



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Paixão Santos, Marcos Roberto; de Oliveira Nunes, Mônica
Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção
Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 15, núm. 38, julio-septiembre, 2011, pp. 715-726
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119940025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil*

Marcos Roberto Paixão Santos¹

Mônica de Oliveira Nunes²

SANTOS, M.R.P.; NUNES, M.O. Territory and mental health: a study on the experience of users of a psychosocial care center, Salvador, Bahia. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.715-26, jul./set. 2011.

This paper results from research developed among users of a psychosocial care center, in Salvador, Brazil. It aimed to understand how experience of territory use among these users could contribute towards broadening the centers' possibilities for action. With this objective, we conducted three case studies, using techniques of systematic observation of users' day-to-day routines, record-keeping in fieldwork diaries and auto-biographical interviews, involving analytical categories such as: the relationship between users and territory; economic and work spaces; and cultural, symbolic and aesthetic spaces. The users' territory was presented as a problematic territory, in the sense that it imposed non-passivity in relation to the object systems, thereby challenging them to formulate alternatives for the problems experienced in daily life. Thus, the challenge for psychosocial care centers that has emerged is for them to "fine-tune" their clinical practices to the specificities of the contexts and practices experienced by users.

Keywords: Territory. Mental health. Deinstitutionalization. Social inclusion.

Trata-se de pesquisa realizada com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Salvador, Bahia, Brasil, visando compreender como a experiência de uso do território por esses usuários pode contribuir para ampliar as possibilidades de atuação do CAPS. Foram estudados três casos, utilizando-se técnicas de observação sistemática do cotidiano dos usuários, registro em caderno de campo e entrevistas autobiográficas, contemplando categorias analíticas como: relação dos usuários com o território; espaço econômico e de trabalho; espaço cultural, simbólico e estético. O território dos usuários se apresentou como problemático no sentido de impor a não-passividade diante dos sistemas de objetos, desafiando-os a formularem alternativas aos problemas vivenciados no cotidiano. Nesse sentido, surge como desafio ao CAPS "afinar" sua prática clínica às especificidades dos contextos e das práticas vivenciadas pelos usuários.

Palavras-chave: Território. Saúde mental. Desinstitucionalização. Inclusão social.

¹ Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bolsista Capes. Estrada de São Lázaro, 197, Federação. Salvador, BA, Brasil. 40.120-730. xmarcos1@gmail.com

² Instituto de Saúde Coletiva, UFBA.

Introdução

Presentes na história recente do Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) podem ser compreendidos como espaços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, que possuem um tipo de clínica centrada na família, comunidade e usuários. Compostos por equipes multidisciplinares, esses serviços direcionam o cuidado para pessoas com transtornos mentais graves em uma área territorial adstrita à sua localização.

A criação dos CAPS representa parte das conquistas ainda em curso do Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Fortemente inspirado nas ideias e reformas efetuadas na Itália por Franco Basaglia, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica germina, no Brasil, com a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), na década de setenta do século passado. Com o objetivo inicial de promover a crítica ao modelo oficial e hospitalocêntrico, esse Movimento ganha, no período de redemocratização, um novo fôlego, passando a se tornar “um movimento ‘social’ pela reforma psiquiátrica” (Amarante, 1996, p.21), inserindo a discussão sobre desinstitucionalização no quadro da democracia em formação.

Apesar da anterioridade da luta (em 1989, o deputado Paulo Delgado já propunha o projeto de lei nº 3.657/89, que prevê a gradual substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos), foi em 2001 que o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira encontrou, na Lei federal nº 10.216, um importante marco legal que consolidaria a esfera do Estado como campo de pleito dos movimentos sociais envolvidos na luta pela Reforma. A partir de então estaria regulamentada a implantação de serviços substitutivos de assistência a portadores de transtornos mentais. Em 2002, a Portaria n. 336/02 eleva os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades I, II e III, como os responsáveis pela prestação desse atendimento.

Como uma das marcas distintivas do modelo de serviço substitutivo, está a necessidade de trabalho no território (Onocko-Campos, Furtado, 2006). Afirmarmos que a maneira como o conceito de território é adotada no âmbito dos CAPS possui implicações práticas na forma como estes podem se articular (ou não) em termos de promover a desinstitucionalização (como desconstrução epistêmica dos saberes sobre a loucura) dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social, ambos pressupostos contidos na Reforma Psiquiátrica.

A esse respeito, chamamos a atenção para o fato de a literatura sobre serviços substitutivos ainda privilegiar, como escopo para análise, aspectos sobre a organização desses serviços, denotando que há um amplo campo a ser discutido e analisado quando o foco volta-se para os aspectos sociológicos da experiência dos usuários. Esse viés da literatura acadêmica foi verificado alhures (Passos, 2003) e pelos próprios autores, em levantamento bibliográfico no banco de dados da Capes e nas principais bases de dados dos periódicos científicos brasileiros que interseccionam o tema das ciências sociais e saúde.

Isso ganha maior relevo com os poucos estudos sobre desinstitucionalização e inclusão social do sujeito portador de transtorno mental, a partir de certa lógica dedutiva, em detrimento de uma perspectiva mais compreensiva e estruturada pelas relações e vivências que os sujeitos estabelecem com o seu território (Otsuka, 2009; Tavares, Sousa, 2009).

Nosso objetivo com este trabalho é compreender como a experiência de uso do território por usuários de um CAPS pode contribuir para ampliar as possibilidades de atuação desses serviços.

Metodologia

Este artigo compõe um dos desdobramentos de uma pesquisa maior, aprovada em novembro de 2005, pelo edital do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sendo por este financiada. Essa pesquisa tinha como principais objetivos: avaliar o sistema de atenção à saúde mental nos estados da Bahia e Sergipe, tomando como referência os CAPS, além de compreender quais são e como funcionam os recursos produzidos nos CAPS para articular experiências, produzir subjetividades e incluir os sujeitos em sua rede social. Com este intuito, tal pesquisa combinou uma perspectiva quantitativa (epidemiológica) e qualitativa

(antropológica extensiva e intensiva), e envolveu entrevistas e grupos focais realizados com usuários, familiares, gestores e profissionais dos CAPS, além da observação sistemática de atividades desenvolvidas nesses serviços. Os dados aqui apresentados resultam da fase qualitativa (antropológica intensiva). Trata-se de um estudo de caso realizado com usuários de um CAPS, da cidade de Salvador, Bahia, durante o período de sete meses entre os anos de 2007 e 2008.

A maior parte do material analisado corresponde a dados coletados com uso da observação sistemática e da técnica de registro em caderno de campo. Em todo o processo de elaboração desses registros, tentamos, ao máximo, sintetizar os dados tendo em vista as diferentes perspectivas dos sujeitos envolvidos na pesquisa, quais sejam, profissionais, familiares, usuários e vizinhança (entendida não apenas como pessoas próximas à residência do usuário, mas sim como pessoas e instituições próximas aos lugares de trânsito dos usuários). Também utilizamos dados coletados com a técnica de entrevistas autobiográficas (com usuários) apoiadas em roteiro semiestruturado. Tanto a observação sistemática, quanto as entrevistas autobiográficas foram realizadas em consonância com as categorias elaboradas dedutiva e indutivamente, a partir de revisão de literatura sobre saúde mental e da própria observação sistemática.

Para efeito deste trabalho, fazemos o uso das seguintes categorias analíticas: relação dos usuários com o território; espaço econômico e de trabalho dos usuários; espaço cultural, simbólico e estético. Essa escolha se justifica por considerarmos que tais categorias são as que, no âmbito da pesquisa, mais suscitaram a possibilidade de atenção à experiência dos usuários. Todas as entrevistas foram realizadas nas residências dos informantes.

Sobre o critério de escolha dos informantes, da população de usuários do CAPS, fizemos o acompanhamento mais sistemático de três usuários. A seleção desses informantes levou em consideração o interesse em participar da pesquisa, a relação construída entre pesquisador / pesquisado e um relativo grau de autonomia motora e de disponibilidade psíquica (que pudesse conferir, aos mesmos, a possibilidade de circulação no território e articulação da fala). O tipo de clínica **não** foi utilizado como critério na escolha dos informantes. Esse critério (de exclusão) merece um maior detalhamento, na medida em que trará importantes implicações teórico-metodológicas.

De um lado, tal escolha reduz aspectos da compreensão do problema em estudo – sabemos que a experiência dos usuários com depressão ou ansiedade, por exemplo, pode ser diferente daquela dos com esquizofrenia. Contudo, ao deixar de lado os aspectos do discurso biomédico, nossa opção metodológica abre outro campo de possibilidades para o estudo do problema, já que a experiência do sujeito com sofrimento mental está inserida em um contexto social mais amplo (Alves, 1999), onde o discurso biomédico representa um entre vários discursos, como o da autoridade religiosa, por exemplo (Kleinman, Kleinman, 1991). A análise dos dados deste artigo contou com o apoio de revisão bibliográfica sobre saúde mental, geografia cultural e sociologia compreensiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, e os usuários consentiram voluntariamente em dar os seus depoimentos, mediante a garantia do sigilo de suas identidades. Todos os participantes da pesquisa assinaram termo de consentimento de acordo com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos previstos na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

De que território estamos falando?

A Península de Itapagipe compõe parte da Baía de Todos os Santos. É o lugar do CAPS. Com suas terras à beira-mar, também foi local de morada para populações indígenas antes da colonização, das invasões holandesas (séc. XVII) e do primeiro impulso industrial da capital baiana (início do séc. XX), que encontraria, no declínio da economia açucareira, um dos seus motes. A Península de Itapagipe também é o lugar onde mora boa parte dos sujeitos dessa pesquisa.

Território marcado pela disputa. Datam da década de 1940 as primeiras palafitas (construções utilizadas sobre áreas alagadiças) da região, localizadas em áreas pertencentes à Marinha do Brasil e à União. As primeiras intervenções mais sistemáticas do Estado na Península também datam dessa época, dando início a uma história marcada por ameaças, demolições e reconstruções de novas palafitas.

No final da década de 1970, em um processo de confronto e correlação de forças entre a prefeitura e a população local, as palafitas foram paulatinamente substituídas por aterros, casas e conjuntos habitacionais, dando origem a bairros como a Vila Rui Barbosa e Massaranduba. Esses “novos bairros” não representaram, entretanto, o final da dura relação poder público / população local; ainda hoje toda a região das antigas palafitas sofre com um processo de urbanização precária e com surgimento de novas palafitas.

Como parte do território biomédico, além do CAPS referenciado nesse estudo, o Distrito Sanitário de Itapagipe, composto por 28 localidades, possui como equipamentos públicos: um Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, um ambulatório, dois centros de saúde, duas unidades de Saúde da Família; duas Residências Terapêuticas; o Hospital Santo Antônio; um abrigo para idosos.

O CAPS surge em 2 de fevereiro de 2004, dentro de um ambulatório, unidade especializada na clínica em saúde mental, responsável, naquela ocasião, pelo atendimento de usuários da Península de Itapagipe e do Subúrbio Ferroviário de Salvador. A partir de demandas dos usuários e da própria equipe, o CAPS é então desmembrado do ambulatório em 12 de dezembro de 2005, ficando responsável por atender a clientela da península e alguns usuários do Subúrbio Ferroviário. Além dos profissionais, vários usuários acompanharam todo o processo de transição para a nova casa.

Atualmente, o CAPS está localizado em uma rua residencial, perpendicular a uma das principais avenidas da península, o que dá a este dispositivo uma posição privilegiada tanto em relação à disponibilidade de transporte coletivo, como para o acesso a pé, mais utilizado pelos usuários que moram nos bairros dos arredores.

Todo o processo histórico de urbanização da península legou a esta uma geografia excludente. Os nossos informantes possuem lembranças e participaram de algum momento desse processo de formação social. Processo que se inscreve não apenas na memória, mas também no corpo.

No momento da pesquisa, a região era composta por 14 bairros e cerca de 142.291 habitantes; notadamente diferenciada entre um miolo (mais urbanizado, onde se concentram os principais serviços públicos) circundado por localidades mais carentes, como os chamados “estaleiros” (nome que remete ao fato de esses lugares próximos à praia terem servido – e residualmente ainda servirem – como ponto para reparos de pequenas embarcações), e os bairros do Uruguai e da Massaranduba. São nestes últimos que residem a maior parte dos usuários atendidos pelo CAPS.

Também são da península experiências de movimentos sociais – com alguns dos quais o CAPS mantém contato – e organizações do terceiro setor, como: o grupo cultural Bagunçaço, o Centro de Arte e Meio Ambiente – CAMA e a Comissão de Articulação e Mobilização das Moradoras da Península de Itapagipe (Rede CAMMPI), que contribuem, à sua forma, para a inclusão dos moradores da região e o combate ao preconceito.

Território e experiência: algumas considerações teóricas

Tributário de uma visão notadamente naturalista, que encontraria no século XIX grande força e aplicabilidade (Haesbaert, 2002), o conceito de território passou por importantes mudanças até assumir, na contemporaneidade, uma posição de conceito fundamental à compreensão da realidade social.

No campo da saúde coletiva, o conceito de território permanece imbricado com suas dimensões jurídico-políticas. Nesse campo, o território seria uma unidade geográfica sob a égide do planejamento e ação de agentes públicos, como os serviços de saúde (Monken, Barcellos, 2005). Mesmo considerando que o território se constitui em diferentes níveis de agência, essa visão carrega a limitação de compreender o território fundamentalmente do ponto de vista da gestão, secundarizando, assim, a contribuição desses outros agentes, como os usuários. No campo da saúde mental, tal compreensão pode acarretar no desenvolvimento de metodologias que desembocam numa relação unilateral com a loucura, revertendo o que seria “inclusão na comunidade” para “inclusão no serviço” (Pinho, Hernández, Kantorski, 2010).

Assim, para fins de nosso trabalho, adotaremos a perspectiva epistemológica proposta por Milton Santos (1994), para quem é “o uso do território e não o território, em si mesmo, que faz dele objeto de análise social, o território em questão é o *território usado*” – grifo nosso. No que tange ao caso em

estudo, esta perspectiva justifica-se pelo fato de considerarmos que ela traz, para a cena, a discussão sobre a experiência dos atores sociais, sem perder de vista sua historicidade, processos e relações de poder.

Experienciar é arriscar-se. Implica liberdade, espaciosidade. Voltar-se para o mundo numa relação sinestésica, aprendendo, atuando sobre o dado e criando a partir dele (Tuan, 1983). A experiência no território, porém, se dá num mundo cuja práxis condensa relações que podem reproduzir posições sociais – inclusive de estigma. Nesse sentido, a análise da experiência no território deve considerar que este se configura como espaço social onde os atores ocupam posições sociais e capital relativo a essas posições (Bourdieu, 2007).

O território é “base do trabalho, de residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi” (Santos, 2001, p.96), e meio de inclusão/exclusão, de inscrição de uma identidade social (Claval, 1999). Dito de outro modo, é “[...], uma prática social historicizada que se constitui em simultaneidade com a identidade coletiva dos sujeitos sociais” (Soares, 2006, p.22). Nesse sentido, a definição da identidade social desses atores está fortemente relacionada com a forma como esses acessam, ou não, dimensões do território, e isso ficará mais visível a partir da análise dos dados coletados.

É no cotidiano (territorializado) que encontramos a excepcionalidade, o inesperado, a imbricação de relações. Por isso, optamos metodologicamente por não analisar as categorias que balizaram o trabalho de campo (relação dos usuários com o território; espaço econômico e de trabalho dos usuários; espaço cultural, simbólico e estético) de forma tópica, mas, sim, analisá-las de maneira dinâmica, indicando as imbricações com as quais os usuários se deparam, no território.

De posse dessas considerações, voltaremos a atenção para o território vivido pelos usuários do CAPS.

Território vivenciado

Os informantes que acompanhamos residem em Itapagipe. Lá constroem suas narrativas. Nestas, contudo, o sofrimento mental não é marca perene. Surge, pois, em determinado momento e está articulado, não raras vezes, com outras tramas. Tentaremos buscar, em parte da trama vivida por Ana, Sérgio e Anderson, esses elementos. Estes informantes – cujos nomes são fictícios – serão apresentados no curso do desenvolvimento das questões.

Ana, negra de pele clara, com aproximadamente setenta anos, vive no andar térreo da casa de uma irmã. Não fala muito do seu passado. Sobre isso, tudo que temos são fragmentos de conversas que remontam um universo bucólico referenciado na cidade de Maragogipe, região do Recôncavo, Bahia, de onde a informante diz ser natural. Veio para Salvador ainda jovem, para trabalhar “em casa de família” – lembrança que lhe causa irritação e a faz xingar a “mulher” para quem trabalhara.

Sobre sua juventude, é difícil precisar. Tudo que temos são inferências – partilhadas com os profissionais do serviço – de que Ana pode ter, em algum momento de sua juventude, se prostituído, dada a riqueza de detalhes, a insistência com que a informante descreve esse universo (como sendo dos outros) e, sobretudo, o interdito, ao ser perguntada.

De humor oscilante, Ana passa boa parte do tempo no CAPS discutindo e xingando aqueles que a perturbam, ou que ela diz perturbar. Apesar disso, sua idade parece lhe conferir certo status, de maneira que seu mau humor quase nunca se transforma em conflito com os outros. Mesmo vivendo próximo a sua irmã, não possui boa relação com esta, dado este que é verificado tanto pela vizinhança como pela equipe do CAPS. Ana possui filhos que não a visitam e dos quais ela evita falar. É aposentada e passa todos os dias úteis da semana no CAPS, mesmo quando não está executando alguma atividade específica do seu plano terapêutico.

O fato de necessitar se deslocar para o serviço todos os dias, aliado a esse estado de relativo abandono familiar, nos induz a pensar que Ana precise articular outras redes sociais, fato que ela, a seu modo, tem conseguido. Abaixo, um trecho do diário de campo onde registramos essa passagem.

“[...], aproveitei para acompanhar dona Ana (usuária do CAPS) até a padaria onde ela costumava tomar café, ofertado por iniciativa do comerciante local que buscava ajudar, desta

forma, a usuária. No caminho entre o CAPS e a padaria, dona Ana resolveu me apresentar uma parte da vizinhança. Foi assim que conheci, rapidamente, duas famílias, moradores dos arredores do CAPS. Na varanda de uma dessas casas, havia uma senhora bastante idosa, com a mão paralisada, aparentando seqüelas de algum derrame. Dona Ana me apresentou como seu amigo no que fui cumprimentado pela senhora, que disse costumar ir, com o filho, à padaria onde Ana passa parte do tempo e faz algumas refeições. Em outra casa na mesma rua, fui apresentado a uma segunda família (uma senhora e seu filho) que também estava na varanda. A senhora, cordialmente, brincou, aludindo o fato de eu ser namorado de Ana. Para Ana, essas famílias 'são todas gente boa'. (Diário de campo; usuária: Ana – DC-USA: Ana)

Chama a atenção o dado de que, apesar de conhecerem Ana, esses vizinhos – e o próprio dono da padaria – não a identificam como usuária de um serviço de atenção psicossocial, pelo contrário, nem sequer têm conhecimento do serviço, localizado a poucos metros dali, como pude constatar depois em conversas com estes.

Quando não está no CAPS, Ana usa os recursos do território que lhe é acessível: vizinhança e estabelecimentos comerciais. Barganha com a simpatia. Quem no CAPS quase sempre se irrita, na rua quase sempre sorri. Não que o CAPS seja um lugar irritante para Ana – aliás, ela mesma afirma gostar do serviço. É que, no CAPS, todos sentem que devem ser complacentes com ela. Diante de sua comunidade de iguais – usuários do CAPS – a complacência é calcada no elemento diferenciador da sua idade. Diante dos profissionais, calcada na sua situação de vulnerabilidade psicossocial. A rua, pelo contrário, amplia o espaço de negociação. As nuances variam. Ana parece possuir certo senso prático de que, na rua, as relações sociais exigem outros tipos de trocas, como o sorriso, ao invés do xingamento. Não à toa Ana reforça a ideia de que *“essas famílias são ‘todas gente boa’”*.

Dono de uma fala pausada, existe uma lacuna no que tange à infância de Sérgio, com cinquenta e quatro anos de idade – nosso segundo informante. Hoje, um senhor negro de pele escura, cujas memórias remetem a uma infância difícil: onze irmãos, casa pequena, constantes brigas entre os pais. Natural de Salvador, veio para a Península de Itapagipe com vinte anos. Sua juventude remonta o cenário de festas populares e de trabalho nas indústrias que existiram na cidade baixa e no Complexo Industrial de Aratu. Acredita que parte do seu sofrimento mental são consequências espirituais dos “excessos” que fizera no passado.

No CAPS, chama a atenção pelo perfil participativo. Esse perfil articula, ao seu redor, um grupo de amigos que sempre estão juntos na capoeira, no dominó, promovendo mutirões nas casas de outros usuários – como limpar a residência de Ana – ou, simplesmente, para sair juntos do serviço. Sérgio vive com uma companheira (enfermeira que conheceu em um centro espírita), próximo à mãe e sobrinhos – embora dificilmente frequente suas casas e vice-versa. Possui um filho do seu antigo casamento, cuja separação Sérgio indica ser a principal causa de sua doença. Está aposentado e divide as despesas da casa com a companheira.

Religiosidade é, com efeito, o tema que mais o mobiliza. Com um percurso religioso fortemente marcado pela matriz afrobrasileira, Sérgio frequenta um centro espírita. Em sua casa, os remédios ocupam a mesma mesa reservada aos santos, caboclos e velas. Esse itinerário religioso se inicia quando o primeiro sintoma de transtorno havia sido diagnosticado e quando já fazia tratamento em um CAPS. É na praia que Sérgio vai experienciar o que hoje afirma ter sido uma passagem fundamental para sua vida:

“Ela tava numa tarde assistindo o pôr do sol, ali atrás do Forte, encostada num coqueiro. Eu fui ver o pôr do sol também, me sentei ali; ela tava assim a três metros, ela olhou para mim e eu olhando o sol bater, agradecendo a Deus, pedindo a Deus que ele me dê forças... e meus pensamentos, meus pensamentos... só pensamentos ruins de fazer justiça com a pessoa [referência à ex-mulher que o teria traído]... Aí, daqui a pouco, eu me levantei e me aproximei assim um pouco desse coqueiro. Aí essa criatura veio: boa tarde, moço, como vai o senhor? Uma senhora, eu calado, eu digo: tô aqui – não sabia nem o que falar – assim pedindo ao pai maior ... solucionar os meus problemas... Ela fez: é você tá certo, você tá precisando de ajuda, peça mesmo a ele. Se eu lhe disser uma coisa, se eu mandar você fazer

uma coisa, você faz? Aí eu disse: sim, minha senhora. Você não quer aparecer lá nesse endereço, lá onde eu moro pra ver se eu consigo resolver um pouco do seu problema, eu tô vendo que você tá um pouco doente, você tá precisando de ajuda. Ela não disse doente não, ela disse você tá precisando de ajuda. Inicialmente eu tava, a mulher foi em cima da coisa. Procurei, ela se dedicou em fazer os trabalhos, eu fui para beira do mar, marquei tudo direitinho, fiz tudo direitinho. Passou! fez uma limpeza de corpo em mim, fiquei bem. Depois comecei a freqüentar as sessões, entendeu, as sessões lá [pausa] aí parei firmei determinadas coisas lá, aí fui lá para a cidade". (Entrevista narrativa; usuário: Sérgio – EN-USA:Sérgio)

Mas do que apoio ou tratamento, o que a senhora da praia tem a oferecer para Sérgio naquele momento é **ajuda**, palavra que concentra o núcleo do seu relato. Esse momento será uma reviravolta em sua vida. Representa uma outra perspectiva na forma como ele pode organizar e interpretar sua experiência; inseri-lo em outras redes de relações sociais (Rabelo, 1999), onde passa a explorar novos territórios.

Anderson, negro de pele clara, é bastante extrovertido. Tem 32 anos, e mora desde sempre na região. Possui uma memória notável, contudo, mesmo gostando de contar estórias, é resguardado em relação a sua história de vida. Dos usuários, é o que reside mais próximo ao CAPS, numa pequena casa feita com pedaços de tábuas, antes ocupada por toda a família. Após a construção da casa de sua mãe e de sua irmã (as duas casas de alvenaria), Anderson ficou morando sozinho na casa de tábuas. Apesar disso, é na casa de sua mãe onde ele, seus irmãos e sobrinhos fazem suas refeições e assistem tv.

Diz-se doente "desde nascença" e, segundo a mãe, desde criança toma medicamento controlado. Em casa, Anderson tem o conteúdo de sua fala posto entre parênteses – na sutil censura do riso de irmãos, sobrinhos e mãe. Tendo deixado a escola aos dezessete anos de idade devido às fortes crises, mesmo assim, possui um bom nível de leitura e interpretação.

Jovem e desempregado, a busca pela aposentadoria, o trabalho e a vontade de consumo são temas que, com efeito, mobilizam Anderson. Passa a maior parte do tempo nas ruas da região fazendo algum trabalho informal. Embora deseje trabalhar – afinal "[...], é melhor trabalhar do que ganhar esse salário sem fazer nada" – ele tem se esforçado na busca pela aposentadoria, lidando com o caminho tortuoso, marcado pelo processo burocrático, cuja linguagem técnica – e alienante – tornam longas as idas e vindas dele e de sua mãe à Previdência Social.

"[...], minha mãe quer andar aí prá me aposentar, já quer ir agora em dezembro. Eu tô quase desistindo dessa aposentadoria; tem gente aí que nunca tomou um comprimido e se aposenta com um dia, e eu dei entrada no dia 29 do 12 de 2003, dia 29 do 12 de 2007 agora faz quatro anos, eu ainda não consegui [...]". (EN-USA: Anderson)

Se a aposentadoria é buscada por grande parte dos usuários com quem tivemos contato, quando conseguida, ela nem sempre representa um passo para autonomia e melhoria de vida daqueles, que a partir daí se veem compelidos a delegar para outrem – geralmente um familiar – a gestão do dinheiro, restando, ao usuário, um mínimo possível – como acontecia com Ana.

Além disso, a aposentadoria envolve a inimizabilidade, apanágio legal do sujeito com transtorno mental, cujo significado do ponto de vista penal e trabalhista representa a delimitação do *status* de cidadão (Birman, 1992), configurando um paradoxo, na medida em que tira o usuário do circuito produtivo (Barreto, 2009). Nesse território jurídico-político, a busca pela aposentadoria transita entre a ambiguidade de ser direito adquirido e, ao mesmo tempo, fator de reprodução de uma posição social (Bourdieu, 2009) firmada no estigma da identidade social do louco. Anderson demonstra ter ideia, ainda que vaga, sobre quais reflexos essas "condições para aposentadoria" teriam em sua vida, daí manifestar a preferência pelo trabalho.

"[...], eu prefiro ganhar um salário trabalhando do que ganhar um salário parado, eu prefiro ganhar um salário trabalhando do que ganhar um salário parado. Aí oh, eu tô juntando

dinheiro prá comprar uma bermuda baratinha prá ano novo; já comprei o tênis, eu vou comprar uma bermuda baratinha, uma bermuda baratinha e uma camisa da boa pra ano novo [...]". (EN-USA: Anderson)

O trabalho contribui para incluir o usuário não apenas no âmbito da casa – pois, na medida em que não se tem aposentadoria, é preciso garantir outras formas de participação na divisão das despesas – como também enfatiza a dimensão que ganha a relação entre cidadania e consumo, talvez, um possível rebatimento na produção da subjetividade em sociedades onde consumir é a ordem (Scarcelli, 2006).

Imbricando relações

Retomaremos as categorias de análise para situar o que há de comum na experiência desses informantes, quando pensadas sob o prisma do uso do território.

A experiência dos usuários mostrou que a **relação com o território** e com o **espaço econômico e de trabalho** reflete fortemente a forma como esses são inseridos (ou não) na **família**. Os usuários que acompanhamos não contam com o apoio nem com assistência mais sistemática de familiares, mesmo quando estes moram com, ou próximos àqueles (um aspecto curioso dessa relação é que, apesar disso, todos os usuários parecem nutrir apreço à ideia de família). Evidente que nem sempre, como pudemos observar, o não-cuidado - ou cuidado precário - era motivado pelo arbítrio, já que o familiar / cuidador possuía a maior parte do seu tempo onerada pela atividade laboral, fosse ela no mercado formal ou informal.

A alternativa encontrada pelos nossos informantes, frente a esse estado de coisas, vai sempre no sentido da construção de relações fora do eixo familiar. Seja pela via da religiosidade, da instituição (CAPS), da vizinhança e/ou pelo trabalho (Este último é, por exemplo, o caso de Anderson. Frente à escassez material e diante das dificuldades em conseguir o benefício, resta a ele arranjar formas de participação no mercado informal, visando complementar a renda familiar).

O aspecto dessa relação que nos interessa - e que parece ser comum aos três casos - é que ao incorporarem o isolamento familiar perpetrado no espaço doméstico - que nesses casos demonstrava-se reprodutor de situações de estigma e violências em diversos níveis - esses usuários significarão, como sua casa, a rua e outros espaços.

Se, como lembra Damatta (1997), a casa, no imaginário popular, simboliza o espaço de hospitalidade, durabilidade dos laços consanguíneos, distinguindo-se da rua, simbolizada como espaço público, fluido e virtualmente perigoso, a realidade de nossos informantes demonstra que são em outros espaços onde se tecerá a maioria de suas relações. É o próprio Damatta que chama a atenção para o fato de que casa e rua são espaços opostos, mas que se complementam dinamicamente e relativamente, "posto que há espaços na rua que podem ser fechados ou apropriados por um grupo, categoria social ou pessoas, tornando-se sua 'casa', ou seu 'ponto'" (Damatta, 1997, p.39).

A relação com o território é certamente um dos fatores que problematizam o **universo cultural, simbólico e estético desses sujeitos**. Se o território se faz no uso - os "usos" feitos pelos usuários - não deixa dúvidas de que no território destes estão o CAPS, a vizinhança e as instituições, como a Previdência Social.

É na dinâmica relacional entre essas dimensões do território que os sujeitos constituem sua identidade social, seja no sentido do reforço de uma identidade negativa (como parece se dar na busca pela aposentadoria e de outros benefícios sociais, cuja aquisição implica o reitamento do rótulo), seja pela busca de construção de uma identidade positiva, pela inserção em um espaço religioso onde o sujeito é referenciado como fiel portador de problemas, como todos os outros fiéis, por exemplo.

Com isso dizemos que a circulação pelo território não imputa, por si só, a liberdade. Embora a experiência no espaço remeta à sensação de liberdade, ela também, antiteticamente, pode trazer a sensação de apilamento. Apilamento é sentir-se cheio, restringido, vigiado. A sensação de que, quando construídas próximas umas das outras, "as casas têm olhos" (Tuan, 1983, p.68). Isso significa que a experiência de uso do território está perpassada por relações de poder, vigilância, classificação e ideologia.

Não só nas ruas onde residem, mas nos próprios bairros, são diversos (e, às vezes, sutis) os conflitos entre usuário/familiares, usuários/vizinhança e familiares/vizinhança. A dinâmica de proximidade com o lugar, muitas vezes, quebra o relativo anonimato, revelando a biografia dos sujeitos (Goffman, 1975). Os sujeitos que ali residem se conhecem mesmo que à distância; conhecem os momentos de crise. Na vivência, reconstróem o seu imaginário pela historicidade das ações construídas no cotidiano. Assim, os momentos de crise despertam uma relação ambígua por parte dos vizinhos, indo da reação agressiva até o isolamento e o suporte ao usuário e seu familiar.

Considerações finais

Neste estudo, descrevemos e analisamos algumas questões empíricas e teóricas sobre o território usado pelos usuários de um CAPS. Partindo de uma contextualização do lugar, tentamos compreender como esse território complexo e multifacetado é vivido pelos usuários. Verificamos que sua territorialidade não encontra limites às fronteiras desse tipo de serviço, daí buscarmos compreender como a experiência de uso do território pode contribuir para ampliar as possibilidades de atuação dos CAPS. Diante disso, como o território vivido pelos usuários pode se articular com a ação dos CAPS?

Não só os usuários, mas o próprio CAPS, fazem uso do território, portanto, estão inseridos na dinâmica do lugar, em, pelo menos, duas perspectivas:

Como agência terapêutica balizada em parâmetros biomédicos, o CAPS se territorializa, buscando dar um sentido à ação do cuidado, que, muitas vezes, concorre com os de outras agências terapêuticas (Não por acaso, a religiosidade é ainda, dentro do serviço, vista pelos usuários e técnicos com ressalvas, ambos enrijecendo a distinção entre esses espaços). Encontrar pontos de interseção que não descaracterizem ambos os espaços é um grande desafio já que, na prática, o território simbólico do campo da prática religiosa tem servido como importante ponto de vivência social aos usuários.

A outra perspectiva é o CAPS como agência terapêutica de atenção **psicossocial**, cuja agenda deve coadunar com a clínica do sujeito, tirando o serviço da invisibilidade, ampliando a teia de diálogos com a vizinhança e contribuindo para busca da equidade. Casos iguais ao de Ana são ilustrativos da pouca visibilidade territorial que serviços como os CAPS podem ter. Aqui, evidencia-se uma necessidade latente de os serviços ocuparem os espaços dos bairros, não só com atividades informativas, mas, antes, como meio de poder “afinar” sua prática clínica às especificidades dos contextos onde estes usuários vivem.

Esse momento de transição de modelos, ainda recente na cidade de Salvador, abre uma lacuna a ser preenchida pela potencialidade de debates e ações sobre saúde mental, no território. Nesse ponto, o CAPS – e outros dispositivos que coadunem com as propostas da Reforma – parecem ocupar importante papel pedagógico, na medida em que são agentes que se territorializam, no sentido de territorializar práticas de cuidado.

Usuários, familiares, vizinhança, profissionais, instituições, miríades que compõem o território e que, quando não problematizados, acabam por limitar a voz do sujeito a quem se pretende incluir, obliterando, por seu turno, a elaboração de respostas a questões como: *dentro dos recursos disponíveis no território (objetivo e subjetivo), qual tipo de inclusão pode ser apanágio desse sujeito?*

Com efeito, o território dos usuários que acompanhamos é um território problemático no sentido de que impõe a não-passividade diante dos sistemas de objetos – entendidos como o mundo material criado ou não pelos homens, e sobre o qual eles atuam (Santos, 2006) – desafiando-os a formularem suas alternativas aos problemas concretos vivenciados no cotidiano.

Não há como ser inerte frente a essas questões, daí surgir como imperativa, ao CAPS, a reflexividade de uma prática que não aliene o sujeito em relação ao meio em que vive, mas contribua para situá-lo, de maneira crítica e transformadora (Freire, 1996), cabendo aos serviços a incorporação de tecnologias que façam sentido dentro dos sistemas locais de cuidado (Pitta, 2001).

Para tanto, caminha, concomitante ao entendimento teórico do território, uma dimensão de hermenêutica e humanização, que vem da necessidade de transpor as barreiras da diferença do lugar social ocupado pelos sujeitos envolvidos na clínica e voltar-se para o território de “carne e osso”, ou seja, como produto de relações sociais das quais os usuários são protagonistas, ainda que em posição

desigual. Inserido no território, mas também se constituindo como um território, cabe ao CAPS, portanto, não ser um território à parte.

Colaboradores

Marcos Roberto Paixão Santos desenvolveu a etnografia, elaborou a primeira versão do manuscrito, realizou análise e organização dos dados e a redação da versão final do artigo. Mônica de Oliveira Nunes responsabilizou-se pela coordenação da pesquisa, construção metodológica, discussão dos aspectos teóricos, revisão crítica dos manuscritos e da versão final do artigo.

Referências

- ALVES, P.C. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M.A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-37.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. São Paulo: Fiocruz, 1996.
- BARRETO, S.M.G. **O processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais**: discursos e práticas em um CAPS. 2009. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA, JÚNIOR, B.C.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p.71-90.
- BOURDIEU, P. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: _____. **O poder simbólico**. 12.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. p.59-73.
- _____. Espaço social e espaço simbólico. In: _____. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. 8.ed. Campinas: Papyrus, 2007. p.13-33.
- CLAVAL, P. O território e sua transição na transição da pós-modernidade. **GEOgraphia**, v.1, n.2, p.7-26, 1999.
- DAMATTA, R. **A casa & a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5.ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- FREIRE, P. **Educação como prática para liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- HAESBAERT, R. **Territórios alternativos**. São Paulo: Contexto, 2002.
- KLEINMAN, A.; KLEINMAN, J. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. **Cult. Med. Psychiatr.**, v.15, n.3, p.275-301, 1991.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saude Publica**, v.21, n.3, p.889-906, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2007.
- ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. 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. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.5, p.1053-62, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2008.

OTSUKA, E. **A inserção das atividades de lazer no cotidiano de usuários de serviços de saúde mental**: a experiência da "Copa da Inclusão". 2009. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-15122009-105920/pt-br.php>>.

PASSOS, I.C.F. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980-1996. **Pscicol. Teor. Pesqui.**, v.19, n.3, p.231-40, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722003000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mar. 2008.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contribuições e potencialidades. **Cienc., Cuidado Saude**, v.9, n.1, p.28-35, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6824/5733>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

PITTA, A.M.F. **Reorientação do modelo de atenção**: equidade e justiça social na organização de serviços de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de textos: III Conferência Nacional de Saúde Mental).

RABELO, M.C. Religião, imagens e experiências de aflição: alguns elementos para reflexão. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M.A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.229-61.

SANTOS, M. O espaço: sistemas de objetos e sistemas de ação. In: _____. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4.ed. São Paulo: Ed. Unesp, 2006. p.37-45.

_____. O território do dinheiro e da fragmentação. In: _____. **Por uma outra globalização**. 7.ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. p.79-116.

_____. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, A.M. (Orgs.). **Território, globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p.15-20.

SCARCELLI, I.R. Os sentidos de morar e a cidade: um olhar sobre os serviços residenciais terapêuticos. **Cad. IPUB**, n.22, p.71-81, 2007.

SOARES, A.M.C. "Territorialização" e pobreza em Salvador-Ba. **Est. Geogr. Rev. Eletrôn. Geogr.**, v.4, n.2, p.17-30, 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/estgeo/article/view/202/175>>. Acesso em: 16 jan. 2008.

TAVARES, R.C.; SOUSA, S.M.G. O usuário de CAPS: quem é esse sujeito? **Rev. Psicol. Saude**, v.1, n.1, p.40-9, 2009. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/12>>. Acesso em: 2 jun. 2010.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e lugar**: a perspectiva da experiência. São Paulo: Diefel, 1983.

SANTOS, M.R.P.; NUNES, M.O. Território y salud mental: um estudio sobre la experiencia de los usuarios de un Centro de Apoyo Psico-social en Salvador, Bahía, Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.715-26, jul./set. 2011.

El objetivo deste estudio sobre los usuarios de un Centro de Apoyo Psico-social (CAPS) fue entender como la experiencia de estes usuários podría contribuir para ampliar las posibilidades de intervención de los CAPS. Fueron realizados tres estudios de caso, utilizando técnicas de observación sistemática del cotidiano de los usuarios, diarios de campo y entrevistas autobiográficas, abarcando las categorías de análisis: relación entre los usuarios y el territorio; espacio económico y de trabajo; espacio cultural, simbólico y estético. Los resultados muestran que el territorio de los usuarios se presenta como problemático, e em el sentido de que impone la no pasividad em relación con los sistemas de objetos, que los reta a formular alternativas a los problemas experimentados em la vida cotidiana. Por lo tanto, surge como um desafío para que los CAPS afinen sus prácticas clínicas con las especificidades de los contextos y prácticas vividas por los usuarios.

Palabras clave: Territorio. Salud mental. Desinstitucionalización. Inclusión social.

Recebido em 07/06/10. Aprovado em 27/01/11.