

Almeida, D. T., Arruda, A. E. Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial

Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial

Permeable Borders and their implications on Mental Health care: the experience of an open and territorial service

Fronteras permeables y sus implicaciones en el cuidado en Salud Mental: la experiencia de un servicio abierto y territorial

Daniela Tonizza de Almeida¹

Amanda Elias Arruda²

Resumo

A partir de narrativas de cenas cotidianas e fragmentos de casos clínicos, discutimos as implicações da permeabilidade entre um Centro de Atenção Psicossocial III (Caps) e o território para a estruturação do cuidado, salientando aspectos que favorecem ou dificultam seu funcionamento como um serviço aberto. Verificamos que, apesar de algumas contradições, ocorre uma ruptura com a noção de fechamento no que concerne à espacialidade, à organização do trabalho e à produção das relações de cuidado. Nesse contexto, a interlocução com territórios marcados por precariedades materiais e violências estruturais interrogam a instituição, seus supostos saberes sobre a loucura e suas formas de tratamento e convidam os trabalhadores a sair de seus muros, buscando construir com os usuários saídas sempre singulares para o que os aflige em seus enlaçamentos com o mundo.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Serviço de Saúde Mental. Território.

Abstract

From the narratives of daily scenes and fragments of clinical cases, we discuss the implications of permeability between a Psychosocial Care Center III (Caps) and the territory for structuring care, highlighting aspects that favor or hinder its functioning as an open service. We find that, despite some contradictions, there is a rupture with the notion of closure regarding spatiality, the organization of work and the production of care relations. In this context, the interlocution with territories marked by material precarities and structural violence question the institution, its supposed knowledge about madness and its forms of treatment and invite workers to leave their walls, seeking to build with the users always unique outputs for what afflicts them in their entanglements with the world.

Keywords: Mental Health. Mental Health Service. Territory

¹ Terapeuta Ocupacional vinculada à SMSA/PBH. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: daniela_tonizza@yahoo.com.br

² Terapeuta Ocupacional vinculada à SMSA/PBH. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Fiocruz. E-mail: amandaarrudato@gmail.com

Almeida, D. T., Arruda, A. E. Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial

Resumen

A partir de narrativas de escenas cotidianas y fragmentos de casos clínicos, discutimos las implicaciones de la permeabilidad entre un Centro de Atención Psicosocial III (Caps) y el territorio para la estructuración del cuidado, destacando aspectos que favorecen o dificultan su funcionamiento como un servicio abierto. Verificamos que, a pesar de algunas contradicciones, ocurre una ruptura con la noción de cierre en lo que concierne a la espacialidad, a la organización del trabajo ya la producción de las relaciones de cuidado. En este contexto, la interlocución con territorios marcados por precariedades materiales y violencias estructurales interroga a la institución, sus supuestos saberes sobre la locura y sus formas de tratamiento e invita a los trabajadores a salir de sus muros, buscando construir con los usuarios salidas siempre singulares para lo que los aflige en sus enlazados con el mundo.

Palabras clave: Salud mental. Servicio de Salud Mental. Territorio.

Introdução

O campo da Saúde Mental surge em meio à crítica à racionalidade científica moderna, apontando tanto para uma ruptura epistemológica com os saberes e práticas psiquiátricos tradicionais quanto para a invenção de novos conceitos e tecnologias capazes responder às demandas que surgem quando se aceita com radicalidade o desafio do cuidado em liberdade. Segundo Amarante (2008), tanto as transformações no campo teórico quanto no campo assistencial têm o intuito de pensar uma nova posição social para o louco e para a loucura.

No Brasil, esse campo só pôde encontrar condições de desenvolver-se a partir do movimento da Reforma Sanitária, que possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica brasileira. A 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986) foi o marco no qual se estabeleceram as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, momento em que são apresentadas denúncias acerca da violência e dos maus tratos existentes nos hospitais psiquiátricos (Ferreira, 2006).

Desde então, surgiram iniciativas de reconfiguração da Atenção Psicossocial no país. No bojo das transformações em curso, destacamos a desconstrução do modelo asilar e concomitante construção de uma rede articulada, territorial e descentralizada, na qual o trabalho deve pautar-se por uma óptica interdisciplinar e horizontalizada. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) estrutura-se por meio de uma série de dispositivos: Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Caps álcool e drogas e Caps infantojuvenil, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Associações de Geração de Trabalho e Renda, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Hospitais Gerais, Consultórios de Rua, Unidades de Acolhimento Transitório, Unidades de

Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu (Portaria nº 3.088/2011). Contudo, é importante ressaltar as recentes ameaças de retrocessos à Reforma Psiquiátrica brasileira com o surgimento de portarias que priorizam uma visão hospitalocêntrica e médico-centrada e impossibilitam a construção da lógica do trabalho interdisciplinar no território (Portaria nº 3.588/2017). Além disso, a Emenda Constitucional nº 95/2016 estabelece um teto de gastos e congela investimentos em saúde, educação e assistência social nos próximos 20 anos, o que agrava o financiamento do SUS e, conseqüentemente, a implantação da rede substitutiva ao manicômio no país.

Um dos pontos que sustentam a Rede de Atenção Psicossocial são os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), serviços territoriais e abertos de atenção psicossocial especializada que atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Portaria nº 3.088/2011). Esse dispositivo oferta cuidados clínicos em situações de crise como alternativas para a internação hospitalar e, ao mesmo tempo, vale-se de estratégias de reabilitação psicossocial no intuito de transformar a relação da comunidade com a loucura e garantir a participação social dos usuários. Para tanto, é imprescindível promover a articulação de uma rede de suporte social, tomando o território como o cenário privilegiado das ações.

O território pode ser concebido, a partir de uma análise epidemiológica, por meio de duas correntes: uma privilegia o espaço físico, geopolítico em uma visão topográfica-burocrática; outra prioriza o território a partir da sua dimensão dinâmica no mundo social (Pereira & Barcelos, 2006). No campo da Saúde Mental, observamos a existência dessas duas correntes, contudo, é fundamental priorizar

Almeida, D. T., Arruda, A. E. *Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial*

aspectos referentes ao mundo social, tomando o território como uma categoria analítica, compreendendo-o como espaço vivido pelo homem, cenário das relações sociais (Santos, 2004).

Nessa perspectiva, território refere-se tanto aos espaços que potencializam as práticas de cuidado, a partir de estratégias voltadas para a convivência e a construção de redes de afeto, como aos espaços de relações, lugares de vida e de existência concreta na comunidade onde os usuários e os serviços estão inseridos. O território é constituído pelas pessoas que nele habitam, suas relações familiares e de vizinhança (Leão & Barros, 2010).

Um serviço aberto é, necessariamente, permeável ao território e essa porosidade produz efeitos na dinâmica das relações que se estabelecem tanto dentro quanto fora do contexto institucional. Como pesquisadoras, tomamos nossa própria experiência de trabalho em um Caps III, em Belo Horizonte, Minas Gerais, como objeto para refletir acerca dos impasses, desafios e contradições decorrentes dessa permeabilidade entre o dentro e o fora, indagando em que aspectos se reproduz ou se rompe com a noção de serviço aberto, territorial. Procuramos também apontar as estratégias possíveis que têm sido desenvolvidas pela equipe de trabalhadores para o enfrentamento das dificuldades que operam, nas dinâmicas microssociais do território e, ao mesmo tempo, se relacionam com a conjuntura política e econômica atual de precarização das políticas públicas e, conseqüentemente, da existência humana. Para tanto, inicialmente, apresentamos a organização do trabalho no Caps III, salientando aspectos que favorecem ou dificultam seu funcionamento como um serviço aberto. Em seguida, discutimos, a partir de breves narrativas de cenas cotidianas e fragmentos de caso, as implicações dessa organização e da porosidade com o território para a

estruturação do cuidado durante o período de 2013 a 2018.

Serviço aberto e territorial

Podemos tomar o atributo aberto a partir de diferentes significados. Consoante Gastão e Campos (2005), no sentido literal, “porta aberta” significa ausência de muros, de grades, de espaços de contenção e de portas fechadas. Outra maneira de compreender o qualificador aberto relaciona-se com a forma de organizar o cotidiano institucional de forma oposta à lógica das instituições totais, tal como descritas por Goffman (1974). Nessa perspectiva, é preciso desenvolver novos modos de conhecer e interagir com os usuários, organizando o serviço a fim de acolher e responder de forma resolutiva, no momento em que emergem suas demandas. Ao mesmo tempo, criar estratégias para ir ao encontro das necessidades dos usuários, adentrando os territórios, identificando os caminhos percorridos por eles nos serviços socioassistenciais, acompanhando-os em seus contextos de relações no intuito de produzir novas respostas diante do abandono e a desassistência, reconhecendo os recursos institucionais e comunitários presentes no território (Nicácio & Campos, 2005). Apoiando-se na afirmação dos direitos de cidadania, é necessário também centrar as ações na multidimensionalidade e complexidade das necessidades das pessoas com a experiência do sofrimento mental em seus contextos de vida, e orientar-se para a potencialização de suas possibilidades de participação nas trocas sociais, favorecendo percursos de emancipação (Nicácio & Campos, 2005). Ao contrário de uma instituição fechada, que impõe barreiras físicas e simbólicas à relação social com o mundo exterior (Goffman, 1974), um serviço *porta aberta* orienta-se pelo acolhimento ao acontecimento, à vida que se apresenta cotidianamente com todas as suas misérias e belezas.

Almeida, D. T., Arruda, A. E. Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial

No município de Belo Horizonte, os Caps destinam-se prioritariamente ao atendimento das urgências, de forma articulada a uma rede intersetorial. O cuidado oferecido orienta-se pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216/2001) e estrutura-se nas modalidades intensiva, semi-intensiva ou ambulatorial. O Caps em análise foi criado em 1996 e, atualmente, referencia uma população de 337.441 habitantes, funcionando 24 horas, todos os dias da semana. O território é heterogêneo e abrange extensas áreas de assentamentos informais. Além disso, contempla parte da região central da cidade que tem um expressivo contingente de população que vive nas ruas. Tais características demandam intervenções complexas e diversificadas.

O trabalho no Caps estrutura-se a partir do acolhimento às urgências psiquiátricas e subjetivas e do acompanhamento aos casos inscritos na instituição até a transferência do cuidado para a Atenção Básica. Os acolhimentos podem ter origens diversas: demanda espontânea, encaminhamentos de outros serviços de saúde, como hospitais gerais, unidades de pronto-atendimento, unidades básicas de saúde, atendimento ao Samu ou à Polícia Militar. Uma vez acolhido no Caps, a equipe define, com o usuário e a família, quando presente, seu projeto terapêutico singular, a modalidade de tratamento e a frequência na instituição. Nesse primeiro encontro, também é determinado o técnico de referência e o psiquiatra que conduzirão os cuidados.

A atenção no serviço estrutura-se em três modalidades. O ambulatório crise consiste nas consultas agendadas com técnico de referência e psiquiatra. A permanência dia prevê a oferta de atendimento individualizado com as referências técnicas, cuidados de alimentação, higiene, transporte, administração de medicamentos e a

participação em atividades coletivas, por exemplo, assembleia de usuários e oficinas terapêuticas. Além desses cuidados, o Caps tem seis leitos para hospitalidade noturna reservados aos casos, contingencialmente, considerados mais graves.

Partindo da dialética aberto-fechado, Arruda (2016) indica alguns pontos que permitem uma reflexão acerca da forma como a lógica da Atenção Psicossocial opera transformando o espaço do cuidado em Saúde Mental, mais especificamente, no caso do Caps em análise.

O primeiro ponto refere-se à espacialidade. Não há pavilhões isolados ou interligados, onde os usuários ficam isolados a partir de avaliação quanto ao nível de periculosidade tal como se fazia no manicômio. Os usuários circulam pelo espaço e têm acesso livre à equipe assistencial o tempo todo, negociando medicação, entradas e saídas, visitas familiares, permanência e frequência no serviço, o que sugere um cuidado baseado na corresponsabilização.

Os projetos terapêuticos são individualizados e flexíveis. A rotina não é engessada por regras e horários rígidos. O saber do usuário é valorizado, embora em algumas situações sejam necessárias contenções e internações involuntárias. Apesar da restrição de muitas portas fechadas, não há uniformes que dividam técnicos de usuários, de modo que fica difícil para quem chega diferenciar quem é quem.

Outro ponto apontado por Arruda (2016) refere-se à descentralização da figura do psiquiatra. Técnicos de referências acolhem os usuários, avaliam, elaboram hipóteses diagnósticas e projetos terapêuticos, fazem relatórios, internam e dão alta, fazem encaminhamentos e tomam decisões com a família e os usuários sem que haja necessariamente o envolvimento direto do psiquiatra em cada uma dessas atividades. Da mesma forma, psiquiatras

podem fazer essas funções de referência em alguns casos, sem que haja participação do técnico. O saber psiquiátrico é compartilhado sem que isso implique em grande conflito, bem como outros saberes encontram espaço de legitimidade e reconhecimento. Entretanto, a prescrição medicamentosa ainda é resguardada como ato médico e muito demandada pelos usuários e trabalhadores como um todo.

Nessa perspectiva, as espacialidades e a organização do trabalho no Caps marcam, radicalmente, rupturas com o modelo das instituições totais, apesar das suas contradições.

No sistema fechado, há uma restrição da movimentação do usuário para fora da instituição, “um silêncio de fixação dos corpos” em lugares definidos dentro da instituição: o usuário nos corredores e alas e os trabalhadores aguardando o usuário e sua crise chegarem para serem prontamente contidos (Silva, 2016). No Caps, ao contrário, deveria se priorizar o tratamento integral no momento da crise, o acompanhamento longitudinal, o movimento de ir e vir e a participação da família no processo, o que vem se tornando ideais cada vez mais difíceis de se sustentar na prática. Se houve grande esforço na desmontagem das instituições manicomiais de tratamento, desospitalização de usuários e criação de serviços abertos, não houve, na mesma proporção, investimento nas condições materiais e concretas de trabalho desses últimos. Além disso, não se conseguiu desenvolver saberes e tecnologias de cuidado capazes de responder à complexidade das demandas que permitissem prescindir totalmente das práticas manicomiais que tanto se condena. Desse modo, concordamos com Silva (2016) que o Caps alarga possibilidades e profissionalidades, entretanto, corre o risco de ocupar o lugar do hospital psiquiátrico, sucumbido pela precarização das condições de trabalho e a burocratização da assistência.

Cenas, impasses, invenções

Desde seu nascimento, a Psiquiatria se constituiu como uma técnica utilizada pelo Estado para oprimir os doentes pobres, inaptos ao trabalho (Basaglia, 1979). Se, nessa perspectiva, o manicômio se constituía, por excelência, em lugar de dor e não de cura, dizer não ao manicômio, para Basaglia (1979), significa negar não só a Psiquiatria, mas a miséria. A invenção da Psiquiatria democrática consistiu, principalmente, em reconhecer que havia no “doente” um “homem”, com todas as suas necessidades concretas de existência, restituindo-lhe o direito de viver na comunidade, estabelecendo vínculos contratuais e enlaçamentos sociais, apesar de todas as dificuldades e contradições que essa integração exigir enfrentar.

A orientação basagliana de “colocar a doença entre parênteses” (Basaglia, 1991) permite vislumbrar a existência de alguns sujeitos cuja vida é marcada pela condição precária. “A condição precária designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte” (Butler, 2015, p. 51), o que inclui doenças, pobreza, fome e deslocamentos forçados, sem nenhuma proteção.

Alguns desses sujeitos vivem em territórios que se organizaram às margens urbanas, em assentamentos informais ou que perambulam pelas ruas da cidade, habitando seus interstícios (calçadas, becos, marquises e malocas).

Cada espaço social tem uma história, e trabalhar em um serviço territorial exige compreendê-la. As favelas costumam ter origem a partir da migração, com a construção de habitações precárias e irregulares, onde o poder público está ausente. Frequentemente, há dificuldade de acesso ao mercado formal de trabalho, a bens e serviços. Essa realidade pode

Almeida, D. T., Arruda, A. E. Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial

favorecer a organização de atividades ilegais, dentre as quais destaca-se o tráfico de drogas, que marca a vida da comunidade com suas normas e conflitos. Habitar esses espaços pode significar conviver com preconceitos e violências, principalmente aquela produzida pelo próprio Estado. Por outro lado, são construídas amplas redes de solidariedade e proteção contra as precariedades e injustiças.

Em geral, as favelas são comunidades estáveis, com residência a longo prazo e populações que abrangem várias gerações. Essa relativa estabilidade produziu na maioria delas uma coesão social e um senso comunitário que geralmente criam um sentimento de lealdade e identidade com uma determinada comunidade (Leeds, 2006). Tavares (2007), por sua vez, descreve que o espaço dos assentamentos pode ser definido pela ideia de “fronteira” ou “liminaridade”. Nesses territórios, articulam-se experiências de exclusão e de inclusão, já que os sujeitos, habitantes desse espaço fronteiriço, encontram-se, a um só tempo, excluídos de um território social dominante e de suas formas de organização e incluídos, às vezes, de forma perversa, em “espaços-entre” a partir de suas formas inovadoras de sobrevivência e sociabilidade.

Para além da compreensão de que os espaços sociais e sua materialidade marcam a vida dos seus habitantes, importa-nos compreender a construção dos territórios, espaços subjetivos, vividos e significados pela experiência do sujeito singular, pelo homem concreto. No Caps, o encontro com subjetividades constituídas em territórios heterogêneos e fortemente marcados pela condição precária interroga a instituição de diferentes maneiras. Algumas cenas e fragmentos de caso expõem a complexidade das demandas e a intensidade dos encontros

que a permeabilidade ao território produz no serviço.

João³ saiu recentemente da prisão e a família não aceita recebê-lo de volta em casa, pois está ameaçado de morte pelo tráfico da região onde vive. Recusa-se a ficar na rua ou ir para o Abrigo Municipal. Ameaça trabalhadores, joga mesas e cadeiras, quebra computadores no intuito de ser acolhido em hospitalidade noturna. Refere preferir ficar amarrado a ter que ir embora do Caps, ainda que seu retorno no dia seguinte estivesse garantido. João é um dos muitos usuários que constroem sua trajetória de vida entrando e saindo de instituições de controle e assistência cujas “fronteiras entre o dentro e o fora estão cada vez mais borradas” (Mallart & Rui, 2015, p. 2). João nos ensina que, quando o território de origem se configura como ameaçador, o Caps pode se tornar um refúgio, um local de proteção, de onde o usuário não quer sair. Aos trabalhadores é preciso reconhecer os códigos do território e compreender os riscos envolvidos, como quando há uma dívida com o tráfico, por exemplo, ou quando alguns dispositivos públicos de assistência podem se configurar como ameaçadores ou violentos para o sujeito. Assim como João, Lucas, que também é morador de um aglomerado em Belo Horizonte, apresenta-se sempre muito desorganizado e inquieto. É comum realizar pequenos furtos na comunidade e atrapalhar-se diante dos códigos do tráfico que circulam pelo território. Há momentos em que suas aprontações intensificam-se e ele se torna vítima de agressões. É importante a compreensão de que, na maioria das favelas, delitos como roubo, estupro e outros tipos de violência interpessoal costumam ser combatidos por ações violentas, uma vez que, com a crença de que a justiça formal não funciona, é preciso aceitar um sistema de justiça

³ Todos os nomes atribuídos aos usuários são fictícios.

alternativo (Leeds, 2007). Nessas situações, ele recorre ao Caps, pede ajuda e lá fica em hospitalidade noturna pelo período necessário para que a família se organize na comunidade para poder novamente recebê-lo.

Dessa forma, observamos que, quando os laços afetivos com a família ou comunidade estão frágeis ou os recursos de subsistência estão escassos, há um movimento, por parte de alguns usuários, de tentar fazer do Caps a própria casa. Se por um lado é desejável que se construa esse vínculo de confiança, por outro, é necessário que ele não se restrinja apenas ao serviço, sob o risco de um fechamento em si mesmo. “A tomada de responsabilidade do serviço pelo território envolve chamar à responsabilidade outras instâncias públicas de amparo, como também oferecer atenção integral” (Silva, 2005, p. 310). Essa tomada de responsabilidade é um elemento preciso de intervenção no momento de crise. O serviço territorial deve colocar-se também como referência para situações variadas de conflito e estar presente nos diferentes momentos da vida dos usuários (Rotelli, 1990). Por outro lado, responsabilizar-se pelo cuidado não implica desresponsabilizar o sujeito por suas ações. É imprescindível a disponibilidade do serviço para iniciativas que busquem construir redes, articulando o dentro e o fora, criando formas de resistir às violências estruturais que os usuários enfrentam sem, contudo, oferecer a tutela e a proteção como únicas saídas. Graves dificuldades materiais e sociais suscitam, simultânea ou sucessivamente, intervenções dos campos da saúde, da segurança e da assistência social, não no sentido de reparar uma deficiência a partir de um diagnóstico segundo um modelo clínico, mas de criar condições que mobilizem a capacidade dos sujeitos de superar a condição de marginalidade (Castel, 1997).

Há situações em que se avalia que uma maior proteção, por um determinado

período, pode ser necessária, especialmente quando a crítica do sujeito em relação à ameaça que sofre encontra-se prejudicada. Humberto, por exemplo, orientado por ideal de justiça, inicia uma série de intervenções na comunidade. Em uma de suas crises, ele pega armas de traficantes e as entrega à polícia. Após se safar de tiros dos traficantes, acredita ter o corpo fechado. Esgotadas outras possibilidades, a família aciona o Samu para levá-lo involuntariamente ao Caps. Optamos por manter breve internação, ao mesmo tempo que negociações na comunidade foram realizadas com intuito de permitir seu retorno para casa. Essa postura mais incisiva foi crucial para favorecer um estreitamento do vínculo de adesão e confiança no serviço e, ao mesmo tempo, ampliar as possibilidades de autocritica em relação às consequências de seus atos.

Identificamos, a partir desse fragmento de caso, uma linha tênue que se interpõe entre o controle e o descuido, sobre a qual é preciso caminhar quando se trabalha em um serviço aberto. O serviço aberto, ao recusar a lógica manicomial que aprisiona e exclui a desrazão em nome da proteção da vida, não pode deixar o sujeito à deriva, se furtando a inventar formas de ofertar respostas não fascistas às novas configurações do sofrimento humano em suas múltiplas dimensões.

O atravessamento das drogas, seja pela relação com o tráfico, seja pelo uso prejudicial de substâncias lícitas ou ilícitas, introduz, à clínica da atenção psicossocial, desafios diversos. Tomemos como exemplo emblemático o episódio em que Paulo foi embora mais cedo da permanência-dia. Pegou seus vales-transporte e saiu tranquilo. Trocou-os por cocaína e retornou, pouco tempo depois, visivelmente exaltado, demandando mais medicação do que a que estava prescrita. Entra em conflitos com profissionais e usuários, quebra coisas, ameaça matar a médica que recusou medicá-lo. Quais os arranjos possíveis em

Almeida, D. T., Arruda, A. E. Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial

uma instituição porta aberta no que se refere ao movimento do usuário de ir e vir ao serviço? Será preciso fechar as portas para que os códigos do território não o invadam indevidamente? Como lidar com as formas violentas de resolver conflitos de um modo que não seja normativo ou punitivo?

Pensar o ato violento no serviço exige uma reflexão mais alargada do que nos aponta o conhecimento clínico. É fundamental considerar a violência estrutural a que os usuários estão submetidos. Houve, nas últimas décadas, um aumento da violência urbana e do encarceramento, além do expressivo número de mortes por homicídios, sobretudo da juventude negra (Waiselfisz, 2016), pautados direta ou indiretamente na política de guerra às drogas. Sabemos não se tratar verdadeiramente de uma guerra às drogas que almeja evitar o suposto risco decorrente do consumo, mas de uma guerra às pessoas, principalmente as que vivem à margem do mundo do trabalho, tendo por finalidade o controle dessa população, via sua apreensão ou seu extermínio (Almeida & Amaral, 2017).

Se a violência é indesejável no Caps, precisamos considerar que ela pode ser uma estratégia usual em outros territórios, até como forma de resistência ou sobrevivência. Não nos cabe condenar e nem banalizar os atos violentos, mas oferecer respostas distintas, pautadas no acolhimento e no diálogo, ainda que o território entre no serviço, por vezes, com uma violência devastadora. Assim aconteceu em uma terça-feira, às seis horas da tarde, quando Antônio entra no serviço à procura de Nilma, que ficaria em hospitalidade noturna naquela noite devido ao intenso e ininterrupto uso de crack por vários dias na rua. Ao se aproximar, retira da meia uma faca e parte para cima dela. Acusando-a de traição, ameaça matá-la. A técnica de referência de Nilma se interpõe entre os dois e consegue evitar o que poderia ter sido uma grande tragédia ao

demonstrar que se preocupava com ele e convidá-lo a também se cuidar.

Oferecer uma escuta isenta de preconceitos e julgamentos e promover encontros coletivos onde a palavra possa circular – assembleias, oficinas – nos parecem boas apostas no enfrentamento da violência, embora não consigamos sustentá-las na frequência desejável. É preciso recolocar em prática muitos processos clínicos que foram se perdendo com “a evolução da demanda em sobrecarga”, promovendo “ocasiões de palavra” que restituam o “espaço-tempo clínico de respeito ao sujeito-cidadão” (Silva, 2016, p. 47). Sobretudo, a direção de uma conduta deve considerar o projeto terapêutico singular e a condição clínica de cada sujeito, em cada momento. A escuta da mensagem que o ato violento pode nos transmitir indicará a necessidade de intervenções mais ou menos invasivas (Correia, Gilbert & Silva, 2018).

Para além de pensar quando o território se faz presente no serviço, sair dos muros do Caps e encontrar a vida fora da instituição também provoca questionamentos acerca da radicalidade da aposta no cuidado em liberdade. Sônia viveu na rua por muitos anos, hoje vive em uma moradia social, mas não reconhece o lugar como um território ao qual pertence. Passa a maior parte dos dias no Caps e das noites perambulando entre os serviços de saúde de urgência da cidade. Eventualmente, despe-se e deita-se no cimento quente da área externa da instituição e com um pedaço de vidro, faz escoriações no próprio rosto. Em uma dessas ocasiões, ao ser abordada, Sônia recusa os cuidados e anuncia que vai sair. Como permitir que caminhe errante pela cidade nessas condições? Algumas vezes são possíveis negociações. A oferta de um banho e uma roupa limpa, um batom, um perfume que fornece algum contorno para o corpo largado e maltratado. O que também pode ter efeito é ofertar o próprio corpo

Almeida, D. T., Arruda, A. E. Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial

como um suporte para sua circulação: acompanhá-la à padaria da esquina para tomar um café, em uma volta no quarteirão ou um passeio na cidade, embora nem sempre seja possível uma saída elegante em situações em que nossa palavra, nosso gesto, nossa presença não são suficientes para aplacar tamanho desamparo. Nesse caso, como pensar a circulação na rua? Segundo Lobosque (1997), a rua não se apresenta como um traçado ordenado destinado à circulação pública, mas revela-se como o espaço e o lugar para o extravio e a extravagância dos sujeitos. Contudo, segundo DaMatta (2000), o universo cultural brasileiro é avesso à igualdade, o que se reflete na desvalorização da ideia de cidadania e na valorização da deslealdade nas relações competitivas, o que torna a rua um lugar especialmente perigoso. Então, como permitir o direito à cidade quando nos deparamos com uma ausência da consciência social do indivíduo na esfera pública, em que o que está em jogo é a possibilidade de Sônia ser vítima de uma violência? Que resposta cabe à instituição diante não só do pedido de Sônia, mas da condição de uma anomia pública?

De forma muito semelhante, a partir de sua história, Maria também interroga a instituição. Maria estava em abandono de tratamento e em situação de rua. Chegou ao Caps trazida pelo Samu muito delirante, desorganizada, emagrecida, descuidada. A princípio, não queria ficar. Hostil com a equipe, pedia para ir embora. Aos poucos, foi aceitando os cuidados e passou, então, a recusar-se a sair do serviço e lá ficou durante um período de seis meses, apesar de todas as tentativas de se articular uma moradia social. Finalmente, um dia, Maria pede para ser levada ao local onde costumava ficar na rua e decidiu que lá era seu lugar, junto daqueles com quem tinha laços de afeto. Como consentir com o retorno à rua e a recusa de uma moradia social? O caso de Maria ensina que a equipe deve romper com intervenções prescritivas

que indicam modos estéticos de um bem viver e acolher outras diferentes formas de existir. É fundamental reconhecer que os usuários, como redes de existência produzidas “em-mundo”, constituem certas formas éticas e modos de conduzir por si a produção do cuidado que podem divergir daquelas que lhes são ofertadas pelas instituições, ainda que tais modos se apresentem cheios de tensões e problemas (Mehry *et al.*, 2016). A rua na vida de Maria significa um território rico de afetos e desafetos, cenário onde ela se constitui como sujeito. Negá-la poderia significar negar a legitimidade de sua própria existência. Nessa perspectiva, a prática do cuidado em um serviço territorial exige respeito ao desejo e à história de cada sujeito e exige também deslocamentos e arranjos diversos, como estar junto e assisti-la em um sofá em frente a uma estação de metrô da cidade.

O território não se refere apenas ao entorno de um Caps, mas o atravessa “em suas entranhas”, compondo uma topologia que faz continuar o dentro no fora e o fora no dentro de tal forma que todo ato clínico será também territorial, inscrevendo-se no tecido urbano da cidade, articulando instâncias e elementos que compõem o universo social dos sujeitos (Elia, 2015).

Considerações finais

A atual conjuntura política e econômica ameaça dismantlar as políticas públicas sociais e de saúde por meio de privatizações, da criminalização e judicialização da pobreza e do uso de drogas, do retorno de práticas manicomial e segregativas que dificultam o acesso dos usuários aos direitos da cidadania. Tais retrocessos impactam sobre as condições materiais e sociais da vida no território no qual o Caps está inserido e o afetam diretamente e indiretamente.

Sustentar a abertura dos Caps, nesse contexto, mais do que uma orientação

Almeida, D. T., Arruda, A. E. *Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial*

clínico-política, torna-se um imperativo ético. Permitir que o movimento dinâmico da vida encontre e interrogue a instituição, seus supostos saberes sobre a loucura e suas formas de tratamento supõe manter fluidos os limites entre o dentro e o fora, buscando saídas sempre singulares e construídas com os sujeitos para aquilo que os aflige em seus enlaçamentos com o mundo.

Referências

- Almeida, D. T. & Amaral, T. V. (2017, janeiro). Drogas: paradoxos no campo do trabalho. *Psicologia em Revista*, 23(1), 374-386.
- Amarante, P. (2008). Saúde Mental, territórios e fronteiras. In P. Amarante. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 15-21). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arruda, A. E. (2016). Experiências e territórios da loucura: narrativas de portadores de sofrimento mental assistidos em um serviço aberto no município de Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Basaglia, F. (1991). As instituições da violência. In F. Basaglia. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (pp. 99-134). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Butler, J. (2015). *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Castel, R. (1997, janeiro/dezembro). A dinâmica dos processos de marginalização. *Caderno CRH*, 1(26-27), 19-40.
- Correia, A. T., Gilbert, J. M. S., & Silva, N. V. (2018). Sobre corpos e sob corpos: violência e heteroagressividade nos Cersams. In D. T. Almeida & M. T. G. Nogueira (Orgs.). *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em Saúde Mental* (pp. 71-76). Belo Horizonte: Editora Instituto DH. (Série Direitos Humanos e Trabalho).
- Damatta, R. (2000). *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Elia, L. (2015). Uma equipe muito peculiar: a equipe do Caps. In M. Kamers et al. (Orgs.). *Por uma nova psicopatologia da infância e da adolescência* (pp.243-264). São Paulo: Escuta.
- Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016 (2016). Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm
- Ferreira, G. (2006, junho). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sociopolítica. *Psicanálise e Barroco: Revista de Psicanálise*, 4(1), 77-85.
- Goffman, I. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Leão, A., & Barros, S. (2012). Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc.*, 21(3), 572-586.
- Leeds, E. (2006). Cocaína e poderes paralelos na periferia urbana brasileira: ameaças à democratização em nível local. In A. Zaluar & M. Altvito (Orgs.). *Um século de favela* (5a ed., pp. 233-276), Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos

Almeida, D. T., Arruda, A. E. *Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial*

- mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec.
- Mehry, E. E. *et al.* (2016). Redes vivas: multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In E. E. Mehry *et al.* (Org.). *Avaliação compartilhada de cuidado em saúde: surpreendendo o instituído na rede*. Rio de Janeiro: Hexis. (Polícias e cuidados em saúde; vol. 1).
- Mallart, F., & Rui, T. Por uma etnografia das transversalidades urbanas: entre o mundão e os dispositivos de controle. In *Anais do Encontro Anual da ANPOCS*, 2015, Caxambu. Recuperado de <https://www.anpocs.com/index.php/papers-39-encontro/gt/gt34/9763-por-uma-etnografia-das-transversalidades-urbanas-entre-o-mundao-e-os-dispositivos-de-controle/file>
- Nicácio, F., & Campos, G. W. S. (2005, janeiro/abril). Instituições de “portas abertas”. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 16(1), 40-46.
- Pereira, M. P., & Barcellos, C. (2006, junho). O território no programa de saúde da família. *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 2(2), 47-55.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Rotelli, F. *et al.* (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.
- Santos, M. (2004). *A natureza do espaço: técnica, razão e emoção* (4a ed.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Silva, E. R. (2016). *O gesto profissional em Psiquiatria: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Silva, M. B. B. (2005, junho). Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da Saúde Mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 8(2), 303-321.
- Waiselfisz, J. J. (2016). Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil. Brasília: Flacso. Recuperado em 31 março, 2017, de https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf

Recebido em: 20/12/2018

Aprovado em: 23/05/2019