente não conseguiu alcançar até porque não é colocado como missão pra gente, né, apesar de falar que a gente tem que passear, tem um monte de coisa.

Rodrigo – É, a gente faz à medida... é porque eu fico pensando assim né...

Sílvia – Vai lá, Rodrigo.

Rodrigo – É um pouco dentro disso, assim, porque começa a acontecer que isso de sair pra jogar bola, naqueles momentos em que você começa a ter algum usuário que faz uma demanda muito grande de cuidado, de atenção, de proximidade, né, assim. Eu começo a avaliar, será que eu deixo o pessoal do plantão sozinho aqui com esse caso, e vou jogar bola, né, assim?

Ou seja, diante das situações de urgência e crise de um determinado usuário, a equipe tende a não realizar outras ações ou ofertas de cuidado aos usuários, o que é um contrassenso, tendo em vista que, além das concepções acerca do processo saúde-doença, é preciso haver-se com os entendimentos possíveis quando se fala em crise em saúde mental como não somente a exacerbação dos sintomas psicopatológicos, mas o rompimento de laços sociais. Sendo coerentes com esses entendimentos, as ações de cuidado precisam abrangê-los, inclusive e

principalmente ao se delinear a missão do serviço. Não podemos, porém, negar que a exiguidade de recursos humanos, principalmente, também é um fator a ser considerado.

Essas reflexões evidenciam a complexidade das situações presentes na atenção à crise, desvelando que múltiplas necessidades e relações assumem significados distintos na configuração das situações como urgência/emergência psiquiátrica: os diferentes modos de expressão do sofrimento, as diversas formas de percepção e interpretação dos processos saúde-doença mental, a presença/fragilidade das redes de suporte, a presença/ausência de respostas institucionais e sociais (NICÁCIO, 2003, p. 185).

A participante Carmen também apresenta um ponto de vista nesse sentido, ao reivindicar a necessidade de a concepção e o significado de território serem trabalhados “para dentro”. Para ela é necessário que a equipe como um todo tenha um entendimento acerca do território, pois trabalhar nessa lógica implica mudanças na rotina do serviço, as quais nem sempre são bem aceitas. A trabalhadora reconhece, assim como outros já colocaram, que o CERSAM tende a concentrar, dentro de si mesmo, suas ações, trabalhadores, usuários, o que é corroborado por Lancetti: “Um dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesma e sua pouca abertura para o território” (2011, p. 46).

Carmen - E um outro ponto, eu acho que pra gente chegar a trabalhar o território, eu acho que pra dentro, a gente tem que trabalhar essa concepção pra dentro, o significado de território, da importância desse território, desse lugar. Porque, Rodrigo também tocou um pouco nisso, eu queria destacar, que existe alguma coisa em que o próprio, de uma organização do serviço, por “n” razões, que se concentra dentro do serviço, né. Então, por concentrar dentro do serviço, qualquer profissional que faz uma mudança nessa lógica que já está organizada, esse profissional ele incomoda, tá? Então, por exemplo, meu plantão é toda quinta-feira, tá, mas se por algum motivo eu precisar de trocar esse plantão por fazer algum movimento no território, ou pra ir no matriciamento, isso incomoda, incomoda as pessoas. Então, há um enrijecimento de uma organização, que é voltada pra dentro, e que se a gente mexe nela, a tendência é “Não, tá errado, vamo voltar”; “Não, mas quem vai fazer o plantão comigo?”; “Ah não, mas quem faz o plantão é fulano”; “Não, mas trocou”. Aí, incomoda, a tendência é voltar o que tá prescrito pra dentro, entendeu? Então, se por algum motivo você se ausenta do serviço pra fazer alguma ação no território, incomoda, né, as pessoas questionam, “Não, tinha que tá aqui”. Enfim, então eu acho que pra essa questão do território acontecer, isso tem que ser trabalhado um pouco da importância disso, não sei se a importância do território ela está para todos, né. Porque eu acho que, até uma coisa que o palestrante falou hoje, assim, a gente às vezes se veste de um discurso sanitarista, mas estamos agindo totalmente de forma manicomial, né. Onde se a gente se volta apenas para atividades ali do serviço e não quer saber do território, né, das ações que estão lá fora, estamos no hospital psiquiátrico, né, fazendo o trabalho ali, depois que ele sair acabou, se ele voltar eu acolho, depois que ele for embora não quero saber mais. Então, eu acho que a gente

também tem que pensar nesse coletivo, sabe, assim, um senso de equipe, assim, de que estamos dentro de um sentido maior de tratamento. E aí eu lembro de uma fala de uma paciente do Rodrigo, que foi muito legal, eu nunca vou esquecer, quando ela fala, a Andreia Pimenta, quando ela fala que, depois você pode até falar com mais propriedade, Rodrigo, mas ela fala isso, assim, que ela achou que ia encontrar a cura, assim, dentro do CERSAM e na verdade ela encontrou fora do CERSAM. A cura não está lá, a cura está no território, está na vida dela, né. Então, isso é muito significativo, né, assim, da gente pensar. Então, eu acho que isso é um trabalho assim a ser feito, se a gente for pensar nesse ponto, assim, de tomar isso, se é uma coisa importante a gente tem que fazer “n” coisas, né, pra agilizar.

Dessa forma, as proposições de Carmen, Rodrigo e Silvia dialogam com Abou-Yd e Silva, quando falam sobre a impossibilidade de conceder maior valor às práticas assistenciais e clínicas do que aqueles que se relacionam à construção da cidadania ou inclusão. Surge, no decorrer das discussões, um incômodo da parte das participantes acerca da organização do trabalho no CERSAM, que coloca em segundo plano o trabalho no território, tanto em situações de atenção à crise, quanto em ações de cultura, garantia de direitos e cidadania. Em diversos momentos elas colocam a necessidade de repensar suas práticas, como os excertos demonstraram. Nesse sentido, é importante refletir que:

A ruptura radical com o manicômio deve pressupor o limite inerente à assistência ou à clínica. Deve tomar como questão a necessidade de ir além destas para promover a inclusão social. Deve mirar o espaço da cidade como o lugar da inserção. A possibilidade de habitar o território ou a capacidade de produzir a própria cidadania não são questões de menor relevância que a saída propiciada pela reconstrução simbólica. A emancipação ou a autonomia devem articular reconstrução simbólica e construção de direitos numa mesma tessitura, que tenha a vida e não a simples remissão dos sintomas como meta. Frente a essa questão não cabe recuo, assim como não cabe recuar diante da psicose (ABOU-YD; SILVA, 2004, p. 75).

Da mesma forma em que há o direcionamento dos atendimentos de situações de crise em que os usuários se recusam a ir ao serviço para o SAMU, e pode-se pensar sobre o papel das equipes de saúde mental na atenção básica no acompanhamento dessas situações no território, ou seja, a discussão que fizemos anteriormente sobre como está se configurando a tomada de responsabilidade pelo território em termos de atenção à crise, o grupo também levanta a discussão sobre os demais equipamentos da rede cuja função principal relaciona-se à intervenção cultural e de lazer, ou seja, é necessário olhar o CERSAM integrado a uma rede de cuidados ampla, com outros dispositivos e ações que se complementam. O participante Rodrigo cita, em especial, as ações do Centro de Convivência, mas também busca chamar a atenção para as produções/ações dos usuários, que às vezes não ficam evidentes para a equipe:

Rodrigo - Quer dizer, às vezes são escolhas que a gente vai fazendo, né, assim, mas eu acho que é um pouco em função disso assim, né, que talvez – essa conversa tá fazendo pensar um pouco – assim, que na verdade a rede, a gente olha são pontos. CERSAM – e a gente pode olhar o CERSAM isolado do restante da rede, né, assim, mas podemos olhar ele integrado à rede, ao Centro de Convivência, né, aí o Centro de Convivência. Se a gente fala “olha, a gente tem vários usuários que tão em PD muitos dias da semana, mas também tão no Centro de Convivência, eles tão fazendo primeiro uma circulação de um pro outro, da casa pro serviço e tal. Nessas circulações eu acho que acontece muito mais coisas do que a gente imagina, né, assim, e talvez seja muito mais importante do que o que acontece efetivamente só lá dentro, né. Então, aí nessa circulação e nesse ir e vir, né, e nas produções que eles vão fazendo no Centro de Convivência, no Centro de Saúde, né, assim, no EJA, eles fazem, eles estão se movimentando, tão produzindo no território algumas coisas, né, assim, que nem sempre são passíveis do nosso recolhimento, do nosso olhar, né. Mas eles tão fazendo, assim, tô pensando até como é que seria o usuário falando do território, sabe, assim, o que que ele diria disso, né, assim, como que seria essa conversa, o que que ele faz lá, né. Porque às vezes a gente vai entrando em processos, assim, a gente fragmenta, né, inevitavelmente a gente vai fragmentando, especializando algumas coisas, né. Mas olhar pra isso, né, eu acho que talvez até apurar um pouco o olhar pra gente poder dar conta, né, de entender um pouco mais e de poder olhar pra essas outras circulações. Porque de vez em quando eu me deparo com essa angústia de que “nossa, eu tô fazendo muito pouco”, mas ao mesmo tempo eu falo “nossa, mas fulano, putz grila, ele voltou a trabalhar”, né? Que eu acho que é muito melhor do que eu ficar indo lá na casa dele só visitando, não sei o quê, e tal, sabe assim? Fazendo isso que, tradicionalmente, é a produção do cuidado tradicional, né assim, *stricto sensu*, toma o remédio, não sei o quê. “Ah, ele voltou a trabalhar”; “Ah ele tá fazendo o EJA”; “Nossa, ele começou a namorar” e tal, manda notícia. Eu acho que... pra não ficar me castigando muito assim (risos). E nem a gente, né, porque acontece muitas coisas, né, assim.

Nesse sentido, a participante Carmen pondera sobre a importância de os trabalhadores conhecerem o território, no sentido de ampliar o olhar e possíveis agenciamentos. Para ela, essa seria uma função dos trabalhadores da saúde mental, na medida em que, para além da rede de saúde mental, há uma rede intersetorial que pode ser apontada aos usuários como possibilidade. Mas ela também reconhece, como Rodrigo, uma tessitura feita pelos próprios usuários, em sua rede, suas relações, na vida.

Nicácio corrobora os participantes, ao enfatizar que é preciso aprender a ativar e a descobrir recursos, a reconhecer e a validar os saberes das pessoas. Para a autora, “com esse conteúdo, o trabalho territorial implica a recusa de atribuir legitimidade apenas ao saber técnico e de anular os repertórios de saberes dos usuários, dos familiares e das pessoas do território” (2003, p. 199).

Carmen – Eu acho que quando a gente fala de território é importante também

a gente conhecer esse território, não só os serviços de saúde, né, conhecer esse território. E eu acho que nós profissionais muitas vezes não trabalhamos no território que moramos, né [...]? Então, assim, eu conheço um pouco desse território e eu acho importante a gente, então, talvez o que tá, talvez o que venha por vir, que eu acho que seria interessante a gente conhecer esse território [...]. E que a gente consiga facilitar com que o paciente também conheça esse território, ele vai ter uma outra noção, né, quando o Rodrigo fala, se a gente perguntar pra ele, ele vai dar outra definição de território, porque ele tem uma outra rede que ele circula e que ele constrói pra ele. Mas que a gente também pode instigar ele a conhecer a mais, de repente ele não sabe que ali do lado da casa dele tem, sei lá, uma Igreja que oferece “n” atividades, inclusive de reinserção e ele não conhece. Ou tem um Centro Cultural que é dois quarteirões da casa dele, mas ele nunca ouviu falar, e se a gente consegue também fazer com que ele se aproprie desse território, eu acho que é um ótimo caminho. Porque tem a questão da rede viva, né, eu lembrei disso do Emerson Merhy quando ele fala assim, que essa rede que o próprio paciente, o próprio usuário constrói e que ela não é feita só de serviços, né. Ela é feita de vida, né, de pessoas, de lugares, de coisas, de acontecimentos, então eu acho que é importante pensar essa questão.

7.2.5.3 Características do território que influenciam nos processos saúde-doença

Em um momento final do grupo, questionamos as participantes acerca de suas percepções quanto a características/situações do território que influenciam de alguma forma no processo saúde/doença dos usuários e, conseqüentemente, em seu cuidado. A pergunta foi entendida pelas participantes das mais diversas maneiras. Alguns falaram sobre a localização do Centro de Convivência e do próprio CERSAM, que são de difícil acesso para uma parte dos usuários e os obriga a pegar dois ônibus para chegar. Ainda segundo uma trabalhadora, o território da regional é “disperso” e, para algumas regiões, torna-se mais fácil acessar o CERSAM e o Centro de Convivência da regional vizinha. Outra trabalhadora acredita, ademais, que essa dificuldade de acesso desmotivaria os usuários a se engajarem em atividades no Centro de Convivência.

Outra perspectiva coloca em discussão um programa habitacional governamental que construiu prédios em uma região ocupada, a fim de que fosse realizada uma obra viária. A população foi amplamente atingida, tendo seus modos de vida alterados em vários aspectos, ocasionando adoecimentos e situações de vulnerabilidade:

Sílvia – [...] as pessoas moravam, né, numas vilas e a vila foi transformada num belíssimo projeto habitacional da Prefeitura, né.

Carmen – É Vila Viva, projeto Vila Viva.

Sílvia - ...né, que faz a maior propaganda. Então, todo mundo sai da sua casinha, onde criava galinha, criava um tanto de coisa, pra morar num prédio. Eles nunca tinham morado num apartamento, imagina o que é você morar a

vida inteira numa casa. E assim, muitos deles são muito frágeis, então não quer dizer que isso tornou nada mais seguro. Então, por exemplo, tem pacientes nossas lá que os traficantes se apossaram da casa e eles guardam drogas lá dentro. Então eles entram, sabe? “Ah, aqui vai ser nosso lugar”, e ela não pode fazer nada. Ela vai tomar banho e o traficante fica lá olhando ela tomar banho. Então, assim, e ela falava, antes ela morava numa casa, num barraco muito pior, mas ela não tinha isso. O tanto de gente que adoeceu, que botou fogo...

Carmen – Muita gente, muita gente.

Sílvia - ...Né, teve uma paciente lá, você lembra, que cismou que tavam perseguindo, botou fogo na porta do vizinho...

Rodrigo – É.

Sílvia - Então, assim, ela nunca tinha aparecido pra gente essa mulher, né...

Carmen – Eu lembro.

Sílvia – Ela nunca tinha, ela tava lá, podia ser doida do jeito que ela fosse, mas tava dando conta da vida dela. Acabaram com as casinhas, verticalizaram, puseram ela num apartamento mais bonitinho e ela surtou, né, porque não tava acostumada a conviver com os outros, ela não teria mais galinha, não tem mais nada daquilo que ela tinha antes. Então assim, eu acho que são peculiaridades mesmo, eu não conheço outras regionais, né. Mas é uma coisa particular ali da gente que veio, que a gente vê muito adoecimento por causa dessa especificidade...

[...]

Carmen – [...] já existia o projeto de emendar a avenida X na avenida Y e ainda não existia ocupação...

Sílvia – Ah, tá. Aham.

Carmen – ...Só que esse projeto foram propagandas de eleições, propagandas de eleições, até que começou a se ocupar. Então, assim, se fosse alguma coisa que tivesse sido feita na época em que foi planejada, porque já sabiam, muitos já projetaram que Belo Horizonte ia sair da Avenida do Contorno, projetavam que aquela região ia crescer, muitos não acreditavam, né. Então, o projeto foi fazer agora. Então, assim, depois que ele foi fazer, quantas pessoas que foram prejudicadas, porque se tivesse feito antes, não teria esse problema, entendeu? E aí quando foi fazer milhares de pessoas morando ali e dividiu e não só verticalizou, mas bagunçou, porque ninguém escolheu pra onde foi, foram colocados aleatoriamente, não tinha nem assim “Deixa eu ficar do lado do meu vizinho, que era meu vizinho”, não teve isso, né, não teve isso.

As trabalhadoras demonstram o entendimento do processo de construção desse programa habitacional dentro de um contexto que envolve atores políticos e institucionais e suas relações de poder. Apresentam, conforme vimos, a falta de planejamento e demora característicos de governos em ações desse porte. Por outro lado, a ação cruel de traficantes em relação às disputas de poder e território na nova configuração local após a construção dos prédios. De acordo com o entendimento de Alentejano e Gondim (2009), são os diferentes atores propondo diferentes projetos e formas de ordenamento territorial em seu exercício de dominação:

O conceito de território e suas adjetivações estariam, portanto, relacionados, sistematicamente, de um lado, à dialética da dominação-resistência em que o

território é visto como espaço para o exercício da dominação por parte daqueles que detêm o poder instituído; de outro, a espaço de resistência-apropriação dos dominados e de sua luta pela autonomia e emancipação. Território, portanto, deve ser entendido como um determinado domínio espacial em que diferentes atores sociais disputam o controle político, isto é, propõem diferentes projetos e formas de ordenamento territorial – diferentes modos de organizar as relações sociais e de apropriação da natureza (apud GONDIM; SOALHEIRO, 2017, p. 77).

Em contrapartida, como bem nos lembram os autores citados, essa relação se constitui dialeticamente. Portanto, há sempre um outro lado, o lado da “resistência-apropriação dos dominados e de sua luta pela autonomia e emancipação”, que parece desconhecido pelas trabalhadoras, pois, como diz Lancetti: “o certo é que a maioria dos CAPS não funciona pensando na cidade, e em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência” (2011, p. 47).

Cabe, então, perguntar: os dominados estão resistindo? De quais formas? Como a equipe do CERSAM Ana Maria Magalhães poderia, através de suas práticas de cuidado, fortalecer a resistência-apropriação dos dominados? Quais estratégias utilizar? Quem são os possíveis parceiros? Como envolver os usuários? Pois, também, para Quintas:

O território, sendo espaço onde as forças sociais se encontram em permanente tensão e conflito, possui uma dinâmica, uma constante transformação que faz com que a ação territorial incorpore a capacidade de lidar com a diversidade de interesses, para a construção de objetivos comuns e provisórios (2008, p. 43).

Ademais, o território também se torna palco de exercício para a transformação cultural em relação ao fenômeno da loucura, na medida em que configura um conjunto de referências sociais, de códigos de funcionamento intrapessoais que conformam um imaginário e uma realidade social que inclui ou exclui o diferente (QUINTAS, 2008). Para Quintas e Amarante (2008), a capacidade do CAPS em substituir o manicômio está articulada a como a sociedade lida com a loucura e à quantidade de forças que consegue mobilizar nesse sentido. Perguntar-se, portanto, sobre como os dominados estão resistindo é um caminho para compreensão dessa realidade social, a partir da qual poderão ser construídas intervenções que envolvam a transformação das relações com a loucura.

Outras características apontadas referem-se a uma grande população constituída por alunos de uma universidade situada na regional e uma população de classe média, que vem cada vez mais acessando o SUS. Para o participante Rodrigo, são usuários que apresentam demandas

distintas, marcadas pela diferenciação de classe social.

Rodrigo – Porque eu, quando você fez eu fiquei pensando assim, quais são as características do território que influem de certo modo no perfil, né, de adoecimento, de usuários, né, assim, etc. A regional tem muitas casas da universidade, né, de alunos né, que vem de outras...

Carmen – Moradias universitárias.

Rodrigo - ...são as moradias universitárias... é... então, e a gente tem muitas moradias universitárias né. Acho que é na sua micro até, né, Andressa?

Andressa – Aham.

Rodrigo – A gente tem, com isso assim, uma demanda grande, né? Muita tentativa de autoextermínio, tem psicose, às vezes assim, de alunos que saíram da sua terra natal e vieram pra cá né e desencadeiam um surto psicótico, muitas vezes sozinhos aqui. Esse é um perfil. A gente tem uma área de classe média grande, né, assim, que é considerada de baixo risco e que também tem um acesso um pouco diferente, né, assim. Muitas vezes são equipes de PSF que não tem ACS, né. A relação com a saúde é um pouco diferente, né, assim, faz uma demanda. Lógico que a gente tem muita vila, muita favela também, né...

Sílvia – Tem muita gente que empobreceu, né, tinha condição melhor, né, e com a crise que vivemos empobreceram, perderam planos de saúde, então vão pro CERSAM, né, Centros de Saúde.

Rodrigo – Muita gente empobrecida... Isso nos Centros de Saúde assim, a gente vê como que isso tem, né, pessoas que deixaram planos de saúde e deixaram acompanhamentos no consultório privado e tão indo pro SUS, assim, fazendo uma demanda, né, assim...

Sílvia – Muito marcado aqui na regional, eu acho, né.

Rodrigo – É... e é um perfil diferente assim, sabe? E eu acho que nesse aspecto, tanto os alunos da universidade, quanto esse pessoal de classe média vem, é uma questão de classes sociais, né, assim, mas é um modo de organização diferente, né, assim. Porque é isso, né, uma pessoa de classe média ela não tolera tanto o ACS...

Assim, as trabalhadoras participantes do grupo focal alcançam uma elaboração conceitual acerca de território trazendo, por exemplo, elementos teóricos acerca de território em toda sua amplitude de dimensões ou associações com outros conceitos do campo da saúde mental e com a missão do serviço. Nesse sentido, foi muito interessante observar as múltiplas interações entre as participantes ao longo do grupo, produzindo reflexões e avaliações pertinentes à organização do serviço e da rede de saúde mental.

Essa potente construção parece, contudo, mais distante do cotidiano do serviço, sendo algumas práticas colocadas como se tivessem ocorrido num tempo passado ou sendo reconhecidas como práticas que ocupam um segundo plano diante da clínica. Talvez, uma explicação para isso, seja a característica de ser um território onde as desigualdades não são tão acentuadas ou se o são, de alguma forma, não “entram no CERSAM” de maneira tão contundente.

Se admitirmos que a saúde e a doença sejam expressões de territórios singulares e que cada sujeito tenha necessidades específicas, as práticas de cuidado também serão específicas em contextos e sujeitos singulares. O ato de cuidar do outro deve superar os desenhos organizacionais, as estratégias, os métodos e as técnicas padronizadas, ousando incluir em seus dispositivos o diferente e o inusitado – demandas emergentes que surgem no processo de apropriação do território (GONDIM; SOALHEIRO, 2017, p. 69).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação pretendeu se colocar enquanto uma contribuição à reflexão e à prática de trabalhadores de serviços substitutivos em saúde mental, em especial da rede de saúde mental de Belo Horizonte. Foi um percurso longo, por vezes penoso, porém prazeroso e de muito aprendizado. Acima de tudo, pelos tempos vividos recentemente, reafirmou-se a importância de testemunhar que é possível cuidar de cidadãos em grave sofrimento mental em liberdade, conquista que em Belo Horizonte temos sustentado arduamente.

Contamos, para isso, com a alegria de conviver com as pessoas em sofrimento mental em diversos espaços da cidade, surpreendendo-nos a cada encontro, a cada conquista em suas vidas pessoais, a cada risada de nossas loucuras, a cada reconhecimento pelo acolhimento que lhes ofertamos com o melhor de nós. Outro ponto de sustentação são os diversos coletivos de trabalhadores reunidos, seja em relações de amizade e respeito entre as equipes, seja nos movimentos sociais. Os encontros, a arte, a música, a cultura, a política, os festivais, os seminários, as reuniões, o 18 de Maio. Bom, o 18 de Maio belo-horizontino precisa ser vivido para ser explicado. É um convite!

Quanto ao nosso objeto de estudo, inclusive, a realização do 18 de Maio em Belo Horizonte constitui-se como uma das ações mais potentes dos movimentos sociais antimanicomiais, juntamente com as redes de saúde mental dos municípios e demais parceiros, em seu propósito de disputar relações, forças, poderes para uma outra convivência possível com a loucura, a convivência baseada na liberdade e no cuidado.

Todos os anos, em fins de janeiro, começo de fevereiro, iniciamos a sua construção, perguntando-nos pelos poderes dos nossos territórios: como está o mundo? como está nosso país? Como está nossa cidade? De que maneira temos percebido os valores e as políticas para a cidadania, em especial as políticas de saúde? Como os manicômios têm reexistido e quais são os seus defensores, suas estratégias e ações? Como nós, antimanicomiais, temos resistido e podemos enfrentar tudo isso? Isso tudo é colocado no papel, em sons e melodias e, já em meados de abril, fazemos um grande concurso para a escolha do samba-enredo que vai nos embalar na avenida.

A partir daí os serviços de saúde mental transformam-se em barracões de escola de samba e vamos pensando em como podemos expressar esse conjunto de ideias e sensações na avenida, sempre com muita delicadeza, com muita arte, com muita alegria e irreverência, mas tentando transmitir nossas mensagens firmemente e sem recuos. Acima de tudo, buscamos fazer desfilar pelas ruas de Belo Horizonte nossos maiores sonhos, pois a despeito de sermos o que

somos, podemos desejar ser outra coisa, já dizia Milton Santos (2001). E esse é nosso modo de insurreição em relação a toda forma de diminuir nossas vidas, estreitar nossos horizontes, levar-nos à morte ou à morte em vida. Resistimos. Podemos conferir um pouco disso nos sambas-enredo dos 18 de Maio – Dia da Luta Antimanicomial dos anos 2017 e 2018:

Não me calo nem no pranto

(Produção Coletiva do Centro de Convivência Barreiro)

REFRÃO

Faz escuro em todo canto
não me calo nem no pranto
depois do golpe eu me levanto
é preciso anoitecer
pra chegar o amanhã
cantarei a liberdade ainda que tam tam

Tanta coisa se passou
busquei na história
um motivo pra lembrar
lá em Bauru a utopia começou
sonhos pra realizar
sou criatura sem temer
eu vou criar
minha loucura te coloca pra sambar
minha arte não atura
hospital que quer trancar

REFRÃO

Tempo vai e tempo vem
muitos perigos rodeando a cidade
vão condenando preto pobre de verdade
até quando vão levar
nossas crianças sem direito de sonhar?
e não me tire o que não pode me dar
eu sou cidadão do mundo
e não deixo de cantar
ano passado eu sofri
me golpearam mas ainda estou aqui
o povo luta vai ficar e resistir
o temeroso nunca vai nos iludir

Jamais aprisionar o nosso sonho

(Produção Coletiva do Centro de Convivência São Paulo)

REFRÃO

Vem K, Vem K
Vem pra rua, vem Maluco
LGBTQ sofre
Vem o Negro, vem o Pobre
Marielle(s) em cada morte
Atentas e fortes
Tantãs sem temer a sorte
Pois o nosso norte
É voto de contragolpe

Nossa ala da criança
Canta em voz surreal
Já são vinte e cinco anos
De um grande sonho real
A liberdade é antimanicomial
Aqui nesta capital
Jamais aprisionar o nosso sonho
Isto é imortal

REFRÃO

Que volte para os trilhos
O rumo do Brasil
Que com golpe atrás de golpe
Foi pra ponte que partiu
E o trem caiu
Foi manicômio fascista que pariu
Mas, tantã, nossa luta dá um jeito
Liberdade sempre é nosso “defeito”

REFRÃO

Toda hora, toda hora, Temer, um golpe:
A mídia só quer ibope
Comunidade terapêutica?
Receita de calote!
No retrocesso já se vê indício:
Um SUS sucateado, e o indivíduo?
Reforma que inventa o egoísmo
E o Direito? Ah! KKKsuísmo !

Entretanto, pela minha trajetória de estudo e, principalmente, pela intensa e conflitante

vivência de trabalho em um CERSAM, definimos que nosso esforço se concentraria em tentar compreender de que modo as equipes de dois CERSAMs de Belo Horizonte têm pensado sobre o território, como articulam cuidados a partir desse entendimento, em uma perspectiva que nos conduzisse a uma reflexão sobre se esses cuidados reforçam ou fragilizam as concepções medicalizantes e contribuem para o avanço na desinstitucionalização da loucura.

Consideramos que, para nos aproximarmos o máximo possível de nosso objetivo, seria imprescindível percorremos o campo de conhecimentos da geografia, que nos embasaria para uma tomada de decisão sobre qual perspectiva de território assumiríamos. Com as dificuldades inerentes ao processo de apropriar-se de entendimentos até então desconhecidos, mergulhamos nas belas e potentes produções da geografia crítica, que nos apontou o caminho: perguntar por território é perguntar pelas relações de poder. Miramos esse olhar e essa pergunta, portanto, em todo o processo da pesquisa.

Dessa visada não se exclui, contudo, a consideração acerca das demais dimensões próprias ao território, que exige um olhar integrado, mais apto a se aproximar da complexidade inerente aos processos sociais que temos vivido. Nesse sentido, a proposição de Furtado (2016) inspirado em Haesbaert de um *continuum* que abrangeria desde dimensões político-jurídicas, incluindo delimitações de áreas de abrangência e condições materiais das relações sociais, a dimensões simbólico-culturais, que englobam o conjunto de representações e identidades, estabeleceu-se como um outro fundamento aos nos debruçarmos sobre as práticas de cuidado das equipes dos CERSAMs. O *chão mais a população*, isto é, a identidade, novamente conforme nos ensinou Milton Santos.

Um desafio com o qual nos deparamos no decorrer da escrita dessa dissertação foi o de como lidar com o campo de conhecimentos da saúde mental, a fim de que fossem apresentados os principais conceitos que nos balizaram no tratamento dos dados e permitisse o entendimento de leitores que teriam uma primeira aproximação com a nossa discussão, mas ao mesmo tempo não se tornasse repetitiva e chata para leitores já experimentados no assunto. Pensamos que uma maneira de contemplar esses aspectos seria sinalizar outras leituras possíveis para que os primeiros pudessem aprofundar seus estudos e ampliar o espectro de nossa análise com alguns elementos da atualidade que pudessem interessar os segundos.

Além disso, houve também uma decisão por fazer um recorte em toda a amplitude do campo de conhecimentos em saúde mental à luz de território. Assim, traçamos uma certa linha do tempo que se inicia com as inestimáveis contribuições da Reforma Psiquiátrica Italiana, procurando dar visibilidade às elaborações de seus principais autores acerca de território. Em seguida apresentamos um pouco da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial brasileiras,

nesse primeiro momento priorizando os principais fatos históricos e alguns desafios atuais.

Contextualizamos, também, os principais momentos do processo em Minas Gerais e em Belo Horizonte, sendo que, no caso da capital, detivemo-nos um pouco mais nos princípios e diretrizes que orientaram a construção da rede de saúde mental, bem como em uma breve descrição dos seus componentes. Retomamos, ao final, um pouco sobre as noções de CAPS/CERSAM e território, compartilhando de Furtado (2016) o ponto de partida de que não há um referencial plenamente estabelecido nos campos científico e legislativo, o que pode ocasionar um não enfrentamento das implicações políticas e sociais advindas das noções avançadas de território.

Os caminhos escolhidos em termos de método mostraram-se adequados aos nossos objetivos, propiciando a construção de um corpo de dados muito rico e representativo do nosso contexto de pesquisa e objeto de estudos. Dentre as dificuldades, tivemos que lidar com algumas resistências e certo mal-estar no trabalho de campo, mas também fomos acolhidas e tivemos o reconhecimento de que a realização da pesquisa por parte de uma trabalhadora da rede traz conforto e confiança de que as contradições enfrentadas serão compreendidas.

Um ponto que deve ser considerado deu-se em relação à condução dos grupos focais, que ocorreu de maneiras distintas entre ambos. Embora tenhamos nos debruçado sobre o roteiro de perguntas e ele tenha sido alterado algumas vezes, pensamos que outros fatores podem ter influenciado, como as características das participantes e o entrosamento entre elas. Contudo, reconhecemos que houve, da parte da pesquisadora, uma dificuldade maior na condução do grupo do CERSAM Rosimeire Silva, o que pode ter ocasionado uma dinâmica pior e uma sequência de perguntas que pouco favoreceram as participantes.

Acerca de uma possível continuidade deste estudo, um caminho motivador seria lançar mão de metodologias mais participativas, que envolvessem gestores, trabalhadores e usuários como, por exemplo, a investigação-ação. Afinal, as interações entre as trabalhadoras nos grupos focais produzem reflexões sobre possíveis mudanças nos processos de trabalho e, conforme Tripp, investigação-ação “é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela” (2005, p. 443).

Por outro lado, estudos que abordem os demais componentes da rede de saúde mental e suas diversas facetas poderiam contribuir para diminuir lacunas existentes entre o campo científico e prática cotidiana dos serviços substitutivos, bem como para a divulgação dos êxitos e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse sentido, Belo Horizonte é um campo de potentes possibilidades, tendo em vista a consolidação de sua rede de saúde mental, ao mesmo

tempo em que carece de reflexões e sistematizações, que poderiam advir de pesquisas científicas. Defendemos, para tal, o engajamento de trabalhadores e gestores no âmbito acadêmico, bem como a abertura e disposição ao diálogo por parte dos programas de pós-graduação.

O CERSAM Rosimeire Silva e sua equipe vivem uma profusão de vivências, como ficou nítido na apresentação dos dados relativos à observação participante. Tais vivências são proporcionais ao entrelaçamento de tantas e tão diversas vidas, assim como à multiplicidade dos territórios para os quais é referência. Ele está misturado ao território, que adentra o serviço através de seus usuários e de seus trabalhadores, ao inventarem e se reinventarem para o enfrentamento do real da miséria, da lógica manicomial, da afirmação da liberdade. Para tal, a equipe se vale de afetos e delicadezas na construção junto aos usuários de seus projetos de vida e convivência.

Toda essa permeabilidade não ocorre sem sofrimentos e sem “crises” para a instituição, para as quais contribuem as inúmeras defasagens, a responsabilidade por uma regional e metade de outra, a menor consolidação da equipe e processos de trabalho. Algumas participantes do grupo focal e demais trabalhadoras localizam as disputas de poder dos territórios e procuram nelas intervir para sustentar as mais diversas formas de vida de seus usuários, ou seja, caracterizam o “verdadeiro (des)encontro entre pessoas com sofrimento mental grave e o espaço urbano e social na sociedade brasileira contemporânea” (FURTADO et al, 2016, p. 10).

O CERSAM Ana Maria Magalhães apresenta uma visível consolidação da equipe, dos seus processos de trabalho e organização do serviço de uma maneira geral, o que certamente é um ponto forte para que o serviço enfrente a crescente precarização dos serviços públicos, muito embora essa consolidação não seja sinônimo de relações de trabalho em equipe sem ruídos. Trata-se de um serviço também consolidado em termos de referência em saúde mental para a sua população, contribuindo para construção e articulação de redes regionais e locais, tanto com os demais serviços de saúde mental da regional, quanto com a rede de Unidades Básicas de Saúde.

As vivências da observação participante e do grupo focal transparecem, em especial, reflexões avançadas em termos de uma perspectiva de território e do conjunto de conhecimentos produzidos no campo da saúde mental. São trabalhadores que demonstram, também, a capacidade de autocrítica e de inventar e reinventar seu trabalho, motivados pelo compromisso em construir uma rede de saúde e de saúde mental potentes, que garantam cuidados dignos aos portadores de sofrimento mental. Acima de tudo, perseguem o ideal de uma sociedade sem manicômios e alguns deles engajam-se em lutas coletivas para além de sua prática cotidiana no

serviço, o que também é uma característica de trabalhadores do CERSAM Rosimeire Silva.

Coexistem, porém, em ambos CERSAMs, entendimentos funcionalistas de território e as dificuldades de, em meio a práticas estabelecidas e hegemônicas que priorizam espacialidades duras, tecnicistas e centradas na doença, reposicionar-se quanto a seu papel de lugar de passagem e invenção, essencialmente provisório, agenciador de projetos de vida e que aponta para a inclusão nos espaços físico, social e relacional e não somente na rede socioassistencial e de saúde.

Situar as práticas de cuidados das equipes dos CERSAMs em relação com a perspectiva crítica de território, enquanto possibilidade de desvelar as relações de poder e as formas peculiares de exclusão ou inclusão dos sujeitos loucos de cada lugar, constitui-se uma potente maneira de as equipes refletirem e se reposicionarem mais efetivamente enquanto atores dos territórios, que sustentem o cuidado em liberdade e o contínuo processo de desinstitucionalização da loucura.

Por fim, ficamos com o alerta de Marcus Vinicius de Oliveira para a essencial tensão permanente quanto às práticas de cuidados produzidas nos serviços substitutivos. Baseando-se na leitura de Basaglia, nosso companheiro dizia que “toda institucionalização que a cultura e a sociedade produz para lidar com a loucura, tende a capturar e ser opressiva com a loucura”. (2004, p. 96). Abou-Yd e Silva, na mesma posição de suspeição, interpelam: “O que é isso que produzimos para lidar com a loucura?” (2004, p. 76).

Assim, esperamos que esse trabalho e seus desdobramentos possam produzir esse tipo de questionamento, que ele retome a negação do manicômio e os mais variados meios de invalidação da loucura como nossa causa-existência, que sigamos inventando outras formas de convivência com a loucura e outras formas de viver com liberdade, festa, trabalho e pão.

REFERÊNCIAS

ABOU-YD, Miriam Nadim (Org.). **Hospitais Psiquiátricos: saídas para o fim**. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2002.

ABOU-YD, Miriam Nadim & SILVA, Rosimeire Aparecida. Ousadias de uma ruptura. IN: FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. Minas Sem Manicômios. **A loucura e as cidades: mapas de Minas**. Belo Horizonte, Vol. 1, Ano I, p. 73-77, 2004.

ABOU-YD, Miriam Nadim; SILVA, Rosimeire Aparecida & SOUZA, Políbio de Campos. Introdução. IN: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 11-14, 2008.

ABOU-YD, Miriam Nadim & SILVA, Rosimeire Aparecida. Residências terapêuticas: o percurso de Belo Horizonte. IN: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 167-172, 2008.

ABOU-YD, Miriam Nadim. **Carta contra as mudanças na Política de Saúde Mental**. Brasília, 2018. Participação na Trecentésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em 30 e 31 de janeiro de 2018.

ALMEIDA, Daniela Tonizza de. **Análise do trabalho de uma equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas** (Dissertação). Belo Horizonte: Escola de Engenharia – UFMG, 2012.

ALMEIDA, Daniela Tonizza de & BARROS, Vanessa Andrade. O caso do sequestro do bebê: a violência do estado e as possibilidades de resistir. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 9, n. 24, p. 148-179, 2017.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994a.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 73-84, 1994b.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho & TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. 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, mai-ago, 2001.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho & NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. 23(6): 2067-2074, 2018.

ARRUDA, Amanda Elias. **Experiências e territórios da loucura**: narrativas de portadores de sofrimento mental assistidos em um serviço aberto na cidade de Belo Horizonte (Dissertação). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2016.

BARCELLOS, Christovam. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. IN: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa & MONKEN, Maurício (orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 43-55, 2008.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. IN: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 171-195, 1994.

BARROS, Fernanda Otoni de. A saúde mental na atenção ao louco infrator. IN: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 199-206, 2008.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

BASAGLIA, Franco. **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica** (Org. Paulo Amarante). Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Ampliado de Gestão – 2016**. Belo Horizonte, 2016.

BELO HORIZONTE. 23ª Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude Cível de Belo Horizonte, Recomendações 5 e 6 de 26 de dezembro de 2014. **Orientaram médicos, profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde, diretores, gerentes e responsáveis por unidades básicas de saúde, maternidades públicas e demais estabelecimentos de saúde a comunicarem à Vara da Infância e Juventude os casos de mães e gestantes usuárias de drogas**. Belo Horizonte: Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude Cível – Ministério Público do Estado de Minas Gerais, 2014. Disponível em:

<<https://dequemeestebebe.wordpress.com/entenda-o-caso/documentos/>>. Acesso em 14/07/2018.

BELO HORIZONTE. Vara Cível da Infância e da Juventude de Belo Horizonte, Portaria no. 3 de 21 de julho de 2016. **Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre procedimentos para aplicação de medidas de proteção.** Belo Horizonte: Vara Cível da Infância e da Juventude, 2016. Disponível em: <<https://dequemeestebebe.wordpress.com/entenda-o-caso/documentos/>>. Acesso em 14/07/2018.

BELO HORIZONTE. Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais. Justiça de Primeiro grau, Ofício no. 134/2017 de 07 de agosto de 2017. **Encaminha a Minuta de Portaria – Processo de Medidas de Proteção, Suspensão do Efeitos da Portaria no. 3/VCIJBH/2016.** Belo Horizonte: Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais, 2017. Disponível em: <<https://dequemeestebebe.wordpress.com/entenda-o-caso/documentos/>>. Acesso em 14/07/2018.

BELO HORIZONTE. Decreto n. 16.747, de 10 de out. de 2017. **Cria o Comitê Coordenador da Agenda Intersectorial de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e dispõe sobre a Agenda Intersectorial de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas.** Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1185205>>. Acesso em 15/07/2018.

BELO HORIZONTE. Decreto n. 16.767, de 9 de nov. de 2017. **Dispõe sobre a organização da Secretaria Municipal de Saúde.** Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1186404>>. Acesso em 15/07/2018.

BELO HORIZONTE. **Coordenadoria de atendimento regional Leste.** Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/index.php/leste>>. Acesso em 19/07/2018.

BELO HORIZONTE. **Coordenadoria de atendimento regional Centro Sul.** Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/index.php/centro-sul>>. Acesso em 19/07/2018.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton Carlos & AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton Carlos. É preciso repensar o horizonte da Reforma Psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva.** 16(12): 4590-4602, 2011.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada – notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton & AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 71-90, 1992.

BONI, Valdete & QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Em Tese**, Vol. 2, Nº 1 (3), janeiro-julho, p. 68-80, 2005.

BOURDIEU, Pierre. Compreender. In: BOURDIEU, Pierre (Coord.). **A Miséria do Mundo**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, p. 693-730, 1999.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990b.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 5. Ed., 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088, de 21 de maio de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM de Consolidação nº 3, de 3 de dezembro de 2017**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde – Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.434 de 15 de agosto de 2018**. Brasília, Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHAES, André Gomes. **O lugar do trabalho solidário na reforma psiquiátrica brasileira** (Dissertação). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2008.

CASTILHO, Júlia Coutinho Nunes. **Reabilitação Psicossocial no CERSAM: uma história de vida** (Dissertação). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2013.

CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, II, 1987, Bauru. **Manifesto de Bauru**. Bauru: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, 1987.

CUNHA, Carolina Novaes. **Os sentidos subjetivos da participação política para pessoas com sofrimento mental** (Dissertação). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2013.

DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana & ROTELLI, Franco. Prevenir a prevenção. IN: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, p. 65-87, 1990.

DELGADO, Pedro Gabriel. Os CAPS: espaço, tempo, circulação e vertigem. IN: FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. Minas Sem Manicômios. **A loucura e as cidades: mapas de Minas**. Belo Horizonte, Vol. 1, Ano I, p. 61-64, 2004.

DELL'ACQUA, Giuseppe & MEZZINA, Roberto. Resposta à crise - Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, Jaques (Org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Ed. Resenha, 1991. p. 53-79.

DUARTE, Ronaldo Alves. Analisando as condições de emergência de um movimento social sob a perspectiva dos Novos Movimentos Sociais (NMS): o caso do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. **Emancipação**: Ponta Grossa, 15 (2), p. 245-262, 2015. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao> .

DUARTE, Ronaldo Alves. Origens do Fórum Mineiro de Saúde Mental: um estudo sobre as condições de emergência de um movimento social antimanicomial. **Barbarói**: Santa Cruz do Sul, n. 46, p. 188-216, jan./jun., 2016.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar, Curitiba**: Editora UFPR, n. ° 24, p. 213-225, 2004.

ENCONTRO DE BAURU: 30 ANOS DE LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS, 2017, Bauru. **Carta de Bauru – 30 anos**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em 26/08/2018.

ENCONTRO NACIONAL DA RAPS, I, 2013, Pinhais. **Carta do I Encontro Nacional da RAPS**. Disponível em: < <http://www.crprs.org.br/comunicacao/noticias/confira-a-carta-do-i-encontro-nacional-da-raps-2300>>. Acesso em 26/08/2018.

FARIA, Rivaldo Mauro de & BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Revista Ra'e Ga**, Curitiba: Editora UFPR, nº 17, p. 31-41, 2009.

FIOCRUZ, Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Rio de Janeiro, 2015.

FIORATI, Regina Célia & SAEKI, Toyoko. As atividades terapêuticas em dois serviços extra hospitalares de saúde mental: a inserção das ações psicossociais. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**. São Carlos, v. 20, n. 2, p. 207-215, 2012.

FIRMINO, Hiram. **Nos Porões da Loucura**. Rio de Janeiro: Editora Codecri, 1982.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. Minas Sem Manicômios. **A loucura e as cidades**: mapas de Minas. Belo Horizonte, Vol. 1, Ano I, 2004.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. **Abusos e violações de direitos em Comunidades Terapêuticas: relatos de uma realidade anunciada**. Belo Horizonte, 2014.

FRANCO, Renato Ferreira. **Habitar a cidade**: a (re)construção de espaços de habitação para ex-internos de um hospital psiquiátrico e sua importância para a produção de subjetividade (Tese). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2012.

FRANCO, Renato Ferreira & STRALEN, Cornelis Johannes van. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. **Psicologia & Sociedade**, 27 (2), p. 312-321, 2015.

FUINI, Lucas Labigalini. O território em Rogério Haesbaert: concepções e conotações. **Geografia, Ensino & Pesquisa**, Vol. 21, n.1, p. 19-29, 2017.

FURTADO, Juarez Pereira; ODA, Wagner Yoshizaki; BORYSOW, Igor Da Costa & KAPP, Silke. A concepção de território na saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(9), set, 2016.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W. & GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, p. 64-89, 2004.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Ed., 2005.

GIOVANELLA, Ligia & AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. IN: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 113-148, 1994.

GOMES, Mara H. de Andrea; SILVEIRA, Cássio. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Revista de Saúde Pública**. 46 (1), 160-5, 2012.

GOMES, Romeu. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício; ROJAS, Luisa Iñiguez; BARCELLOS, Christovam; PEITER, Paulo; NAVARRO, Marli B. M. de Albuquerque & GRACIE, Renata. O território da saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização. IN: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN Maurício (orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; SOALHEIRO, Nina. Território, saúde mental e atenção básica. IN: SOALHEIRO, Nina (Org.) **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 57-81, 2017.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. **Territorialização em saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html> . Acesso em 26/02/2018.

GOULART, Maria Stella Brandão. Em nome da razão: quando a arte faz história. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 20 (1), p. 36-41, 2010.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

HAESBAERT, Rogério. Concepções de território para entender a desterritorialização. IN: SANTOS, Milton & BECKER, Bertha K. (orgs). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Lamparina, p. 43-71, 2011.

HAESBAERT, Rogério. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre, set. 2004. Disponível em www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf . Acesso em 11/03/2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Cidades**: Belo Horizonte. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama> . Acesso em 11/11/2018.

KNAUTH, Daniela Riva & LEAL, Andréa Fachel. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface (Botucatu)**, 18(50): 457-67, 2014.

LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde Loucura 1**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2011.

LEÃO, Adriana. **O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território**. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP (Tese), 2010.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta & ABOU-YD, Miriam Nadim. A cidade e a loucura: entrelaces. In: CAMPOS, Cezar Rodrigues; MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Afonso Teixeira; SANTOS, Alaneir De Fátima Dos & MERHY, Emerson Elias (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, p. 243-264, 1998.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Caderno Saúde Mental 2** – Seminário Universidade e Reforma Psiquiátrica: Interrogando a Distância. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2009.

LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Caderno Saúde Mental 3** – Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010.

LOBOSQUE, Ana Marta & SILVA, Celso Renato (Orgs.). **Saúde mental: marcos conceituais e campos de prática**. Belo Horizonte: CRP 04, 2013.

MACHADO, Ana Regina & MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul-set. 2007.

MANDIL, Ram. O CERSAM e a referência. IN: NÚCLEO PRÓ-FORMAÇÃO E PESQUISA DO CERSAM BARREIRO/GESTÃO 94. **Seminário Urgência Sem Manicômio**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 64-67, 1994.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSCHOWSKY, Agnes; PINHO, Leandro Barbosa de; WETZEL, Christine & KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 65 (3), mai-jun, p. 501-507, 2012.

MINAS GERAIS. **Lei nº 11.802 de 18 de janeiro de 1995**. Belo Horizonte, 1995.

MINAS GERAIS. **Lei nº 12.684 de 1 de dezembro de 1997**. Belo Horizonte, 1997.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 42.910 de 26 de setembro de 2002**. Belo Horizonte, 2002.

MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

MINAS GERAIS. **Relatório de vitorias em Comunidades Terapêuticas do Programa Aliança pela Vida**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2016.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 5.461, de 19 de outubro de 2016**. Institui a

Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: DESLANDES, Suely Ferreira & MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs). **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 83-107, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 13ª ed., 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 22 (1), p. 16-17, 2017.

MONKEN, Maurício. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde**. (Tese). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 2003.

MONKEN, Maurício. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em Vigilância em Saúde. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict/EPSJV, p. 141-163, 2008.

MONKEN, Maurício & BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 21(3): 898-906, mai-jun, 2005.

MONKEN, Maurício e BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. IN: FONSECA, Angélica Ferreira (org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 177-224, 2007.

MONKEN, Maurício; PEITER, Paulo; BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez; NAVARRO, Marli B. M. De Albuquerque; GONDIM, Grácia Maria De Miranda & GRACIE, Renata. O Território na Saúde: construindo referências para as análises em saúde e ambiente. IN: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS Christovam; MOREIRA, Josino Costa & MONKEN Maurício (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 23-41, 2008.

MOREIRA, Tábata Christie Freitas. **Política de saúde mental no município de Belo Horizonte: o papel das ideias, dos atores e das instituições na construção de uma práxis de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização** (Dissertação). Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2013.

MOURA, Rúbia Mara Barbosa. **Desfile do 18 de maio em Belo Horizonte: a busca do elemento cultural como possibilidade de transformação dos significados sociais da loucura** (Dissertação). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2011.

NICÁCIO, Fernanda. Da instituição negada à instituição inventada. IN: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde Loucura 1**. São Paulo: Editora Hucitec, p. 91-108, 1989.

NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

NICÁCIO, Fernanda. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental (Tese). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, 2003.

NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

NOVAES, Ana Paula; ZACCHÉ, Karen & SOARES, Marta. Centros de Convivência: novos contornos na cidade. IN: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 161-166, 2008.

NÚCLEO PRÓ-FORMAÇÃO E PESQUISA DO CERSAM BARREIRO/GESTÃO 94. **Seminário Urgência Sem Manicômio**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1994.

NÚCLEO PRÓ-FORMAÇÃO E PESQUISA DO CERSAM BARREIRO/GESTÃO 95. **Seminário Dispositivos de Tratamento em Saúde Mental na Rede Pública**: construindo um projeto. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

OLIVEIRA, Marcus Vinicius de. Lugares da loucura: uma cartografia mineira. IN: FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. Minas Sem Manicômios. **A loucura e as cidades**: mapas de Minas. Belo Horizonte, Vol. 1, Ano I, p. 31-43, 2004.

OLIVEIRA, Carla Luiza. **“Basaglia” e as práticas reabilitativas no Centro de Convivência** (Dissertação). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2016.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa & FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(5), p. 1053-1062, mai, 2006.

OTONI, Cristiane; ZACHEÉ, Karen & SOARES, Marta. A política pública de inserção produtiva: afirmação de um projeto. IN: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 173-175, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva & ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PASSOS, Izabel Christina Friche. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PINTO, Maria Aparecida das Graças Pedrozo. A criança e o adolescente: experiências da atenção básica. IN: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 69-74, 2008.

QUEIROZ, Thiago Augusto Nogueira de. Espaço geográfico, território usado e lugar: ensaio sobre o pensamento de Milton Santos. **Revista Para Onde!?**, Porto Alegre, 8 (2): 154-161, ago./dez. 2014.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; NOGUEIRA, Maria Sônia Lima; COSTA, Liduína Farias Almeida Da & VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (7), p. 2157-2166, 2013.

QUINTAS, Renata Martins. **A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva** (Dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, 2007.

QUINTAS, Renata Martins & AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 99-107, jan/dez, 2008.

RIBEIRO, Divina; OSVALDINA, Maria; MESSIAS, Clarismundo; ALVES, Divina; FAUSTINA, Marli; BRAGA, Paulo dos Reis & MEDEIROS, Mariângela. Suricato: um mosaico de sonhos. IN: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 235-236, 2008.

RIBEIRO, Regina Céli Fonseca. **Experiências autonomistas em saúde mental: possibilidades de empoderamento** (Tese). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2017.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota & MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. IN: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, p.17-59, 1990.

ROTELLI, Franco & AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton & AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-55, 1992.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. IN: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 149-169, 1994.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Editora Cortez, 5.ed., 2008.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A. de & SILVEIRA, Maria Laura (ORGS.). **Território** – globalização e fragmentação. São Paulo: Editoria Hucitec – Anpur. 4ª edição, p. 15-20, 1998.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização** – do pensamento único à consciência universal. 5ª edição. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. IN: SANTOS, Milton & BECKER, Bertha K. (orgs). **Território, territórios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. 3ª edição. Rio de Janeiro: Lamparina, p. 13-21, 2011.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo** – globalização e meio técnico-científico-informacional. 5ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013.

SAQUET, Marcos Aurélio; SILVA, Sueli Santos da. **Milton Santos**: concepções de geografia, espaço e território. Geo UERJ - Ano 10, v.2, n.18, 2º semestre, p. 24-42, 2008.

SCARCELLI, Ianni Regia & ALENCAR, Sandra Luzia de Souza. Saúde mental e saúde coletiva: intersectorialidade e participação em debate. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n.1, 2009 (CD-ROM).

SILVA, Flaviana Mara da. **Assistência aos pacientes em crise em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte** (Dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, 2009.

SILVA, Marcus Macedo da. **As contribuições da Educação de Jovens e Adultos na construção de processos inclusivos no campo da saúde mental** (Dissertação). Belo Horizonte: Faculdade de Educação – UFMG, 2012.

SILVA, Rosimeire Aparecida da. **Reforma psiquiátrica e redução de danos**: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam (Dissertação). Belo Horizonte: Faculdade de Medicina – UFMG, 2015.

SIMONE, Antônio Soares. Explicação prévia. IN: BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, p. 136-138, 1979.

SOALHEIRO, Nina Isabel. A implantação do Projeto Assistencial de Saúde Mental no Distrito Sanitário do Barreiro. IN: NÚCLEO PRÓ-FORMAÇÃO E PESQUISA DO CERSAM BARREIRO/GESTÃO 95. **Seminário Dispositivos de Tratamento em Saúde Mental na Rede Pública**: construindo um projeto. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 7-13, 1996.

SOARES, Marta. A Reforma Psiquiátrica e o Centro de Convivência: invenções e outras práticas. IN: LOBOSQUE, Ana Marta & SILVA, Celso Renato (Orgs.). **Saúde mental: marcos conceituais e campos de prática**. Belo Horizonte: CRP 04, p. 192-196, 2013.

SOUZA, Marcelo José Lopes. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. IN: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo Cesar da Costa & CORRÊA, Roberto Lobato (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. 2a Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 77-116, 2000.

SOUZA, Maria Adélia Aparecida de. Apresentação de O Retorno do Território de Milton Santos. IN: **OSAL**: Observatório Social da América Latina. Ano 6, nº. 16 (jun.2005). Buenos Aires: CLACSO, p. 251-4, 2005.

SOUZA, Políbio José de Campos. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. IN: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 111-127, 2008.

SOUZA, MARTA ELIZABETE DE & VERONA, HUMBERTO COTA. **Carta da Coordenação da Saúde Mental**. Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2018.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Projeto Arte da Saúde: ateliê de cidadania. IN: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha & ABOU-YD, Miriam Nadim. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 111-127, 2008.

TIBÚRCIO, Maria Acácia. **A importância do ambiente construído na área da saúde mental**: Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Leste de Belo Horizonte/MG (Dissertação). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2013.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

YASUI, Silvio. CAPS: aprendendo a perguntar. IN: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde Loucura 1**. São Paulo: Editora Hucitec, p. 47-59, 1989.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia & AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, 8(1): 173-190, 2018.

APÊNDICE A - Roteiro para grupos focais

1. Iniciar com a apresentação de cada participante informando, dentre outras coisas, a categoria profissional e há quanto tempo trabalha no serviço.
2. Como é o cotidiano de trabalho de vocês no CERSAM?
3. Quais ações são realizadas (ou cuidados ofertados?) pelo CERSAM?
4. Vocês avaliam que é necessário mudar algo no trabalho realizado no CERSAM? O que?
5. E para além do espaço do CERSAM, existem ações realizadas pela equipe?
6. O que vocês acham de diferente entre essas ações?
7. O que vocês pensam acerca do território?
8. Quais as dificuldades encontradas?
9. Quais as facilidades encontradas?
10. Qual o impacto dessas ações no trabalho e nas concepções que se tem acerca do mesmo?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Cuidados no território: as práticas das equipes de Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) de Belo Horizonte”, desenvolvida por Anna Laura de Almeida, aluna de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (IRR/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Celina Maria Modena.

O objetivo central deste estudo é compreender de que modo as equipes de CERSAMs de Belo Horizonte articulam cuidados no território e na rede intersetorial. Você foi escolhido por constituir a equipe de um CERSAM de Belo Horizonte. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não receberá nenhuma penalização caso decida não consentir com sua participação ou dela desistir. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, utilizando os contatos fornecidos ao final deste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, que terá entre 6 e 10 participantes, todos trabalhadores do CERSAM. O grupo terá duração de uma hora e meia. No grupo, você será convidado a falar sobre os cuidados realizados no CERSAM. Caso não seja possível finalizar o grupo em uma única sessão, você será convidado a participar de outra sessão.

O grupo focal será gravado. Os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, conforme a Resolução n. 466/2012 e orientações do CEP/IRR. Após esse período, os arquivos serão deletados e destruídos.

O benefício relacionado à sua participação é a produção de conhecimentos sobre os cuidados prestados pelas equipes dos CERSAMs do município de Belo Horizonte. Espera-se que tais conhecimentos possam contribuir para reflexões e melhorias nos cuidados produzidos

nos serviços de Belo Horizonte e do Brasil.

Os riscos relacionados à sua participação são aqueles que podem acontecer em situações de interação entre pessoas: falar e não ser compreendido, falar e ser questionado, ouvir posicionamentos diferentes dos que apresentou, sentir algum incômodo diante da fala de outros participantes. Tais riscos podem ser minimizados pela mediação que será feita pela pesquisadora. Há também a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso você julgue necessário.

Os participantes que demonstrarem alguma dificuldade e/ou comprometimento advindos do trabalho de campo serão acompanhados integralmente pelas pesquisadoras, que realizarão o monitoramento das ações de saúde dispensadas gratuitamente aos participantes da pesquisa, assegurando sua efetividade e continuidade até que os participantes considerem não ser mais necessário o acompanhamento.

Caso você sofra algum dano moral associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na dissertação de mestrado, e também discutidos com as equipes em encontro posteriormente agendado.

Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma. Você deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas.

Em caso de dúvida quanto à condução do estudo, entre em contato com as pesquisadoras Anna Laura de Almeida e Celina Maria Modena através dos seguintes contatos:

Av. Augusto de Lima, 1715. Barro Preto. Belo Horizonte MG. Tels.: (31) 3349-7810 e (31) 98549-6490. E-mails: anna.almeida@cpqrr.fiocruz.br / celina@cpqrr.fiocruz.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa do IRR e da Secretaria Municipal de Saúde/PBH, órgãos responsáveis por defender os interesses dos participantes da pesquisa, nos seguintes endereços e telefones:

CEP IRR: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - Cep: 30190-009.

Telefax: (31) 3349 7825/ Secretária: Bernadete Patrícia Santos. E-mail: cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

CEP SMS/PBH: Rua Frederico Bracher Junior, 103/3º andar, sala 302 – Padre Eustáquio – Belo Horizonte/MG – Cep: 30720-000. Tel.: 32775309.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou de acordo com a gravação do grupo focal.

Local e data: _____

Participante da pesquisa

Pesquisadora