

Universidade Federal do Espírito Santo
Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional

Interstícios da saúde e território: Trilhando percursos

Henrique Melo Alves do Amaral

Vitória, 2019

Henrique Melo Alves do Amaral

Interstícios da saúde e território: Trilhando percursos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia Institucional.

Orientador Prof. Dr. Fábio Hebert da Silva.

VITÓRIA, 2019

Henrique Melo Alves do Amaral

Interstícios da saúde e território: Trilhando percursos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Aprovado em ____ de _____ 2019.

Banca Examinadora

Professor Dr. Fábio Hebert da Silva
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Professor Jorge Luis Gonçalves dos Santos
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Professor Dr. Silvio Yasui
Universidade Estadual Paulista
Membro Externo

Agradecimentos

Aos que acompanharam ao longo do processo de elaboração desse texto, seja com as conversas durante o café, reuniões para discussão teórica ou durante aqueles momentos de silêncio profundo necessário para criação.

Sou grato à receptividade do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Institucional, ao incentivo à problematização e apoio à pesquisa.

Não poderiam ficar de fora a todos os autores, acadêmicos ou não, que ousaram pensar fora do instituído e abriram caminho às organizações possíveis ao longo processo.

A FAPES por ter apoiado a presente pesquisa e permitido sempre caminhar com passos mais seguros no percurso acadêmico.

Resumo

A construção dos territórios em saúde compõe uma teia complexa de relações que envolvem questões de ordem políticas, institucionais e comunitárias. Esse trabalho se propõe a refletir sobre os atravessamentos que formam o território em saúde a partir de seu caráter relacional. Orientamos a produção de nossa escrita levando em conta os sentidos e encontros produzidos em saúde a partir das construções territorializadas e de trocas entre os sujeitos. Com essa produção dissertativa é lançado um convite à reflexão implicada sobre os campos de vida produzidos a partir do encontro entre territorialidades, indivíduos e comunidade, usando uma abordagem teórica da construção dos espaços, territórios e dinâmicas, mas também uma leitura a partir de seu encontro, de seus componentes vividos e integrados em um funcionamento coletivizado.

Palavras chave: Território, Saúde, Espaço vivido, territorialidades, interstício.

Abstract

Building territory health set deep network relations involving political, institutional and community issues. This dissertation proposes to research the formations of territory on the health departing from its relational characteristics. We conducted our research following the meanings produced on territorialized health and social exchanges involved in this process. With this paper we invite to get implicated and to problematize the production of caring on the health analyzing the lived environment using as a parameter the relations between territorialities, community and individuals. For reaching this goal, we might discuss theoretical aspects of the social space and territorial dynamics besides approaching the health subject analyzing its integration and collectivized aspects departing from practical and lived components.

Keywords: Territory; Health; Lived space; Territorialities; Interstice.

Sumário

1. Apresentação.....	10
1.1. Percurso metodológico.....	13
1.2. Avaliações preliminares: análise do percurso.....	15
1.3. Análises preliminares: Hospital psiquiátrico.....	16
1.3.1. Caso G: Problema nos nervos.....	18
1.4. Análise de percursos: Clínica psiquiátrica.....	20
1.4.1. Caso F: Não acabado.....	21
1.5. Análise de percursos: Centro de Atenção Psicossocial.....	25
1.5.1. Marileide.....	26
1.6. Síntese dos desafios abordados com os encontros no Hospital psiquiátrico, Clínica psiquiátrica e Centro de Atenção Psicossocial.....	30
1.6.1. Hospital psiquiátrico.....	30
1.6.2. Clínica psiquiátrica.....	30
1.6.3. Centro de Atenção Psicossocial.....	31
1.7. Ressonâncias na dissertação.....	31
1.7.1. Língua presa.....	33
1.7.2. Sou filha do trem fumaça.....	36
2. Tópico 1: Espaço e saúde.....	39
2.1. Espaço físico e corporificação do espaço.....	39
2.2. Gavroche.....	39
2.3. Entre as dinâmicas sociais e políticas de saúde coletiva: Desafios no século XIX e XX.....	43
2.4. Código de posturas.....	44
2.5. Higienismo e Medicina social.....	46
2.6. Reformas em curso: Espaço, Saúde e Cidade.....	49
2.7. Revolta da Vacina e Espaço Vivido: Novos horizontes sobre o urbano e saúde.....	56
2.7.1. Revolta da Vacina.....	58

3. Tópico II: Território e Territorialidades: interrelações com políticas de saúde.....	64
3.1. Breves notas sobre a transição do conceito de Espaço para Território a partir da Reforma Sanitária brasileira.....	64
3.2. Plano de navegação.....	66
3.3. Reforma Sanitária brasileira e território: aspectos político administrativos.....	68
3.3.1. Lei 8.080, Lei Orgânica de Saúde.....	69
3.3.2. Descentralização político administrativa.....	71
3.3.3. Integralidade da assistência.....	74
3.4. Ambiência e saúde: Uma leitura orientada no cotidiano.....	79
3.4.1. Ambiência: Construção dos componentes relacionais do espaço.....	82
3.4.2. Ambiência e arquitetura: Aspectos iniciais.....	83
3.4.3. Ambiência e saúde.....	85
3.4.3.1. Uma partida de futebol.....	92
3.4.3.2. Ambiência na Política Nacional de Humanização.....	94
4. Para não concluir: Cotidianidade, espaço e saúde	98
4.1. Fantasmas do urbano	99
4.2. Murro	104
4.3. Tessituras	108
5. Referências.....	113

Apresentação

Temos diante de nós uma proposta de abordar a produção dos territórios de cuidado escrito por muitas mãos e atualizado a partir de uma escrita e leitura implicados no cotidiano.

A escolha da saúde mental enquanto tema se dá como desdobramento de um processo iniciado ao longo de minha graduação em psicologia, em que abordava a temática da produção do cuidado em saúde mental.

Ao longo daquele processo, busquei adentrar em estabelecimentos de atenção ao usuário de saúde mental, destacando relações entre práticas de cuidado e produção de subjetividade no interior das instituições. No plano central de análise estava a organização institucional, composição das equipes e planos de atividade.

Entretanto, o elemento que mais me interessava estava fora das grandes estruturas de cuidado, e se ligava a acontecimentos conectados no cotidiano que possuíam um enorme potencial de transformação. Assim, passei a me atentar às forças que compunham o cuidado, as fissuras do planejamento em saúde e potencialidades de um trabalho que levasse em conta a realidade dinâmica em saúde mental. Um dos desdobramentos desse trabalho, como veremos, é a atual dissertação.

Como veremos, nosso atual problema de pesquisa gira em torno das práticas de saúde orientadas a uma dinâmica local e singular do território. Com o objetivo de colocar em cena essas produções intra e extrainstitucionais, desenvolvemos uma pesquisa enfocada nos percursos e sentidos atribuídos a partir da definição do espaço e território em saúde.

Dito de modo sintético, estaremos nos ocupando dos sentidos construídos com a definição de espaço e território em saúde, enfatizando seus aspectos de integração com políticas de saúde, dinâmicas comunitárias e seu potencial de transformação local.

O cenário exposto situa o território como um dos conceitos basais de nossa atual pesquisa, articulando-o com a temática da saúde. Nos interessamos especificamente em trabalhar os atravessamentos dos discursos e jogos de força na formação do território orientado pela temática da saúde. O objetivo central que buscamos ao

trabalhar com essa temática está em ressaltar o caráter multirreferencial do território, destacando a potência e desafios da implementação desse a partir das necessidades concretas dos sujeitos e regiões.

A apropriação que propomos com esse conceito de território abrange a relação com políticas de saúde (definição de área de abrangência do serviço, ações propostas, desenvolvimento de redes de atenção aos usuários, etc.), dinâmicas sociais (construção de relações entre sujeitos e espaços), além da leitura do território a partir do encontro, produzindo novos modos de relação com o território no cotidiano em ato¹.

Para isso, dividiremos a discussão acerca do território em diferentes tópicos e ênfases. Em um tópico inicial, trabalharemos o conceito de espaço, sua vertente física e relacional, destacando sua composição através das relações de poder que o atravessam e dão diferentes formas. Posteriormente, trabalharemos os atravessamentos entre território e saúde, colocando em análise as relações entre o processo de territorialidade na produção do cuidado.

Sobre a temática do espaço, o primeiro tópico é construído, por um lado, trabalhando as relações entre as leituras do espaço orientadas pelas emergentes ações de saúde coletiva do início século XX; e, por outro lado, articularemos a leitura articulada ao espaço vivido e dinâmicas relacionais que o contornam.

O objetivo principal desse tópico é destacar a entrada da temática do espaço nas ações de saúde coletiva, sublinhando o contraste entre a leitura sobre o espaço em saúde e os processos de corporificação do espaço.

Para alcançar esse objetivo, tomaremos como ponto de referência o cenário brasileiro no início do século XX, com o movimento do sanitarismo ligado à medicina social. O período foi escolhido pela ascensão das práticas de controle e vigilância à saúde, desdobrando em ações mais orientadas e coordenadas no espaço, destacando, portanto, escalas mais amplas e novas leituras sobre a composição dos espaços e relações.

¹ O uso do conceito de território tomado a partir do encontro é apresentado na narrativa *Língua presa* (a ser apresentado a seguir) a partir da saída do CAPS e de abertura para modos de relação que priorizem a autonomia do usuário e de utilização de suas próprias referências no espaço e território. A compreensão do território a partir do encontro requer uma leitura implicada, que problematize as próprias referências utilizadas para leitura do campo, permitindo a emergência de dinâmicas singulares.

Com o processo de corporificação do espaço, nos remetemos às dinâmicas sociais vivenciadas nesse cenário, delimitando um contorno e ênfases diferenciadas daqueles apresentados pelas ações de saúde. A leitura acerca do espaço a partir do espaço vivido apresenta mapas relacionais e de encontro entre os sujeitos, que concebem e alteram espaço de modo mais dinâmico em comparação ao proposto pelo movimento conhecido como sanitarismo.

O ponto basal desse tópico está na transição do conceito de espaço para o de território, destacando o atravessamento das forças que o compõe e os desafios da construção de um projeto de saúde ligado às múltiplas dinâmicas e necessidades territoriais. Utilizamos como vetores centrais para análise por um lado as ações de saúde pautadas em representantes dos saberes médicos e técnicos (medicina social, epidemiologia, transformações arquitetônicas, etc.) e, por outro uma compreensão do espaço e suas dinâmicas a partir das relações com o espaço de vida.

Em nosso segundo tópico, temos como cenário a transição de modelos de atenção à saúde a partir da conquista do Sistema Único de Saúde. Tomando como ponto de partida as normalizações presentes na Constituição Federal de 1.988 e na Lei Orgânica de saúde (lei 8.080, 1990), destacaremos princípios e diretrizes que remetem a referências territorializadas de saúde, em especial os de integralidade, descentralização e regionalização em saúde.

O princípio de integralidade e a diretriz de regionalização denotam a atenção à saúde orientada a uma rede de atenção materializada no território, integrando aspectos sociopolíticos, econômicos e culturais. Com isso, as ações em saúde estariam referidas às macropolíticas, representadas pelas forças das leis e regulamentos, mas também ao contexto local e suas necessidades específicas.

O objetivo desse tópico é transitar entre a leitura sobre o território a partir de espectros de um funcionamento políticoadministrativo (orientado a partir das leis referidas no parágrafo anterior) e uma compreensão do território a partir das interfaces políticorrelacionais, destacando o papel da territorialização na saúde.

Finalmente, o terceiro tópico apresenta a proposta de trabalhar a temática do cuidado em saúde mental a partir do *encontro*, enfatizando as dinâmicas entre saber e poder na produção da atenção e cuidado em saúde.

Para isso, tomaremos como ponto de partida algumas instituições de saúde mental, realizando uma análise das estruturas e práticas que regem o funcionamento do cotidiano institucional.

De modo específico, discutiremos o processo de corporificação no espaço e das relações a partir do conceito de ambiência. Apresentaremos ainda o processo de institucionalização, trabalhando com os sujeitos, dinâmicas e políticas que regem os serviços de saúde; abordaremos ainda alguns aspectos da transversalização em saúde como ferramenta para coletivização das práticas de saúde, integrando gestão, trabalhadores e comunidade.

A escolha por utilizar os conceitos de ambiência, institucionalização e transversalidade se faz pela potência que esses possuem de problematizar o funcionamento instituído. A ambiência coloca em questão não apenas as estruturas dos espaços físicos, mas traz para cena o espaço vivido, concebido a partir do encontro entre os sujeitos e dos variados tipos de relações estabelecidos entre os sujeitos e refletindo o funcionamento institucional.

Com a análise dos processos institucionais e transversalizados, destacaremos os papéis atribuídos aos usuários e trabalhadores de saúde, enfatizando sob desdobramentos dessas organizações nos exercícios do cuidado em saúde.

Percurso metodológico

Como estratégia metodológica recorreremos à análise bibliográfica, além de relatos de experiências e narrativas na área de saúde. Para o desenvolvimento da pesquisa, dividimos o trabalho em três fases: 1) Coleta de fontes materiais de elementos que componham os espaços físicos e relacionais; 2) Busca por interfaces entre saúde espaço e território orientados na legislação brasileira; 3) Construção do texto dissertativo orientado às linhas transversais entre Território e Saúde.

Na primeira fase da pesquisa, buscamos fontes materiais ligadas à geografia, história e ciências sociais que orientassem a definição do espaço físico e as produções do espaço social. Classificamos os dados nessa fase a partir dos aspectos morfológicos

que compunham o espaço, suas interseções com a produção de ambientes e o papel humano na construção e apropriação e leitura desses.

Para segunda fase da pesquisa, estivemos orientados em legislações, regulamentos e portarias de saúde no cenário brasileiro, buscando formas de apropriação do conceito de espaço e território a partir dessas. Desenvolvemos maior enfoque no período posterior a reforma sanitária brasileira e construção do Sistema Único de Saúde.

No terceiro momento de nosso projeto de pesquisa, elaboramos o texto dissertativo buscando linhas transversais observadas nas duas fases anteriores. Para isso, recorremos a relatos de experiência e narrativas na área de saúde que trabalhassem uma abordagem prática acerca das funções do espaço e território na temática da saúde.

Prosseguindo em nossa apresentação, fica o convite para nos atermos por um breve instante nos percursos escolhidos até o presente, delimitando com maior acuidade a questão em análise.

Avaliações preliminares: análise do percurso

Para a construção do trabalho final de minha graduação em psicologia, estive em pauta, a partir do método cartográfico, desenvolver análises acerca da relação entre os modos de organização institucional e a produção do cuidado na saúde mental. Para isso, as análises desse estudo partiram de cenas disparadoras tomadas de experiências de estágio vividas em três estabelecimentos: um Hospital Psiquiátrico em Portugal; uma clínica de saúde mental na França e finalmente um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) no estado do Rio de Janeiro. Destacavam-se nesses estabelecimentos práticas e ênfases bastante distintas:

O hospital psiquiátrico, dotado de uma forte hierarquização entre os trabalhadores, apresentava predomínio do discurso biomédico na produção do cuidado e organização do estabelecimento. Marcas dessa hierarquia eram notadas na organização da equipe e papéis dos profissionais, sendo a terapêutica voltada em primeiro lugar aos consultórios médicos, a partir do exame psiquiátrico, seguida e reiterada pelo tratamento psicológico e finalmente acompanhado pelas chamadas oficinas terapêuticas.

Na clínica de saúde mental, por outro lado, as práticas se misturavam em um nível que era difícil distinguir os atores. Havia à primeira vista uma aparente desordem, uma espécie de caos em comparação ao hospital psiquiátrico; psiquiatras sem identificação no salão principal, pensionistas (usuários da saúde mental) cuidando dos animais, auxiliando na cozinha, estagiários acompanhando o cotidiano de trabalho tanto dos pensionistas quanto dos classicamente chamados “trabalhadores de saúde”, etc. Por sua vez, o que se propunha nesse estabelecimento era fornecer um modo de cuidado à saúde mental por intermédio da transversalidade; ou seja, apoiando-se sobre as esferas de produção de sentido em sua relação com o plano coletivo, colocando em foco quais modos possíveis de se trabalhar o cuidado com os usuários, trabalhadores e comunidade. Dessa feita, a terapêutica e prática do cuidado não se restringia aos consultórios e oficinas, mas transcendia para o campo, transbordava pelas panelas da cozinha e circulava pelas ruas da cidade debruçando-se sobre o(s) possível(eis) a cada usuário e trabalhador. Oury sublinha o desenvolvimento do tratamento psiquiátrico da seguinte maneira:

Desse modo, o centro psiquiátrico deve aparecer como 'difícil' a compreender. Seguindo um funcionamento regular com horários de precisão acurada, mas esse rigor deve ser proporcional ao grau de liberdade e medidas próprias a cada pessoa do grupo cuidador. Os níveis de identificação e de participação devem a apresentar uma variação controlada que sustente a reedificação de cada 'doente'. Não é senão sob essa base que o tratamento psiquiátrico pode efetivamente se inserir (OURY, 2001, p. 28. tradução livre)².

Por sua vez, o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) possuía um modo de funcionamento baseado nas proposições de um trabalho articulado em rede, tomando como base uma atuação voltada à atividades situadas no *território*. Nessa medida, os usuários da unidade estavam respaldados por uma proposta de descentralização, em que a integração com a comunidade estaria na ordem do dia. Por outro lado, ao se aproximar da realidade cotidiana do serviço, nos interstícios dos encontros, deparava-se com resquícios de um modelo asilar, em que o CAPS recebia inúmeros pacientes, mas não tinha capacidade logística e pessoal de efetivar os projetos terapêuticos considerando um trabalho efetivamente integrado ao território com todos os usuários.

Considerando esses três cenários distintos, foram delimitados na pesquisa monográfica campos de análise em cada estabelecimento, levando em conta as ofertas de cuidado direcionadas aos usuários e os tipos de relações terapêuticas possíveis a partir daí.

Análises preliminares: Hospital psiquiátrico

No hospital psiquiátrico, como o cuidado era centrado no poder biomédico com uma imponente figura da psiquiatria, os pacientes³ mudavam completamente o comportamento na presença de algum integrante da equipe de saúde.

² Do original: Ainsi, le Centre psychiatrique doit apparaître comme "difficile" à saisir. D'un fonctionnement régulier avec un horaire d'une précision minutée, mais cette rigueur doit être proportionnelle au degré de liberté et d'épaisseur de chaque personne du groupe soignant. Les niveaux d'identification et de participation arrivent ainsi à présenter une variance contrôlée qui prépare la réédification systématique de chaque "malade". Ce n'est que sur cette base que le traitement psychiatrique peut s'insérer honnêtement (OURY, 2001, p. 28).

³ A escolha pela expressão paciente se faz com o intuito de demarcar a forma que os sujeitos que estavam acolhidos nessa instituição eram recebidos. Tal expressão demarca um caráter de passividade desses frente ao poder médico que os avaliava.

Ao passar pelo hospital, era possível notar posturas se ajeitando, cortejos vazios, fórmulas de respeito empregadas graças ao todo poderoso prontuário e exame médico. Marcas do poder manifesto nos comportamentos e gestos, que atravessavam o consultório médico e definiam relações nos corredores, segregavam os usuários entre si e criavam um fosso entre o cuidado oferecido pelos médicos e as relações cotidianas vivenciadas nesse centro psiquiátrico.

O campo de análise definido para esse estabelecimento abarcava a organização do trabalho tomando como analisadores elementos como o controle de circulação dos pacientes, as organizações técnicas e os modos de produção de cuidado.

Uma cena que ainda traz ressonância para a produção da presente escrita foi a experiência inicial de contato com os usuários, na qual me apresentei no primeiro dia utilizando o – obrigatório- jaleco. Houve aparentemente uma boa recepção em minha chegada, com cordialidade e apertos de mão (a apresentação se fez com acompanhamento de uma psicóloga, percorrendo os setores que eu estaria envolvido, não parando efetivamente em nenhum deles). Em outra ocasião, esqueci o jaleco/uniforme na sala de psicologia e fui aos setores que anteriormente havia percorrido e me deparei com outro tipo de realidade impossível de apreender durante a primeira visita.

Pessoas com o olhar vazio voltado à janela, outras caminhando sem rumo aparente, enfermeiros-vigilantes me olham com desconfiança e ao cruzar com os usuários no corredor era ignorado e apenas desviavam de mim: "apenas mais um". Reavaliando esse cenário, percebo que fui mais bem recebido nessa segunda cena do que na primeira, pois a partir dali houve o vislumbre de qual seria de fato a realidade daquelas pessoas e que papéis eram ocupados ali. "Ser apenas mais um" foi o melhor que poderia ter ocorrido, pois de fato eu não fazia parte do território de vida daquelas pessoas, não havia composto um vínculo efetivo. A frieza do olhar vazio e da não cordialidade permitiu muito mais a aproximação do que o afastamento, pois pensar a produção do cuidado jamais deveria ser considerado uma via de mão única, um sujeito que oferece o cuidado/ cura e outro que o recebe passivamente.

Com esse (des)encontro entra em análise como a produção de cuidado pode estar vinculada não só com o trabalho em consultório, mas estando próxima das realidades vivenciadas que extrapolam o contexto clínico, alcançando modos de se estabelecer relação e formação de novas territorialidades no cotidiano.

Caso G: Problema nos nervos⁴

Durante uma rotineira passagem na enfermaria, encontro G. sentado em um banco acompanhado de outra pessoa internada, conversando. Quando me viu como parte integrante da equipe técnica (na ocasião eu vestia o obrigatório jaleco), G. me cumprimenta e começa a falar sobre si. Dizia que estava ali por pouco tempo, por conta de uma situação que ocorreu, mas já estava melhor e queria sua alta.

O problema todo seria apenas um “problema nos nervos” que o médico já tinha consertado e agora desejava ir embora. Dizia que não era como os outros doentes, não era louco, apenas teve uma situação pontual e não queria mais estar ali. O problema todo seria seus ‘nervos’, mas o doutor insistia em uma observação mais aprofundada antes da alta, não oferecendo, portanto, uma resposta definitiva.

Diante do silêncio da equipe médica, G. estava em uma espécie de limbo no hospital pois, apesar de seu quadro considerado estável, a validação da alta somente poderia ser viabilizada com o aval do psiquiatra.

A paisagem que o paciente compunha era entrecruzada pela relação com os outros doentes (termo usado por G. para referir-se aos demais sujeitos em situação de internamento), avaliação médica e negociação com a equipe de enfermagem⁵.

Durante a internação, G. aprendia a lidar com a escassez de atividades de entretenimento, com eventuais situação de enclausuramento e ainda uma rotina rígida (horário dos remédios, refeições pontuais, eventual concessão de cigarros, rígida gestão do dinheiro dos pacientes, etc.). Em caso de discordância com as realidades impostas, corria-se sério risco de sofrer sanções em nome da chamada terapêutica na instituição.

⁴ Ao trabalharmos com narrativas ou relatos de experiência o texto estará no formato *Itálico* a fim evidenciar a transição nas formas de discursos.

⁵ Aos doentes, G. se referia como sujeitos delirantes que incomodavam durante o dia com suas falas desconexas e pedidos persistentes por cigarro.

Levando isso em conta, considerável parte dos pacientes, assim como G., encarava o momento de contato com o (a) psiquiatra ou equipe técnica como um momento de prova, em que era preciso fornecer as respostas corretas e tentar escapar do limbo existente entre a avaliação inicial com internação e o momento de alta.

A história de G. se mistura com os relatos de tantos outros pacientes no hospital. Repetição do pedido de ajuda, repetição de diagnóstico, repetição do tratamento: internação sem data de expiração concreta e a disposição de um corpo passivo para exames intermitentes.

O resultado disso eram pacientes receosos com a análise médica e com os desdobramentos de uma análise negativa (dentre alguns desdobramentos estava a interdição de sair da enfermaria, não participar de eventuais atividades do hospital ou mesmo maiores restrições quanto à visitas/ saídas do hospital que se estava internado).

De modo semelhante, a atuação dos profissionais nesse estabelecimento estava orientada centralmente a partir da elaboração dos diagnósticos psiquiátricos, e informações contidas no prontuário dos sujeitos acolhidos. Uma prática recorrente dos trabalhadores era, antes de receber os pacientes no consultório ou reunião, verificar seu prontuário e o histórico semanal ou mensal desses; assim, antes mesmo da entrada do sujeito, já havia um “pré-encontro” com esses, o que encaminhava a entrevista.

Por exemplo, a maior parte das atividades do setor da psicologia estavam atreladas aos pedidos de avaliação psicológica ou estimulação cognitiva requisitados por uma demanda do psiquiatra. Com isso, as atividades seguiam uma estrutura verticalizada de orientação do trabalho, em que os profissionais competentes -psiquiatras ou direção do hospital- identificavam as necessidades (seja do hospital como um todo ou da área administrativa) e os demais trabalhadores seguiam as diretrizes passadas.

Cabe sublinhar que, de modo semelhante com o que ocorria com os pacientes na passagem de algum membro da equipe técnica - a correção da postura corporal, as expressões forçadas e 'sorriso amarelo'-, os trabalhadores se transformavam durante a passagem do diretor do hospital ou em meio a uma reunião com o psiquiatra chefe da enfermaria.

No lugar dos cortejos vazios dos pacientes, um mecânico e silencioso balançar de cabeça em concordância com as falas do diretor. Ao final das reuniões, por vezes preferia-se manter o silêncio, pois havia o risco de se perder o emprego no caso de um embate com algum "figurão". Alguns trabalhadores, sentindo-se sufocados com as exigências da instituição, cediam aos funcionamentos impostos e posteriormente eles mesmos impunham um tratamento autoritário e frio aos usuários. O hospital psiquiátrico, criado para tratar dos doentes mentais acabara por se tornar ele mesmo adoecedor.

Nesse sentido, os relatos dos pacientes juntamente com a prática normativa da equipe técnica e decisões administrativas compunham uma paisagem que indicam relações entre os discursos e práticas de poder no funcionamento institucional daquele hospital psiquiátrico.

Ao apresentar como questão a análise da produção do cuidado em saúde mental associado às dinâmicas institucionais, o ensaio monográfico abordava, com essa primeira experiência, ressonâncias da organização institucional nas relações entre pacientes, equipe médica e gestão. Em suma, lançando mão do método cartográfico, com essa primeira experiência se destacaram contornos de uma instituição adoecida, com um fosso entre o cuidado prescrito- estruturado a partir do modelo biomédico/ administrativo-, e o cotidiano das relações de cuidado pautados nas interrelações entre os atores.

Análise de percursos: Clínica psiquiátrica

Com uma proposta de cuidado diferente, a clínica psiquiátrica possuía uma conotação de saúde compreendida como uma prática política complexa⁶, orientada a partir de acontecimentos coletivos no cotidiano. Oury (2009), situa os acontecimentos e produção de saúde nessa clínica do seguinte modo:

O que eu proponho, a título de hipótese, é que tudo age no plano da vida cotidiana, tanto no hospital quanto no Setor, é um feixe de atores mínimos, que frequentemente parecem insignificantes, mas que podem desencadear "bifurcações" na existência. Portanto, eles não são articulados diretamente

⁶ Termo utilizado por Oury (2009) para referir às mudanças de relação operadas, integrando ao mesmo tempo: políticas institucionais, papéis desempenhados pelos construtores para prestar saúde, além do papel dos usuários na construção e encaminhamento da terapêutica.

com o Simbólico, nem o Imaginário ou o Real. Trata-se, à primeira vista, de algo da ordem do ambiente (OURY, 2009, p.126).

Nesse cenário, a organização da estrutura de cuidado referida como *feixe de atores mínimos*⁷ diz respeito ao papel ativo-constutivo dos usuários e trabalhadores de saúde numa organização horizontal da atenção à saúde.

Lançando mão da mesma metodologia utilizada na experiência do hospital psiquiátrico, buscamos compreender a organização da estrutura de cuidado a partir da composição das forças (ou feixes, conforme uso feito por Oury) nessa clínica psiquiátrica. Para isso, recorreremos mais uma vez para relatos e narrativas obtidas ao longo das experiências coletivas vivenciadas nessa clínica. Salientamos que a função de tais relatos e narrativas é destacar a composição das forças a partir do cotidiano de um modo não descritivo, mas a partir da aproximação com o objeto estudado.

A seguir, apresentamos um relato em três cenas com um usuário da clínica em diferentes contextos: Cena 1: Estrada no exterior do estabelecimento; cena 2: Galinheiro; Cena 3: Copa.

Caso F: Não acabado

Conheci F. num dos corredores comuns da clínica, durante uma conversa que envolvia pelo menos quatro pessoas. O sotaque crioulo e a vivacidade dos gestos enquanto se comunicava era destoante das expressividades do restante do grupo, o que por fim acabou por nos aproximar devido a condição de estrangeiro que partilhávamos.

A partir desse contato, passamos a desenvolver uma vinculação e conversávamos sob questões culturais, hábitos em nossos países de origem, formação acadêmica, e assuntos generalistas. Entretanto, a partir do encontro com F. em diferentes paisagens no cotidiano da clínica, os modos de relação que empregados tomaram contornos distintos dos observados inicialmente.

⁷ O termo feixe é oriundo da física, relacionado a um conjunto de raio de luz paralelos uns aos outros que modificam sua direção a depender do tipo de lente ou material que atravessam.

Na primeira cena, durante uma tarde de inverno rigoroso, eu estava na parte interna central da clínica quando percebo F. dando voltas ao redor do prédio central com a cabeça baixa e ombros encurvados para frente. Durante sua terceira volta, em silêncio me ponho a caminhar junto, seguindo sua mecânica trajetória.

Após metade de uma volta em silêncio, F. para de caminhar, e ainda com a cabeça baixa começa a falar do sentimento de angústia que o invadia. Dizia sentir-se tomado pela angústia durante o trajeto que realizava, e percebia aquele vazio ampliar-se dentro de si consumindo cada parte de seu corpo. Diante desse cenário, me mantenho em silêncio a maior parte do tempo, inclinado a acolher ainda que sem usar palavras o sofrimento de F.

Na segunda cena, diante da chegada de uma nova pessoa à clínica, F. se dispõe a ser o peixe piloto⁸ para o recém-chegado.

Durante a caminhada, F. apresentava alguns estabelecimentos da clínica: escritório médico central, setores de acolhimento, campo de futebol e finalmente o galinheiro. Foi nesse último que ele parou e explicou o que era a clínica para ele, apontando uma construção não finalizada e precisando de reformas: “Isso daqui para mim é a clínica. É algo não acabado, que precisa de reformas, de revisões e que nós podemos fazer alguma coisa a respeito. Participar, colocar o que sentimos e como vemos e continuar em movimento, não parar”.

Na terceira cena, encontro com F. por acaso na copa, andávamos em direções opostas e paramos naquele ambiente para conversar. Naquele local foram abordados assuntos delicados: relações com a família, os modos que tem encontrado de lidar com a angústia cotidianamente, sua vida antes da crise e perspectivas de ‘melhora no momento correto’ (em suas palavras). Por fim, F. diz que essa conversa que tivemos não teria ocorrido em nenhum outro local, e que foi graças ao encontro ocorrido na copa que pudemos falar desses assuntos. F., olhando em meus olhos, agradece com um aperto de mão, e seguimos nosso caminho.

⁸ Expressão utilizada na clínica para voluntários que se dispunham a apresentar os estabelecimentos da clínica, usuários, técnicos e áreas de interesse.

Diante da primeira cena evocada, com o paciente aparentemente descompensado perambulando ao redor da clínica, inúmeras abordagens poderiam ser adotadas⁹: Intervenção direta com a recondução do paciente à sua enfermaria; contato com a enfermaria responsável para relatar comportamentos anormais; relatar ao psiquiatra responsável a possível necessidade de reajustar os medicamentos, etc.

Entretanto, a ação de pôr-se ao lado no percurso que o paciente realizava, representa a aposta em um trabalho orientado pelo desenvolvimento de autonomia do sujeito. O que está em análise no processo de acolhimento evocado não se restringe apenas a uma alteração de conduta, mas em uma reestruturação do acolhimento em saúde mental, conforme proposto por essa clínica. Dessa feita, emerge como questão orientadora a redefinição da proposta de cuidado a partir da reflexão sobre as práticas institucionais envolvendo os usuários acolhidos e trabalhadores.

Haveria, dessa forma, uma reorientação acerca da função dos trabalhadores, uma vez que o trabalho proposto nessa clínica se encaminharia a um acolhimento em ato, auxiliando na formação de circuitos possíveis, orientados na vida cotidiana da clínica.

Tomando como referência a segunda cena do relato, a escolha por ser *peixe piloto* partiu de iniciativa do usuário acolhido, em que se dispunha a ocupar um lugar de referência para o recém-chegado e apresentar os modos de organização a partir de sua própria perspectiva.

A ação de orientar os recém-chegados não se restringe a apresentação dos setores da clínica ou um passeio pelos espaços já conhecidos pelos paciente. O *peixe piloto*, além de conhecer o recôndito da clínica, compõe uma paisagem, interage e a transforma. Sua função está, então, relacionada a acolher e possibilitar uma integração mais ativa e aproximada com o cotidiano.

É claro que os pacientes devem fazer exercícios de memória, mas ao enchê-los de exercícios ao ponto que se intoxiquem com óxido de carbono dos exercícios de memória, como na escola, eles te rejeitam e saem. Especialmente caso trate-se de um paciente que esconde ou compense seus problemas de memória por intermédio de uma atividade regressiva de aparência esquizofrênica; mas, se conseguirmos com que ele faça esses mesmos exercícios de modo espontâneo, por exemplo colocando-o como vendedor no bar, durante um certo tempo e de modo discreto ele irá escrever pequenas notas sobre os preços, por exemplo. Ele repete esses mesmos preços cada vez que vende um café e, ao final de quinze dias, ele para de

⁹ É relevante destacar que a clínica possuía uma vasta área aberta, com regiões voltadas ao estábulo, galinheiro, campo de futebol, etc. Com isso, haveria a possibilidade dos sujeitos se perderem nesse espaço.

recorrer às notas e se lembra. Podemos dizer que ele fez os exercícios, mas de modo escondido. (AYME et al., 2008, p.14. grifo nosso. Tradução livre.)¹⁰

A partir dessa colocação de Tosquelles em *Les échanges matériels et affectives dans le travail thérapeutique* (AYME et al., 2008), são apresentadas formas alternativas ao de desenvolvimento da terapêutica para além de uma relação estritamente biomédicas. Se trataria menos de restringir o tratamento/ acompanhamento ao consultório fechado, do que trabalhar essas relações em ato, de acordo com os interesses e potências de cada sujeito.

Seja a partir do *peixe piloto* ou do caso do *paciente vendedor no bar* (conforme trazido por Tosquelles na citação anterior com Ayme), o que se emerge como referência é a reestruturação dos modelos de cuidado a partir da horizontalização e de modelos coletivos de atenção. Com isso, a ação dos profissionais de saúde estaria concomitantemente orientada pelos saberes técnicos e ao funcionamento da instituição como um todo coletivo.

Trata-se de um encadeamento, em que se deve permitir que o doente estabeleça ligações próprias, e que os terapeutas *juntos* aproveitem a ocasião do movimento. Mas para que um tal movimento seja possível, é preciso que na *atividade* (...) se tome um extraordinário cuidado de 'permitir' e de 'acolher', afim de que o doente possa colocar algo de si no trabalho (TOSQUELLES, 2017, p. 48. Tradução livre.).¹¹

Em suma, ao deslocar o eixo de tratamento do modelo biomédico para o coletivo institucional, a clínica psiquiátrica propõe uma reorganização: das políticas instituídas, das funções desempenhadas pelos cuidadores e, dos modos de relação com a loucura.

No lugar do consultório médico como lugar de excelência para o tratamento e acolhimento, acrescentam-se referências aos espaços de vida para os usuários (cozinha, corredor, oficinas, galinheiro, etc.). Do isolamento nas enfermarias e

¹⁰ Do original: Il est évident que ces malades doivent faire des exercices de mémoire ; mais, quand vous faites faire à un intoxiqué par l'oxyde de carbone des exercices de mémoire, comme à l'école, il vous envoie paître ! À plus forte raison s'il s'agit d'un malade qui dissimule ou compense ses troubles de la mémoire par une activité régressive d'allure schizophrénique ; mais, si on arrive à lui faire faire ces mêmes exercices d'une façon spontanée, par exemple en le plaçant comme vendeur au bar, pendant un certain temps et d'une façon aussi dissimulée, il prend des notes sur des petits papiers, par exemple les prix. Il répète d'une façon gymnastique ces mêmes prix, chaque fois qu'il vend un café et, au bout de quinze jours, il ne prend plus de notes, il se rappelle. On peut dire qu'il aura fait les exercices en cachette. (AYME et al., 2008, p.14. grifo nosso)

¹¹Do original: Il s'agit d'un enchaînement, dont il convient de permettre que le malade en établisse les chaînons et que les thérapeutes ensemble en saisissent le mouvement. Mais pour qu'un tel mouvement soit possible, il faut bien que dans l'activité (...) prenne un soin extraordinaire de 'permettre' et d'accueillir', afin que le malade mette quelque chose de soi dans le travail (TOSQUELLES, 2017, p. 48).

passividade ao cronograma médico imposto, estimula-se a livre circulação e coparticipação nas atividades diárias e decisões administrativas.

Destoando da primeira experiência evocada, (hospital psiquiátrico) as ações nessa clínica de saúde mental se pautavam em uma compreensão de saúde orientada a partir de planejamentos transversalizados. Os efeitos disso se apresentavam pela maior atividade dos usuários da clínica em comparação ao hospital psiquiátrico, considerando o diferente grau de autonomia atribuído a esses.

Em conclusão, a paisagem apresentada na clínica psiquiátrica evoca uma leitura em saúde mental agregando à análise uma compreensão de terapêutica ampliada, com ações pautadas do espaço de vida dos usuários. Ao trabalhador de saúde e gestão caberia acompanhar o movimento dos usuários e permitir que desenvolvam seus próprios encadeamentos (TOSQUELLES, 2017).

Análise de percursos: Centro de Atenção Psicossocial

Com um funcionamento majoritariamente voltado aos pacientes encaminhados pela rede pública de saúde, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico que presta assistência a usuários em sofrimento psíquico.

Tendo como objeto central o rompimento com a prática asilar que isola e exclui o sujeito dito "louco" do convívio social, o CAPS orienta a execução e planejamento de suas ações a partir do exercício de um cuidado clínico pautado na atenção psíquica e reinserção social dos usuários (BRASIL, 2004a).

Com isso, a proposta de atuação do Centro de Atenção Psicossocial estrutura o atendimento aos usuários em saúde mental direcionando suas ações a uma atuação territorial e comunitária, voltada à tecitura de redes de apoio no território, envolvendo atores médicos, ou não¹².

¹² O estabelecimento da rede de atenção conforme figurado pelo CAPS se relaciona com o fortalecimento das relações no território, sendo concebida a partir da ligação com unidades de saúde para atendimento integral (nível primário, secundário e terciário de saúde); vinculada com atores sociais (liderança comunitária, familiares, grupos sociais, etc.); pontos educacionais (Centros de formação técnica, escolas, universidades, entre outros); centros de esporte, entre outros.

O diferencial na formação da Rede de Atenção Psicossocial estaria na referência a um modo de produção de cuidado integrado entre serviços de saúde e comunidade¹³. Expande-se, com isso, a compreensão de saúde centrada sob o modelo biomédico para uma referência criativa/participativa de atenção de modo transversalizado. A proposta estaria pautada, portanto, nas interlocuções entre os pontos da rede de modo a desenvolver fluxos de atenção e cuidado orientados nos modos de vida cotidiano dos usuários situados em seu território e envolvido em seu núcleo de vida. (BRASIL, 2013a).

Considerando a mudança de paradigma do modelo de cuidado hospitalocêntrico para a referência psicossocial operado com a reforma psiquiátrica, desenvolvemos uma análise cartográfica da produção de atenção à Saúde buscando mapear as relações de força presentes na atenção à saúde partindo do Centro de Atenção Psicossocial. A seguir, se apresenta um relato que compõe o cenário do CAPS a partir de suas dinâmicas vividas no cotidiano e permite uma síntese das questões abordadas ao longo da pesquisa que motivou nossa presente escrita.

Marileide

Com uma mochila rosa nas costas e sempre bem vestida, Marileide frequentava quase todas as atividades no Centro de Atenção Psicossocial. Chegava na parte da manhã, trazida por uma ambulância, fazia três refeições e participava de qualquer oficina que estivesse em curso. Somente retornava à casa por volta das 18:00, horário em que as ambulâncias passavam nos CAPS para reconduzir os usuários às suas casas.

Em meio ao universo de pacientes presentes no CAPS, o caso de Marileide raramente ocupava as reuniões de equipe e quando aparecia estava relacionado a algum episódio em que fora agredida por algum(a) paciente exaltado(a). Nesses momentos, era retratada como vítima e a discussão girava em torno do(a) agressor(a) e das ações a serem tomadas a partir daí. A "pauta Marileide" era efêmera nas reuniões,

¹³ Segundo a portaria da Rede de Atenção Psicossocial 3.088 (BRASIL, 2011), a formação das redes deve ser orientada à assistência biopsicossocial, integrando as Unidades de saúde, mas também voltado à promoção da autonomia e exercício da cidadania. Isso significa a inclusão de atividades de inclusão social, lazer, educação.

não se discutia os aspectos clínicos e relacionais do caso, tampouco se abordava a construção do projeto terapêutico da paciente devido às necessidades consideradas prioritárias do serviço de saúde.

Assim como o caso de Marileide, as ações e planejamento do serviço no cotidiano estavam atravessados por questões "urgentes": Silvana entrou em surto e destruiu o banheiro; recepção de uma procuração urgente proveniente do Ministério Público; necessidade de visita técnica para criar acordos estratégicos com a família de Alberto, etc.

Diante disso, o funcionamento do serviço de saúde encontrava-se atravessado por questões inflamadas que exigiam dos profissionais ações informalmente chamadas de "apagar incêndio". Os incêndios se formavam em torno da necessidade urgente de resposta a casos que insurgiam e requeriam uma reestruturação imediata de pontos de apoio na rede. A partir desse ponto, se convocavam familiares para corresponsabilização no tratamento, definição de acordos para acompanhamentos futuros, verificação da posologia medicamentosa, visitas técnicas domiciliares, etc.

Por vezes, diante da mescla das múltiplas exigências práticas, técnicas e burocráticas de uma atuação com base territorial, os incêndios em curso eram inflamados e pareciam consumir a unidade.

Todavia, assim como Marileide que chegava diariamente à Unidade com sua mochila nas costas, compareciam também outros atores da sociedade, por vezes também carregando suas mochilas: Músicos, Educadores físicos, voluntários, estagiários acadêmicos, familiares, vizinhos, membros de coletivos antimanicomial, etc.

Cada um desses atores, a partir de acordos firmados, desempenhavam suas atividades levando ao CAPS uma composição diferente de funcionamento, aportando uma heterogeneidade de ambientes e formas de relação não pautadas em discursos médicos ou patologizantes.

Chegavam, puxavam o violão, formavam uma roda, tocavam músicas à pedidos; sentavam no gramado com alguns usuários e conversavam sobre a realidade cotidiana no CAPS e no espaço que os pacientes viviam; acompanhavam em visitas à pontos turísticos da cidade; traziam materiais para preparar cachorro-quente em dia de comemoração.

Bem como a figura de Marileide, as ações desses atores eram praticamente imperceptíveis no cotidiano do serviço tomado pela simultaneidade de eventos e incêndios emergentes na unidade de saúde. Entretanto, a viabilização de um modelo de assistência à saúde pautado na realidade do funcionamento territorial se tornara possível graças a entrada de diferentes discursos e práticas no serviço que coloquem em "cheque" os modos instituídos de se prestação de saúde.

Nesse sentido, o CAPS era habitado por práticas técnico burocráticas, mas também atravessado pela dinâmica viva de atores que traziam uma composição heterogênea que ampliava a potência participativa dos envolvidos. Assim, imerso em produtivos jogos de forças, caminhava o Centro de Atenção num conflito positivo que trazia como cenário o funcionamento institucional, realidades territoriais e necessidades dos usuários.

Orientados pela experiência vivenciada no Centro de Atenção Psicossocial e atravessados pelo método cartográfico, construímos o relato *Marileide*, que aborda concomitantemente as relações cotidianas entre usuários e serviço no CAPS e a tecitura da política institucional atualizada na unidade.

O relato representa o Centro de Atenção Psicossocial segundo os moldes estabelecidos a partir da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2013), estruturando as ações de saúde pautadas em ações territoriais e concebidas em acordo com a produção redes descentralizadas de atenção à saúde.

Entretanto, *Marileide* permite também a entrada no cotidiano do serviço e a observação de discursos e organizações institucionais que regulam o funcionamento interno da unidade. Diante do relato, apresenta-se uma composição de forças junto a atenção à saúde prescrita pela instituição e a efetiva realização do projeto em pauta.

A proposta de horizontalização e coletivização da atenção, conforme previsto pela reelaboração das estratégias de cuidado (BRASIL, 2007), esbarrava com práticas concorrentes: 1) Criação de projetos terapêuticos singulares visando autonomia dos usuários, mas não os incluindo nas reuniões em que discutia o caso, ocorrendo a reunião à portas fechadas; 2) Definição de uma equipe de referência interdisciplinar para acompanhar a construção do projeto terapêutico do usuário, entretanto sem a escolha ativa do usuário envolvido; 3) Construção da Rede de Atenção centradas em

instituições de saúde, relevando pouco espaço para inserção nas dinâmicas sociais em geral.

Destacamos com o relato *Marileide* que as disputas e jogos de força elencados anteriormente não tem necessariamente um caráter negativo, mas são marcas positivas da mudança no regime de atenção à saúde proposto aos usuários e equipe.

Tomando como referência o projeto de desinstitucionalização previsto pela reforma psiquiátrica, abrem-se questionamentos não apenas acerca da mudança de estruturas de cuidado (Saída do modelo hospitalocêntrico para uma referência de cuidado em redes territorializadas), mas incluem mudanças nas práticas limitadoras da autonomia dos sujeitos ou que o privam de liberdade.

Diante disso, o CAPS torna-se potencialmente inflamável, problematizando formas fixas de promoção de cuidado, questionando modelos de atenção à saúde e potencializando a reestruturação de atividades de acordo com as necessidades dos usuários, território e mesmo de caráter político institucional.

Nesse sentido, as *Marileides*¹⁴ possuem um papel fundamental graças a ampliação de heterogeneidade das ações e discursos em disputa no interior na instituição psicossocial, trabalhando com as barreiras que separam serviço e comunidade.

Em conclusão, no ensaio monográfico a atenção à saúde no CAPS aborda a construção do cuidado tomando como referência a atuação territorial. A partir do método cartográfico, se destacam os atravessamentos da produção de saúde a partir do cotidiano de disputas de força no interior da unidade. Com isso, o processo de cuidado se conceberia a partir do encontro entre profissionais de saúde, família, usuário e atores sociais orientados em seu espaço de vida.

Síntese dos desafios abordados com os encontros no Hospital Psiquiátrico, Clínica Psiquiátrica e Centro de Atenção Psicossocial

¹⁴ *Marileides* se refere aos atores quase imperceptíveis da ótica administrativa tradicional, mas que participam ativamente da construção das políticas graças ao questionamento de dados naturalizados. Exemplos: Marilene 1: "Amanhã vou trazer caderno novo para a escolinha" (escolinha = CAPS); Marilene 2: "Vocês falam tanto de autonomia do paciente, por que não fazemos mais atividades fora do CAPS?"; Marilene 3: "Por que a cozinha fica fechada? Eu preferia preparar um café em vez de tomar esse guaraná fuleiro com biscoito".

A partir do método cartográfico, o ensaio monográfico buscou acompanhar o processo de tecitura do cuidado nas três instituições previamente citadas. Houve especial ênfase em uma análise integrando a organização institucional e produção do cuidado no cotidiano junto aos usuários. A seguir, apresenta-se uma síntese das análises, destacando as especificidades do funcionamento das instituições relacionadas.

Hospital Psiquiátrico

Organização do cuidado a partir de modelo centralizado sob a figura do psiquiatra chefe e gestão verticalizada.

Terapêutica Central: Assistência psiquiátrica e farmacológica com vistas à estabilização.

Relação cuidado e usuários: Usuários compreendidos como passivos ao tratamento.

Desafios encontrados: Construção coletivizada do cuidado; baixa autonomia de usuários e trabalhadores no desenvolvimento da terapêutica; rigidez do discurso médico administrativo; dificuldade de trabalhar propostas alternativas de cuidado.

Clínica psiquiátrica

Estruturação do cuidado ligado à função coletiva descentralizada na instituição. Modelo transversal de atenção à saúde e decisões administrativas.

Terapêutica Central: Disponibilidade de oficinas e ações variadas no interior da instituição a serem escolhidas pelo usuário; assistência psiquiátrica e farmacológica.

Relação cuidado e usuários: Participação ativa no tratamento e na organização institucional; formação e integração de ações feito de modo mais ou menos autônomo a depender do grau de autonomia do usuário.

Desafios encontrados: Necessidade de elevada implicação dos membros na reformulação das práticas instituídas; formação de coletivos integrados em interesses comuns; acolhimento estruturado com suporte institucional, de usuários do serviço e profissionais, concomitantemente.

Centro de Atenção Psicossocial

Produção do cuidado integrado ao território, com ações voltadas à integração social e participação comunitária.

Terapêutica Central: Desenvolvimento de ações de base territorial; acompanhamento psiquiátrico e farmacológico; participação em oficinas e atividades sociais externas à unidade de saúde.

Relação cuidado e usuários: Proposta de construção conjunta de projetos terapêuticos; horizontalização do planejamento do cuidado e interesses dos usuários; abertura à coparticipação comunitária e social quando aplicável.

Desafios encontrados: Alcances e compreensão da temática do território (referenciado a partir do caráter espacial ou entendido como composição relacional, sem necessariamente estar limitado ao espaço); desenvolvimento de real autonomia dos usuários.

Ressonâncias na dissertação

Ao final dessa apresentação, destacamos o desafio aberto pelo trabalho anterior de desenvolver a proposta de cuidado nos estabelecimentos de saúde a partir das realidades institucionais e comunitárias.

O processo de produção do cuidado nos convida a um olhar atento sobre a prática da atenção à saúde, requerendo uma análise implicada que leve em conta as linhas de composição e desafios que se apresentam ao longo de seu desenvolvimento no cotidiano.

Com base nisso, ao elaborarmos como título do trabalho *Interstícios da saúde e território*, nos propomos a refletir acerca das práticas e definições de saúde não restritas aos estabelecimentos de saúde ou profissionais, mas envolvendo usuários, comunidade e gestão.

Em uma rápida consulta ao dicionário acerca do termo *Interstício* encontramos: "Intervalo que separa coisas contíguas ou partes de um todo"¹⁵. O interstício, portanto, está referido a um espaço entre elementos, somente existindo a partir do encontro e interação *entre* esses.

Trabalhar a temática da Saúde a partir do interstício com o Território significa experimentar os elementos que aproximam ou afastam tais conceitos, tatear os produtos resultantes desse encontro e avaliar as resultantes (sempre parciais) obtidas.

Visamos uma pesquisa capaz de articular os conceitos transitando pelos modos de apropriação, invenção e assimilação desses. Em suma, dar vida aos conceitos a partir da reflexão sobre saúde levando em conta as relações com o espaço, território e composições na vida cotidiana. Resulta daí o cerne de nosso trabalho, que se orienta pelos percursos da produção de cuidado em saúde, analisando discursos, formas e conteúdos de organização das propostas de atenção à saúde.

Para alcançarmos o objetivo de discutir a temática de saúde e território a partir de seu interstício, iremos recorrer ao uso de narrativas e relatos para apresentar a composição de cenário e prosseguirmos nas análises. É relevante destacar que a maior parte das narrativas apresentadas ao longo do trabalho são frutos de experiências e vivências coletivas na qual o presente autor teve a oportunidade de compor direta ou indiretamente e que abordamos de modo breve anteriormente.

As narrativas utilizadas têm como função a abertura de discursos e uma tentativa de gerar estranhamento de questões naturalizadas e reiteradas pelo discurso científico e na repetição cotidiana¹⁶. Dito isso, reiteramos que o objetivo dos relatos ou narrativas não estão vinculados a uma tentativa de reprodução total das dinâmicas

¹⁵ Definição dada pelo dicionário Priberam: <https://dicionario.priberam.org/interst%C3%ADcio>

¹⁶ Quando narramos um caso, podemos gerar uma experiência narrativa minoritária, pondo-nos em uma posição de estranheira ao que habitualmente é dito. Colocamo-nos, então, em posição de estranhamento, de interrogação ao que certa narrativa aceitaria como natural e regra, forçando a um descolamento do dito na busca das condições de sua produção (PASSOS; BARROS, 2015, p. 164).

institucionalizadas, mas servem como disparadores para as análises colocadas em curso.

Língua presa

C. tinha cerca de 20 anos de idade, órfão de pai e mãe, considerado pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial como paciente pouco comunicativo e com traços depressivos. Com frequência se queixava de maus-tratos por parte da mãe adotiva, dizendo que aquilo não era vida e não era justo que sua herança ficasse com ela (C. era curatelado, considerado incapaz de gerir seus bens).

Certa manhã, C. se esforçava para conseguir conversar com a equipe e chorava, dizendo com dificuldade: “São esses remédios, minha língua está presa. Como vou conseguir fazer alguma coisa assim com esse monte de remédio que não me deixam falar nada?”

Durante a tarde, já com a fala mais clara, contava acerca de seu tio e da falta que sentia em estar com ele. A comunicação com esse tio parecia estar comprometida a algum tempo, mas C. insistia, dizendo da importância de ter essa figura mais próxima a ele.

Com base nessa fala, surgiu a proposta de ir até onde esse tio morava, andar/ habitar esse local que C. descrevia com vida e que se contrapunha ao discurso de fatalidade por conta da morte dos pais e maus tratos.

A ida a esse local se deu sem endereços claros ou números de casa, apenas referências vagas no meio da cidade. A chegada ao destino não teve grandes rodeios, C. de fato conhecia aquele espaço e se apropriava desse com afinco.

A visita, por outro lado, foi repleta de resistências por parte do tio desde o início: “Por que você o trouxe aqui? Não posso mais cuidar dele, não dá para assumir essa responsabilidade, sei que o trabalho de vocês do CAPS é cuidar, mas não dá mais para mim”. Após explicar que se tratava de uma visita casual, motivada pelo pedido de C. em visitá-lo, a estadia tornou-se mais leve, sem o peso de uma “visita técnica” – o que aparentemente ocorreu em algum momento no passado a fim de engajar uma responsabilização desse tio acerca do caso C.-.

Esse movimento de saída do CAPS e a caminhada até a casa desse tio trouxeram claros desdobramentos nesse caso: C. ficou mais ativo no CAPS, questionando seu papel, como inserir-se novamente em algum tipo de atividade e ter de volta um tipo de vida mais 'normal' com trabalho e salário. Esse tio, por sua vez, decidiu, por conta própria, estar mais presente na vida de C. e aparentemente, após o evento descrito, o acolheu por períodos curtos em sua casa.

O relato *Língua presa* apresenta um caso que aborda o tema da saúde a partir dos desdobramentos na produção do cuidado. Nos interessa com esse relato destacar alguns desses atravessamentos e apresentar a noção de território a partir de suas interrelações em saúde.

Diante desse cenário, três tipos de discursividades acerca da saúde se tornam mais evidentes: A primeira a partir da *Unidade de saúde* (CAPS); a segunda com família do usuário; a terceira a partir do próprio usuário em ligação com seu espaço de vida.

A partir de uma leitura isolada do Centro de Apoio psicossocial e dos profissionais de saúde, a interpretação sobre o caso de C., era concebida a partir de um cenário no qual entra em evidência o diagnóstico psiquiátrico, tratamento medicamentoso e referência aos profissionais da unidade. A compreensão de saúde considerando apenas o CAPS, desarticulado das outras esferas elencadas no relato, seria composta por discursividades técnicas, como podemos observar ao longo do texto: 'usuário curatelado'; 'humor deprimido'; 'fala comprometida', etc.¹⁷

Da perspectiva familiar, C. era por um lado alvo de disputa por conta do direito à curatela recebida, e por outro fonte de desentendimento por conta de seu "temperamento emocional e condutas inadequadas" (nas palavras de um de seus familiares) no local que habitava. De acordo com a família de C., a noção de saúde estaria relacionada a um quadro *compensado* do usuário, preferencialmente silenciado. Nesse sentido, sua família atribuía ao CAPS a responsabilidade de tornar C. mais saudável ou, ao menos, torná-lo mais ocupado e fora de casa.

¹⁷ O funcionamento dos Centros de Apoio Psicossocial leva em conta a proposta da Reforma Psiquiátrica e da atuação orientada no território, não devendo, portanto, ser compreendido separadamente. A escolha em isolá-los nesse momento se faz estritamente com o objetivo de destacar a transformação que a proposta de cuidado situado no território vem operar.

Por outro lado, com base no viés de C., as relações de sua vida estavam profundamente comprometidas pelos efeitos indesejados de medicamentos, pela impossibilidade de obter um emprego e atravancadas pela relação tóxica com sua família adotiva. Portanto, C. concebia uma vida saudável a partir da reinserção social, conquista de um emprego e livre circulação nos espaços que se identificava, preferencialmente sem o uso de medicamentos fortes.

Nos interessa com esse relato sublinhar o atravessamento de discursos (ou línguas) no cotidiano de C. A "*língua presa*" é representativa de um cenário em que as trocas ocorridas entre unidade, usuário e família estavam profundamente atravancadas de acordo com os interesses próprios que cabiam a cada um dos setores.

No momento de saída da unidade e encontro com a rua, são postas em suspenso as questões diagnósticas, de interação medicamentosa ou de conflitos familiares. O encontro com a rua requeria o uso de uma língua diferente do CAPS, era preciso ler os sinais da urbe, orientar-se pelas ruas, aguardar o momento de atravessar, escolher desvios a serem tomados no trajeto.

Em suma, com base no *Língua presa*, a noção de território contribui em nossa atual pesquisa ao destacar a importância da composição das relações sociais na construção das práticas de saúde não restritas à unidade de saúde. A partir da leitura das forças que compõe território, é possível problematizar as discursividades que compõe o cuidado em saúde e, com base nisso, trabalhar rearranjos de acordo com as necessidades observadas. As dinâmicas territoriais abordam, portanto, o encontro, congregando as relações e correlações em um mesmo espaço de vida que coloca em análise os jogos e disputa de poder (RAFFESTIN, 1993).

O tema do território associado à saúde é aqui referido não apenas como o encontro com exterior, a cidade ou espaço em que se vive. O território abrange concomitantemente referência espacial (aspectos físicos do espaço), aspectos relacionais e de transformação do espaço, além de abarcar a leitura das regras e normas internas dos espaços nos quais se insere -territorialidades-¹⁸.

¹⁸ A questão da territorialidade se refere às normas de organização e formas de relação internas aos territórios. Diz respeito a uma forma de apropriação do espaço, aos modos específicos de se estabelecer relação com o território estando, portanto, necessariamente ligados às relações de poder a partir da transformação dos modos de relação naturais e sociais. (RAFFESTIN, 1993).

Considerando o cenário exposto, nos deparamos com um ponto importante em nossa pesquisa: Como trabalhar com a temática da saúde não restrita aos especialismos e unidades de saúde, estando orientados ao funcionamento coletivo-comunitário?

Lançamos como desafio trabalhar as questões de saúde nos debruçando sobre os modos de vida, articulando as composições que se constroem a partir do cotidiano de encontro entre território de vida, usuários de saúde e atuação profissional/ técnica nessa dinâmica.

Sou filha do trem fumaça

B. era uma paciente silenciosa, e com seus 50 anos lançava olhares desconfiados à maioria dos grupos e atividades que ocorriam no Centro de Apoio Psicossocial. Passava considerável parte do tempo deitada no quarto coberta com o edredom fino, geralmente saindo apenas para buscar o famigerado biscoito de chocolate e refresco de guaraná.

A interação com os outros usuários também não era das melhores, se envolvendo casualmente em confusões e brigas das quais eram difíceis de precisar o motivo que iniciou.

Diante de um princípio de crise, e com uma relação familiar fortemente desgastada, B. foi acolhida¹⁹ no CAPS por aproximadamente duas semanas. Como de costume, durante seu período de acolhimento na unidade, na maior parte das vezes não interagia com as atividades propostas e se mantinha isolada, tomando os medicamentos que lhe eram entregues e em seguida voltava à cama.

Dentre as raras circunstâncias em que se escutava a voz de B., estava o momento do fumo, em que, nos fundos da unidade, debaixo do pé de carambola, negociava a partilha de cigarros com outros usuários. Outra ocasião em que se ouvia sua voz era

¹⁹ Utiliza-se o termo "usuário acolhida (o)" no Centro de Apoio Psicossocial em detrimento da expressão "internação", característica de um modelo hospitalocêntrico/ manicomial. A diferença não se encerra nas expressões, pois o acolhimento para o CAPS denota o desenvolvimento de projetos terapêuticos com vistas ao final do período acolhido. As ações terapêuticas ao longo do período de acolhimento devem visar a reinserção social gradual e construção de ajustes junto ao paciente com vistas à sua melhora e integração, na medida do possível.

pedindo café aos trabalhadores da unidade, após as reuniões semanais da equipe técnica.

Passado o tempo proposto de acolhimento e com relações familiares ainda comprometidas, uma parte da equipe do CAPS acompanha B. no retorno a sua casa com vistas à reelaboração de seu projeto terapêutico melhor adequado às necessidades reais do caso.

A chegada ao distrito que B. morava foi difícil, pois era bastante afastado do centro urbano. Durante a viagem, o silêncio imperou até a chegada na área central do distrito. A partir daí, B. pediu para que tomássemos um café antes de prosseguir com a viagem e começou a desenhar o território naquele local: a senhora da lanchonete que era gentil, as relações estabelecidas na rodoviária, a vontade de voltar a cozinhar como a antiga senhora da padaria, etc.

Entre a parada para o lanche e o destino final, B. conta sobre sua relação com os trilhos de trem na cidade: “É que eu sou filha do trem fumaça, eu sinto ele vindo perto e agora tem um monte deles por aí. Eles (outros trens) não me fazem nada porque sou a mãe deles. Se eu fico ali (nos trilhos) eles param pra mim”.

Na chegada à casa de B., fomos recebidos por sua sogra e posteriormente pela vizinha que contavam um pouco das dificuldades vividas e incertezas de saber como se comportar considerando o quadro psiquiátrico. Foi uma visita de cerca de 1 hora em que foram acordados encaminhamentos considerados mais viáveis para o caso, além de um auxílio para o transporte até o CAPS graças a um contato feito com uma unidade de saúde da família numa localidade próxima.

Na semana seguinte, B. estava mais comunicativa, participando das oficinas de culinária e grupos espontâneos dentro do CAPS, propondo soluções para questões internas com os usuários, etc.

Durante esse percurso com B. foi possível trabalhar mais intensamente as relações estabelecidas com os espaços e territórios, potencializando atividades que não estivessem totalmente dependentes do CAPS e estabelecimentos de saúde.

O relato *trem fumaça* traz o desafio do trabalho de acolhimento e atenção à saúde no contexto da saúde mental. É notório com B. que, apesar do silêncio da usuária e seu

desinteresse para com as atividades 'tradicionais' propostas pela equipe técnica (grupos de discussão acerca de temáticas gerais ou específicas, oficina de artesanato, pintura, etc.), havia uma dinâmica e modos de composição de relação completamente diferentes em outras atividades e ambientes na unidade de atenção à saúde.

Era no "*fundão*"²⁰ que os usuários partilhavam o escasso tabaco que tinham, conversavam entre si ou mesmo repousavam sobre a área gramada, em silêncio. As temáticas abordadas entre os usuários nesse espaço eram geralmente mais suaves, versando sobre atividades fora da instituição, festas e mesmo locais que contratam pessoas com distúrbio mental. Havia algo nesse ambiente da ordem da espontaneidade que era impossível de reproduzir dentro de um *setting* terapêutico durante uma conversa com psicólogo ou psiquiatra de plantão.

Em contraste com os fundos da unidade, as entrevistas com os profissionais de saúde dentro da "*salinha*"²¹ seguiam um *script* técnico repetido com os usuários e/ ou familiares: Separados por uma mesa, questionava-se as relações familiares, cotidiano, presença ou ausência de delírios/ alucinações e, com a (o) psiquiatra, se finalizava com a prescrição/ 'renovação de receitas'²².

Destaca-se com o relato *trem fumaça* que, de modo semelhante ao que ocorrera nos fundos da unidade, no momento em que chegamos ao distrito de C. e habitamos²³ com ela parte desse território, foi possível iniciar novos acordos e construir conjuntamente um projeto terapêutico mais condizente com os interesses e necessidades de B. A partir do contato com a "*rua*", próximo da área que habitava, o discurso da usuária tornou-se mais complexo, acrescentando atores, locais, interesses e projetos futuros. Havia, portanto, uma diferença clara da inércia da usuária junto à equipe no CAPS e as dinâmicas vivenciadas, com a mesma equipe, a partir do contato com a região durante o café na padaria de sua escolha.

²⁰ Com o objetivo de nos aproximarmos das dinâmicas de vida e expressões utilizadas no cotidiano do serviço, optamos por manter os termos conforme eram utilizados no real contexto do CAPS que o relato ocorre. Quando ocorrerem, tais expressões estarão marcadas em itálico.

²¹ Termo utilizado por usuários e alguns voluntários para referir-se ao consultório médico/ psicológico no referido Centro de Apoio Psicossocial.

²² Alguns usuários somente iam às consultas para adquirir novas receitas ou em momentos de crise, o que dificultava a construção de um projeto terapêutico ligado ao campo de vida dos sujeitos.

²³ Habitar o território significa tornar-se sensível a esse, percebendo seus fluxos e movimentos próprios e ser capaz de moldar-se, estando engajado a partir desses deslocamentos (PASSOS; EIRADO, 2015).

Os três cenários apresentados no relato *Trem Fumaça*, quais sejam '*Fundão*', '*Salinha*' e '*Rua*', enfatizam o caráter dinâmico da produção do cuidado em saúde, destacando em especial as relações orientadas no espaço e de formação das redes de cuidado que se concebem a partir do encontro entre saúde e território.

Em síntese, os relatos apresentados anteriormente auxiliam em nossa pesquisa ao apresentar o tema da saúde orientado a dinâmicas reais e tecidas no encontro entre usuários de saúde, equipe técnica, comunidade e espaço de vida.

Tópico 1: Espaço e saúde

Nesse tópico abordaremos conceitos chave como espaço físico, corporificação do espaço, espaço de vida, entre outros. Com essa proposta objetivamos destacar a construção dos aspectos relacionais do espaço, abrindo campo para a discussão no próximo tópico sobre a proposta da territorialidade e finalmente abordarmos a leitura do território a partir da saúde.

Espaço físico e corporificação do espaço

Gavroche

Contam por aí que Gavroche era um moleque que aprontava de tudo pelas ruelas da cidade, conhecia os becos, os buracos e o mau cheiro abjeto daqueles espaços. Para viver, furtava comida dos feirantes, andava em trapos, frequentemente fugindo da polícia. O envolvimento com marginais praticamente traçou seu destino, e sua vida foi ceifada pela relação com pessoas de má influência, tendo recebido um tiro no peito. A sua morte gerou uma série manifestações acerca dos modos de organização e exclusão na cidade.

Gavroche aprendeu cedo a relação com as ruas, não se sentia abandonado apesar da pouca idade e falta de assistência de pessoas mais velhas. Colocava-se como líder de outros pequenos adultos, ensinando um tipo de realidade que ninguém dava a mínima se eles morressem de fome ou de frio. O que aquelas pessoas gordas tinham a oferecer a si e aos outros pequenos adultos eram xingamentos e agressões.

Uma estrutura abandonada no centro da cidade (uma espécie de elefante branco usado como enfeite no passado) tornou-se seu lar e abrigo para outros adultos de pouca idade que partilhavam do descaso recebido por essa cidade. Logo perceberam que becos e áreas ignoradas nesse gigante centro eram bem mais acolhedoras, conheceram outros miseráveis, ladrões, revolucionários.

Enxergava nesses uma vida que não existia nas largas boulevards, um encanto pela construção conjunta com outras pessoas num ideal inominável. As ruas largas eram lugar de indiferença, as pessoas mais pareciam pavões enfeitados desde os sapatos até a pena de seus chapéus; enquanto nos redutos ocupados pelos miseráveis e excluídos havia uma cumplicidade, um preocupar-se com seus iguais, cuidar daqueles que estavam em situação pior.

Logo se aprende a língua das ruas e como conseguir o sustento numa cidade que parece ter se configurado excluí-los da vista. O grupo de Gavroche já conhecia toda a tropa policial da cidade e sabiam até mesmo reconhecer um policial estrangeiro só pelo jeito de andar.

Os excluídos e revolucionários por fim se uniram, graças a partilha do sentimento de repulsa daquele centro tão grande e hipócrita. Eles conheciam o lado obscuro da cidade que os cidadãos da alta classe insistiam em ignorar ou torcer seus narizes ao passar por perto.

O pequeno Gavroche cantava e dançava junto a esses, sem distinções entre renda, roupa ou origem. Assim foi dado seu último suspiro, lutando por um novo modo de habitar a cidade.

O personagem de *Os miseráveis* (HUGO, 2014) nos conduz a percursos em ruelas parisienses do século XIX, habitando de modo peculiar uma estrutura da cidade que não se apresenta aos olhos desatentos. Nesse período pairava a fama de uma

cidade-referência cultural, com enormes investimentos voltados à reforma urbana e modernização nos setores econômicos, estilísticos, industriais, etc.

Gavroche nos conduz a uma forma particular de ver o espaço a partir dos campos nos quais ocupava. Temos a referência ao elefante branco, becos, praças além das famosas Boulevards no centro²⁴.

Ao apresentar os cenários, o nosso personagem pertence em alguma medida a eles, tanto a partir da inclusão, por exemplo na relação com a periferia e o elefante branco; ou pelo afastamento, como no caso das Boulevards e o grande centro urbano.

As dinâmicas ao redor da narrativa estão orientadas, portanto, não apenas aos limites visíveis da urbe e a pertença ou exclusão aos ambientes físicos da cidade, mas dizem respeito a ordenações internas (como no caso do afastamento das pessoas ricas, aprendizado de evitar as forças policiais, etc.) e ajustes sob o espaço que transcendem as estruturas.

Milton Santos, ao discorrer sobre o espaço e suas produções, na obra *Por uma geografia nova* (1978), delimita que o espaço deve ser lido a partir de um conjunto de forças em disputa que remete a formas estruturadas a partir de relações sociais que operam naqueles espaços. O autor complementa:

O espaço por suas características e por seu funcionamento, pelo que ele oferece a alguns e recusa a outros, pela seleção de localização feita entre as atividades e entre os homens, é o resultado de uma práxis coletiva que reproduz as relações sociais (SANTOS, 1978, p.171).

A práxis coletiva a qual o autor se refere diz respeito a forma atribuída ao espaço pela resultante da interação de fixos (aspectos físicos e objetos geográficos do espaço) e fluxos (práticas sociais, circulação de pessoas, aspectos culturais, e movimento da sociedade).

O espaço conforme proposto por Santos agregaria, portanto o espaço físico, mas também, e principalmente, as apropriações cotidianas que se fazem desse. A *práxis coletiva* representaria o rearranjo do espaço e das dinâmicas sociais de acordo com as necessidades sociais de cada grupo.

²⁴ Observa-se nessa narrativa que a leitura acerca das características físicas da cidade desenha um certo mapa de orientação sobre a que composição das práticas nesses campos. Nosso personagem corporifica o espaço, concebendo-o a partir dos modos de apropriação e existência implicados junto a esses.

Retomando a narrativa *Gavroche* e considerando a proposta de Milton Santos, teríamos num primeiro plano o espaço composto por seus aspectos físicos (considerando os prédios, ruas, casas e praças) e associado a esses, os fluxos, relativos ao movimento dos sujeitos, formas de apropriação e até mesmo ideias que surgem nesse contexto.

Tomando como orientação a leitura *Miltoniana* acerca da construção dos espaços, temos uma composição que enfatiza o conjunto das relações que atravessam e corporificam um determinado campo, expondo modos de organização, relação e exclusão. Nesse sentido, enfatizar o processo de corporificação do espaço significa trazer luz às formas de apropriação desse, evidenciando organizações, processos e fatores sociais.

Considerado esse cenário, a descrição das ruelas, becos, buracos somente tem sentido a partir do momento que se conjuga a esse campo o processo de corporificação e as dinâmicas de vida que atravessam esse espaço.

Nosso personagem *Gavroche* traz luz ao *background* desse cenário com as dinâmicas de vida a partir da massa de desterrados e miseráveis em relação. Os espaços em que esse circula (elefante branco, casas abandonadas, etc.) compõem uma dinâmica própria, recortes no urbano que lhe dão um contorno específico quando contemplado a partir de sua ótica.

A partir dessa perspectiva, as largas boulevards são representadas apenas como pontos de passagem, sem uma representação importante para o grupo abordado. Os grandes e majestosos parques, não se mostram tão relevantes quanto o subúrbio ou os bares "mal frequentados", espaços nos quais nosso grupo se reúne e se afirma enquanto coletivo.

O espaço não é nem uma coisa, nem um sistema de coisas, senão uma realidade relacional: coisas e relações juntas. Eis por que sua definição não pode ser encontrada senão em relação a outras realidades (...).

O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento que as forma, pois têm um papel na realização social (SANTOS, 1988, p. 30- 31).

Entre as dinâmicas sociais e políticas de saúde coletiva: Desafios no século XIX e XIX

Trabalhamos no tópico anterior uma introdução acerca da temática do espaço²⁵, destacando a função das relações sociais em seu processo de apropriação e corporificação, enfatizando o caráter relacional de sua composição.

O objetivo para o presente tópico é trabalhar com os discursos que compõe a relação entre espaço e saúde, tomando como ponto de partida o papel que o discurso médico passa a ter na composição dos espaços (e práticas em saúde) a partir século XIX.

A inspiração para nossa atual análise está relacionada a narrativa *Gavroche*, que abordamos no tópico anterior. Em realidade, a narrativa inspirada na obra *Os miseráveis* de Victor Hugo (2014), se passa na cidade de Paris no ano de 1832 e nos apresenta as dinâmicas de uma cidade atravessada por conflitos pautadas em razões políticas e econômicas que possui alguns aspectos acerca da composição do espaço e sua relação com a saúde que vale a pena ressaltar.

A cidade parisiense desse período reflete um momento em que a capital francesa estava assolada por uma série de epidemias e miséria, em parte devido à falta de estrutura urbana para acomodar o crescente fluxo urbano. Usando como referência esse mesmo ano no qual a obra se orienta, Paris sofria um grave surto de cólera, além de vários casos de tifo e tétano que não apenas dizimavam a população quanto geravam prejuízos a economia francesa.

De modo semelhante, a capital brasileira, também na década de 1830, sofria com desafios relacionados à saúde, especificamente com casos de febre amarela²⁶. O crescimento da cidade do Rio de Janeiro além da grande circulação nos comércios e portos no referido período também não era acompanhado por uma estrutura urbana que suportasse tamanha circulação.

Esse é o cenário sobre o qual iremos nos debruçar a seguir, nos detendo nas discussões acerca da construção de espaços saudáveis e planejamento de infraestruturas urbanas. Destacaremos, em especial, o papel do Higienismo e da Medicina Social na transformação das relações entre espaço e corpos humanos.

²⁵ Nos referimos especificamente ao conceito de espaço a partir de Milton Santos (1978; 1988).

²⁶ Em 1850 o problema alcança o status de epidemia de febre amarela, com uma média de 80 mortos por dia entre os meses de fevereiro e março.

Num segundo momento, orientando nossa análise ao século XX, tomaremos a Reforma Pereira Passos e a Revolta da Vacina para destacarmos alguns discursos envolvidos acerca das políticas de saúde a partir da transformação dos espaços.

Em suma, trataremos a questão do espaço será abordado primeiramente a partir de sua contribuição com aspectos estruturais *determinantes* pautados nas reformas urbanísticas, destacando o papel saneamento básico e indicadores epidemiológicos; em seguida, trabalharemos as dinâmicas espaciais tomando como orientação suas contribuições a partir do espaço de vida, enfatizando a aspectos *condicionantes* à saúde, tais como acesso à moradia, transporte e alimentação.

Código de posturas

O cenário que temos é um jovem Brasil Império, com apenas 10 anos de independência, e com uma chuva de problemas relacionados ao crescimento de epidemias, principalmente na capital.

Esse período tornou-se um marco por ser um dos primeiros momentos do Brasil independente no qual questões ordem de higiene pública propunham ações e normativas voltadas a transformar os modos de apropriação do espaço e condutas dos cidadãos com vistas ao controle do cenário de epidemias.

No ano de 1832 é criado o código de posturas que abordava normas sanitárias no combate às doenças, estabelecendo normativas e diretrizes sobre o funcionamento dos matadouros, enterros e licenciamentos de modos de geral. Na prática, o código de posturas

centralizava a explicação das doenças no meio ambiente, criando, assim, uma relação entre a ordem moral e a saúde, e colaborava na elaboração de normas sanitárias e na proposição de medidas para o combate de doenças (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 24).

O código de Posturas é representativo para nossa análise por marcar o início das ações extensivas de vigilância e esquadrinhamento dos espaços justificadas por questões de saúde. Com essa ação destaca-se que as medidas relacionadas a proteção à saúde não estariam mais restritas aos aspectos estruturais da cidade, tampouco se limitariam às condutas individuais dos cidadãos, mas estariam

enfocadas na interação sujeito ambiente, levando em conta os modos de habitar os espaços.

A promulgação do código anteriormente referido é um marcante avanço da compreensão da doença enquanto fenômeno social no contexto brasileiro, abrindo um fértil campo para construções teóricas do movimento que ficou conhecido como higienismo.

BENCHIMOL (1992), ao analisar a conjuntura de saúde e transformação dos espaços, sublinha que em 1850 -quase 20 anos após a promulgação do Código de condutas- o Brasil passava por um quadro de grave epidemia de febre amarela que ameaçava a ordem e bom funcionamento do país.

Diante desse cenário, é criada a Comissão Central de Saúde Pública (que posteriormente cederá espaço à Junta de Higiene Pública) que aportará, de modo permanente, ações de disciplinarização e vigilância nas regiões do Brasil Imperial. O enfoque dessa comissão estaria em realizar o esquadrinhamento dos espaços nacionais em busca de elementos perturbadores da saúde e ordem pública.

Na prática, as transformações trazidas a partir do higienismo, código de posturas e Comissão de Saúde Pública referida no parágrafo anterior inauguram uma nova forma de leitura sobre os espaços com vistas à boa ordem. O espaço passa a ser esquadrinhado em busca de elementos potencialmente nocivos à saúde, e nisso estaria incluso as condutas consideradas inapropriadas pelos cidadãos. Nesse cenário, destaca-se o fortalecimento da epidemiologia e posteriormente da medicina social como potenciais organizadores desse cenário de crise conjuntural brasileiro.

Como veremos nos seguintes tópicos, a epidemiologia e medicina social aportarão severas transformações não apenas no contexto estrutural dos espaços na cidade pautadas em justificativas epidemiológicas, mas evidenciarão discursos outros que irão compor uma suposta assepsia nos espaços e relações sociais.

Higienismo e Medicina social

Conforme apontados previamente, o cenário brasileiro de meados do século XIX foi um marco nos estudos sobre os espaços e suas interrelações com a saúde, orientados principalmente em extirpar as doenças urbanas.

Em sua dissertação, Soares (1990) apresenta que nesse período o Movimento Higienista ganhar força com pesquisas e ações voltadas a uma leitura de saúde coletivizada, destacando potenciais determinantes no aparecimento de agentes patógenos. Nesse contexto, as referências ao espaço físico e estruturas urbanas se tornariam dados indicativos para o movimento que passa a ter ações mais incisivas principalmente a partir do final do século XIX.

Lembremos que no referido período, a cidade do Rio de Janeiro era um enorme polo de atração e circulação de pessoas e mercadorias, concentrando na região central e portuária uma maior aglomeração populacional²⁷. Deriva principalmente desse período uma explosão demográfica na qual a estrutura urbana a duras penas absorvia e assistia ao crescimento de casos de rubéola, varíola entre outras doenças.

A ação dos sanitaristas -em especial com os epidemiologistas- aparece nesse quadro, ainda no século XIX, com uma tentativa de reelaboração do cenário de crise urbana apresentando a necessidade de trabalhar sobre os espaços urbanos a partir das condições sanitárias, buscando *determinantes* ambientais (investimento em saneamento básico, ordenação da ocupação urbana). Com isso, suas ações em saúde estariam enfocadas sob os agentes causadores de patologias e sua ação no território orientada principalmente em extirpar vetores, identificar determinantes das doenças e promover ações de vigilância e fiscalização.

Destaca-se que desde o início da atuação do processo de vigilância à saúde, a busca por "extirpar vetores" ou de transformação urbana estiveram majoritariamente centrados em ações sob as camadas mais pobres da população e em habitações coletivas. Até o início do século XX, os problemas sanitários estiveram associados à degeneração dos habitantes, conforme sublinha Marins (1998, p.133): "Acusadas de atrasadas, inferiores e pestilentas, essas populações seriam perseguidas na

²⁷ Sobre a relação do espaço e as estruturas da cidade do Rio de Janeiro nesse período há uma belíssima narrativa de Luís Antônio Baptista (1999), que aborda a realidade de uma servente negra no período entre monarquia e república no Rio de Janeiro. Nessa narrativa são abordadas formas de relação na capital, estrutura sanitária além de aproximar com as formas de territorialização e vida na então capital brasileira.

ocupação que faziam das ruas, mas sobretudo ficariam fustigadas em suas habitações".

Frente a isso, a construção dos espaços orientados por indicadores epidemiológicos não se restringiria a dados epidemiológicos inertes, mas colocava em cena uma prática social inserida em uma dinâmica urbana em pleno movimento.

Frente a esse cenário brasileiro na transição do século XIX e XX, temos também uma mudança da atuação da medicina frente aos desafios de crise sanitária urbana. Com um histórico anterior de ações individualizadas no tratamento dos corpos, a Medicina Social ganha força enquanto uma resposta possível a esse contexto.

No livro *Danação da Norma*, Machado (et al., 1978) retrata brevemente do que se trata essa transição entre a medicina estritamente clínica para a Medicina Social:

A caracterização mais geral dessa transformação é o fato de a medicina se tornar social.

A medicina social é basicamente uma medicina preventiva.

No momento em que, pela primeira vez, se pensa em prevenção e se organiza um dispositivo para realizá-la, a medicina situa as causas da doença não no próprio corpo do doente, mas naquilo que o cerca.

Os médicos da época demonstram ter plena consciência da transformação que se processava, ao definirem a medicina como uma ciência social, ou como uma ciência política (MACHADO; LOUREIRO, et al. 1978, p. 248- 249).

O que se opera nessa transição para Medicina Social é principalmente a busca por normas que regeriam o funcionamento social adequado. Nesse sentido, as ações de saúde no espaço passam a ser extremamente mais abrangentes além de servir como mecanismo de controle sobre a população, uma vez que a atuação da Medicina Social seria capaz ao mesmo tempo de detectar estados patológicos e de aportar as soluções para os desvios observados.

A medicina é social por detectar na cidade as causas de um estado patológico da população e formular um projeto de normalização da sociedade como condição para produzir o estado positivo da saúde (MACHADO; LOUREIRO, et al., 1978, p. 351).

É importante destacar que a medicina social aporta mudanças significativas em comparação às práticas anteriores da epidemiologia no século XIX. O que se opera com essa transição é que as práticas de controle sobre a população não se apoiarão apenas em dados epidemiológicos ou em condutas individuais.

A medicina social no início do século XX, abordará questões de Ordem Social, incluindo em sua pauta a patologização de condutas além da vigilância de

comportamentos dos indivíduos apoiadas graças ao exercício da polícia médica. A produção do estado positivo, ao qual Machado (et al. 1978) se referem, encontrarão no movimento que ficou popularmente conhecido como Bota abaixo sua forte expressão, como abordaremos no tópico seguinte.

Mas afinal, o que se opera com uma compreensão da medicina enquanto uma ciência social, conforme apresentado por Machado (et al. 1978) e qual desdobramento sobre a temática do espaço?

Incorporando a geografia, geologia, história e economia, armando-se de estatísticas que lhe proporcionam dados sobre o movimento da população e os fatores que nela influem (...) a medicina social observa, inventaria e analisa o espaço em busca da preventiva localização do perigo para a saúde de seus habitantes.

Além de diagnosticar a doença presente no espaço insalubre, propõe um novo tipo de prática, organiza-se como poder político, torna-se um braço a serviço da prosperidade e segurança do Estado (BENCHIMOL, 1992, p. 116, grifo nosso).

O processo de esquadramento do espaço realizado pela medicina social representa um exercício de classificação e síntese das relações sociais cotidianas. Nesse sentido, a analítica sobre o espaço é remetida ao governo sobre a vida, orientado ao corpo doente ou desviante, crescendo-se a análise de fatores sociais que viessem a comprometer o bom funcionamento urbano.

Nesse contexto, o espaço para medicina social passa a ser lido como Organismo²⁸, orientado a um funcionamento normalizado, passível de ser operado e transformado de acordo com a necessidade observada.

Esse é o cenário que se apresenta na transição entre os séculos XIX e XX na capital brasileira, em que o saber médico passava a produzir discursos normativos sobre o urbano, propondo intervenções estruturais (relacionadas ao saneamento urbano e alargamento de vias) além de transformações conjunturais (regras para o comércio de alimentos, fiscalização e combate a mendigação, prostituição, etc.).

Em suma, a partir dessa autoridade médica destaca-se "(...) uma nova relação: ordem-moral-saúde. Com esta nova relação, tenta-se generalizar e obter o acordo

²⁸ Expressão tomada emprestada de Lefebvre (2010) em O direito à cidade. Na referida obra, o autor se refere aos saberes especialistas acerca do espaço no século XIX e XX, que propunham uma leitura mecânica das dinâmicas espaciais, deixando de lado a importância sobre o Espaço vivido. Retornaremos a essa temática no tópico seguinte.

dos grupos sociais acerca da ordem e da moral, necessária para a manutenção do poder do Estado" (OLIVEIRA, 1983, apud NUNES, 2000, p. 254).

Reformas em curso: Espaço, Saúde e Cidade

Prosseguindo com nossa análise, o presente tópico propõe um estudo das relações entre Espaço e Saúde no século XX. Para isso, esse apresenta três fases: Em um primeiro momento abordaremos algumas políticas de saúde tendo como ênfase as transformações urbanas a partir da Reforma Pereira Passos e das contribuições operadas por Oswaldo Cruz nessa reelaboração; a segunda fase desse tópico usará como disparador para análise a Revolta da vacina e versará sobre a relação saúde e espaço a partir do viés dos habitantes, enfatizando aspectos do espaço vivido além da análise dos jogos de força no plano de urbanização anteriormente citado; finalmente, o terceiro tópico trataremos da ampliação do conceito de saúde e espaço a partir da reforma Sanitária Brasileira, ao final do século XX.

O cenário sobre o qual nos debruçaremos se passa no ano de 1903 na cidade do Rio de Janeiro. Conforme apresentado anteriormente, no cenário brasileiro, desde meados do século XIX, o discurso higienista ganhava força com suas medidas de combate as epidemias e projetos de normalização da sociedade a partir da medicina social.

Orientados pelo discurso epidemiológico, os espaços urbanos da cidade do Rio de Janeiro seriam categoricamente mapeados e divididos em distritos sanitários, que forneciam uma base material para um planejamento de ações de saúde (BEZERRA, 2017).

Nos distritos centrais e próximos à região portuária, em nome de uma reforma urbanística e sanitária, houveram as operações no espaço mais significativas envolvendo intervenções estruturais, culturais e morais (BENCHIMOL, 1992).

Há uma interessante narrativa acerca dos cortiços que representa o olhar higienista sobre os espaços, em que se mescla moral e saúde na compreensão sobre as relações existentes nas habitações coletivas na região central do Rio de Janeiro:

Penetramos o cortiço que se esparrama diante de nós, sujo, feio e miserável, com a sua tosca linha de casinholos sem luz, sem ar, sem conforto,

lembrando minúsculos oratórios, com o seu agressivo cheiro de sabão e sua morrinha estonteante de suor. Aí, centenas de infelizes apodrecem às pilhas, aos montões, numa promiscuidade criminosa.

(...) Para construir a pocilga infecta, o ladino empreiteiro lançou mão de material cansado ou antigo: caibros velhos, decrépitos portais, portas em desaprumo, gradis tortos, telhas enegrecidas pela umidade e pelo tempo. Um montão de remendos. A construção é nova e já cai aos pedaços. Dá-se, porém, por cima disso tudo, uma valente brochadela de tinta, uma gorjeta ao homem da Prefeitura, e, pronto, aí está ele, o cortiço, novinho em folha, foco pestilencial, supimpa, onde as epidemias podem dar rendez-vous e a Morte, macabramente, dançar o seu grande *sabbat*.

Em geral o cortiço é de um único pavimento: uma portinha e uma janela, uma portinha, uma janela... Há-os, porém, de dois e mais andares, com uma galeria avarandada, servindo a cada um dos pisos, e uma infalível grade de madeira pintada de amarelo (EDMUNDO, 2003, p. 222- 223).

Assim transitava o discurso higienista no início do século XX, que se fortalecia orientado por parâmetros epidemiológicos, além de referência a questões de urbanismo, arquitetura mesmo de ordem e moral.

Se por um lado o higienismo representava uma modernização da estrutura urbana com propostas de criação de uma rede de saneamento básico, ampliação da rede férrea e extinção das epidemias; por outro também ocupava um papel de ordenação social com medidas de vigilância de condutas, regulação das trocas comerciais além da campanha de vacinação obrigatória (ROSEN, 1979).

É nessa conjuntura que a população carioca viu no ano de 1903 sair nos jornais a notícia da promulgação da Reforma Pereira Passos com uma promessa de modernização da capital brasileira. A reforma contemplava o embelezamento da cidade, criação de parques para tornarem a cidade mais fresca, melhoramentos na infraestrutura básica urbana além do fortalecimento ao combate aos vetores causadores de doenças²⁹.

A reforma urbana Pereira Passos foi um verdadeiro marco na história brasileira, sendo pioneira ao estruturar um plano de reorganização dos espaços com tamanha magnitude contemplando discursos urbanísticos, arquitetônicos e de saúde.

Nos meses que seguiram a notícia, o mapa da capital brasileira se converteu em zonas de intervenção e transformação urbana, tendo demolições espalhadas na maioria das regiões centrais e portuárias. Os habitantes observavam atônitos a chegada das brigadas de saúde e forças do governo invadindo e expropriando

²⁹ O plano de reestruturação da capital tinha à frente o prefeito-engenheiro Pereira Alves responsável pela supervisão e encaminhamento das obras enquanto o sanitarista Oswaldo Cruz era incumbido pelas ações de saúde pública

habitações coletivas consideradas ilegais. Pouco podia ser feito frente a presença das forças de ordem e mandados expedidos pelo governo.



Figura 1: Charge da campanha de vacinação obrigatória de 1904 com imagem de Oswaldo Cruz ao centro. Disponível em: <https://acervo.oglobo.globo.com/incoming/o-sanitarista-oswaldo-cruz-20894869>.

Resguardados por um discurso de controle sanitário, as visitas domiciliares realizadas pelas brigadas de saúde frequentemente não contavam com o consentimento dos moradores, e esses tinham suas casas violadas no procedimento.

(...) a época de Oswaldo Cruz é muito singular porque ele e o prefeito da cidade governaram como déspotas, a saúde pública teve tribunal próprio, os contingentes envolvidos na campanha atuaram como um exército nos distritos em que a cidade foi dividida" (BEZERRA, 2017, p. 66).

A reforma que ficou popularmente conhecida como bota abaixo operava mudanças estruturais nos espaços, representando um discurso com força de lei que impunha transformações nas relações sociais. A estratégia de produção de espaços saudáveis se estendia à regulação dos corpos desviantes em uma tentativa de restringir suas práticas nocivas ou até mesmo a presença nos espaços assépticos.

Jayme Benchimol na obra *Pereira Passos: Um Haussmann tropical* (1992) destaca entre as medidas de higienização da cidade- para além das transformações físicas-, ações de repressão à mendicância, prostituição e vadiagem, considerados representantes de estados patológicos, devendo, portanto, ser extirpados da moderna e higiênica capital.

Orientados pelo discurso sanitista, o planejamento das estratégias de saúde na cidade não mais se restringe a ações de vigilância e fiscalização nas residências, mas passa a ser articulado com vistas à higienização da cidade a partir da eliminação de cortiços, revitalização de áreas estratégicas (regiões mais economicamente ativas), além ainda de ações repressivas contra ambulantes, mendicância e prostituição.

A administração municipal não podia, evidentemente, nem se propunha a resolver o problema. Buscava, simplesmente, extirpar da cidade, que se queria exibir para o estrangeiro como moderna e civilizada, essa chaga, essa "disfunção" que a enfeava, limitando-se a enclausurar os mendigos e vadios na delegacia ou num asilo (BENCHIMOL, 1992, p.179).

Importa destacar que o mapeamento da cidade foi realizado seguindo os parâmetros oferecidos a partir do discurso sanitista apresentava a urbe como um organismo vivo no qual seria possível tratar as mazelas de modo objetivo. Por exemplo, as praças e áreas verdes na capital eram planejadas tendo em vista o objetivo de tornar o ar da capital mais puro, sendo considerado, por isso, como "Pulmão da cidade". Já os cortiços, por sua vez, representavam uma das maiores fontes de poluição da capital pela produção de lixo e da grande concentração popular, além de ser considerado uma afronta ao bom gosto e à ordem requerida a uma capital moderna, "resultante da ignorância e pobreza de seus habitantes" (BENCHIMOL, 1992).

No decorrer do Bota abaixo, se observa o planejamento de uma sólida estrutura urbana na área central da cidade ao mesmo tempo em que a vida dos cidadãos de classe popular era frequentemente interpelada pelas forças de ordem: Fiscalização sanitária de rotina, Matrícula dos animais de estimação, Perseguição aos vadios, etc.

Dessa feita, na prática, a nova política dos espaços atuava em nome da "boa ordem social" impondo normas de bom funcionamento da urbe transformando os espaços e interferindo (ou buscando interferir) nas formas de habitar o espaço urbano, principalmente na região central do distrito federal-.

Na citação seguinte, Henri Lefebvre em O direito à cidade (2001) desenvolve uma análise acerca das novas políticas do espaço emergentes no século XIX, num contexto bastante semelhante com o que se passava a reforma Pereira Passos que nos auxilia a compreender a problemática com maior profundidade.

Olhando de perto, percebe-se que os especialistas que estudaram a realidade urbana quase sempre (salvo no caso de um positivismo logicamente extremista) introduziram uma representação global. Não podem mais dispensar uma síntese, contentando-se com uma soma de conhecimentos, de decupagens e montagens da realidade urbana. Pretendem então, enquanto especialistas, ir legitimamente de suas análises

para a síntese foral cujo princípio tomam emprestado para a sua especialidade. Pretendem-se "homens de síntese" através de uma disciplina ou de uma tentativa interdisciplinar. Na maioria das vezes, concebem a cidade (e a sociedade) como um organismo (LEFEBVRE, 2001, p. 44).

Antes de prosseguirmos, é necessário sublinharmos que o cenário sobre o qual o Lefebvre constrói sua análise tem como pano de fundo uma conjuntura na qual a capital francesa no século XIX passava por profundas transformações urbanísticas operadas por Eugène Haussmann, em um movimento que ficou conhecido popularmente por *Haussmannização*. Resumidamente, a política de urbanização de Paris levada à cabo por Haussmann (1853 - 1870) teve entre suas motivações centrais: o agravamento do surgimento de epidemias; a necessidade de revitalização das estruturas urbanas para permitir ampliação das trocas comerciais; além da premência de controle social frente as numerosas revoltas e levantes populares ocorridas na capital (um desses levantes é abordado na narrativa *Gavroche*, em nosso primeiro tópico). A proposta higienista orientava o planejamento urbano parisiense com vistas à "regeneração do urbano" e normalização das práticas sociais. Apresentada a ressalva, sigamos em frente³⁰.

O que Lefebvre indica naquela passagem é a crítica ao sistema de representação dos espaços urbanos no século XIX. O autor elabora que a tentativa de representação global sobre os espaços incorre em uma profunda limitação da compreensão acerca da realidade social, já que esses chamados "especialistas" na realidade restringem a leitura normalizada da urbe a uma série de "recorte e cole" tomados como verdades absolutas.

Tomando emprestada a crítica de Lefebvre sobre a representação global dos espaços, poderíamos nos indagar: Afinal, considerando o contexto da reforma urbana Pereira Passos, qual os desdobramentos prejudiciais ao tomar como referência uma leitura com uma representação global sobre o espaço e suas dinâmicas?

Conforme apresentamos no decorrer desse tópico, o discurso higienista-sanitarista foi um dos principais motores na criação da reforma urbana supracitada. Os planejamentos das ações foram realizados a partir de uma leitura minuciosa sobre os elementos que compunham os espaços e principais vetores de transmissão de doenças. As ações seriam elaboradas com base nos dados representativos dos

³⁰ Acerca das interrelações das políticas de saúde a partir da reforma parisiense e da carioca, há uma bela dissertação de Marta Verdi (2002) que aborda o processo de criação de cidades saudáveis e suas implicações à população.

espaços, propondo intervenções tanto na estrutura física quanto nos potenciais vetores transmissores de moléstias.

O mapa "especializado" produzido com esse discurso incorre em ações nas quais as brigadas sanitárias vão até a área demarcada, eliminam o foco das moléstias e prosseguem para o próximo ponto marcado no mapa, realizando uma "faxina" nos espaços.

Seguindo a pista deixada por Lefebvre na obra já citada (2001), a leitura especializada abordada nos parágrafos anteriores deixa de fora a compreensão da realidade social dos espaços e de sua produção dinâmica. Dito de outra forma, e aplicando ao nosso cenário em questão, a ação de colocar abaixo os cortiços produz na realidade a expropriação de um local e a consequente realocação em uma área diferente, sem necessariamente alterar a dinâmica social que produziu a primeira³¹.

Reiterando a tese *Lefebvriana*, há uma citação em Benchimol (1992, p. 117) que versa sobre a tentativa de leitura totalizante sobre o espaço e suas dinâmicas a partir do discurso médico no período que antecedeu a reforma Pereira Passos.

Em tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1852, Domingos Martins Guerra justificava a necessidade do arrasamento dos morros do Castelo e Santo Antônio com os seguintes argumentos:

1º) Porque impediam a entrada dos ventos frescos e saudáveis e a saída dos do continente que são pestíferos, determinando desta sorte a estagnação de uma atmosfera viciada por miasmas paludosos e pela putrefação de matérias orgânicas e a respiração de uma infinidade de animais que aqui vivem;

2º) Porque embarçando a renovação do ar e refletindo os raios calóricos, promovem uma grande elevação de temperatura.

3º) Porque concorrem para a grande umidade desta atmosfera, estando no interior da cidade, as ruas que os cercam se acham continuamente úmidas pelas águas que eles dessoram em suas bases, e seus quintais entulhados de imundícies em putrefação que as águas da chuva para ai levam, principalmente do morro do Castelo, que é muito povoado, e onde fazem despejos em quintais;

³¹ Há numerosos estudos que relacionam o crescimento populacional das regiões periféricas aos períodos imediatamente seguintes à Reforma Pereira Passos (ZALUAR; ALVITO, 1998; VALLADARES, 2000; CORREIA, 2006).

É preciso sublinhar que de modo semelhante à construção dos cortiços, as novas habitações informais nas regiões periféricas em grande parte também não tinham saneamento adequado, tampouco acesso aos serviços básicos oferecidos com a reforma urbana.

"Nesta reforma, a questão habitacional foi marcada pela política do *Bota Abaixo*, ou seja, pela remoção da população que residia nos cortiços e casas de cômodos para áreas afastadas do centro urbano do Rio de Janeiro. Contava com o apoio técnico dos médicos responsáveis pela política municipal, cuja argumentação mais relevante era tornar o centro da cidade um ambiente mais respirável. Nesse sentido, a reforma de Pereira Passos não teve como premissa básica manter o vínculo da população carente com seu local de moradia ao transferi-la para a periferia" (CORREIA, 2006, p.32).

4º) Porque fazem sombra em muitas ruas;

5º) Porque se converterão esses morros tão prejudiciais em uma bela planície, que se juntará com a outra formada pelo aterro do mar, e que serão de muito apreço, pela posição que ocupam, para as edificações de novos prédios, segundo as regras da higiene e do bom gosto, vindo a permitir a dispersão do povo, com o que diminuirão também os males do acúmulo.

A crítica à parcialidade da leitura sobre os espaços apresentada por Henri Lefebvre se refere ao sistema de "(...) decupagens e montagens da realidade urbana"(LEFEBVRE, 2001, p. 44) em uma tentativa de síntese das dinâmicas espaciais a partir de discursos especialistas sobre as dinâmicas espaciais.

Tomando como referência a leitura previamente citada de Benchimol (1992), destaca-se um funcionamento da urbe carioca como um organismo, na qual a realidade dos morros resumir-se-ia à fonte de miasmas, de embaraçamento, violação às regras de higiene e notadamente de bom gosto, conforme observado pelo último tópico.

As propostas de leituras totalizantes sobre a realidade urbana a partir dos "especialistas sobre o espaço e saúde" incorrerá nos anos seguintes na formulação de políticas de saúde que além de higienizar a cidade, ampliará a exclusão social e marginalização.

Em suma, Lefebvre (2001) nos auxilia nessa empreitada de estudo sobre as relações entre espaço e saúde ao propor uma virada metodológica acerca da leitura globalizante acerca das práticas e dinâmicas sociais. O autor nos indica como caminho a consideração do caráter parcial dessas políticas sobre o espaço, colocando na linha de frente para análise a realidade humana e social; dito de outro modo, Lefebvre propõe nessa obra ter atenção às defasagens entre teoria e prática acerca do espaço, colocando em evidência primeiramente reflexões acerca dos usos dos espaços na urbe.

Impulsionados pela proposta Lefebvrina, no tópico seguinte migraremos do discurso globalizante sobre o urbano para a compreensão dos espaços e saúde a partir das dinâmicas sociais. Para isso, tomaremos como cenário a Revolta da Vacina, trabalhando as interseções entre saúde e espaço a partir da referência ao espaço vivido.

Revolta da Vacina e Espaço Vivido: Novos horizontes sobre o urbano e saúde

No ano de 1904, cerca de um ano e meio após o início da Reforma Pereira Passos, a nova proposta urbanística começava a trazer resultados significativos. O distrito federal iniciava o estabelecimento da boa ordem, higienização dos espaços públicos e de medidas de gerência sanitária e moral sobre a conduta dos cidadãos.

A concentração populacional da área imediatamente central começava a reduzir, assim como os ruídos urbanos provenientes dos ambulantes graças às ações de fiscalização e controle das brigadas sanitárias, resguardadas pelas forças de ordem do Estado.

O grande diferencial com a reforma urbanística carioca do início do século XX se passa com seu caráter eminentemente político, que incluía medidas de governo sobre os espaços, mas também a ingerência sobre os modos de vida da população no novo modelo de urbanização. Nisso está contido, como vimos anteriormente, a imposição sobre os modos de habitar, expropriações urbanas, ampliação das ações de fiscalização sanitária entre outras medidas³².

Se por um lado o planejamento urbano e o controle social-epidemiológico parecessem correr bem, por outro, a camada popular vivia em estado de grande tensão devido as investidas de controle do Estado.

O Bota abaixo evidenciava que o espaço urbanístico idealizado para capital não era para todos. De uma proposta de assepsia para extirpar os focos de doença, se evidenciava que as medidas adotadas em realidade produziam um exército de marginalizados inaptos a vida na capital: Derrubada das habitações coletivas, repressão ao comércio informal, novas exigências para obtenção de alvarás ou licenças para funcionamento, necessidade urgente de registro em órgãos de fiscalização, etc.

É diante desse cenário que em novembro de 1904 é publicada a promulgação da vacinação obrigatória em território nacional. De acordo com o decreto, desde bebês até os idosos deveriam ser vacinados e apresentarem comprovantes de vacinação.

³² Sobre a da politização das questões aportadas pela arquitetura, há em Foucault (1976) um interessante texto em que o autor destaca o papel dos discursos arquitetônicos higienistas e urbanistas no governo sobre o espaço e a população a partir de medidas de objetificação e controle a partir do século XVIII.

Em casos de não cumprimento, as consequências variavam entre o pagamento de multas, impedimento de casar-se, justificativa à demissão, entre outros.

Face às incursões sanitaristas cada vez mais assíduas sobre os modos de vida da população, no dia seguinte ao decreto explode a Revolta da Vacina, um movimento popular que reivindicava o direito de resistir às sucessivas sanções e exclusões impostas com a Reforma Pereira Passos.

Tendo apresentado nossa paisagem de análise, destacamos que o objetivo principal desse tópico é trabalhar com as interrelações entre Saúde e Espaço a partir das dinâmicas sociais. De modo específico, evocamos a Revolta da Vacina para ilustrar o processo de corporificação dos espaços e do papel dos habitantes na construção das dinâmicas espaciais.

Com essa análise temos a ambição de buscar expressões do urbano orientados não apenas com as políticas urbanísticas ou sanitárias, mas expressões do espaço que permitam pensar a temática da saúde articulada as condições de vida da população, modos de habitar, viver e resistir.

Considerando isso, a Revolta da Vacina é representativa por evidenciar a cisão entre os planejamentos de ações de saúde encaminhados pelo diretório de Saúde Pública e os desdobramentos sobre o contexto social vivido pelos habitantes.

Revolta da Vacina

Uma vez aprovada a lei pelo Congresso e pela Câmara dos Deputados, a definição de normas, métodos e recursos para a sua aplicação ficava a cargo do Departamento de Saúde Pública. (...) Logo, foi o próprio Osvaldo Cruz quem elaborou o regulamento, que não estava mais sujeito a discussões e deveria ser aplicado a toda população incontinenti. Um jornal do Rio, A notícia, publicou na sequência um esboço do decreto elaborado por Osvaldo Cruz, e a partir de então o pânico e a indignação se disseminaram por toda a cidade.

Os termos eram extremamente rígidos, abrangendo desde recém-nascidos até idosos, impondo-lhes vacinações, exames e reexames, ameaçando-os com multas pesadas e demissões sumárias, limitando as oportunidades de recursos, defesas e omissões. O objetivo era uma campanha maciça, rápida, sem nenhum embaraço e fulminante: o mais amplo sucesso, no mais curto prazo. Não se cogitou da preparação psicológica da população, da qual só se exigia a submissão incondicional. Essa insensibilidade política e tecnocrática foi fatal para a lei da vacina obrigatória. Infelizmente, não só para ela.

(...) Nos três dias seguintes³³, a rebelião ganharia um vigor inimaginável, prorrompendo a legião dos amotinados numa fúria incontível contra praticamente todos os veículos que se encontravam nas ruas centrais da cidade, destruindo todas as lâmpadas da iluminação pública, arrancando os calçamentos das ruas, em que eram erguidas verdadeiras redes de barricadas e trincheiras interligadas, assaltando delegacias e repartições públicas, redistribuindo armas, querosene e dinamite roubados da polícia ou das casas de comércio, mas não raras vezes presenteados pelos próprios pequenos lojistas, que colaboravam ativamente com o movimento. As autoridades perderam completamente o controle da região central e dos bairros periféricos, densamente habitados por grupos populares, como a Saúde e a Gamboa. As tropas eram sumariamente expulsas dessas regiões, por mais que as assultassem armadas até os dentes e em perfeita ordem-unida. Os becos, as demolições, as casas abandonadas, a topografia acidentada da cidade, tudo propiciava aos insurretos a oportunidade de mil armadilhas, refúgios e tocaias.

O governo, submerso no caos da desordem, lançou mão de todos os recursos imediatamente disponíveis para a repressão. Como a força policial não dava conta da situação, passou a solicitar todos os reforços que pôde das tropas do Exército e da Marinha. Não foi suficiente. Precisou chamar as unidades do Exército acantonadas em regiões limítrofes: fluminense, mineiras e paulistas. Ainda assim não bastou. Teve de armar toda a corporação dos bombeiros e investi-la na refrega. Mas a resistência era tanta que teve de apelar para recursos ainda mais extremados: determinou o bombardeio de bairros e regiões costeiras através de suas embarcações de guerra. Por último, convocou a Guarda Nacional. Só pelo concerto inusitado dessa espantosa massa de forças repressivas, pôde o governo, aos poucos e com extrema dificuldade, sufocar a insurreição.

(...) No mesmo dia 16 o governo assume uma iniciativa sensata: revoga a obrigatoriedade da vacina antivariólica. Dada a repressão sistemática e extinta a causa deflagradora, o movimento reflui, então, até a completa extinção, tão naturalmente quanto irrompera " (SEVCENKO, 2018, s/p).

As narrativas apresentadas ao longo da obra *Revolta da Vacina* de Sevcenko (2018) impressionam pela vivacidade que o cenário urbano é apresentado bem como o envolvimento dos habitantes com a revolta. Em realidade, o autor pontua que ao longo da revolta houveram ocasiões em que os cidadãos (civis) realizaram incursões ofensivas com um surpreendente quantitativo de duas a três mil pessoas avançando em direção aos seus alvos.

³³ A narrativa se refere ao período de 13 a 16 de novembro de 1904.

Uma questão que pode ajudar a compreender a revolta popular de tamanha magnitude está associada as significativas transformações impostas na vida cotidiana da população a partir da Política de Saúde obrigatória^{34 35}.

Em *O cortiço* (AZEVEDO, 2012) é apresentado um cenário que antecede a revolta da vacina e fornece uma importante base material para compreendê-la. Essa obra brasileira se passa em meados do século XIX e desenha um amplo cenário das trocas informais, vida cotidiana e modos de organização social. Logo no início da obra conhecemos Bertoleza, que trabalhava em uma quitanda vendendo alimentos e produtos variados para os trabalhadores da região central ou moradores dos cortiços adjacentes.

O trabalho informal, e particularmente a venda de alimentos nas barracas, quitandas ou mesmo com ambulantes nas ruas era fonte de subsistência para uma parcela significativa da população, como apresentado com Bertoleza, moradores e trabalhadores do cortiço descritos na obra de Aluísio de Azevedo.

Com o início da reforma Pereira Passos, foram impostas mudanças significativas nos modos de vida dos cidadãos tanto econômica quanto socialmente:

A ação legiferante do prefeito atingiu também frações do pequeno e, inclusive, grande capital comercial. O decreto nº 421, de 14 de maio de 1903, proibiu nos estabelecimentos comerciais a exposição de artigos nas umbreiras e vãos das portas que abriam para via pública (...).

Medidas de grande repercussão foi a guerra contra os quiosques, condenados como anti-higiênicos e "sem inspiração artística". Construções ligeiras de madeira e zinco, de traços orientais, disseminadas pelas calçadas, os quiosques eram pontos naturais de aglomeração dos trabalhadores das ruas, os "pés-rapados", que ali consumiam vinho, café, broas, sardinha frita, lascas de porco, queijo e outras miudezas (BENCHIMOL, 1992, p. 282).

Aproveitando a referência de Benchimol (1992, p.282) e o cenário ilustrado em *O cortiço* (AZEVEDO, 2012), destaca-se que tanto a quitanda na qual Bertoleza trabalhava quanto os "pés-rapados", referidos por Benchimol sofreriam um forte impacto com as mudanças em curso ao longo da reforma Pereira Passos. Bertoleza por ser enquadrada no decreto 421 de 1903 -mencionada na citação anterior-,

³⁴ A revolta da Vacina foi composta centralmente por dois grupos: Um civil, os chamados Jacobinos em que figurava diversos atores da população civil; e um militar, os chamados Florianistas, que se apoiaram no movimento popular com o intuito de realizar uma intervenção militar no governo. Em nossa análise estaremos usando como referência somente os movimentos civis, suas motivações e relações com o espaço urbano.

³⁵ Reiteramos mais uma vez que a proposta do tópico atual toma como referência o *espaço vivido*, conforme proposto por Lefebvre (2001); portanto, nosso estudo estará menos voltado à descrição histórica dos eventos, e mais atento à relação entre processos de corporificação do espaço e possíveis conexões com a construção de políticas de saúde.

perdendo suas mercadorias e direito de comercialização; os pés-rapados, por sua vez, poderiam ser enquadrados como vadios de acordo com as novas regulamentações, uma vez que não possuíam trabalho fixo ou residência própria. A consequência para ambos casos é de serem reprimidos do convívio social imposto pela emergente, moderna e higiênica capital brasileira.

O movimento irrompido com a Revolta da Vacina remete a reivindicação ao direito à cidade, de tirar dessas condições de vida adequadas, o que se opunha ao modelo higiênico ideal apresentado pelo discurso sanitarista. Afinal, as imposições operadas desde o início da reforma Pereira Passos liquidavam com uma parte considerável dos meios de trabalho na capital por meio de ações de repressão e controle em nome da saúde.

Em A revolta da vacina, Nicolau Sevcenko referindo-se aos manifestantes, indica:

Obstavam, enfim, não contra a vacina, cuja utilidade reconheciam, mas contra as condições de sua aplicação e acima de tudo ao caráter compulsório da lei.

(...) O médico Soares Rodrigues, de grande prestígio na capital, protestava contra os métodos violentos previstos numa lei que arranca os filhos de suas mães, estas de seus filhos, para lançá-los nos seus horríveis hospitais; que devassa a propriedade alheia com interdições, desinfecções, etc. (SEVCENKO, 2018, s/p)

Em *La production de l'espace*, Lefebvre (1974) indica que a produção do espaço ocorre a partir de três elementos: I) A partir da prática social (referente ao espaço percebido pelos indivíduos e suas interrelações); II) A partir das representações sobre o espaço (diz respeito ao espaço idealizado, concebido por cientistas, engenheiros, ou chamados "especialistas"); III) A partir do espaço representacional (ligado ao espaço vivido pelos sujeitos).

O modo pelo qual a reforma Pereira Passos foi levada à cabo, ressalta a leitura sobre o espaço a partir de uma leitura parcial e especializada sobre o espaço, estando limitado em sua aplicação ao espaço representacional ideal, deixando de lado os efeitos sobre os componentes sociais do espaço.

Ao longo desse tópico, temos ressaltado o papel ativo dos sujeitos na construção dos espaços, nos aproximando do que Lefebvre conceitua como *Espaço vivido* (1974). A lente do espaço vivido vem representar o que escapa dos discursos científicos globalizantes acerca das leituras sobre a cidade.

Diferentemente do espaço enquanto representação, a lente do espaço vivido somente pode ser contemplada a partir do contato entre sujeito-espaço, retratando a construção dos espaços a partir de seu processo de corporificação. Dito de outro modo, a lente do espaço vivido representa a imersão dos sujeitos no espaço social, suas formas de criar vínculos, encontrar meios de subsistência e de resistência.

O *Espaço vivido* representa o papel ativo dos sujeitos no processo de transformação do espaço, enfatizando o entrelaçamento entre estrutura física, práticas sociais e cotidianidade, transcendendo, portanto, a materialidade do espaço.

Nesse sentido, utilizamos a obra de Azevedo (2012) e Sevchenko (2018) como carona para tentarmos nos aproximar da construção de sentidos a partir das relações cotidianas, destacando, na medida do possível, uma forma de representar o espaço vivido e os discursos que o atravessam e compõe.

Bertoleza, os "*pés-rapados*" e os combatentes civis da Revolta da Vacina, evocados ao longo de nossa breve análise, nos indicam que as dinâmicas que se passam no espaço são necessariamente políticorrelacionais. Esses personagens nos apresentam que as políticas de saúde operadas com a reforma urbanística produziram mudanças drásticas no cotidiano de vida dos cidadãos, nas possibilidades de subsistência e mesmo nas formas de se habitar o espaço urbano, culminando no conflito armado.

O urbano (o espaço urbano, a paisagem urbana), não o vemos. (...) O que olhamos, na verdade, não enxergamos. Quantas pessoas percebem "perspectivas", ângulos e contornos, volumes, linhas retas ou curvas, mas não podem ver, nem conceber, percursos múltiplos, espaços complexos (LEFEBVRE, 1999, p.38)!

A partir da lente do espaço vivido, propõe-se uma leitura implicada sobre as forças que compõe o espaço. De modo específico, na construção das políticas de saúde, tais lentes acrescentam a necessidade de considerar as condições de vida da população, a representação social dos espaços além dos desdobramentos sobre o contexto social partilhado pelos habitantes.

Frente a isso, as ações das políticas de saúde levadas a curso no início do século XX não se encerram no tratamento dos corpos (ou espaços), mas incluem redes de relações de dominação, resistência e de reestruturação do urbano a partir dos discursos e práticas que as compõe. O que se apresenta diante desse cenário é a

ingerência do discurso médico sanitarista na vida cotidiana, integrado questões arquitetônicas, sociais e políticas.

A revolta da vacina seria, então, representativa por apresentar o caráter dinâmico do espaço, trazendo luz à importância dos constructos e práticas sociais no funcionamento urbano. Ao mesmo tempo que força contestadora, o levante popular indica a importância de desenvolvimento da temática da saúde relacionado à integração social e acesso aos meios de desenvolvimento na urbanização.

Como abordamos anteriormente, a série de imposições através de regulamentos, interdições e alvarás (como no caso dos cortiços, quiosques e combate à mendicância) não extirparam as práticas combatidas, havendo majoritariamente um deslocamento da população às áreas periféricas. Se por um lado coloca-se abaixo os cortiços, por outro cria-se um aumento de cidadãos sem moradia, maior procura por residências nas regiões centrais e ascensão dos preços dos imóveis em termo da maior procura e melhoras da estrutura física. Se por um lado proíbe-se o comércio informal e se exige uma quantidade maior de alvarás e taxas para abrir um comércio certificado, por outro se cria uma massa de desterrados com chances reais de se tornarem miseráveis.

As transformações operadas com a reforma urbana apresentavam um cenário em que as transformações propostas sob os espaços a partir dos dados orgânicos coletados interferiam não apenas no contexto epidemiológico dos espaços físicos, mas produziam desdobramentos até mesmo no direito mesmo de habitar a cidade.

O caráter *geopolíticoeconômico* do sanitarismo se expressa nas consequências provocadas pela reforma urbana. Em um primeiro plano se destaca uma nova organização geográfica da cidade, com notáveis melhorias no saneamento básico e na circulação urbana. No *background* há um aumento de ocupações irregulares nas regiões adjacentes ao centro, maior repressão à mendicância além do aumento pela demanda por abrigos públicos.

É frente a esse contexto que a temática da saúde associada aos espaços toma maior visibilidade quanto a seu caráter econômico, social e político, produzindo mudanças complexas não apenas no setor desejado, mas no funcionamento urbanístico como um todo.

O caráter político do espaço, trabalhado em nosso texto a partir do espaço vivido e práticas sociais, apresenta o complexo desafio de se estabelecer políticas de saúde pública associadas às realidades e necessidades locais. Seria necessário o planejamento de ações levando em conta fatores *Determinantes*, relacionados aos indicadores epidemiológicos, higienização urbana e saneamento básico (aspectos abordados com a reforma Pereira Passos); mas também a elaboração de ações voltadas aos aspectos *Condicionantes* da saúde, o que inclui trabalho, moradia, alimentação, entre outros.

No próximo tópico aprofundaremos nossa pesquisa abordando os conceitos de território e territorialidade em saúde a partir da reforma sanitária brasileira.

Tópico II- Território e Territorialidades: interrelações com políticas de saúde

Breves notas sobre a transição do conceito de Espaço para Território a partir da Reforma Sanitária brasileira

Antes de iniciarmos as discussões do tópico *Território e territorialidades*, é importante sublinhar uma mudança nos usos do conceito de espaço e território sobre os quais temos nos debruçado ao longo do trabalho.

Desde o primeiro segmento de nossa escrita temos abordado o conceito de espaço principalmente voltado a sua vertente social com fundamentos e implicações políticas. Por exemplo, com Milton Santos (1978) discutimos o caráter relacional e político do espaço usando como referência a narrativa *Gavroche*, a partir do encontro e a análise do papel dos fixos e fluxos que compunham as relações e construção dos espaços.

De modo semelhante, a leitura *Lefebvriana* (1974, 2001) sobre os espaços nos convidou a uma problematização dos espaços a partir da lente sobre o *espaço vivido* (2001) aplicado à Reforma Pereira Passos e Revolta da Vacina. Além disso, à luz dos conceitos *Lefebvrianos* nos debruçamos sobre o cenário carioca do final do século

XIX para analisarmos o papel da representação global dos espaços e seus desdobramentos para vida cotidiana dos habitantes.

Entretanto, em uma leitura mais global, o conceito de espaço está longe de ser consensual. Temos descrições do espaço a partir de seus componentes físicos e naturais, conforme apreendido pela geografia física; espaço lido a partir da transformação do homem sobre o meio natural; e ainda o espaço como expressão das relações de poder entre sujeitos e meio, sendo resultado de jogos de força.

Nesse sentido, a definição de espaço pode ser confundida, de acordo com o referencial teórico usado, com *lócus*- campo no qual as relações ocorrem-, ou ainda com os componentes materiais que o constitui.

Mauricio Monken e colaboradores em *O território na saúde* (2008) nos fornecem um importante indicativo acerca das dinâmicas que propiciaram a emergência do conceito de território em saúde no cenário brasileiro e a sua escolha em detrimento de *espaço* em saúde:

O aumento do interesse pelo território na saúde é um fenômeno recente, e partiu principalmente dos gestores de saúde e estudiosos em administração dos serviços e dos próprios trabalhadores destes serviços (principalmente os que atuam na ponta do atendimento) (...).

Vários motivos podem ter contribuído para este fenômeno. Em primeiro lugar, constata-se que a "Reforma Sanitária Brasileira", em particular o projeto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), motivou uma reflexão sobre o funcionamento dos serviços e, com isso, de sua base territorial, levando a um maior interesse sobre os critérios de delimitação de territórios para a saúde. É sob essa ótica gerencial que se invoca o conceito de território, concebido, assim, como área político-administrativa, com maior ênfase na repartição do espaço do que nos processos que aí se desenvolvem. (MONKEN et al., 2008, p. 15- 16).

O *Território* ao qual o autor se refere está ligado ao caráter relacional posto em operação a partir da Reforma Sanitária Brasileira. A partir da reforma, já não se trata de leituras estritamente epidemiológicas da população ou medidas de assepsia urbana, como discutimos no tópico anterior. Entra em operação uma leitura de saúde vinculada a direitos sociais, acesso integral a serviços de assistência e orientada às demandas e necessidades locais.

Nesse âmbito, a proposta de saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde passa a refletir por um lado acerca das ações de atenção e assistência, mas coloca em análise as práticas, modos e condições que estão sendo prestados o cuidado.

A operacionalidade do conceito de território nessa circunstância remete a produções coletivas dotadas de historicidade e materialidade que se atravessam e compõe redes de funcionamento. O território teria, portanto, um caráter necessariamente parcial, remetendo a configurações locais e atravessado por dinâmicas de relação singulares, devendo ser compreendido em uma leitura situada ao contexto de sua produção.

É frente a esse cenário que Monken (et al. 2008, p. 16 - 17) apresentam o território relacionado às políticas de saúde, servindo simultaneamente como:

- o território suporte da organização das práticas em saúde;
- o território suporte da organização dos serviços de saúde;
- o território suporte da vida da população;
- o território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar;
- o território da responsabilidade e da atuação compartilhada.

A referência a um trabalho de base territorial em saúde remete a uma rede imbricada que envolve: *Gestão* em saúde a partir do planejamento e gerência das ações e serviços; relações levadas à cabo a partir dos *Serviços de Saúde* e sua relação com as dinâmicas com a comunidade e meio no qual se inserem; modos de composição da *Comunidade*, demandas em saúde, aspectos físicos, culturais, políticos, etc.

É diante dessa interface que propomos nossa análise, utilizando as noções de território como ferramenta para discutirmos as dinâmicas a partir da gestão em saúde, comunidade e unidades de saúde.

Plano de navegação

Em nosso atual percurso, estaremos norteados a partir dos papéis ocupados com o conceito de território na promoção de saúde. Desenhamos nosso plano levando em conta referências e contribuições do conceito de território na organização das reformas sanitária e psiquiátrica no cenário brasileiro.

Tomamos como ponto de partida a formulação da reforma sanitária brasileira e a emergência da discussão sobre território e saúde articulados com o ambiente,

condições de vida e direito social, implicando a gestão em saúde, profissionais e comunidade.

Delimitamos três pontos centrais a serem abordados sobre os usos do território em saúde: I) O papel e função do território associado com uma abordagem Político Administrativa na gestão e criação de políticas de saúde; II) relacionado com os serviços de saúde e sua interface políticorrelacional; III) vinculado às produções coletivizadas no cotidiano de saúde.

Com o primeiro uso indicado, analisaremos principalmente a entrada no conceito de território a partir de seu uso no campo da gestão e planejamento em saúde, trabalhando as interfaces entre unidades de saúde e demandas locais. Nesse nível, se apresentarão formações acerca do território em saúde a partir de princípios e diretrizes presentes na Constituição Federal de 1988 e da lei 8080, orientando-se a uma leitura do território majoritariamente voltado a seus aspectos político administrativos.

O desenvolvimento do segundo segmento abordará a construção e usos do território ao nível dos serviços de saúde, delimitando como campo de análise a saúde mental a partir da reforma psiquiátrica brasileira. Nesse segmento, orientaremos a percepção do território a partir do contato entre profissionais e usuários, destacando maior proximidade com a comunidade no cotidiano. A partir dessa concepção enfatizaremos alguns encontros (e desencontros) frutíferos entre as políticas de atenção à saúde e a necessidade de adaptação às realidades e demandas locais. Com isso, a leitura sobre o território será conduzida pelo contato com as realidades e demandas de saúde locais.

Em nosso terceiro segmento temos o desafio de mergulhar no papel das territorialidades na produção do cuidado em saúde. Para isso, tomamos como referência a compreensão do a partir da leitura implicada e ativa entre usuários, gestores de saúde, profissionais e comunidade. Em vista disso, abordaremos a formação do cuidado no território a partir do interstício dos encontros³⁶ ressaltando principalmente o espaço relacional e construção das redes dinâmicas de atenção.

³⁶ Com o objetivo de nos aproximarmos dessa proposta, a construção desse tópico convida a habitar uma configuração de território que se estabelece em ato, orientamos nossa proposta a partir do conceito de ambiência, indicando uma produção coletivizada dos espaços e territórios em saúde.

Sublinhamos que a leitura sobre o território aqui proposta está centrada em seu caráter polítorrelacional. Assim, a divisão em estratos do território serve apenas para elucidar as dinâmicas presentes entre macropoderes (marcado no planejamento à saúde, formações de políticas e atuação profissional) e micropoderes (pautados a partir dos encontros no trabalho implicado na comunidade) na construção do cuidado e atenção à saúde.

Portanto, ao longo de nossa viagem, as questões orientadoras irão, em alguma medida, dialogar entre si, apresentando o caráter ativo e dinâmico do território. Tais abordagens acerca do território não seriam, portanto, excludentes. Dito isso, convidamos a uma leitura implicada das interseções provenientes do encontro entre território, saúde e comunidade.

Reforma Sanitária brasileira e território: aspectos político administrativos

A Reforma Sanitária brasileira é um importante marco nas políticas de saúde, incidindo sobre os modos de planejar e executar ações de assistência, além de desenvolver um método integrativo e participativo das ações de saúde na comunidade.

Historicamente, a reforma ganha corpo a partir da Constituição Brasileira de 1988, na qual a saúde passa a ser tratada enquanto direito constitucionalmente assegurado de todos os cidadãos e dever do Estado (BRASIL, 1988):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Seguindo a vertente apresentada nessa legislação, o tema da saúde envolveria aspectos não restritos às ações assistenciais médicas, mas a uma reelaboração profunda do sistema de saúde.

Frente a isso, Paim (2007, p. 135) delimita pontos importantes para compreensão do sentido atribuído ao tema saúde a partir da CF. (Constituição Federal) de 1988³⁷:

³⁷ Nessa passagem, autor se refere a uma leitura sobre o relatório da oitava Conferência Nacional de Saúde; destacando seu papel fundamental na construção e formalização da Constituição Federal de 1988.

- O conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica, mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes, como: trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros. (...)

- A organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, construindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e municípios, sob controle social (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 70 APUD PAIM, 2007, p. 135).

O cenário que se apresenta com essa proposta de saúde é uma articulação implicada entre as condições de vida da população e o contexto de saúde na qual se encontra. Na prática, a proposição presente na CF. apresenta que o processo de adoecimento e de reestabelecimento de saúde deve ser lido levando em conta seus componentes sociais, culturais e físicos; sendo, portanto, resultante das relações sociais.

Ao tratar da temática da saúde, a Constituição de 1988, propõe ações orientadas a partir de três diretrizes centrais: Atendimento integral, Descentralização política e administrativa, além da participação da população. O que se estabelece com essas diretrizes é a construção de um modelo de saúde preventivo e assistencial que integre iniciativas dos governos estaduais e municipais tomando como referência as condições de vida e necessidades populacionais.

É a partir desse contexto de ampliação das discussões sobre saúde integrada ao contexto social e atrelada a uma reorganização política que delimitamos nosso objeto de análise para a atual discussão. Estamos interessados especificamente em trabalhar as contribuições e aplicações do conceito de *território* para o desenvolvimento desse modo de estruturar a saúde proposto pela nova política.

Para alcançar nosso objetivo, abordaremos os princípios e diretrizes ordenadores da política de saúde apresentados a partir da lei 8.080 (lei orgânica de saúde), destacando as contribuições do conceito de território a partir de três segmentos: 1) Orientado a partir da Gestão em saúde; 2) Lido ao nível das Unidades de saúde; 3) Fundamentado da partir da Comunidade, ligado às práticas sociais.

Lei 8.080, Lei Orgânica de Saúde

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra na lei 8.080 um de seus pilares centrais, que regulamenta a operacionalização de um sistema de saúde voltado ao atendimento integral, descentralizado e universal em saúde.

Em uma leitura bastante ampla, no quarto artigo da referida lei, o Sistema Único de Saúde seria definido como "O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, 1990. Grifo nosso).

Apesar dessa leitura global referida na citação, há um interessante aspecto da lei orgânica (BRASIL, 1990) que merece ser ressaltado, referido ao sentido atribuído à saúde. Para além da assistência médica especializada, são acrescidos à análise fatores determinantes e condicionantes da saúde, das quais se destacam, no Título I, terceiro artigo: " (...) a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais"³⁸.

Ao apresentar os fatores condicionantes e determinantes, destaca-se um modo de leitura da saúde relacionada a uma conjuntura social ampla; devendo, necessariamente, as atividades de saúde estarem relacionadas aos modos de vida e necessidades identificadas socialmente.

O que se figura com essa leitura é uma maior aproximação não apenas de unidades de atenção à saúde, mas da construção de ações e estratégias coletivas com atores diversos na comunidade, incluindo a população de modo geral, lideranças locais, acesso à renda e emprego, etc.

É nesse sentido que Monken (et. al. 2008, p.16) concebem a atuação em saúde a partir da lei 8.080 não restrita a configurações organizativo-assistenciais, mas relacionadas às "(...) produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor". As "questões de saúde" são lidas, portanto, a partir de uma dada conjuntura, que requer a implicação dos fatores epidemiológicos, sociais, culturais, econômicos, etc.

A diretriz *Integralidade de assistência*, abordada no sétimo artigo da lei orgânica de saúde (BRASIL, 1990, grifo nosso), reitera tal leitura, ao destacar a importância de

³⁸ Usamos a versão modificada pela lei 12.864 de 2013. No texto de 1990, o 3º artigo figura do seguinte modo: "Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

"conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema".

Com base nas ações integradas, entram em pauta, além das temáticas anteriores à Reforma Sanitária (obtenção de dados epidemiológicos e sócio-demográficos) a articulação entre saúde e direito social implicados. Com isso, se expressa uma tendência à transição de uma abordagem biomédica da saúde para uma compreensão da saúde de modo participativo, com um papel ativo da população na elaboração das necessidades básicas de serviços e assistências.

O que se passa a desenhar com a lei orgânica de saúde é um planejamento das ações e serviços articulados com a realidade local a qual se insere. Nesse desenho, no primeiro plano se insere a importância de um sistema suficientemente organizado para acompanhar as demandas populacionais de modo integral; como paisagem de fundo se estrutura um funcionamento em rede, com vistas à articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde e complexidade; finalmente, os personagens centrais desse quadro são a comunidade e trabalhadores da saúde, compondo coletivamente as dinâmicas da paisagem apresentada.

Frente a isso, propomos uma análise mais cuidadosa de duas diretrizes na lei 8.080 que, de diferentes formas, contribuem para essa proposta de leitura implicada no território: I) Descentralização político-administrativa; II) Integralidade.

Descentralização político administrativa

Prevista desde a constituição brasileira de 1988 como diretriz organizacional, a descentralização ou descentralização político administrativa, conforme prevista pela lei 8.080 (BRASIL, 1990), versa sobre a responsabilização dos estados e municípios acerca das atividades de gestão, fiscalização, avaliação e controle das ações e serviços de saúde previstos pelo SUS.

De modo concreto, as ações orientadas a partir da descentralização político administrativa ressaltam o estabelecimento de um modelo integrado e participativo de saúde. Podemos ressaltar, nesse sentido, ao menos três segmentos profundamente

alterados a partir da descentralização: Gestão e controle dos serviços; Distribuição e gestão de recursos; Regionalização das ações em saúde.

Em seu caráter de gestão de serviços, a descentralização político administrativa destaca o papel dos municípios e estados na consolidação do Sistema Único de Saúde, como observado no artigo 17 e artigo 18, acerca das atribuições das direções estaduais e municipais:

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

(...) IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

(...)Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I- Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde. (...)

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

(...) VII - formar consórcios administrativos intermunicipais; (BRASIL, 1990).

A implicação dos estados e municípios no planejamento, fiscalização e organização em saúde exigem ações orientadas no território, na busca por dados epidemiológicos, bem como a supervisão das ações de saúde a partir dos serviços e ambiente, conforme previsto na legislação citada anteriormente.

Diante disso, a descentralização político administrativa favorece uma configuração ao Sistema Único de Saúde orientado a um funcionamento em redes de atenção, nas quais a União, estados e municípios teriam um papel ativo na sua construção.

De modo semelhante, houveram mudanças significativas na distribuição de recursos a partir da criação do Sistema Único de Saúde, principalmente levando em conta a contribuição da *descentralização* do planejamento e ações de saúde.

O artigo 35 da lei 8.080 (BRASIL, 1990), assim como os artigos 2º, 3º e 4º da lei 8.142 (BRASIL, 1990a), versam sobre a gerência e distribuição dos recursos distribuídos para os estados e municípios voltados às ações em saúde.

De acordo com as leis citadas, destaca-se que a captação de recursos por parte dos municípios e estados estariam ligados não apenas ao quantitativo populacional e

demandas locais, mas também ao grau de desenvolvimento da rede de atenção articulada. Diante disso, de acordo com os termos previstos em lei, o desenvolvimento de uma rede de atenção mais fortalecida com maior implicação popular, bem como composta por unidades especializadas, captariam um quantitativo maior de recursos considerando as necessidades observadas em seu território.

Considerando isso, os critérios de distribuição de recursos em saúde conjugado à diretriz de descentralização político administrativa compõe um contexto no qual os municípios e estados se tornam corresponsáveis pelo estabelecimento de uma rede fortalecida de atenção à saúde. O aumento da autonomia para criação dos projetos de saúde permitiria um planejamento mais participativo, envolvendo os governos locais, profissionais de saúde e ampliando o contato e participação da comunidade na criação dos projetos locais, regionalizados.

Nesse contexto, as Conferências e Conselhos de saúde municipais e estaduais se tornam espaços para discussão de projetos, desempenhando um papel primordial no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, graças a implicação dos gestores, trabalhadores e participação comunitária. Desenvolver uma rede de atenção que contemple as necessidades locais em articulação com o projeto estadual e nacional incluindo a comunidade nesse processo torna-se não apenas desejável, mas um requisito essencial para construção de um Sistema de Saúde implicado (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2006).

Em conclusão, considerando a criação do Sistema Único de Saúde, a *descentralização*, enquanto diretriz assegurada pela Constituição Federal, cumpre um papel de reestruturação dos territórios de saúde a partir das transformações envolvendo gestão (divisão em diretórios estaduais e municipais), recursos (alocação de recursos a partir dos projetos municipais e estaduais em ligação com a rede estadual/ federal) e serviços (municipalização das unidades de saúde e ações de assistência) . Na prática, as ações de descentralização incorrem em uma maior regionalização do planejamento e das ações em saúde, destacando o papel da municipalização, cogestão e ampliação da participação popular na construção das políticas de saúde (BREVILHERI; NARCISO; PASTOR, 2014;).

Integralidade da assistência

Desde a proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde, presente no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a questão relacionada à integralidade da assistência emerge como um ponto fundamental a ser desenvolvido e elencado na construção da nova política de saúde. Nessa conferência, a *Integralidade* aparece conjugada a uma proposta de saúde ampliada, implicando fatores sociais, políticos e culturais envolvidos no processo de saúde-doença (PAIM, 2007; BRASIL, 1986).

Conforme figurado pelo texto final da 8ª CNS, a *integralização das ações* se referiria a um princípio organizador do Novo Sistema de Saúde, envolvendo o planejamento de ações de saúde voltados a aspectos preventivos e curativos, orientados de acordo com as necessidades dos indivíduos e coletivos num dado território.

Mas afinal, do que se trata a *Integralidade* e no que isso incide sobre a leitura do cuidado territorial em saúde?

Como veremos adiante, em realidade a noção de integralidade está presente desde o planejamento da saúde, orientado ao "atendimento integral"³⁹, passando à "integralidade assistência" ao nível unidades e ações de saúde⁴⁰ e alcançando a "integralidade da atenção"⁴¹ referenciado às necessidades da comunidade situadas no território de atuação.

O que se aporta com a definição desse princípio é a reorganização da distribuição dos serviços e práticas em saúde a partir do planejamento e instauração de uma rede de assistência à saúde integrada às necessidades territoriais.

Na composição do texto constitucional (BRASIL, 1988), há uma importante menção ao atendimento integral como uma das diretrizes do novo sistema de saúde, versando sobre a necessidade de reestruturação das ações integradas de atenção à saúde, relegando papel de destaque para as atividades preventivas:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

³⁹ BRASIL, 1988.

⁴⁰ BRASIL, 1990.

⁴¹ BRASIL, 2012.

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988. Grifo nosso)

De modo semelhante, a questão da *Integralidade* retorna no sétimo artigo da lei orgânica de saúde (BRASIL, 1990), dessa vez como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde, delimitando com maior acuidade suas ações:

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

O que a temática da integralidade apresenta tanto na Constituição Federal quanto na lei orgânica está ligado à promoção da saúde em busca da sistematização das práticas do cuidado englobando ações de assistência e preventivas.

Com o intuito de tornar o Sistema de Saúde mais dinâmico e efetivamente orientado à integralidade da assistência, é apresentada na lei 8.080 (BRASIL, 1990) a estruturação das ações de saúde a partir dos níveis de complexidade, englobando os níveis primário, secundário e terciário.

Com a atenção primária, destacam-se as ações e serviços de saúde de caráter majoritariamente preventivo, representando um modo de atenção à saúde voltado às práticas cotidianas da população em seu campo de vida. Nesse nível, as abordagens dos profissionais em saúde tenderiam a ser mais próximas dos usuários, representando a necessidade de desenvolvimento de vínculos entre unidades de saúde e seus profissionais e a comunidade adscrita⁴².

Aos níveis de atenção secundária e terciária, estariam contidos os serviços de média e alta complexidade, sendo incluídos na lista hospitais gerais e especializados do Sistema Único de Saúde.

Considerando isso, a proposta de integralidade em saúde opera, por um lado, transformações político administrativas ao estabelecer a reconstrução do sistema de saúde orientado por diferentes complexidades, demandando uma releitura implicada das unidades de saúde locais, demandas territoriais, definição de mapas de acordo com o nível de complexidade das unidades, etc.; mas também e, principalmente, remete a mudanças nas práticas de saúde, envolvendo uma releitura acerca do processo de saúde e doença envolvendo os papéis desempenhados tanto pelos

⁴² A área adscrita em atenção primária refere-se a região político administrativa de abrangência de um serviço de saúde, em que são observadas as dinâmicas comunitárias de um modo mais integrado.

profissionais das unidades, quanto pelos habitantes que compõe o território e participam ativamente do processo de construção do sistema de saúde.

Dito de outro modo, a partir da articulação da diretriz de integralidade da assistência com os níveis primário, secundário e terciário de saúde, temos como cenário uma interface complexa que transformações referentes aos serviços de saúde, comunidade e gestão.

A integralidade representa, portanto, não apenas ampliar o acesso aos níveis dos serviços população aos serviços de saúde, tampouco de definir mapas de unidades de saúde no território orientadas de acordo com suas especialidades; mas está ligado a trabalhar uma construção coletivizada da assistência, orientada a um caráter regional e participativo. Nesse mesmo sentido, Campos (2003) reitera:

A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano (CAMPOS, 2003, p. 577, grifo nosso).

Compreendendo que a integralidade envolve a gestão do sistema de saúde, relações entre usuários e pacientes, além dos vínculos com a comunidade e participação nas atividades de assistência, cabe destacarmos alguns atravessamentos entre a diretriz de integralidade e o contato com o território. Para isso, recorramos mais uma vez à obra de Carlos Campos:

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham (...). A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde, no qual o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde (CAMPOS, 2003, p. 574, grifo nosso).

Seguindo as pistas deixadas por Campos (2003) e apoiados na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), destaca-se que a construção do atendimento integral torna-se implicado a partir de sua composição cotidiana, indo de encontro com as necessidades e demandas territoriais.

Ressalta-se com isso o caráter dinâmico e intersetorial da assistência integral, permeada por um lado pela construção das redes de saúde e por outro a partir das coletividades que constituem o território (BRASIL, 2012, p.12), incluindo aí o papel dos profissionais de saúde, usuários, comunidade e até mesmo a relação com a gestão local de saúde.

Aos profissionais e gestores de saúde caberia a construção de uma efetiva integração entre a proposta de saúde e necessidades locais confeccionando, a partir disso, as redes de saúde⁴³.

Diante disso, depreende-se que as ações de saúde se orientam junto a um processo de territorialização das práticas, planejamento e gestão em saúde em consonância com as demandas locais, desdobrando desse encontro um efetivo processo de integralização:

(...) o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, políticoculturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser sistematizados de modo a se construir o mapa básico e os mapas temáticos do município (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998, p.20).

Em suma, a diretriz de integralidade em saúde apoiada sobre o processo de territorialização promove uma leitura intersectorializada, enfatizando a composição do território a partir de seu caráter múltiplo e com necessidades singulares. É nesse sentido que Teixeira e colaboradores (1998) apontam para a construção de um *mapa básico* em saúde, orientados aos aspectos físicos e demográficos do território de abrangência do serviço, mas também ao *mapa temático*, enfatizando os fluxos da população, sua condição de vida, além da identificação dos diferentes grupos locais e de sua interrelação com a comunidade em geral, resultando numa compreensão de territórios sobrepostos e de suas demandas singulares.

A título de conclusão, interessa fazer um breve apanhado da trajetória percorrida na construção do tópico *Integralidade em assistência*, sublinhando alguns aspectos centrais. Nossa proposta de trabalho esteve orientada majoritariamente em buscar atravessamentos da diretriz de integralidade e relações territoriais, destacando transformações e desafios ao longo de seu processo de implementação.

O primeiro uso que abordamos acerca da integralidade diz respeito a uma apropriação das dinâmicas territoriais tendo em vista a racionalização da oferta de

⁴³ A portaria 4.279 (BRASIL, 2010), relativa à organização da Rede de Atenção à Saúde, é representante de um importante marco relativo à integralidade das ações de saúde figurado desde a lei orgânica de saúde (BRASIL, 1990). A RAS tem como fundamento a horizontalização das relações em saúde a partir da atenção contínua e integral à população, tecendo redes entre serviços e comunidade situados na atenção primária de saúde. Para isso, além dos estabelecimentos tradicionais de atenção à saúde (unidades ambulatoriais, unidades básicas de saúde, etc.), são também acrescentados os domicílios como ponto dessa rede, prevendo, portanto, uma atuação intersectorializada e territorializada.

unidades de saúde e serviços em uma determinada área. Nesse primeiro segmento, destacamos as normativas presentes tanto na Constituição Federal (BRASIL, 1988) quanto na lei orgânica de saúde (BRASIL, 1990). A leitura proposta nesse primeiro segmento se estruturou orientada na construção dos níveis primário, secundário e terciário em saúde, remetendo, portanto, a uma nova racionalização das dinâmicas territoriais a partir do nível de gestão dos serviços de assistência e vigilância à saúde.

Com o segundo uso, discutimos a integralidade a partir de uma releitura do território e formação das Redes de Atenção à saúde, relegando maior importância ao papel dos trabalhadores em saúde em sua atuação no território de cuidado além do desenvolvimento da corresponsabilização comunitária. Para segunda parte, recorreremos a um material base tomado do *Pacto pela saúde* (BRASIL, 2006), diretrizes para *Rede de Atenção à Saúde* (BRASIL, 2010) e finalmente a *Política de Atenção Básica* (BRASIL, 2012). Os encaminhamentos tomados com o conceito de Integralidade ocuparam nesse segundo segmento uma direção mais coletivizada e horizontalizada da assistência, envolvendo ativamente as demandas locais, territórios e vigilância a partir desse atravessamento participativo.

Finalmente, na terceira abordagem acerca da integralidade, direcionamos nosso enfoque para o processo de encontro planejamento de saúde, realidade local e interações comunitárias enfatizando, sobretudo as contribuições da territorialização em saúde. A escolha da fonte material se fez em torno da Política de Atenção Básica (BRASIL, 2012), além de artigos que enfatizavam o processo de territorialização em saúde (BREVILHERI, 2012; CAMPOS, 2003; TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998). As contribuições da integralidade ligada ao processo de territorialidade colocam em destaque o caráter necessariamente parcial em saúde, demandando, portanto, uma leitura sempre implicada e singular sobre as múltiplas territorialidades que atravessam o campo de saúde (incluindo-se aí elementos relacionados ao funcionamento institucional, político, econômico, administrativo, entre outros tantos).

Vale a pena reiterar mais uma vez que as divisões que propomos relacionadas as três abordagens da integralidade no SUS tem um caráter explicativo. Em realidade ocorre um atravessamento desses níveis misturando-se em maior ou menor grau a depender das políticas e atores envolvidos e de sua inserção e atuação no território. A integralização não é, portanto, linear ou homogêneo, mas composto heterogeneidades que colocam em foco seu caráter processual.

Ambiência e saúde: Uma leitura orientada no cotidiano

*(...) Just labeled mentally deranged
Dream the same thing every night
I see our freedom in my sight
No locked doors, no windows barred
No things to make my brain seem scarred
Sleep my friend and you will see
That dream is my reality
They keep me locked up in this cage
Can't they see it's why my brain says rage
(...) They think our heads are in their hands
But violent use brings violent plans
Keep him tied, it makes him well
He's getting better, can't you tell?
No more can they keep us in
Listen, damn it, we will win
They see it right, they see it well
But they think this saves us from our Hell
Sanitarium, leave me be* ⁴⁴(HETFIELD; ULRICH; HAMMETT, 1986, Faixa 4.)

⁴⁴ Incluímos a seguir uma tradução adaptada dos trechos da música abordados no texto:

Diagnosticado doente mental
Sonho a mesma coisa todo noite
Tenho nossa liberdade à vista
Sem portas fechadas, janelas sem barras
Sem coisas que fazem meu cérebro ter medo
Durma meu amigo e você verá
Que o sonho é a minha realidade
Eles me mantem trancados nessa gaiola
Eles não conseguem ver que é por isso que meu cérebro diz ódio
Hábitos violentos geram planos violentos
Mantenha-o amarrado, isso o faz bem
Ele está melhorando, não percebe?
Eles não podem mais nos manter aqui dentro
Me escuta, porra, nós vamos vencer
Eles que tem a visão do correto e do que é bom
Mas eles acham que podem nos salvar de nosso Inferno
Sanatório, deixem-me em paz (HETFIELD; ULRICH; HAMMETT, 1986, Faixa 4. Tradução livre)

Ao longo de nosso trajeto temos trabalhado diferentes abordagens do conceito de saúde e de suas variadas representações a partir do encontro com o território. Discorreremos no tópico anterior acerca do planejamento das ações de saúde a partir da gestão e organização de algumas políticas públicas, enfatizando, sobretudo, aspectos legais e administrativos orientados pelas contribuições do território e produções decorrentes dessas relações.

Existe, entretanto, algo que escapa dessa representação das relações em saúde concebida a partir de leis, regulamentos e projeções espaciais indicando algo da ordem do vivo, da representação conjunta dos sujeitos com espaços nos quais habitam e compõe.

Tivemos, nesse sentido, em nosso primeiro tópico o grito dos miseráveis representados com a narrativa *Gavroche* conclamando o direito a habitar a cidade, aos direitos sociais e ao reconhecimento de suas apropriações que iam na contramão da sociedade burguesa parisiense no século XIX. De modo análogo, vimos no contexto brasileiro a transformação das relações saúde/ espaço operada com a revolta da vacina a partir de uma conclamação a não ter as vidas cotidianas tão violadas em nome do discurso médico sanitarista.

Destacamos a partir desse ponto a necessidade de trabalhar com maior enfoque as questões referentes às dinâmicas sociais orientadas a partir do contato e trocas entre usuários, unidades/equipes de profissionais e comunidade orientadas cotidiano. O desafio com o qual abrimos nosso tópico está em desenvolver uma leitura que traga luz às práticas que compõe o cuidado e assistência em saúde. Buscamos articular com isso uma análise acerca dos atravessamentos e implicações dos temas saúde, espaço⁴⁵ e cotidianidade.

Usando como disparador a música *Welcome Home (Sanitarium)* (HETFIELD; ULRICH; HAMMETT, 1986), abrimos nosso tópico com um convite à reflexão sobre os atravessamentos da produção de saúde, território e cotidiano, envolvendo práticas de assistência à saúde, organização da estrutura física e processos de trabalho.

⁴⁵ Destacamos que em nosso terceiro tópico estaremos trabalhando o tema "espaço" a partir da concepção de ambiência e territorialidade. O termo 'espaço' ao qual nos referimos nessa nota de rodapé denota, portanto, uma expressão abrangente, referente ao campo físico, a partir do qual trabalharemos aspectos ligados aos modos de construção de relações em saúde.

Portas gradeadas, títulos de *doente*, corpos contidos ou amarrados, gritos e murmúrios entredentes acompanhados por um olhar médico que transpassa condutas e as eterniza em prontuários a serem retomados no momento oportuno em nome de uma pretensa "*recuperação*". A obra artística previamente citada (HETFIELD; ULRICH; HAMMETT, 1986) traz cenas orientadas em um cotidiano no cuidado em saúde fornecem um precioso material acerca da produção de saúde, destacando o papel atribuído aos usuários, a função dos cuidadores bem como as organizações institucionais que articulam e gerem a construção da terapêutica.

Frente a isso tivemos como desafio tecer um material relacionado ao *trabalho vivo* em saúde, destacando não apenas os elementos que compõe a assistência de modo representativo, mas, principalmente, enfatizando o caráter ativo e transversal no cuidado e assistência elaborado a partir do cotidiano.

Aproveitando nossa citação de abertura, tentaremos brevemente apresentar alguns pontos a serem trabalhados ao longo de nosso tópico em aproximação com o trabalho vivo e com o fazer cotidiano. Um elemento que merece destaque está na descrição de alguns elementos físicos do hospital ao qual o compositor faz referência: Janelas com barras, gaiolas de contenção, amarras para os pacientes revoltosos, portas trancadas. Ao conjugarmos esse conjunto de elementos que compõe o espaço descrito no *Sanatório* apresentado na música (e em tantos outros centros psiquiátricos na atualidade) abordamos aspectos físicos de um estabelecimento de saúde, a composição de suas práticas, usos e apropriações do espaço, composições coletivas, modos de opressão e resistência.

Escolhemos o conceito de *Ambiência* como ferramenta para atravessarmos os aspectos físicos do espaço e alcançarmos as forças e práticas que formam esse plano de composição, destacando a leitura sobre espaços e territórios a partir das formas de relação desenvolvidas com esse, enfatizando seu papel de cronicização de quadros ou promoção da saúde. De modo especial, tomaremos emprestado a definição de ambiência enquanto diretriz espacial da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010), promovendo reflexão acerca dos usos e funções do espaço em saúde⁴⁶.

⁴⁶ Trabalharemos com o conceito de ambiência destacando suas contribuições na leitura sobre os aspectos eminentemente relacionais do espaço e dos modos de apropriação dos sujeitos. Para isso, retomaremos a sua elaboração teórica com base em: 1) Arquitetura, envolvendo leitura sobre cidades e instituições; 2) A partir de suas aplicações no contexto de saúde, a partir de estabelecimentos de

Em nossa etapa final abordaremos o tema de saúde e território orientados a partir de uma leitura implicada a partir da *cotidianidade*. Intentamos uma articulação das forças que atravessam a prática de assistência orientada às realidades locais, envolvendo processos de corporificação do espaço, discursos e gestão em saúde. Dito de outro modo e, tomando emprestado um termo de Merhy (2002), temos o desafio de desenvolver uma escrita "quente", resultante da costura transversalizada de elementos ligados à gestão, trabalhadores, usuários e comunidade. Para isso, tomaremos como disparadores narrativas e cenários-problema sobre os quais nos debruçaremos com o intuito de discutir a produção do processo de atenção à saúde implicado às realidades locais, destacando a construção de ações intersetoriais e integralizadas.

Ambiência: Construção dos componentes relacionais do espaço

Antes de iniciarmos nossa escrita acerca da ambiência, importa orientar o leitor que o texto sobre a ambiência está ligado as definições trabalhadas nos tópicos anteriores, articulada com os conceitos de *Espaço* e *Território*. Diante disso, interessa realizar uma breve observação acerca da leitura restante de nosso trabalho a fim de evitar confusões acerca dos usos conceituais.

Aos conceitos de *espaço* trabalhados no primeiro tópico, nos referíamos principalmente ao processo de corporificação do espaço (SANTOS, 1978) e às dinâmicas do espaço vivido (LEFEBVRE, 2001). Nos dois casos, trabalhamos centralmente orientados às relações sujeito - espaço, discutindo, portanto, a produção desses a partir desse processo de apropriação.

No segundo tópico, orientados pela reforma Sanitária Brasileira, a discussão acerca do *Espaço* e *Território* foi conduzida nos interstícios da temática da saúde, envolvendo uma definição ampliada de território. Nisso estaria incluso o suporte às ações de saúde, organização de serviços, assistência compartilhada, entre outros elementos. (MONKEN, et al., 2008).

saúde, enfatizando uma leitura articulada a produção de espaços e integração dos usuários; 3) Com base na PNH em sua proposta de leitura transversalizada em saúde, envolvendo processos de trabalho, desenvolvimento da assistência à saúde e integração no território.

Seguindo essa linha, o percurso que propomos com o conceito de *Ambiência* se refere a uma forma de trabalhar as dinâmicas territoriais menos restritas às condicionantes previstas a partir de uma leitura orientada à saúde ou limitada as relações entre sujeito e espaço. O que vislumbramos com a *ambiência* é uma proposta de nos debruçarmos sobre o processo de construção dos espaços e territórios a partir do contato entre sujeitos e ambiente, abordando, a partir disso, elementos que contribuem com a temática da saúde (BRASIL, 2008).

Portanto, o tema da *Ambiência* nos servirá como um dispositivo para acessar as construções das relações de cuidado, atenção e gestão em saúde a partir da análise dos processos de trabalho a partir desse conceito.

Ambiência e arquitetura: Aspectos iniciais

O conceito de *ambiência* ganha representação a partir de sua elaboração teórica construída em arquitetura. De acordo com Carvalho (2002), o planejamento arquitetônico seria elaborado a partir do esquadramento dos espaços, levando em conta atributos materiais, geográficos e sociais orientados às condicionantes funcionais e estéticas estabelecidas no projeto.

A temática da *ambiência* aparece como um elemento que escapa do aspecto representacional dos projetos arquitetônicos, sendo expressa por intermédio da interação entre sujeitos e ambiente. A marca da *ambiência* estaria relacionada às formas de apropriação dos espaços, relevando uma potência ativa e criativa dos sujeitos que compõe e dão novos formatos aos ambientes a partir de seu contato e interação com esses.

Simonnot et al, no artigo *ambiência e história da arquitetura* (2016), indica que a concepção de *ambiência* passaria pelo estudo dos dispositivos espaciais, materiais e sociais, acrescidos do uso cotidiano feito desse espaço pelas pessoas que aí circulavam/ circulam, tipos de relações tecidas, conflitos, etc.

As construções do urbano, nessa perspectiva, estariam ligadas a fluxos, aos movimentos da população e vinculações com o espaço. Transcende-se as estruturas físicas para abordar a dinâmica vivida, trazendo à cena a experiência concreta de

encontro com esse espaço e com os sujeitos que aí circulam. Sobre o desafio de trabalhar com análise da ambiência na história da cidade, a autora pontua:

(...) as fontes documentais servem para dar informações acerca da história de um edifício, mas a tarefa se torna mais difícil quando se trata de busca a partir do viés da ambiência. Essas informações, frequentemente indiretas, deveriam ser buscadas nos vestígios deixados nas fontes materiais: histórias de situações reais ou fictícias que permitam apreender as circunstâncias da ambiência, crônicas jurídicas, diários, textos jornalísticos, elementos iconográficos, etc. (SIMONNOT et al., 2016, p.3, grifo nosso, tradução livre.)⁴⁷.

A leitura da ambiência orientada pela arquitetura seria, então, um trabalho sobre resíduos, resquícios de práticas que compõe o espaço. Debruçar-se sobre a ambiência corresponde aos vínculos que escapam às organizações prescritas, trazendo para cena construções, dinâmicas dotadas de um movimento que lhe é próprio. Assim, a percepção sobre a ambiência se faria a partir de informações indiretas, como discursos acerca da cidade, vestígios de um modo de organização.

Seguindo a pista deixada por SIMONNOT (2016), para trabalharmos a ambiência é preciso buscar as rachaduras nas estruturas, captando modos de organização da cidade que indiquem um tipo de dinâmica que a constitui. Em *Cidade dos sábios* (BAPTISTA, 1999) temos alguns indícios que nos ajudam a compreender do que se trata as fissuras abordadas em ambiência a partir da arquitetura:

Alguma coisa suja, cheiro de urina, uma fileira de corpos enrolados em trapos. São corpos magros, olhares atentos, a maioria negros que moram em lugar nenhum. A rua os abriga com seus trapos e cheiros e marca-lhes o desígnio do lugar nenhum. O silêncio é cortado pelo ruído do trânsito escasso ao lado dos latões de lixo dos restaurantes que fecharam suas portas. Alguns ratos procuram comida ao lado dos que ainda estão sem sono. Talvez a fome ou o frio do inverno os impeça de dormir. Dezenas dormem encolhidos na fileira amorfa e suja que cheira a urina ao lado do latão das sombras. É mais um dia, que será igual ao outro se nada acontecer, se o olhar atento não fraquejar, ou se não forem assassinados.

(...) Sabemos que por meio dos detritos de uma cidade conhecemos o seu caráter, seus sonhos, fundados no investimento do silêncio. O que não é sempre dito com clareza é que a história do lixo é uma história de lutas, de combates, na qual nem sempre o silêncio é posto. Essas lutas nos apresentam as tramas de um humanismo que, temendo o inesperado e o caos, aciona modos de morar, modos de sentir, modos de calar, em que seus atores são fadados a representar uma completude enraizada ou então uma frágil e desnorreada modalidade de existir. Nessas lutas, o silêncio nem

⁴⁷ Do original: (...) les sources documentaires existent pour renseigner l'histoire d'un édifice, la tâche devient plus difficile lors qu'il s'agit de les interroger au regard des ambiances. Ces informations, souvent indirectes, devaient être recherchées dans les traces qu'elles ont laissées dans les sources matérielles: récits de situations réelles ou fictives permettant de saisir des situations d'ambiances, chroniques judiciaires, journaux intimes, chroniques de journalistes, supports iconographiques, etc.(SIMONNOT et al., 2016, p.3, grifo nosso)

sempre é posto, porque o lixo não só aduba, mas envenena e interpela a astúcia do urbano (BAPTISTA, 1999, p. 97- 107).

A descrição do cenário apresentado por Luis Antônio Baptista (1999) é especial por trazer não apenas o movimento das cidades e sujeitos, mas por enfatizar modos de vida, apropriações do espaço e desdobramentos acerca dos usos da urbe. No quadro exposto pela citação, estaria compondo o espaço, além dos elementos físicos, aspectos relacionados ao cheiro, aos modos de relacionar-se entre os sujeitos, aos arranjos inesperados feitos a partir do contato com o urbano.

A leitura dos espaços na urbe proposto a partir desses modos de habitar e de viver na cidade deve ser concebida a partir do contato e em relação a grupos sociais e momento histórico específico. A isso se relaciona a ambiência urbana (MASCARÓ; MASCARÓ, 2009), envolvendo uma construção dinâmica orientada a partir das condições de vida dos sujeitos e formas de apropriação dos dispositivos disponíveis na cidade.

O que a proposta da ambiência apresenta pela arquitetura operacionaliza é o avanço de uma leitura orientada aos movimentos que compõe o urbano, enfatizando o aspecto relacional da leitura acerca da cidade a partir dos sujeitos e grupos sociais.

Ambiência e saúde

O contato do conceito de ambiência com o campo da saúde e instituições hospitalares forneceram importante fonte material acerca do funcionamento da ambiência e de seus desdobramentos na vida cotidiana dos sujeitos.

Na obra *Design that cares*, Carpman e Grant (1993) abordam a construção de estabelecimentos de cuidado e atenção à saúde, destacando como a interação entre os sujeitos e espaço influenciam na qualidade do cuidado e mesmo recuperação dos pacientes.

De acordo com os autores, a elaboração dos estabelecimentos voltados à promoção da saúde deve, além de fornecer elementos estruturais básicos à atenção (equipamentos e serviços) ter um enfoque na relação com o meio hospitalar como um todo. Destacar-se aí os sentidos atribuídos pelos pacientes ao estabelecimento de saúde:

Além de afetar o conforto físico, o meio também transmite um significado. O que os pacientes e visitantes veem, escutam ou cheiram se misturam em uma imagem. O meio físico que dê suporte às necessidades psicológicas dos pacientes e visitantes será considerado um meio positivo, de cuidado. Por outro lado, os arranjos físicos que façam o visitante ou paciente se sentirem sem importância ou mesmo esquecidos, enviam uma mensagem negativa (CARPMAN; GRANT, 1993, p.10, tradução nossa.)⁴⁸.

Existe um interessante texto de Roger Ulrich (1984) que reitera a teoria sobre a influência do *Design* dos estabelecimentos de saúde e a recuperação física e psicológica dos sujeitos. No artigo intitulado *View through a Window May influence recovery from surgery*, é abordado um estudo que avaliou uma instituição hospitalar entre os anos de 1972 e 1981 buscando aspectos que influenciaram uma mais rápida recuperação médica de pacientes que passaram por um tipo de cirurgia.

Um dos principais resultados obtidos pelo autor com esse estudo - e que ganhou considerável notoriedade científica - foi que pacientes aos quais tinham acesso a um quarto com uma visão ao exterior apresentavam em média uma recuperação mais acelerada do que aqueles que se reestabeleciam em salas isoladas e sem vista ao ambiente externo.

Os estudos conduzidos por Ulrich (1984), Carpmann e Grant (1993) são representativos por uma busca de condicionantes ambientais na promoção da saúde que não estariam diretamente ligados à elementos patológicos, mas a construções que visassem o bem-estar dos pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Nesse quadro, elencamos um primeiro uso da ambiência em saúde estando majoritariamente ligada a aspectos condicionantes do espaço que influenciassem na recuperação dos pacientes ou na produção de bem-estar sujeitos envolvidos.

Similarmente ao estudo que identificou a janela com vista ao exterior como elemento que influenciaria positivamente na recuperação de pacientes, foram conduzidas inúmeras pesquisas que avaliavam aspectos ligados à morfologia arquitetônica, privacidade dos pacientes, acústica, entre tantos outros elementos (ZIMRING, 1982).

O que se apreende com a ambiência a partir dessa vertente está relacionado ao trabalho sobre os condicionantes do ambiente com vistas à produção de um efeito

⁴⁸ Do original:

Beyond affecting physical comfort, the environment also transmits meaning. What patients and visitors see, hear, and smell blends into one image. The physical environment that supports psychological needs of patients and visitors will be considered positive, caring environment. On other hand, physical arrangements that make the visitor or patient feel unimportant or even forgotten, send a negative message. (CARPMAN; GRANT, 1993, p.10)

desejado nos sujeitos. Nessa primeira apropriação do conceito, enfatizam-se principalmente transformações quantitativas dos espaços, sendo destacadas questões ambientais, climáticas e logísticas (CARVALHO, 2002).

Apesar de ser significativa a transformação das relações a partir do trabalho sobre aspectos quantitativos em ambiência, ainda devemos nos debruçar sobre outros modos de composição para podermos desenvolver uma discussão acerca da ambiência em seu aspecto verdadeiramente potente. Abordaremos a seguir mais duas formas de apropriação da ambiência elencando a transformação que será operada nos âmbitos institucionais e de transversalização dos processos de trabalho em saúde.

Se por um lado tivemos na primeira leitura proposta com a ambiência uma ênfase acerca dos processos de produção de bem-estar dos pacientes e visitantes pautados na transformação da estrutura física dos espaços, nos voltaremos com a segunda abordagem à sua contribuição à terapêutica.

Hermann Simon (1937) foi um dos autores pioneiros em uma proposta de cuidado de atenção voltada ao tratamento ativo dos usuários, envolvendo uma construção coletivizada da terapêutica institucional, tomando como base de estudo os hospitais psiquiátricos. De acordo com esse autor, os modos de organização dos hospitais psiquiátricos teriam estreita conexão com a cronicização dos usuários de saúde mental. Um dos elementos centrais em sua análise está ligado aos efeitos da ambiência no hospital psiquiátrico, destacando que os esforços de construção de modelos de atenção à saúde sem a participação efetiva do usuário tenderia a alimentar o isolamento entre cuidadores e usuários, minorando efeitos terapêuticos desejados.

Em *tratamiento ocupacional de los enfermos mentales* (SIMON, 1937), o autor indica alguns elementos da organização dos hospitais psiquiátricos que interferem na produção do cuidado e no potencial ativo dos usuários:

Los tres grandes males que amenazan a nuestros enfermos mentales recluidos, y contra los cuales debemos luchar constantemente, son la inactividad, el desfavorable medio manicomial y la concepción básica de la irresponsabilidad del alienado. Todos estos aspectos guardan entre sí una relación inmediata e indisoluble (SIMON, 1937, p.69).

Tratar a organização do hospital psiquiátrico como parte responsável pela cronicização ou melhora dos pacientes foi significativo na produção do cuidado em

saúde ao envolver a necessidade de uma atuação participativa dos usuários. Pois, ao não integrar o paciente psiquiátrico na construção da própria terapêutica significaria excluí-lo dos vínculos, conduzindo-o num caminho que lhe tornaria passivo ao cuidado, tendo a produzir um estado de cronicização do quadro de saúde.

A proposta desse autor seria a maior participação dos pacientes na gestão e organização dos aparelhos de saúde, tornando-os mais abertos e passíveis de mudanças. Portanto, a construção do cuidado e formulação da terapêutica estaria conectada com uma participação ativa dos usuários nos ambientes da instituição, através da produção de sentidos reais aos pacientes. O objetivo de Simon com isso seria de trabalhar sobre aspectos potencialmente nocivos do hospital psiquiátrico. Delion (2001) pontua, acerca das propostas de Hermann Simon:

Adotando uma nova orientação fundamental face ao doente mental, ele exprime explicitamente que a aplicação à uma vida coletiva ativa e organizada é o melhor meio psicoterapêutico para se obter uma cura sintomática. (...) em cada doente mental, ao lado dos sintomas que pertence a cada doença, se encontram outras manifestações psíquicas (comportamentos agressivos, inibições, perda de vivacidade, teatralismo, estereotipias e especialmente todas as manifestações de características antissociais) que são condicionadas pela ambiência e, estando em ligação com a personalidade pré-morbida, podem ser influenciadas favoravelmente por uma terapêutica mais ativa. (...) a maestria psicoterapêutica do meio com o estudo com o estudo das resistências emanam tanto do pessoal quanto do hospital (DELION, 2001, p. 5, tradução livre)⁴⁹.

É possível notar a ênfase que o autor passa a dar na concepção e construção dos ambientes. As discussões apresentadas por Simon apontam para um reflexo da organização tanto dos elementos físicos (liberdade de circulação ou isolamento, espaços de convivialidade, etc.) quanto da gestão (participação da vida coletiva do hospital, não somente com outros usuários, mas também com a equipe na elaboração do cuidado).

(...) todos estos influjos que el ambiente inanimado ejerce sobre el enfermo mental son de escasa significación si se comparan con los que sobre el mismo produce el medio viviente formado por los hombres que comparten su destino y a los que les une la constante convivencia doméstica, y secundariamente por los individuos sanos que se ocupan de ellos, médicos y personal auxiliar (...). Se trata en cierto modo de fenómenos morbosos de

⁴⁹ Do original: *Adoptant une nouvelle orientation fondamentale en face du malade mental, il proclame explicitement que l'application à une vie collective active et ordonnée est le meilleur moyen psychothérapeutique pour obtenir la guérison symptomatique. (...) chez chaque malade, à côté des symptômes appartenant en propre à la maladie, se trouvent d'autres manifestations psychiques (comportements agressifs, inhibition, perte de la vivacité, théâtralisme, stéréotypies, et spécialement toutes les manifestations à caractère antisocial) qui sont conditionnées par l'ambiance et, étant en rapport avec la personnalité pré morbide elles peuvent être favorablement influencées par la thérapeutique plus active. (...) la maîtrise psychothérapique du milieu avec étude des résistances émanant du personnel et de l'hôpital* (DELION, 2001, p.5).

nuestra organización manicomial, para los cuales debemos buscar un tratamiento apropiado (...)] cómo suele desarrollarse cuando falta o es insuficiente su tratamiento, será el fundamento más seguro para la terapia ambiental que necesitamos (SIMON, 1937, p.71, grifo nosso.).

A proposta de Simon acerca do trabalho sobre a estrutura manicomial visando a criação de novos modos de produzir cuidado aos usuários de saúde mental encontra na psicoterapia institucional um campo fértil para aprofundar os desdobramentos da influência de ambiência e produção do cuidado na área de saúde mental.

Um dos pressupostos em psicoterapia institucional que auxilia na compreensão acerca da influência da ambiência em saúde é o processo de produção do cuidado no hospital. Tosquelles (2014), um dos fundadores da psicoterapia institucional, destaca o papel essencial do *entorno* dos pacientes como material de análise para a construção da terapêutica.

O *entorno* na construção *tosquelliana* estaria ligado aos elementos que compõe a vida dos pacientes no hospital psiquiátrico, tais como o convívio social interno e externo ao hospital, relações familiares, etc. O que se destaca com isso é a importância que dada para a construção de um tipo de ambiente coletivizado, passível de ser composto por ambientes e atores heterogêneos sobre os quais os usuários escolheriam voluntariamente as ações a serem desempenhadas no âmbito hospitalar.

O trabalho sobre o *entorno* dos pacientes seria concebido como uma atividade cotidiana ligada às vinculações dos pacientes, e mesmo à prática de cuidado estabelecida na instituição. Nesse sentido, retomando a tese de Simon (1937), Oury (2001), um dos expoentes da psicoterapia institucional afirma categoricamente que para se prestar cuidado aos pacientes, seria imperativo colocar em análise permanente a produção do cuidado na instituição, destacando incisivamente a necessidade de *cuidar do hospital (soigner l'hôpital)*.

O trabalho orientado à ambiência e ao entorno dos usuários serviria como uma ferramenta preciosa sobre a qual os profissionais em saúde se orientariam às necessidades e demandas dos pacientes.

Diferentemente da proposta da ambiência abordada na arquitetura, a leitura acerca da ambiência orientada com a psicoterapia institucional coloca em evidência as relações entre os usuários entre si, a relação com a produção dos ambientes, e o papel da instituição nessa produção.

O estudo da ambiência proposto por essa vertente requer outro tipo leitura acerca do estabelecimento que não seja voltado à produção de ambientes a partir de elementos físicos ou de produção do bem-estar *per se*. A transformação de ambientes de modo a torná-los mais acolhedores não passa necessariamente pela construção de salas de descanso ou recreação; não se trataria aqui de construir janelas nos quartos dos pacientes a afim de induzir sua melhora ou aumento da capacidade de resiliência.

Embora a questão da ambiência introduzida por Simon (1937) possa requerer transformações estruturais⁵⁰, sua principal contribuição reside num diferente campo.

Para se efetivar a análise acerca da ambiência sustentada por Simon (1937), Tosquelles (2017) e Oury (2001), se faz necessário virar o estabelecimento ao inverso, penetrando nos muros da instituição de cuidado e evidenciando que tipos de práticas se efetivam por dentro desses muros, que tipos de encontros são produzidos nesse ambiente e qual papel dos sujeitos nesse cuidado. Em suma, a ambiência seria o resultado da conjugação do encontro entre modos de organização da instituição, produção do cuidado e relação com os usuários.

Nessa segunda orientação de leitura acerca da ambiência, destaca-se uma proposta de apropriação da ambiência como manejo terapêutico do meio (DELION, 2011; OURY, 2001), envolvendo a participação ativa dos usuários (e cuidadores) na produção de cuidado transformando, a partir disso, espaços e relações.

Não se trataria, portanto, de alterar espaços físicos para mudar relações, mas de repensar o modo de conceber as relações. A ambiência envolveria os modos de produção orientados no cotidiano, no exercício do cuidado em saúde, a partir do contato com os usuários, trabalhadores e mesmo na relação com espaço físico.

Vale a pena retomarmos, de modo breve, um caso que apresentado na introdução desse trabalho, o *Caso F.: Não acabado*, que ajuda a compreender a aplicação da ambiência apresentada nos parágrafos anteriores. Na parte final do referido caso, F., um usuário da clínica de saúde mental, apresentava os estabelecimentos da clínica para uma pessoa recém-chegada à instituição.

⁵⁰ De acordo com a proposta do autor, a organização dos hospitais deveria promover a liberdade de circulação dos pacientes e integração entre os espaços. Com isso, por vezes haveria a necessidade de reforma arquitetônica, retirando-se quando necessário portas ou abrindo-se novos corredores para tornar o ambiente mais integrado.

A clínica psiquiátrica a partir da perspectiva do paciente colocava em jogo sua participação nas atividades da instituição, destacando as representações dos ambientes e do papel desempenhado por ele nesses espaços. O trabalho sobre a ambiência se expressa pelo modo no qual o usuário se conecta com as atividades terapêuticas, ao papel ativo do próprio usuário no acolhimento aos recém-chegados e mesmo da possibilidade de participação espontânea nas atividades desempenhadas na clínica.

A ambiência, portanto, não estaria limitada às estruturantes físicas, mas, se apoiando nelas, expressaria modos de se estabelecer relação com o espaço e sujeitos e construção da dinâmica terapêutica como um todo.

Propomos a seguir a leitura do conceito de ambiência a partir de um cenário concreto, destacando o que de fato entra em análise com a composição da ambiência orientada às construções institucionais em saúde.

Uma partida de futebol

Era mais um início de noite, eu descia as escadas refletindo acerca do meu papel naquela confusa instituição. Silêncio nos corredores do térreo. Sigo até a copa para buscar alguma coisa para comer quando vejo um grupo de pessoas em silêncio ao redor de uma televisão. Busco alguns pães e queijo na cozinha e no caminho de volta escuto o grupo gritando e celebrando em frente à TV. Pensava se tratar de algum jogo esportivo e reduzi meu passo para entender o que estava acontecendo. Todos estavam muito felizes com o noticiário: na competição local- handball se não me engano-, a equipe da clínica havia conseguido um excelente resultado no jogo daquela tarde.

O resultado geral já era conhecido por aqueles que assistiam o noticiário, pois parte deles eram os próprios jogadores e outros torcedores que tinham contato direto com a equipe. O reconhecimento do empenho no telejornal era motivo de imenso orgulho para todos os envolvidos. Caía a produção do sujeito doente e a instituição asilar para os deficientes mentais, surgia um movimento de luta pela vida e pelos investimentos na potência de criação.

No relato anterior, que se passa numa clínica psiquiátrica, temos inseridos no mesmo contexto a relação dos usuários com o espaço, as dinâmicas cotidianas estabelecidas na instituição e as interações sociais entre os atores envolvidos.

O contato com os usuários da clínica se passa num momento de extroversão e informalidade, no qual o futebol acabava por desempenhar um sentimento de coletivização dos sujeitos em torno desse tema comum. O que entra em jogo com a participação do grupo nas partidas de futebol enquanto jogadores ou torcedores está menos relacionado ao jogo em si, mas à pertença ao grupo, ao desenvolvimento de atividades coletivas e de suporte aos que estão na linha de frente.

A ambiência diz respeito às diferentes atmosferas e tonalidades institucionais construídas graças ao encontro dos sujeitos, espaço e práticas que atravessam o cotidiano. O que se apresenta no relato está relacionado à ambiência ao evidenciar um conjunto de práticas que os sujeitos estabelecem no espaço evidenciando um certo modo de funcionamento institucional.

Podemos tomar emprestado uma citação de Pierre Delion (2001) que nos auxilia na compreensão da ambiência como ferramenta para leitura do funcionamento institucional:

Frequentemente o encontro com o doente mental se passa no momento menos propício a seu reconhecimento enquanto *autrui*, posto que ele encontra o psiquiatra e sua equipe num momento de descompensação nos quais as modalidades são descritas na semiologia psiquiátrica: Depressão, suicídio, delírio, passagem ao ato, manifestações incomuns, bizarras, estranhas, isolamento...

Há, portanto a necessidade de trabalhar com os cuidadores uma função de acolhimento que permita um encontro com esse *autrui* para além das apreensões psicopatológicas, em condições adequadas para seu futuro.

Essa ambiência acolhedora será determinante para aproximar esse paciente e realizar com ele um verdadeiro trabalho diagnóstico, ou seja, entrar em contato com ele, situando-se no tempo e no espaço com o mesmo (DELION, 2001, p. 2, tradução livre)⁵¹.

⁵¹ Do original:

Souvent la rencontre avec le malade mental se produit au moment le moins propice à sa reconnaissance en tant qu'autrui, puis qu'il vient au contact du psychiatre et de son équipe à un moment de décompensation dont les modalités sont décrites dans la sémiologie psychiatrique: dépression, suicide, délire, passage-à-l'acte, manifestations inhabituelles, bizarres, étranges, retrait...

Il y a donc lieu de travailler avec les soignants une fonction d'accueil qui permette une rencontre avec cet autre en déshérence psychopathologique dans de bonnes conditions pour son avenir.

O estudo da ambiência tem seu sentido criado a partir da articulação com a análise do funcionamento da instituição, não se restringindo apenas à "produção do bem-estar físico, psíquico e social", mas colocando a ênfase em processos de trabalho, modos de organizar o cuidado e consequentemente trazendo reflexos também para o ambiente físico.

A *ambiência acolhedora* ao qual Delion (2001) se refere não estaria centrada necessariamente consultório, tampouco na exclusiva organização de um espaço de acolhimento que vise o bem-estar. A produção da ambiência acolhedora seria fruto da reorganização sobre a própria concepção da doença, do atentar-se aos modos de produção do sujeito e finalmente no modo de se estabelecer o contato com os pacientes/ equipe. Acrescentando à análise o relato anteriormente evocado, o resultado daquela ambiência que exalava trocas, interações, união e potência, não se fez a partir da proposição isolada da criação de um time de handebol ou somente pelo estímulo da participação nos esportes. Foi resultado de um trabalho a partir das fissuras presentes na instituição, do trabalho com a potência já presente no grupo, mas que estava em oculto. Nesse sentido poderíamos utilizar o termo "virar ao avesso o estabelecimento" que significa estar atento a esses pequenos elementos/ acontecimentos do cotidiano, mas que podem dar novo encaminhamento às formas de produção do cuidado.

Tal característica se difere da proposta de ambiência abordada no início do trabalho, relacionado à "produção bem-estar biopsicossocial". O que se apresenta à análise é o uso da ambiência também como reflexo das práticas de cuidado, visando trabalhar sob a importância da emergência de heterogeneidades acerca ambiência bem como seus desdobramentos. É nesse sentido que se abordou aquela realidade vivida no momento do noticiário da TV; do contexto de troca entre usuários na copa ou na relação dentro do consultório. Trata-se de trabalhar com campos de expressão possíveis, de debruçar-se sobre a construção de contornos dessas práticas apostando na construção de um trabalho de acolhimento nos corredores, de possibilidade de integrar uma equipe esportiva ou mesmo de descobrir interesses em pintura, jardinagem, cozinha, construção, ou seja qual for a atividade que se interesse;

Cette ambiance accueillante sera déterminante pour approcher ce patient et faire avec lui un véritable travail diagnostique, c'est-à-dire entrer en contact et faire connaissance avec lui dans le temps et dans l'espace (DELION, 2001, p.2).

abrindo o campo para essa aplicação da ambiência voltada à seu caráter institucional, caracterizada pelo que Delion nomeou de ambiência acolhedora.

Em conclusão, a segunda abordagem em ambiência trabalha o aspecto relacional dos espaços a partir da análise dos componentes institucionais. Diante disso, o processo de construção das relações de cuidado na instituição de saúde se orientaria a partir dos modos cotidianos de construção envolvendo espaços físicos, construção da terapêutica institucional e aos papéis ativos em atuação no coletivo da assistência à saúde.

Ambiência na Política Nacional de Humanização

Prosseguindo em nossa discussão acerca da interface entre espaço e saúde, abordaremos nesse último tópico aplicações do conceito de ambiência a partir da Política Nacional de Humanização (PNH), destacando seu papel ativo de transformação das ações, ambientes e processos de trabalho em saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 e vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde teve como elemento central o trabalho de ampliação das experiências vivenciadas no SUS.

O caráter inovador dessa política, em comparação com a construção prevista pela lei orgânica de saúde (BRASIL, 1990), está na produção de um modelo transversalizado de assistência. Enquanto os princípios e diretrizes presentes da lei 8.080 (BRASIL, 1990) previam um enfoque participativo nas ações de saúde voltados à normatizações, criação de redes territorializadas de serviços e ações de vigilância; a elaboração da PNH (BRASIL, 2004) enfatiza processos de gestão participativa (cogestão), valorização da leitura de clínica ampliada e desenvolvimento da autonomia e corresponsabilização.

Com uma ênfase sobre a transformação sobre os modos de atenção e gestão no Sistema de Saúde, a PNH concentrou seu enfoque na elaboração de princípios e diretrizes voltados à transversalidade das ações em saúde, protagonismo dos sujeitos (trabalhadores, usuários e comunidade em geral) e integração do processo de gestão e atenção em saúde.

Entre as medidas centrais da Política de Humanização ao longo de seu processo de formação (BRASIL, 2004, 2013, 2017) está a construção de um processo participativo em saúde, versando acerca da operacionalização de projetos orientados ao acolhimento de sujeitos e analisadores sociais⁵².

Os usos do conceito de ambiência ao longo da elaboração da Política de Humanização ocuparam variadas posições no desenvolvimento da política, sendo considerado: 1) Como dispositivo para criação de espaços "confortáveis e acolhedores" (orientado à aspectos culturais e demandas locais) ; 2) Princípio Norteador da PNH (voltado à transformação nos processos de trabalho em saúde); 3) "Diretriz espacial" (envolvendo discussão sobre a produção de espaços, saúde e modos de subjetivação).

Retomando as construções elaboradas com a Política Nacional de Humanização do ano de 2004 até 2017, observamos contribuições da ambiência envolvendo desde a transformação física dos espaços voltados ao conforto, integração social até o envolvimento com o processo de trabalho.

Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável (BRASIL, 2004, p. 24).

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2013, p.9).

Afirmamos a Ambiência na Saúde como um espaço que se produz de forma indissociável da produção de saúde e de subjetividades (BRASIL, 2017, p. 9-10).

O primeiro aspecto que se destaca com o uso da ambiência na PNH estaria voltado à intervenção nos processos de saúde orientados pela intervenção em estímulos sensíveis e características físicas dos espaços; efetuando, a partir desses, transformações nos modos de estabelecer relação, conforme apresentado pela própria política ao descrever uma *ambiência acolhedora*:

Estudos da percepção ambiental relatam que é possível à pessoa ter a sensação do ambiente pelos seus estímulos sensíveis, e que essa apreensão influencia no comportamento e na relação afetiva dos sujeitos com o território que vivenciam. Assim como para as cores e os cheiros, a valorização de outros elementos sensíveis como a luz, o som e a inclusão das artes demonstram o olhar que essa aposta na Ambiência tem para as

⁵² Ao abordarmos a Política Nacional de Humanização estamos interessados especificamente em indicar algumas transformações operadas em relação a ambiência e transformações do processo de trabalho. Considerando isso, caso o leitor deseje se aprofundar em temas como de clínica ampliada, autonomia e cogestão (que balizam o funcionamento da PNH), indicamos Campos e Amaral (2007), Brasil (2004, 2013, 2017) e Teixeira (2005)

dimensões subjetivas dos usuários dos serviços de saúde e das suas relações afetivas com o território.

(...) A Morfologia das edificações: formas, dimensões e volumes que configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas.

A Luz: a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela sua incidência, quantidade e qualidade. (...) A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que a permitirem, lembrando sempre de que toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol – e que isso pode influenciar no seu estado de saúde.

A Cor: (...) estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza.

O Cheiro: é preciso considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas.

O Som: propõe-se a utilização de meios que reduzam o incômodo em relação aos ruídos que causam desconforto (...).

A Sinestesia: diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das suas superfícies e texturas (BRASIL, 2017, p.20- 22, grifo nosso).

Esse modo de abordar a ambiência em relação aos estímulos sensíveis e reação dos sujeitos conduz a uma compreensão do ambiente a partir de sua descrição física, modulando relações a partir do objetivo a ser alcançado. A ambiência aí apresentada diz respeito à transformação formas de estabelecer relação com o espaço a partir da intervenção física nos espaços, tornando ambientes potencialmente mais acolhedores.

Observa-se que a construção desse primeiro aspecto da ambiência na PNH se assemelha consideravelmente à discussão que abordamos anteriormente no tópico *ambiência e arquitetura*. Nos textos base produzidos pelo Ministério da Saúde voltadas à política de Humanização (2004, 2010), propõe-se uma leitura acerca da ambiência majoritariamente orientada às condições de trabalho e atendimento. São definidos nesse documento componentes estruturantes do espaço e sua apreensão afetiva como um dos parâmetros que caracterizariam o conceito de ambiência, produzindo como resultado um aumento da confortabilidade, privacidade, acolhimento, etc.

Ao longo do desenvolvimento da Política Nacional de Humanização, a temática da ambiência passa a figurar envolvida com transformações no processo de produção da atenção e interferindo no trabalho em saúde:

As mudanças no modo de atenção e de gestão, necessárias para avanços no Sistema Único de Saúde, implicam mudanças nas posturas e nas

relações, nas práticas e nos processos de trabalho e requerem, também, uma nova lógica na organização espacial. Afirmamos a Ambiência na Saúde como um espaço que se produz de forma indissociável da produção de saúde e de subjetividades (BRASIL, 2017, p.9).

A proposta da Política Nacional de Humanização, ao acrescentar à análise da ambiência a importância de trabalhar sobre as estruturas de poder, envolve a integração dos sujeitos ao cuidado a partir dos modos de se construir as relações de saúde. Orientando a construção da ambiência às necessidades dos sujeitos e tomando como princípios orientadores a transversalidade, corresponsabilização e cogestão, a discussão sobre a ambiência se torna um artifício para uma construção coletiva e participativa da assistência e produção do cuidado.

O diferencial da PNH ao abordar a temática da ambiência está em considerar a transformação dos espaços a partir da construção de projetos estruturados com base na integração dos trabalhadores e usuários na construção desses espaços, de modo a favorecer a integralidade do cuidado e inclusão nessa elaboração.

Tal questão se mostra inovadora com a PNH não por sublinhar a importância na transformação dos ambientes para torná-los mais confortáveis e acolhedores por si, mas reside principalmente no modo com o qual os ambientes e relações serão transformados.

A definição da ambiência como um princípio norteador representa uma leitura sobre os espaços relacionais, extrapolando as construções físicas da instituição de saúde e trabalhando com as práticas instituídas em saúde:

(...) ao serem criados esses espaços coletivos com a inclusão de diferentes saberes para as discussões da transformação na ambiência, se favoreça a problematização sobre os modos de operar, as práticas instituídas e os processos de trabalho nesse espaço, contribuindo para o aumento da capacidade de análise e intervenção sobre esses processos e a construção de novas situações, relações de trabalho e convivência (BRASIL, 2009, s/p).

Em conclusão, as mudanças centrais propostas pela ambiência orientada pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004, 2009, 2010, 2017) configurar-se-iam pelo fortalecimento de ações coletivizadas de gestão e planejamento em saúde.

A leitura da ambiência na PNH reflete sobre o processo de trabalho em saúde, colocando em análise a produção dos espaços e como torná-los mais integrados às realidades e demandas locais. Nesse sentido, a organização dos espaços em saúde seria compreendida a partir de uma leitura de saúde ampliada, refletindo sobre o

contexto de vida/ trabalho dos usuários, comunidade, família e demais atores envolvidos para construção dos espaços coletivizados de saúde.

Para não concluir: Cotidianidade, espaço e saúde

Buscando encaminhar a argumentação apresentada a um desfecho, retomo uma questão central que orientou e esteve presente durante todo o processo de pesquisa e construção argumentativa da dissertação: Afinal, o que representa a produção de saúde a partir de seu encontro com espaço?

Encontramos ao longo da pesquisa alguns encaminhamentos que direcionaram nossa análise, dentre os quais poderíamos destacar três elementos centrais:

- 1) Uma leitura orientada a partir das formas de apropriação dos espaços pelos sujeitos, relacionado ao espaço vivido;
- 2) Compreensão da dinâmica espaço e saúde a partir das construções acerca de territórios orientados a um saber técnico/ teórico que orienta e condiciona a leitura e formação de elementos determinantes e condicionantes do espaço⁵³.
- 3) Tessitura de uma rede implicada de saúde, envolvendo processos de trabalho, integração social e gestão.

Considerando essas três referências centrais elencadas ao longo de nossa escrita e a proposta orientadora de trabalhar saúde e espaço a partir de seu interstício, iremos elaborar a seguir algumas contribuições e interrelações entre os pontos indicados e sua contribuição para temática da saúde.

Tomando como ferramenta a noção de cotidianidade, convidamos o leitor a um último trajeto a ser percorrido, em que nos orientaremos com três narrativas centrais⁵⁴.

⁵³ Nos referimos aqui a construção a partir da apropriação sobre espaços e dinâmicas sociais orientados pela reestruturação urbana com a arquitetura e urbanismo (abordado no primeiro tópico, voltado às reformas urbanas), mas também as representações sobre o território e saúde das leis e regulamentos em saúde.

⁵⁴ Acerca das narrativas, elas serão usadas também como marcadores para indicar a transição entre os temas destacados no início desse tópico. Desse modo, a narrativa *Fantasma do urbano* se refere principalmente ao tópico 1; o segundo tópico será disparado com a narrativa *Murro*; finalmente, com a narrativa *Tessituras* discutiremos as contribuições do terceiro tópico sublinhado.

Usaremos o conceito de *cotidiano* e *cotidianidade* como ferramenta para auxiliar na problematização os elementos que atravessam a composição e formação do cuidado em saúde e seu processo de transformação:

o cotidiano é o lugar das pequenas revoluções, das transformações que induzem a processos de apropriação, de condução da vida, traduzidas em autonomia, liberdade de escolha, flexibilidade nos padrões de pensamentos, sentimentos e ações (LEAO, BARROS, 2012, p. 576).

Fantasmas do urbano

O movimento do urbano me toma, envolve e empurra numa dinâmica quase irresistível, sou conduzido a movimentos automatizados desde a hora que acordo. Olho pela janela e vejo o movimento da cidade a todo vapor, ônibus lotados e uma quantidade infinita de carros.

Da minha janela noto meus próprios circuitos e como os fantasmas de Scrooge⁵⁵ vou navegando pelos trajetos, minha realidade de trabalho, minha realidade de estudo, minha realidade de lazer, minha realidade... Minha vida, minha praia, minha praça...

No primeiro plano vejo a ponte da passagem, com seus arcos imponentes numa marca manifesta do poder daquela região em contraste com as casas pobres que estão do lado de cá da ilha de Vitória.

Do mesmo modo que Scrooge, levo um tombo na volta dessa viagem, sendo alertado pelas tantas interseções feitas através dos encontros com outras pessoas que me constituem.

Conduzido por meus fantasmas, saio das grandes estruturas da cidade e vejo a barbearia que escolhi frequentar. Não é um tipo de lugar à primeira vista atrativo, na verdade desperta uma sensação inicial de insegurança por estar na entrada de uma comunidade com um "histórico conturbado" devido à presença do tráfico de drogas na região. Ainda assim, alimentado pela minha curiosidade decidi passar aquela barreira invisível que separava o "exterior" da comunidade de seu interior (as marcas da fronteira eram sutis como a presença do carro da polícia numa área de acesso, estreitamento repentino das ruas e marcas características de facções nos muros).

⁵⁵ Personagem de Charles Dickens (1843).

Apesar dos sinais que- quase automaticamente- aprendi a detectar, sigo na exploração desse campo novo, descobrindo a já citada barbearia. Dali posso ver o bar do outro lado da rua vendendo churrasco na calçada, pessoas carregando bolsas de compra em cima da cabeça.

Junto à rua os passantes conversam em voz alta, risadas cruzam o ar se misturando com poeira que os carros levantavam. De dentro da barbearia a comunidade ganhava outros ares, ou talvez a partir dali era possível sentir uma dinâmica outra que envolvia a comunidade. Curiosamente, naquele grupo as pessoas olhavam no olho, cumprimentavam-se umas às outras, inclusive a mim, mesmo na situação de estrangeiro.

O primeiro fantasma mostra a receptividade indetectável pela análise distante dos espaços; o contato com as ruelas daquela região economicamente pobre ensinava a importância de uma leitura aproximada, que destacava a construção de variadas representações.

Sem tardar, outro cenário se apresenta: dessa vez numa praça em Vitória, bem próxima à praia. Tudo se passa em um fastidioso dia comum, mergulhado no cotidiano da cidade... Até que um encontro inesperado tem lugar:

Andarilho- Artesanato- Produção- Vida- Liberdade.

Os andarilhos eram praticamente imperceptíveis, sentados em uma canga exibindo bugigangas para venda enquanto faziam cordões e pulseiras. Em nossa conversa, descrevem uma leitura da cidade referenciada na conexão com outros grupos mais ou menos itinerantes: sem teto, hippies, estrangeiros, etc.

Para os sujeitos que encontrei, deslocar-se estava ligado a uma forma de organização da vida, de trabalhar sob a capacidade de se transformar e adaptar de acordo com a necessidade. Por exemplo, havia um conjunto de aprendizados acerca de formas de pedir carona, conseguir o próprio sustento e zelar pela própria segurança.

Nesse grupo, a cidade tinha seu contorno desenhado de uma forma bastante diferenciada da que eu estava habituado. Para esses, as cidades se orientavam principalmente nos recortes das rodovias e pontos de acesso. Observavam com rapidez pontos com maior probabilidade de se conseguir carona, áreas para vender seus artesanatos, além de mercados que forneciam materiais para bijuterias com preços mais acessíveis.

Pela pequena janela em meu quarto contemplo as outras pessoas quase invisíveis, partes de um coletivo que estou contido. Entrar nessa interseção entre espaço e território, fixos, fluxos e relações suspende meu lugar, construindo e atualizando meus mapas de navegação nessa cidade.

Há um convite na narrativa anterior a uma visita às estruturas da cidade, a aproximar-se não apenas dos modos de ocupação da cidade (prédios, barracos, tendas), mas principalmente às formas de apropriação dessa.

O exercício proposto é de desnaturalização dos modos de vida em exercício no espaço, deslocamento de perspectivas na construção de realidades. Desdobrando-se daí o convite a uma leitura sobre o espaço para além de suas estruturas, acompanhando as linhas que formam territórios.

Um dos primeiros aspectos que destacamos na produção de nosso trabalho esteve orientado pela leitura sobre o espaço vivido (LEFEBVRE, 1974), que remonta o papel ativo e construtivo do sujeito na relação com os espaços.

Seguindo essa proposta, somos convidados a habitar a singularidade dos encontros no espaço de vida. Conduzidos pelas interações na urbe, saímos da imagem descritiva do espaço com os puxadinhos e pichações nas paredes e observamos a importância das referências dentro do território, o papel da barbearia enquanto ponto de encontro e integração; às praças como expressão de liberdade.

Das referências as pontes e praças são expressos campos de corporificação no espaço, no qual a figura do urbano cria mutações a partir do seu modo de interação. Dito de outro modo, a análise proposta apresenta interseções presentes entre espaço, cotidianidade e território, destacando as (de)formações do espaço graças à corporeidade das ações humanas.

Assim como os fantasmas de *Scrooge* nos conduziram a modos de habitar a cidade a partir dos sujeitos e interrelações com os espaços, esbarramos ao longo de nosso texto dissertativo com *Gavroche*, os revoltantes que participaram da Revolta da vacina. Em cada uma das construções indicadas, tivemos como referência a regulação das relações internas do espaço, orientados aos modos pelos quais os sujeitos construía e davam sentido aos espaços.

Em nossa narrativa, que se passa na ilha de Vitória, temos a oportunidade de observar os sujeitos e práticas heterogêneas que compõe o urbano e suas formas de organização singularizadas.

A construção sobre o urbano a partir do espaço vivido e orientado a cada grupo social representa, nesse sentido, formas de *territorialidade*, composições de regulamentos internos que orientam a não apenas uma leitura acerca do espaço, mas indicam práticas que transcendem a representação física dos ambientes.

De acordo com a nossa perspectiva, a territorialidade adquire um valor bem particular, pois reflete a multidimensionalidade do "vivido" territorial pelos membros de uma coletividade, pelas sociedades em geral. Os homens "vivem", ao mesmo tempo, o processo territorial e o produto territorial por intermédio de um sistema de relações existenciais e/ou produtivistas. Quer se trate de relações existenciais ou produtivistas, todas são relações de poder, visto que há interação entre os atores que procuram modificar tanto as relações com a natureza como as relações sociais (RAFFESTIN, 1993, p. 158 - 159).

Seguindo o exemplo dos andarilhos na narrativa anterior, a leitura sobre cidade se orientava em uma modulação específica do meio que habitam. O papel da cotidianidade diz respeito ao campo das transformações e adaptações no espaço de vida. Ali se destacam ajustes, associações, rompimentos, leituras apropriações peculiares sobre o espaço, fixos e fluxos, formando um modo de vida.

A cotidianidade se liga a formas de relação que não se restringe aos indivíduos, mas que representa o movimento próprio aos (des)encontros no espaço. O movimento que vemos refletir nessa narrativa é a de transição entre espaços de vida com destaque ao papel da cotidianidade enquanto primordial na construção de sentidos para os sujeitos.

Acompanhando o processo apresentado pela narrativa *Fantasmas do urbano*, destaca-se que as leituras sobre os espaços são moduladas pela construção dos modos de relação entre os sujeitos e práticas sociais. Em cada cenário apresentado pelo narrador são compostos planos diferentes levando em conta o encontro estabelecido junto ao espaço, práticas sociais e cotidianidades, que, portanto, reestruturam e condicionam as relações em cada um dos ambientes elencados.

A concepção de saúde orientada a esse primeiro segmento se refere as composições e demandas necessariamente heterogêneas dos sujeitos e grupos sociais que compõe um espaço de vida ou território.

Considerando isso, o que a leitura acerca do *vivido* aporta para temática da saúde é a construção de referenciais situacionais em saúde, remetendo a importância de se compreender o território e espaço vivido a partir de seu movimento de composição próprio.

O trabalho em saúde nesse contexto diz respeito aos modos de vida e integração social, colocando em análise os componentes que formam os territórios e os atores que compõe o cotidiano. O desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde passaria, então, pela articulação das relações em ato, como apresentado por Venturini (LEAO; BARROS, 2012):

Isso significa dizer “raciocinar com os pés”, ou seja, é com os pés que se pode conhecer de fato o contexto e o cotidiano das pessoas, atravessando em comprimento e largura a comunidade, fora da instituição e dentro do “laboratório da vida”. Somente por meio desse raciocínio é que se pode compreender como se criam e se produzem as relações, os sofrimentos e a saúde, pois o território são as pessoas, as histórias dos homens e não um espaço físico (Venturini, 2010 APUD LEO, BARROS, 2012 p. 581).

Promove-se com esse primeiro segmento observado uma leitura situacional em saúde orientado aos modos que os sujeitos experienciam e se apropriam do espaço, levando em conta seu caráter interrelacional. Conforme apontado por Venturini na citação anterior, o espaço seria estruturado com base nas relações entre os sujeitos, compreendido a partir do contato e dos passos dados dentro desse.

Em desfecho ao primeiro tópico, ressaltamos o papel desempenhado tanto pelos sujeitos, em sua relação com os espaços; quanto a estruturação da territorialidade, imprimindo sobre os espaços modos de organização internas aos territórios, indicando a composição de modos singulares de funcionamento social.

Murro

As segundas-feiras são sempre iguais: voltar ao estressante trabalho com uma pilha de afazeres que se acumularam durante a semana. Logo de manhã, os pacientes poliqueixosos cruzam o caminho para falar das coisas mais aleatórias, desde pedidos por cigarro a murmúrios incompreensíveis.

Logo que entro na farmácia, lavo minhas mãos com álcool, separo as intravenosas e os comprimidos do período matutino para os pacientes. Tenho muitos colegas que

não suportam trabalhar com essa parte de gestão de medicamentos para pacientes psiquiátricos, por conta das reações inesperadas que às vezes eles têm. Mas, fazer o quê? Se o psiquiatra receita haldol decanoato intravenoso, diplexil adicionado a algum diazepínico, é necessário que o paciente receba a medicação, senão entram em surto e quem está na linha de frente para conter o paciente descompensado somos nós da enfermagem.

Quem critica o trabalho da enfermagem no hospital psiquiátrico é porque não está na linha de frente diariamente, seguindo as direções do psiquiatra e muitas vezes levando murro de paciente. Conheço até mesmo uma história nesse hospital de um médico que foi morto apunhalado por um paciente com um caco de vidro há muito tempo atrás.

Nós seguimos regras e procedimentos para zelar pela nossa segurança, então se um paciente apresenta um potencial risco para si ou outros, é preciso zerar esse risco da maneira mais segura possível. Um dos recursos extremos que temos é administrar um sossega leão, que amansa até aqueles pacientes mais brabos, deixando-os menos agressivos por dois ou três dias.

Felizmente, hoje em dia já não é mais preciso recorrer com frequência à contenção física para acalmar o paciente, já que os fármacos evoluíram bastante dando uma maior segurança para todos os envolvidos. Em geral, pouco tempo após a administração da medicação, o paciente pode voltar à enfermaria que está internado sem oferecer grande risco às demais pessoas e ao ambiente.

Lembro do caso de um paciente acometido por transtorno explosivo intermitente que chegou ao hospital após um episódio em que destruiu a casa inteira dos pais. Precisamos de quatro pessoas para segurar o sujeito e depois ainda precisamos amarrá-lo à cama até que a medicação fizesse efeito.

Um problema que existe recorrentemente nessa área e que frequentemente não se leva em conta com cautela é o das interações medicamentosas, especialmente para casos em que os pacientes fazem usos de mais de um psicotrópico (e não são poucos os casos em que isso ocorre). Por exemplo, com diplexil existe a possibilidade de lesões no fígado por conta do valproato de sódio. Ao adicionarmos outros fármacos com base de lítio, o risco de lesões aumenta exponencialmente; entretanto, esse é um risco calculado, pois ficamos entre estar com um paciente descompensado farmacologicamente e a explosão de uma bomba relógio.

Para casos urgentes que emergjam, recorremos ao SOS prescrito pelo psiquiatra do paciente ou então, em caso de não haver um prontuário disponível para o paciente, recorremos às medicações padrão. Infelizmente, ocasionalmente ocorrem óbitos inesperados em que se suspeita de interações medicamentosas ou efeitos indesejados por parte do paciente a determinados fármacos.

Todos sabemos que em cada medicamento há o risco de efeitos secundários indesejados e de fato existem alguns casos que fatalmente se chega ao óbito. Acontece que às vezes o paciente circula por diferentes espaços que não se tem o prontuário atualizado, e aí a chance de se ter um problema mais grave aumenta bastante. Me lembro até mesmo de um local que trabalhei que ao fazermos o levantamento de uma paciente encontramos pelo menos três prontuários dela, e com orientações diversas.

É sempre muito complicado quando alguém vem criticar as práticas adotadas com o paciente X ou Y sem saber como é lidar com aquilo cotidianamente. Existe todo um modo de organização institucional do serviço, os profissionais atribuídos aos pacientes, o papel de cada profissional, escala de trabalho, atualização de prontuários, gestão de medicamentos, etc. Toda essa organização interfere diretamente no modo de se prestar cuidado ali no micro, com o paciente.

Pessoalmente, conheci bem poucos psiquiatras que ocupavam de fato a linha de frente com a enfermagem, a maioria só via os pacientes quando esses não estavam agressivos. Além de vários psicólogos que ficam encarcerados dentro de suas salas aplicando testes ou contando histórias nas oficinas em áreas comuns do hospital no lugar de vir para mais próximo do cuidado na vida cotidiana, mais próximo da realidade vivida pelos pacientes.

Com *murro* entramos no segundo ponto de apoio central na construção de nossa dissertação, aportando como enfoque a construção de territórios de cuidado a partir de saberes técnicos e teóricos. Antes de nos lançarmos ao mergulho mais aprofundado nessa temática, vale ressaltar mais uma vez que a ferramenta que está orientando nossa escrita se baseia numa composição efetuada a partir da *cotidianidade*. Frente a isso, justificamos nossa abordagem não diretiva acerca do território e espaço, escolhendo habitar, na medida do possível, as questões

apresentadas e posteriormente indicar o aspecto central abordado em nossa pesquisa.

Acerca do papel da cotidianidade na constituição do território de cuidado, destacamos uma referência que enfatiza a importância dessa forma de leitura:

Singularidades habitadas por multidões que se constituem/constroem/ tecem em/nas relações, nos encontros. Adaptando-se, reinventando-se. Cuidando de habitar o mundo e dar conta da complexidade da vida. Só podemos pensar estratégias de cuidado que se fazem nos encontros desta diversidade e multiplicidade. Não há como pensar a construção do cuidado em saúde mental sem pensar no tempo e lugar que se constitui este cuidado (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018, p.177).

No *murro* temos uma atuação em saúde a partir da perspectiva dos trabalhadores, ressaltando os conjuntos teóricos e metodológicos que balizam a produção do cuidado orientado no cotidiano. O papel desempenhado pelo trabalhador de enfermagem situado no cotidiano daquela unidade coloca em referência como a construção das ações de cuidado envolvem uma leitura técnica sobre o objeto em questão, mas também produzem desdobramentos reais e efetivos que escapam da seara isolado do trabalhador, traçando uma forma de leitura territorial específica voltada ao funcionamento institucional.

Nosso personagem semifictício da área de enfermagem nos conduz a um questionamento desenvolvido no segundo tópico de nosso trabalho, envolvendo a leitura sobre o território e saúde orientado a partir das políticas de saúde. Naqueles apontamentos, discutíamos alguns aspectos representativos do território, orientado a leituras político-administrativas que condicionavam a compreensão das dinâmicas territorializadas. De modo semelhante, o que o nosso ator de enfermagem traz para análise se volta a aspectos técnicos que condicionam a leitura acerca do trabalho e território a partir de sua prática normalizante.

A partir de sua leitura orientada numa forma de cotidiano, podemos destacar que o *murro* é significativo para trabalharmos uma importante questão elencada em nosso texto dissertativo relativo à Integralidade em saúde. De acordo com Campos (2003), a integralidade⁵⁶ se refere ao mesmo tempo à organização da rede de serviços para atendimento aos usuários; indicando também as práticas em saúde, das quais se incluem a atuação dos profissionais.

⁵⁶ No segundo tópico desenvolvemos uma leitura enfocada acerca da Integralidade em saúde e sua relação com a produção dos espaços e territórios.

O que nosso personagem coloca como questão acerca da integralidade é: Seria o suficiente um trabalho em saúde orientado apenas em prerrogativas técnicas e teóricas previstas pelas portarias e normativas dos ministérios da saúde?

É a partir desse questionamento que construímos o segundo ponto central abordado em nosso texto dissertativo, concebendo por um lado a construção a partir das legislações e regulamentos em saúde acerca das prerrogativas a serem lidas no território; havendo, por outro lado, uma inserção mais aproximada das dinâmicas territoriais e institucionais a partir do encontro entre os profissionais, usuários, gestão e comunidade.

O *murro* apresenta o atravessamento de influências das normativas técnicas em saúde, do encontro com o território e das dinâmicas institucionais vivenciadas a partir do contato com os usuários em sua atuação real nas unidades de saúde.

Em suma, o que se formula tanto com o *murro* quanto a construção de nosso do segundo tópico na dissertação é uma transição entre o conteúdo representativo do espaço e saúde a partir das normativas a uma análise das implicações que atravessam o trabalho e território em saúde, transcendendo uma representação estritamente técnica de saúde, dando espaço, portanto a uma dinâmica do vivido e experiencial.

A mudança dos serviços de saúde é possivelmente a chave para a constituição de novos referenciais simbólicos, capazes de reorganizar o imaginário sobre a produção da demanda. Temos trabalhado um método no qual a mudança do modelo se dá por um processo “a quente”, isto é, a partir de discussões e mobilização, principalmente dos trabalhadores e usuários, os principais sujeitos protagônicos de uma nova organização do processo de produção do cuidado. Esses sujeitos constroem um novo serviço de saúde, e ao mesmo tempo constroem a si mesmos no processo, isto é, são também impactados pelas mudanças ocorridas no seu meio (FRANCO; MERHY, 2013, p.170).

Tessituras

Era finalmente chegado o dia 10 de outubro- dia mundial da saúde mental-, e estava marcado nessa data um evento com festividades e conferências na universidade próxima ao CAPS.

Para alguns, era possibilidade de saída do CAPS, dar um passeio sem ambulâncias e fora dos muros do serviço. O grupo de usuários estava agitado, a grande maioria estava com roupas diferenciadas das usadas no dia a dia: maquiagem, blusas novas e um sorriso estampado no rosto.

Do outro lado havia a equipe de trabalhadores preocupados com a logística, pois no grupo de aproximadamente 30 sujeitos acometidos de distúrbios psiquiátricos havia uma equipe de 5 cuidadores.

Por semanas foram discutidas nas reuniões de equipe a operacionalização e a participação seletiva de usuários (preferencialmente os que fossem mais autônomos). Afinal, o serviço de atenção psicossocial precisa atuar junto à comunidade, sendo preciso fazer um esforço de abrir as portas e acompanhar na exploração do temido mundo exterior.

Havia um caso particularmente interessante que colocava em questão o papel do CAPS enquanto potencializador ou restritivo de autonomia. Trata-se de Anna, vinda de uma família na qual a maioria dos membros frequentava a unidade a mais de um ano, todos esses acometidos por transtornos psiquiátricos diversos.

Em seu histórico constava a presença de segunda à sexta na unidade, sendo sempre acompanhada de sua casa até o serviço pela ambulância do município. Dentro da unidade apresentava um comportamento infantilizado, gritava com os outros usuários e tinha uma higiene pessoal a desejar. Num fato recente, um episódio de agressão leve a outra paciente pendia para negativa à participação de Anna nas festividades da saúde mental.

Discutia-se a assiduidade de Anna, sua relação com outros pacientes e participação nas oficinas gerais propostas pela unidade. Éramos ao menos 12 representantes da equipe técnica discutindo casos a partir dos modos de relação estabelecidos dentro do CAPS.

A naturalização da imagem de Anna dificultava uma discussão aprofundada em perspectivas diferentes, uma vez que ela compunha de certo modo uma paisagem do serviço. Todos a víamos seja sentada em uma das cadeiras, deitada nas camas ou nos fundos, próximo às árvores. Havia uma grande disponibilidade de material sobre a usuária, com leituras pautadas em dinâmicas internas ao CAPS (presença nas

oficinas, relação com usuários, higiene pessoal, regularidade de encontro com psiquiatra, etc.).

Enquanto debatíamos acerca da vida daquela pessoa dentro de uma sala fechada, me vinha à memória um encontro inusitado que tive com ela algumas semanas antes. Descia as escadas de meu apartamento no centro da cidade quando vi uma silhueta deitada à sombra, embrenhada no mato, sob uma goiabeira. Ao me aproximar, a pessoa se levanta e reconheço Anna, que me olhava com um sorriso amigável.

Ingenuamente lhe pergunto se sabia onde estávamos, pois eu calculava uma distância de aproximadamente 30 minutos do CAPS e pelo menos uma hora e meia da casa dela. A resposta foi negativa... Ou talvez a pergunta não foi a correta? Pergunto-lhe então para qual lado fica o CAPS, e com naturalidade ela aponta o percurso a ser seguido até chegar na unidade.

Havia de nossa parte uma leitura extremamente limitada acerca das potencialidades de Anna, nos pautávamos em relações restritas à instituição de saúde, aos relacionamentos inter/intrafamiliares, traços de erotomania, etc. Todavia, éramos incapazes de captar a potente força que Anna tinha de orientação, as referências que possuía na comunidade e territórios ampliados tanto na cidade quanto fora dela.

Os dados do prontuário e análise do cotidiano na unidade eram demasiados limitados para compreender como Anna funcionava. Na realidade, possivelmente ela teria maior capacidade de orientação na cidade do que a maioria do grupo técnico e nós estávamos discutindo a possibilidade de sua ida ao encontro de saúde mental tendo em conta as limitações logísticas para o deslocamento.

No dia mundial da saúde mental brindávamos um serviço evidentemente falho, fragmentado e limitado, mas com uma abertura e potência à melhora. Celebrávamos não um serviço perfeito, mas a possibilidade de abrir as rachaduras das práticas de cuidado com questionamentos pertinentes e ressituar o cuidado às múltiplas realidades que se apresentavam.

Naquele dia podíamos contemplar a saúde mental sendo pensada não orientada somente sob os pacientes, mas na reavaliação dos vícios técnicos do serviço, da potência existente no desenvolvimento da autonomia junto aos usuários e técnicos. O desenvolvimento da autonomia compreendido dessa forma indica o cuidado

orientado à capacidade de trabalhar e apoiar as relações dos usuários em ato, levando em conta suas referências singulares.

Ao deixarmos fora da análise a potente relação que os usuários tem a comunidade e formação de território nos limitávamos a um modo de expressão de cuidado que se caracterizava com um encontro casual junto ao psiquiatra e equipe técnica.

Com essa proposta de trabalho em atenção à saúde envolvida no CAPS, já não deveríamos mais orientar a prestação de um cuidado assistencial de via única; mas trazer para próximo a potência dos modos de vida integrados na sociedade, do desenvolvimento de maior grau de autonomia, bem como de construção de pontos de referência aos usuários em vez de ilhotas artificiais hermeticamente isoladas.

Antes de nos lançarmos a essa análise final, é justo com o leitor orientar essa última narrativa vivenciada pelo autor serviu como um importante motor na inspiração para construção da presente dissertação de mestrado. Conforme indicamos na apresentação desse trabalho, estivemos desde a construção desse estudo atravessados por experiência no âmbito da saúde mental que congregavam a partir de um mesmo encontro variados fatores e vetores de cuidado.

Pudemos observar em *Tessituras*, *Língua presa* e *Sou filha do trem fumaça*, a prática da assistência à saúde frequentemente indicava modos de organização institucional, apropriações sobre a rede de cuidado e reavaliações das práticas de cuidado. Foi considerando essa complexa trama que desenvolvemos nossa pesquisa e chegamos até esse ponto presente, tomando como orientação as questões relativas ao encontro entre saúde, espaço e, em certa medida, cotidiano.

Pontuada a curta observação, destacamos que o terceiro elemento central que compõe nosso trabalho acerca das pesquisas entre espaço saúde e cotidiano está voltado à construção de uma rede implicada em saúde, envolvendo análises sobre os processos de trabalho que atravessam o cotidiano e encaminham os planejamentos e ações em saúde.

Tessituras é representativo da parte final do texto dissertativo, em que colocamos em primeiro plano as contribuições acerca da temática da ambiência em saúde. A construção dessa narrativa final está vinculada de modo mais próximo ao tópico *Ambiência a partir da Política Nacional de Humanização*. O que se operacionaliza

com a ambiência são os modos de produção de cuidado em saúde e estruturação das práticas de assistência não se restringindo, portanto, aos aspectos físicos do espaço.

Nesse sentido, um aspecto que poderíamos destacar no texto *Tessituras* que corrobora com essa leitura é a relação que *Anna* estabelecia com a cidade, e de modo específico, com a cena evocada em que está deitada sob a sombra de uma goiabeira no centro da cidade.

O modo pelo qual a usuária se apropria dos campos no centro da cidade, sua circulação no urbano e a escolha pelo local de repouso indicam um campo de vida de *Anna*, que escapava aos discursos normatizadores do Centro de Apoio Psicossocial e mostravam como era possível para aquela paciente realizar seus próprios arranjos e fazer a vida funcionar.

A leitura sobre a ambiência orienta nessa discussão não apenas a descrição dos diferentes ambientes, composições espaciais que configuram a cidade ou unidades de saúde. A principal contribuição que aportamos com a discussão da ambiência se concentra sobre a seguinte questão: "Por que a relação de *Anna* no encontro com a cidade se mostra mais frutífera do que os modos que ela se relaciona com a equipe técnica e ao Centro de Apoio Psicossocial?"

O que a ambiência realiza é, usando como base a estrutura física, aportar os diferentes modos de composição dos territórios e seu potencial positivo (ou negativo) de transformar as relações estabelecidas nesses campos.

Ao longo de nosso trabalho temos indicado alguns desses funcionamentos desde a apresentação inicial das questões. Discutimos a construção de relações dentro de um hospital psiquiátrico atravessado por medidas de enclausuramento e controle; passamos com o *Trem fumaça* pelos efeitos "*fundão*", "*salinha*" e "*rua*" na produção do cuidado e relação com os espaços em saúde; destacamos com o caso *Língua presa* o potencial ativo de uma ambiência acolhedora que integre ações conduzidas associadas à integração social.

Portanto, esse último aspecto, que atravessa em alguma medida toda nossa pesquisa e está presente no cotidiano da assistência em saúde, visa promover a construção de uma rede implicada em saúde, envolvendo elementos orientados aos processos de

trabalho, integração social e a gestão participativa dos planejamentos e ações dos serviços em saúde conectadas ao território vivo.

Antes de encerrarmos essa etapa, é preciso ser justo com alguns autores sobre os quais tomei como referência e inspiração sobre a leitura acerca do cuidado orientado ao encontro em saúde.

O conceito de território como *Ethos*, apresentado na tese de Allan (SAFFIOTTI, 2017) foi um importante marcador acerca da potência de marcar uma forma de organização do território a partir dos modos de se habitar o mundo, envolvendo uma presença do trabalhador e das produções de cuidado feito em ato.

O atrevimento inspirador na produção de Yasui (2006, 1989) em trabalhar questões teóricas importantes a partir de uma leitura acerca do território e saúde efetivamente imbuídos no cenário de vida em saúde e ao seu campo de encontro, serviram como importante motivação no esforço nessa tentativa de construção de um retrato dinâmico da produção do cuidado em saúde.

A leitura sobre o trabalho vivo desenhado por Merhy (2002) também serviu como orientação na construção de uma proposta de desenvolver uma leitura que avalie as implicações da produção de saúde a partir da potência do contato em saúde, do papel da gestão e articulações institucionais.

Referências

AZEVEDO, Álvares. **O cortiço**. São Paulo: Martin Claret, 2012.

AYME, Jean, et al. Les échanges matériels et affectifs dans le travail thérapeutique. **Travailler** v. 1, n. 19, p. 35-58, 2008. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-travailler-2008-1-page-35.html> Acesso em 12/03/18.

BAPTISTA, Luís Antônio. **A cidade dos sábios**. São Paulo: Summus, 1999.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Pereira Passos: Um Haussmann Tropical**. Rio de Janeiro: Biblioteca Carioca, 1992.

Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **LEI Nº 8.142**, Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/pnh-2004.pdf>> Acesso em 22/04/18.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 399, **Pacto pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 4.279 Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNAB, Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf> Acesso em 22/04/18.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional**

de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf> Acesso em 22/04/18.

BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes; NARCISO, Argéria Maria Serráglio; PASTOR, Márcia. **A lógica territorial na política de saúde brasileira. Serviço social em revista.** Londrina, v. 16, n.2, p. 36 - 61, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 12, n. 4, Rio de Janeiro, 2007

CARVALHO, Antônio Pedro (org.) **Temas de arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.** Salvador: Ministério da Saúde, 2002.

CARPMAN, Janet Reizenstein; GRANT, Myron. **Design that cares: planning health facilities for patients and visitors.** San Francisco: Jossey- Bass, 1993.

CORREIA, Fernanda Guimarães. Breve Histórico da Questão Habitacional na Cidade do Rio de Janeiro. **Achegas** (online). Rio de Janeiro, v.31, p. 31- 44, 2006.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely. (org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 15- 40.

DELION, Pierre. Thérapeutiques institutionnelles. **EMC-Psychiatrie**, v. 37, p. 161-166. 2001. Disponível em: <http://www.croixmarinenormandie.com/wp-content/uploads/2015/07/therapeutiquesinstitution.pdf>> acesso em 12/11/17.

DICKENS, Charles. **A christmas Carol.** London: Chapman & Hall, 1843.

EDMUNDO, Luis Edmundo. **O Rio de Janeiro do meu tempo.** Brasília: Senado Federal, Conselho editorial, 2003.

FOUCAULT, Michel. Questions à Michel Foucault sur la géographie. Hérodote, n° 1, p. 71- 85, 1976. In: FOUCAULT, Michel. **Dits et Écrits III.** Paris: Gallimard, 1994.

_____. Poder e saber (1977). In: _____. **Ditos e escritos.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

HETFIELD, James; ULRICH, Lars; HAMMETT, Kirk. Welcome Home (Sanitarium). In: METALLICA. **Master of puppets**. Nova York: Elektra Entertainment Group, 1986, 1 CD (54 min), Faixa 4 (6 min 28 s).

HUGO, Víctor. **Os miseráveis** (Vol. 1 e 2). São Paulo: Martin Claret, 2014.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LAZ, Rogerio; MARLEY, Katia. **Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. São Paulo: Graal, 1978.

MASCARÓ, L.; MASCARÓ, J. **Ambiência urbana**. Porto Alegre: Masquatro, 2009.

MARINS, Paulo César. Habitação e vizinhança. In: SEVCENKO, Nicolau (org.). **História da Vida Privada no Brasil**. São Paulo: Cia. das Letras, 1998.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONKEN, Maurício et al. O território na saúde: construindo referências para análises de saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (orgs.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 23-41.

LEAO, Adriana; BARROS, Sônia. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde soc.** v. 21, n.3, p. 572-586, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/05.pdf>> Acesso em 21/05/2019.

LEFEBVRE, Henri. **La production de l'espace**. Paris: Éditions Anthropos, 1974.

_____. **A Revolução Urbana**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

_____. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência e saúde coletiva**. v.5, n. 2, p. 251- 264, 2000.

PASSOS, Eduardo; EIRADO, André. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana

(Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p.109-130.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 150- 171.

PESSATTI, Mirela. **A INTERCESSÃO ARQUITETURA E SAÚDE: Quando o problema é a falta de espaço na unidade de saúde, qual é o espaço que falta?** 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Unicamp, São Paulo.

OURY, Jean. **Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle**. Paris: Champ social, 2001.

_____. **O coletivo**. São Paulo: Hucitec, 2009.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a História da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

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

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

_____. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**. São Paulo: UNESP, 2018. Livro em formato eletrônico.

SOARES, Carmem. **O pensamento médico higienista e a Educação Física no Brasil: (1850-1930)**. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

SIMON, Hermann. **Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales**. Barcelona: Editorial Salvat, 1937.

SIMONNOT, Nathalie; BALAY, Olivier; FRIOUX, Stéphane. L'Ambiance et l'histoire de l'architecture : l'expérience et l'imaginaire sensibles de l'environnement construit.

Ambiances. Grenoble, v. 2, 2016. Disponível em: <https://ambiances.revues.org/742>> Acesso em:14/06/17.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILLASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. epidemiol. SUS.** v.7, p. 7- 28, 1998.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 10, 3, p. 585-597, 2005.

TOSQUELLES, François. **L'enseignement de la folie.** Paris: Dunod, 2014.

_____. **Le travail thérapeutique en psychiatrie.** Paris: Eres, 2017.

VALLADARES, Licia. A gênese da favela carioca. A produção anterior às ciências sociais. **Rev. bras. Ci. Soc.** (online). v. 15, n. 44, p. 5-34, 2000.

VERDI, Maria Inez Machado. **Da haussmannização às cidades saudáveis: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e do final do século XX.** 2002. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Catarina.

YASUI, Silvio. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, Antônio (org.). **Saúde Loucura.** São Paulo: Hucitec; 1989.

_____. **Rupturas e encontros desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique.** v. 8, n. 1, p. 173 – 190, 2018.

ZALUAR, Alba; ALVITO, Marcos. **Um século de favela.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

ZIMRING, Craig. The built environment as a source of psychological stress: impacts of buildings and cities on satisfaction and behavior. In: COHEN, SHELDON; EVANS, STOKOLS, Daniel; KRANTZ, David. **Behavior Health and Environmental Stress.** New York: Cambridge University Press, 1982.