

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

WALLACE DE LIMA RIBEIRO

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ENTRE O TRANSTORNO MENTAL E O TERRITÓRIO

Vitória
2009

WALLACE DE LIMA RIBEIRO

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ENTRE O TRANSTORNO MENTAL E O TERRITÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na área de concentração Subjetividade e Clínica.

Orientadora: Professora Dra. Maria Cristina Campello Lavrador

**VITÓRIA
2009**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R484a Ribeiro, Wallace de Lima, 1980-
Atenção psicossocial : entre o transtorno mental e o
território / Wallace de Lima Ribeiro. – 2009.
111 f. : il.

Orientador: Maria Cristina Campello Lavrador.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Subjetividade. 2. Clínica médica. 3. Reforma psiquiátrica.
4. Saúde mental. 5. Loucura. I. Lavrador, Maria Cristina
Campello. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

WALLACE DE LIMA RIBEIRO

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 na área de concentração Subjetividade e Clínica.

Aprovada em ___ de _____ de 2009.

Comissão Examinadora

Prof^a. Dra. Maria Cristina Campello Lavrador
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof^a. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli
Pontifca Universidade Católica-BH

A Amyr Klink, por me mostrar na adolescência que através da cartografia é possível utilizar o fluxo dos mares para ir de um continente a outro e, ainda, desfrutar os encantos da travessia;

A Dorival Caymmi, *in memoriam*, que cantou as aventuras dos homens no mar.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e ao meu pai, que me proporcionaram a oportunidade de estudar;

Aos meus irmãos, Wildson e Willian, pela força;

À minha orientadora e amiga, professora Dra. Maria Cristina Campello Lavrador, por sua generosidade;

À professora Dra. Magda Dimenstein, por suas contribuições e por sua participação na banca de defesa da dissertação;

À professora Dra. Roberta Romagnoli por suas adoráveis sugestões e por sua participação na banca de defesa da dissertação;

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da UFES;

À Sonia Pinto, ao Nelson Lucero e ao Robinson Lima intercessores em todas as horas;

Aos amigos do mestrado Thiago Mansur e Alexandre Cunha pela parceria;

À Sônia, secretaria e anjo da guarda do Programa;

Aos geógrafos Norberto Nogueira Caus e Eduardo Pedrosa;

Ao historiador Guilherme Ramalho;

Ao biólogo Ciro Vilar;

À querida Vera Colodetti, pela revisão do texto;

Às pessoas que freqüentam o CAPS, que me proporcionaram um outro “olhar” sob Guarapari;

À FAPES, pela concessão da bolsa de estudos.

Epígrafe

“Durante muito tempo a psiquiatria foi uma disciplina normativa, falando em nome da razão, da autoridade e do direito, numa dupla relação com os asilos e os tribunais. Depois veio a psicanálise como disciplina interpretativa: loucura, perversão, neurose; procurava-se descobrir o que isso queria dizer por dentro. Hoje, reclamamos os direitos de um novo funcionalismo: não mais o que quer dizer, mas como isso marcha, como isso funciona. É como se o desejo não quisesse dizer mais nada e fosse um agenciamento de pequenas máquinas, *máquinas desejanter*, sempre em relação particular com as grandes máquinas sociais e as máquinas técnicas. E quanto a você? Quais são suas máquinas desejanter?”

(Gilles Deleuze, *A ilha deserta*, p. 308).

Resumo

Este trabalho analisa o processo de desinstitucionalização da loucura na rede de relações entre práticas, discursos e saberes, que envolvem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Guarapari – ES. Utilizou-se como recurso metodológico a Cartografia para acompanhar as linhas e tendências da Reforma Psiquiátrica. Assim, a pesquisa envolve uma postura ético-política a favor da vida, que implica processos nos quais possam emergir as novas sensibilidades, novas expressões, novos modos de pensar e de agir, enfim de novas possibilidades de encarar a vida. Foram adotadas fontes de pesquisa diversificadas. Os operadores conceituais emergiram ora de referências bibliográficas, ora de documentos, ora do contato com as pessoas que freqüentam o CAPS, ora da observação das atividades, ora de entrevistas programadas, ora de conversas informais, ora de passeios, para tornar visíveis as práticas de atenção psicossocial realizadas nesse CAPS. Podemos acompanhar, portanto, que as práticas, os discursos e os saberes sobre a atenção psicossocial se configuram num agenciamento de linhas de forças. De um lado as práticas, os discursos e os saberes, codificados com uma linha clínico-biomédica, com o diagnóstico/prognóstico/tratamento, o que produz o transtorno mental severo e persistente. De outro lado, uma linha de sobrecodificação nos aparelhos do Estado. Entre elas, passa uma linha de atuação inscrita no território, que leva as práticas e discursos para fora dos muros do manicômio, que envolve uma atuação na sociedade, uma luta por mudança cultural, por respeito às diferenças, por direitos e cidadania das pessoas psiquiatrizadas, enfim, uma linha traçada na circulação pela cidade.

Palavras-chave: Subjetividade, clínica, saúde mental, Reforma Psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial, desinstitucionalização da loucura.

Abstract

This paper examines the process of deinstitutionalization of madness in the network of relationships between practices, discourses and knowledge, involving the Center for Psychosocial Care (CAPS) in the municipality of Guarapari - ES. Was used as a methodological resource mapping to monitor the lines and trends of Psychiatric Reform process. Thus, the research involves an ethical-political stance in favor of life, which involves processes that may emerge in the new sensitivities, new expressions, new ways of thinking and acting, short of new possibilities to face life. Was used to search different sources. Operators now emerged of conceptual references, some documents, either from contact with people who attend the CAPS, now the observation of activities, some interviews scheduled, either in informal conversations, sometimes for walks, to make visible the practices of psychosocial care taken in CAPS. You can follow, therefore, that the practices, discourses and knowledge about the psychosocial care is an agency set of lines of forces. On one hand the practices, discourses and knowledge, encoded with a line-clinical biomedical sciences, with the diagnosis / prognosis / treatment, which produces severe and persistent mental disorder. In addition, a line of appliances to coding in the state. Among them, is a line of action written in the territory, it takes practice and discourse outside the walls of the asylum, which involves a role in society, a struggle for cultural change, in respect for differences, for rights and citizenship for patient psychiatric, finally, is a line drawn in the movement in the city.

Keywords: Subjectivity, clinical, mental health, Mental Illness, Center for Psychosocial Care, institutionalization of madness.

Sumário

Apresentação	1
2	
1 - Institucionalização e Desinstitucionalização	17
1.1 - Um breve comentário sobre o conceito de Instituição	18
1.2 - Uma instituição chamada loucura	21
1.3 - Desinstitucionalização da loucura e Reforma Psiquiátrica	24
1.4 - A Reforma Psiquiátrica no Espírito Santo	29
1.5 - A Clínica Médica	33
1.6 - O Modo de Atenção Psicossocial.....	37
2 - Percurso Cartográfico	41
2.1 - Anotações sobre as linhas cartográficas	42
2.2 - O caminhar	46
2.3 - Um acontecimento	55
3 - Territorialidades	58
3.1 - Atenção psicossocial e atuação territorial.....	59
3.2 - O conceito de território na Etologia	63
3.3 – O conceito de território na Filosofia de Deleuze e Guattari	65
3.4 - O conceito de território na abordagem antropológica	70
3.5 – O conceito de território na Geografia.....	78

3.6 - O conceito de território na Vigilância em Saúde	82
3.6.1 - A produção histórica da Vigilância em Saúde.....	85
3.6.2 - Distrito Sanitário: o território como processo de informação.....	89
4 - Conclusão	93
5 - Referências bibliográficas	98
6 – Anexo I	112

APRESENTAÇÃO

Minha jangada vai sair pro mar
Vou trabalhar meu bem querer
Se Deus quiser vou agradecer
Um peixe bom eu vou trazer.
(Dorival Caymmi, Pescaria)

Esta dissertação propõe trazer para o debate da desinstitucionalização da loucura uma questão específica: por que o CAPS se destina a atender os casos de Transtorno Mental Severo e Persistente?

Precisava responder essa pergunta. Era urgente! Vidas estavam em jogo. Homens, mulheres, crianças, famílias inteiras que aguardavam ansiosas por uma resposta. Foi necessário buscar alguns aliados, pois estava diante de algo grande demais para mim.

À medida que investigávamos como esse dispositivo, denominado de transtorno mental severo e persistente, foi produzido, linhas de possibilidades para a atenção psicossocial foram ganhando visibilidade.

Tudo começou no bairro de Perocão, município de Guarapari, região litorânea ao sul do Espírito Santo, onde eu realizava uma série de atividades junto à comunidade. Participava de uma ONG que iniciou seus trabalhos com educação ambiental e reciclagem de óleo de embarcações pesqueiras. Em contato com os pescadores o fundador da ONG verificou que era necessário realizar ações com as famílias dos pescadores. A ONG passou também a oferecer atividades esportivas e culturais – futebol, capoeira, judô e dança - para crianças e adolescentes da comunidade. À noite curso de costura e artesanato para mulheres. Logo, ela se transformou em Ponto de Cultura, sendo contemplada com o Programa Cultura Viva do Ministério da Cultura.

No verão de 2004, de férias em Guarapari conheci o trabalho da ONG. Fiquei maravilhado. Resolvi visitar sua sede. O seu presidente, sempre solícito, nos recebeu – eu e minha amiga psicóloga - como muita cordialidade. Naquele instante visualizei o potencial daquela comunidade, onde, literalmente, todos participavam da gestão da ONG, e porque não dizer da comunidade.

Ao perceber que todos eram voluntários me propus a ajudar. O presidente da ONG agradeceu falando que eu seria muito útil, uma vez que uma psicóloga fazia um trabalho importantíssimo na comunidade. Mas ela havia passado em concurso e

assumi o cargo em outro município. Eu que era recém formado, aceitei o desafio com prazer.

Neste período, a ONG estava num ritmo intenso de realizações. Os projetos se concretizando em ações para a comunidade. Pessoas vindas de vários lugares e instâncias: públicas – federais, estaduais e municipais – privadas – pequenas e grandes empresas - municípios e Estados. Enfim, a ONG tornou-se um imenso agenciamento coletivo de enunciação.

Como entramos em contato direto com a comunidade, muitas pessoas ficam sabendo que na ONG existe um psicólogo. Isto vai se espalhando. A procura por acompanhamento psicológico ficou alta, a ponto de tomar o tempo de outras atividades que desenvolvia. Acolhia as pessoas tentando visualizar as possibilidades de potencializar suas vidas. Quando se tratava de criança, acompanhava e apresentava as atividades esportivas e culturais, que de imediato lhe despertava o interesse. Quando se tratava de adulto, fazia o acolhimento e convidava para participar das atividades da ONG, mas por curiosidade, perguntava se havia procurado acompanhamento na Unidade de Saúde do bairro.

Algumas pessoas disseram haver procurado a Unidade de Saúde, mas foram informadas que atendimentos psicológico e psiquiátrico eram realizados apenas no CAPS. Contudo, ao se encaminharem ao serviço não foram atendidas porque, segundo elas, não possuíam transtorno mental severo e persistente. Numa tentativa de tentar entender porque isso ocorria, em 2007 participei do processo seletivo do Mestrado de Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) com o projeto cuja proposta era analisar as práticas cotidianas de atenção psicossocial do CAPS.

Após a convocação dos aprovados, o trabalho começou. Houve uma conversa com a orientadora, em que ela sugeriu uma aproximação com o tema da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização da loucura. Foi um longo percurso de pesquisa. Dois anos

nesse processo: da comunidade à academia, da academia à comunidade, num fluxo incessante de produção de conhecimento, afetos e intensidades.

A dissertação traz escrita as linhas que seguimos na pesquisa. É uma cartografia das práticas do CAPS de Guarapari, localizado em Santa Mônica, comunidade vizinha à Perocão, onde foi possível acompanhar o que a Reforma Psiquiátrica coloca em funcionamento. Buscou-se fazer um diagrama, evidenciando as linhas que traçam o plano de imanência desse interminável processo de desinstitucionalização da loucura.

Portanto, no primeiro capítulo é analisado o processo de institucionalização e de desinstitucionalização da loucura. A princípio, buscou-se definir o conceito de instituição, seus contornos e as formas de analisá-la. Nele começa a ser delineada a estratégia metodológica que vamos utilizar, denominada de Cartografia, visto que um dos seus criadores Félix Guattari, foi um expoente do movimento da Análise Institucional francesa, realizando um importante trabalho de Psicoterapia Institucional dentro da Clínica La Borde, que se tornou referência mundial de Reforma Psiquiátrica. Depois, a partir das obras de Michel Foucault destaca-se como os dispositivos biomédicos operam a institucionalização da loucura em doença mental, num processo de codificação das práticas, discursos e saberes que a envolvem. Em seguida, percorremos os caminhos desbravados pelos movimentos da Reforma Psiquiátrica, em especial pela Psiquiatria Democrática Italiana devido às influências de um dos seus expoentes Franco Basaglia no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, para delinear as tendências e os desafios da desinstitucionalização da loucura. Dando seqüência, realizamos um resgate histórico do processo da Reforma Psiquiátrica no Espírito Santo e o que ela coloca em funcionamento. A clínica médica também é analisada para evidenciar sua operação. Ao final, busca-se delinear as diretrizes do modo de atenção psicossocial.

No segundo capítulo é apresentado o recurso metodológico utilizado na pesquisa, sua fundamentação teórica e sua aplicação. O recurso de análise, denominado de Cartografia, implica um engajamento ético-político do pesquisador, no qual a produção

de conhecimento está diretamente relacionada à criação de territórios de vida mais potentes, mais afirmativos e democráticos, em sua radicalidade da constituição do comum. Abordamos a produção de conhecimento sempre em seu estágio provisório, processual e imprevisível, cuja função da análise seja muito mais apontar tendências do que verdades prontas e definitivas. Uma produção de conhecimento que ocorre de acordo com os acontecimentos e experimentações. Portanto, falamos em cartografias provisórias das práticas de atenção psicossocial, em que só há linhas e tendências de atuação. Assim, esse capítulo registra o percurso traçado na pesquisa de campo, os acontecimentos produtores de bifurcações, de novos caminhos e, ainda, da elaboração desta experiência.

Por uma questão de prudência, buscou-se no terceiro capítulo fundamentar as experimentações realizadas durante a pesquisa. Dado que o aprendiz de cartógrafo se aventurou em fazer ver e fazer passar uma linha de atuação, nômade, inscrita no território. Esse capítulo aborda o conceito de território em sua multiplicidade, trazendo a contribuição, da Etologia, da Filosofia de Deleuze e Guattari, das Abordagens Antropológicas, da Geografia e da Vigilância em Saúde, oferecendo elementos para uma atuação transdisciplinar sobre o território. Enfim, registra uma Atenção Psicossocial que passa entre o transtorno mental e o território.

**1. INSTITUCIONALIZAÇÃO
E
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

1.1 – Um breve comentário sobre o conceito de Instituição

Ao longo do tempo, o conceito de Instituição foi se modificando. Existem diversas obras que examinam detalhadamente as distintas concepções desse termo. Ao diferenciar o conceito, instrumentos de análise foram forjados.

Lourau (1975) e Lapassade (1977) questionam o uso do conceito de Instituição na Sociologia, na Filosofia Jurídica, no senso comum, nas teorias e técnicas de grupo. Segundo esses autores, a Sociologia, as teorias de grupo e o senso comum definem frequentemente o nível institucional como sinônimo do nível organizacional. As práticas jurídicas e burocráticas definem Instituição como Lei. O sentido jurídico do conceito envolve diversas categorias de corpos constituídos e de órgãos oficiais que funcionam para a regulação da vida em sociedade. Conforme os autores, assim como uma lei é estabelecida, a rede de discursos, práticas e saberes, estabelecem a Instituição.

O termo Instituição pode referir-se também às constituições políticas, aos aparelhos encarregados de execução e do controle das leis, bem como aos preconceitos, às modas, às superstições etc. Todas essas regras, normas, costumes e tradições que o indivíduo encontra na sociedade são o que está instituído e pode ser estudado de maneira objetiva. Essa ordem do instituído foi privilegiada tanto por aqueles que têm uma concepção objetiva do direito quanto pela Sociologia Positivista.¹

De acordo com Lourau (2004), as instituições são normas. Um sistema de regras que incide sobre a vida dos indivíduos, dos grupos sociais, seus modos de agir, suas formas de relacionamento, enfim das formas sociais organizadas. Nas teorias e técnicas de grupo, com frequência, os estabelecimentos (fábrica, hospital, escola, sindicato...) são chamados de instituições. Entretanto, para Lourau (2004), não se trata de confusão entre duas concepções diferentes do termo, visto que essas formações sociais singulares podem ser consideradas como sistemas de regras unidas a outros sistemas de regra, formando, em conjunto, o tecido estabelecido da sociedade.

¹ Consideram-se representantes da sociologia positivista: Durkheim, Saint-Simon, Augusto Conte e Spencer.

Hoje em dia já não é possível conceber as instituições como um estrato, uma instância ou um nível de uma formação social determinada. Pelo contrário é necessário definir instituição como um cruzamento de instâncias (econômicas, políticas, ideológicas e desejantes) e afirmar além do mais, empregando a linguagem da análise institucional : se é certo que toda instituição é atravessada por todos os níveis de uma formação social, a instituição deve ser definida necessariamente pela transversalidade. (LOURAU, 2004, p.76)

Sendo assim, não podemos considerar a instituição como um nível apenas, porque se encontra presente também em todos os outros segmentos. Trata-se de uma dimensão fundamental que atravessa e funde todos os níveis da rede social. É uma instância que atravessa e é atravessada por outras instâncias: a da organização, a do grupo, do indivíduo e das relações humanas. Convém, portanto, verificar seu grau de transversalidade, isto é, como ela atravessa as demais produções sociais.

Segundo Deleuze (2001), a Instituição é uma regra geral que atualiza uma série de tendências. Para conhecê-la é necessário analisar a rede de relações entre necessidades, circunstâncias e a invenção de regras. A instituição é produzida e é modificada no enunciado das situações, das circunstâncias possíveis. Trata-se de um verdadeiro empreendimento, um sistema inventado de dispositivos sociais, uma produção histórica.

Todavia, produzidas historicamente, as instituições muitas vezes são consideradas eternas, fixas e necessárias à vida em sociedade. Sua naturalização leva ao desconhecimento do funcionamento da sociedade, suas tendências, suas lutas de classes e seus modos de produção.

A alienação social ocorre com a autonomia institucional, a dominação do instituído fundada no esquecimento das lutas de forças que fazem emergir a instituição. (Lourau 2004). A Análise Institucional revela esse esquecimento ao questionar o processo de institucionalização, quando os processos históricos de crise, de mudança e de revolução da sociedade disparam os movimentos instituintes de transformação das instituições.

Entretanto, desde seu surgimento o movimento institucionalista pôs ênfase na tensão entre o instituído e o instituinte nos processos de institucionalização, numa visão dialética que coloca o instituído e o instituinte em polos opostos.

Félix Guattari, após fundar a Análise Institucional, através de suas experiências na clínica de La Borde em Cour-Cheverny, França, onde se tentava formular as bases teóricas e prática da Psicoterapia Institucional (DELEUZE, 1990, p. 24), rompe com essa visão dialética e dicotômica ao se juntar ao filósofo Gilles Deleuze, vendo as instituições em sua multiplicidade. Eles criam a cartografia como instrumento de análise das linhas de força que atravessam as instituições, os desejos e todas as formações sociais.

Assim, vamos abordar a desinstitucionalização da loucura como um processo de institucionalização, fazendo uma cartografia das práticas do CAPS, analisando a multiplicidade de linhas que tecem seu plano de imanência, isto é, seu plano contínuo de produção.

Nessa cartografia existem linhas molares, segmentares, que codificam a loucura e sobrecodificam-na, definem seus nomes, seus territórios e seus circuitos. Existem linhas moleculares, de fuga, que a levam para outros territórios e outros circuitos, que transcodificam os discursos e as práticas sobre a loucura. Linhas que se cruzam sem cessar. No agenciamento dessas linhas, as configurações da loucura vão se institucionalizando ao longo da história, ora doença mental, ora sofrimento psíquico, ora transtorno mental severo e persistente. Nesse sentido, uma cartografia das práticas sobre a loucura será sempre provisória e acompanha as linhas que entram nesse jogo, envolve um grau de prudência necessário para pensarmos os caminhos da desinstitucionalização da loucura.

1.2 - Uma instituição chamada loucura

Foucault (2006) desvendou o processo de institucionalização da loucura na rede de relações entre práticas, discursos e saberes que funda a Psiquiatria. Suas pesquisas registram a produção social e histórica do dispositivo doença mental, desnaturalizando o procedimento aprisionador que emerge na Era Moderna, quando a experiência da loucura foi submetida às classificações e tratamentos da clínica médica.

O conceito de dispositivo envolve uma multiplicidade de discursos, de instituições, de estruturas arquitetônicas, de normas, de leis, de medidas administrativas e de enunciados científicos. (Foucault, 2007b, p. 244)

Segundo Foucault (2007a) havia na Idade Média uma diferente percepção social da loucura. Existia, naquela época, a exclusão, mas ocorria de outra forma. Os loucos faziam peregrinações sem fim. Eles eram ignorados pela burguesia emergente, mas podiam circular.

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escoraçavam-nos de seus muros, deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confinados a grupos de mercadores peregrinos. Esse costume era freqüente, particularmente na Alemanha durante a primeira metade do século XV. (FOUCAULT, 2007, p. 09).

A partir do século XIX, a loucura passa a ser objeto do saber médico. A caracterização do louco enquanto imprevisível, personagem representante de periculosidade e risco social institucionaliza a Psiquiatria como disciplina médica e o manicômio como espaço de tratamento. O enclausuramento acontece mediante a inclusão de louco em uma categoria específica: a dos doentes mentais.

Foucault (2006), afirma que a Psiquiatria emerge de uma série de efeitos da história da Medicina. O aparecimento da Neurologia, mais exatamente da Neuropatologia, deu-se a partir do momento em que se começou a separar a loucura de outros inúmeros distúrbios dentro dos hospitais cuja sede neurológica e causa neuropatológica podiam efetivamente ser determinadas.

Os estudos dos quadros clínicos definidos, mas sem localização anatômica, institucionalizam o saber psiquiátrico. A ausência de sinais corporais evidentes leva à emergência de práticas e saberes que reduzem toda a singularidade da loucura à obediência aos paradigmas da racionalidade e verdade médica, proporcionando a criação de uma rede de biopoderes e disciplinas que produziram a exclusão do louco em espaços asilares.

Para Castel (1978), a Psiquiatria é a síntese do arranjo nosográfico das doenças mentais, da organização do espaço manicomial, da imposição de uma relação específica médico-doente e do tratamento moral.

Com Foucault (2006) podemos acompanhar como a prática psiquiátrica se desenvolveu no século XIX, como se manipulavam a loucura e os loucos no asilo, percebendo como essa prática era um dispositivo produtor de verdade, e de certo modo, sob a garantia do discurso nosológico, das espécies de doenças, e do discurso anatomopatológico, dos correlatos orgânicos, discursos que, devido à clínica médica, eram hegemônicos.

Porém, Foucault (2006) afirma que a prática psiquiátrica nunca se servia desses discursos, ou só se servia por referência, de certo modo se articulando a eles. As práticas psiquiátricas não empregavam efetivamente seu saber ou o quase saber que estavam acumulando, seja na grade nosológica, seja nas observações anatomopatológicas. Esses dois discursos não eram determinantes para as distribuições asilares, para indicar a maneira como os doentes eram classificados, como eram distribuídos no hospital psiquiátrico, o regime dado a eles, como as tarefas lhes eram impostas, para dizer quem era curável ou incurável.

Esses dois discursos eram simplesmente espécies de garantias de verdade de uma prática psiquiátrica que precisava de uma verdade que lhe fosse dada de uma vez por todas e não fosse mais questionada. A nosografia médica e a anatomia patológica constituíam a garantia definitiva de uma verdade que nunca seria questionada na prática do cuidado.

Se a Psiquiatria não detém a verdade em seus conteúdos, pelo menos detém todos os critérios de verdade. Como saber científico, detém assim os critérios de verificação e codificação da realidade, que a psiquiatria associa a um poder para impor a todos os corpos hospitalizados. Nesse sentido, a psiquiatria é um sobrepoder da realidade, à medida que detém algo que é verdade em relação à loucura.

É nisso que podemos, creio, identificar um dos traços fundamentais do que eu chamaria de microfísica do poder asilar: esse jogo entre corpo do louco e o corpo do psiquiatra que está acima dele, que o domina, que o sobrepuja e ao mesmo tempo, o absorve. É isso, com todos os efeitos que são próprios de um jogo assim, que me parece caracterizar a microfísica do poder psiquiátrico. (FOUCAULT, 2006,p.236)

O modo como esses elementos foram postos em jogo - essa lei do poder do outro, esse prestígio dado à palavra do médico, que codifica a loucura, como doença mental, essa obrigação da anamnese, a tentativa de vir à tona uma causa, institui o poder psiquiátrico.

Por volta dos anos 1840-1860, houve uma difusão, uma espécie de migração desse poder psiquiátrico como tática de sujeição dos corpos num certo número de instituições, de outros regimes disciplinares a que ele veio, de certo modo, se adicionar. Em outras palavras, o poder psiquiátrico, como tática de sujeição dos corpos numa certa física do poder, como poder de intensificação da realidade, como constituições dos indivíduos ao mesmo tempo receptores e portadores de realidade, se disseminou. Uma instituição que funciona para engendrar subjetividades.

Dessa forma, de acordo com Foucault (2006), a Psiquiatria exerce a função de intensificação do real, pois faz o saber funcionar como poder. Como ocorreu com a transposição do saber psiquiátrico para o campo judiciário na caracterização do louco enquanto personagem representante de periculosidade e risco social e o manicômio como espaço de tratamento.

Os projetos higienistas também perpetuaram o saber biomédico nas políticas urbanas, que trouxeram novas formas de organização social, quando a sociedade burguesa não

queria ver a 'degenerescência'. Benjamim (1986), aponta como os estabelecimentos hospitalares serviam à burguesia para manter distante as coisas virtualmente transmissíveis, contagiosas e perigosas, sendo a loucura uma delas. As cidades que emergiram sobre ideais positivistas e higienistas passam a construir inúmeros manicômios.

Contudo, desde o seu nascimento os manicômios foram questionados. Os métodos de tratamento não geravam os efeitos esperados. Eram locais de reclusão, justificados pelo discurso médico. Os movimentos sociais, que ganharam força no período pós-guerra lutando pela emancipação dos direitos humanos, provocaram o questionamento desse modelo de tratamento da loucura, das práticas e dos saberes que o legitimam.

1.3 - Desinstitucionalização da loucura e Reforma Psiquiátrica

O processo de desinstitucionalização da loucura e da Reforma Psiquiátrica compõe um amplo agenciamento coletivo de enunciação, que emerge após a segunda guerra mundial, para a reconstrução das instituições sociais. O horror da guerra abalou o mundo. Um intenso debate é disparado para redefinir a política, a economia e as funções do Estado. Os movimentos sociais que reivindicavam a emancipação dos direitos humanos se propagam, colocando em análise as instituições, numa tentativa de evitar que as produções humanas jamais provocassem uma tragédia naquelas proporções (Barros, 2008)

A psiquiatria clássica, então, passou por uma crise, tanto prática quanto teórica, principalmente, porque o seu objeto mudou radicalmente. Ele deixou de ser o tratamento da doença mental para ser a produção de saúde mental. É nesse contexto de crise que emergem as novas experiências em psiquiatria, ou melhor, em saúde mental. A Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva,

representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar, enfim, a Anti-Psiquiatria e as reformas surgidas a partir de Franco Basaglia, como provocadoras de rupturas, questionando todo o dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições que o justificam.

A Psiquiatria Democrática Italiana realizou uma série de denúncias de violências contra “doentes mentais” nos manicômios. Franco Basaglia, um expoente do movimento italiano, propõem uma reforma da psiquiatria através da desmontagem radical dos Hospitais Psiquiátricos. Houve, então, a necessidade de um projeto que permitisse a continuidade de assistência das pessoas psiquiatrizadas.

Com o apoio de vários movimentos sociais, a Psiquiatria Democrática Italiana conseguiu sancionar em 1978 a Lei 180, que determinava o gradual fechamento dos manicômios e a criação de serviços substitutos capazes de garantir a continuidade do tratamento fora dos muros hospitalares. Assim surgem as cooperativas de trabalho, os centros de atenção psicossociais, internações em hospitais gerais e os dispositivos residenciais.

Para Amarante (1995), a desinstitucionalização italiana tornou-se um processo social complexo que começa pela crítica dos saberes racionalistas de solução de problemas como normalmente é aplicada em Psiquiatria; passa pela transformação das relações de poder entre pacientes e profissionais de saúde; busca construir estruturas em saúde mental que substituam totalmente a internação em hospitais psiquiátricos, desmontando e subvertendo os seus recursos materiais e humanos.

A instituição problematizada pela Psiquiatria Democrática Italiana era o conjunto de aparatos científicos, regras legislativas, administrativas, de códigos de referência cultural e de relações de poder que produziam um sujeito bem preciso: “o doente mental”, sobre o qual foi imposto, no manicômio, a “periculosidade”.

Rottelli (2001) afirma que o processo de desinstitucionalização envolve essas questões

porque o objeto da psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade nem a doença mental – entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa. O objeto da psiquiatria basagliana sempre foi a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social.

O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício- a doença mental – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. (ROTTELLI, 2001, p. 90)

A separação produzida pela clínica médica, a saber: o “olhar” sob o corpo e a classificação dos sintomas, faz emergir os conjuntos institucionais, todos referidos à doença, que a psiquiatria democrática italiana buscou desmontar para retomar o contato como a existência dos pacientes enquanto existência em sofrimento.

A ruptura do paradigma clínico, que funda essas instituições, foi um dos principais objetivos do projeto da desinstitucionalização disparado pela Psiquiatria Democrática Italiana. Uma desinstitucionalização do saber mecanicista de causa-efeito na análise da produção da loucura. Desinstitucionalizar, assim, para os italianos, tornou-se um modo de lutar contra uma violência, lutar por uma transformação cultural de respeito às diferenças e de transformação do saber dos técnicos, aprisionado a uma lógica que não deseja uma análise histórica mais consistente. Para os atores dessa experiência esse princípio é imprescindível para a desconstrução do manicômio.

Logo, a instituição negada pela psiquiatria democrática italiana foi tanto o manicômio quanto o saber de causalidade linear da clínica. O diagnóstico, o prognóstico e a intervenção médica fazem emergir, a cada relação de causa e efeito da loucura, um dispositivo institucional. Quando ela é vista como doença, emerge o Hospital Geral. Para a periculosidade da loucura, emerge o manicômio.

Conforme Basaglia (1985), a psiquiatria sempre colocou o homem entre parêntese, se preocupando apenas com a doença. Em contra partida, a experiência de Trieste pretendia responder às necessidades das pessoas, tirando-as do parêntese em que foram postas pela doença mental e todos os conceitos que a ela se referiam.

No entanto, quando o processo de institucionalização do objeto de saber psiquiátrico foi evidenciado, o sofrimento da existência humana apareceu em primeiro plano. Segundo Rotelli (2001), o verdadeiro objeto de saber da psiquiatria democrática italiana tornou-se a existência do paciente em sua relação com o corpo social. A análise passou a focalizar a relação miserável que existe entre as instituições e o sofrimento das pessoas. O projeto de desinstitucionalização converge, pois, para a reconstrução da complexidade na loucura, a qual a instituição clínico-psiquiátrica havia reduzido, usando, por vezes, até a violência.

A verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto. (ROTTELLI, 2001, p. 93)

Logo, o processo de desinstitucionalização visa à construção de um saber sobre a loucura e o sofrimento da existência, que a encare como um evento de alta complexidade.

Conforme Desviat (1999), a experiência italiana promoveu desdobramentos em diversos países, inclusive no Brasil, onde houve ressonância com uma série de movimentos sociais pela democracia e emancipação da cidadania, que se instalou no final da década de 70, desencadeando o amplo processo coletivo de discussão dos modelos de assistência psiquiátrica realizadas no país.

Assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se constitui numa autêntica luta pelos direitos humanos e contra a indústria da loucura, que se instalava no país através dos hospitais psiquiátricos particulares, e conveniados ao governo federal, que produziam a sua cronificação. Uma indústria atravessada pelo poder da corrupção, com custos elevadíssimos de assistência psiquiátrica, indo de encontro às necessidades de saúde pública do país.

Essa condição dramática da Psiquiatria do Brasil, os altos custos, a indignação provocados pela violação dos direitos humanos dos internados, desencadearam um movimento de protesto que se consolidou através do amplo desejo que havia no país,

de democracia, de cidadania e de justiça social.

As reformas na psiquiatria brasileira começaram a partir dos movimentos dos trabalhadores de saúde mental. Influenciados pela luta contra a ditadura militar, eles aliaram-se a movimentos de familiares e usuários, a sindicatos e a outros movimentos sociais. Aos poucos, as mudanças das instituições foram acontecendo. De acordo com Amarante (1995), houve a humanização das enfermarias, trabalhos em grupo operativos e a substituição gradativa dos Hospitais psiquiátricos por serviços no território, com a implantação de centros de atenção psicossocial.

De acordo com Benevides (2003), a Reforma Psiquiátrica no Brasil segue as diretrizes de construção da cidadania, historicamente negada aos loucos; da extinção do hospital psiquiátrico e construção de serviços substitutos, assistência aos usuários e seus familiares e atuação junto à comunidade e à cidade, visando mediar/favorecer a reintegração dos pacientes psiquiátricos.

Essas diretrizes que definem as novas coordenadas das práticas de saúde mental, ganham força com a pronuncia da Organização Panamericana da Saúde –OPAS/OMS, quando, em 1990, realizou a Conferência Regional para a Reestruturação Psiquiátrica na América Latina, na qual se redigiram as resoluções nomeadas Declaração de Caracas.

Segundo Hirdes (2009), a Declaração de Caracas foi um marco histórico que permitiu uma reformulação no setor de saúde mental. Nela, os países da América Latina, inclusive o Brasil, se comprometeram a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.

Atualmente no Brasil, os decretos 251 e 336 do Ministério da Saúde que asseguram o funcionamento dos CAPS injetaram força a nossa Reforma Psiquiátrica (BRASIL 2004a,

2004b).

Embora o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil se efetive de diversos modos e em diferentes tempos, suas linhas traçam um plano imanente que não se restringe aos saberes, discursos e práticas psiquiátricas, mas atravessa toda a sociedade num movimento contagiante de respeito às diferenças, de luta pela cidadania das pessoas que enfrentam a experiência da loucura e de construção de práticas humanizadas de saúde. Um processo contínuo de desinstitucionalização da loucura, onde sua extensão vai depender dos agenciamentos coletivos entre os mais diversos elementos, os profissionais de saúde, os movimentos civis organizados, os grupos políticos, econômicos, a academia científica, enfim, dos agenciamentos coletivos de enunciação.

1.4 - A Reforma Psiquiátrica no ES

Foram esses agenciamentos coletivos de enunciação que dispararam a substituição de uma prática psiquiátrica enclausuradora e voltada para interesses privados por uma mobilização política de transformação da psiquiatria como prática social. Agenciamentos que fizeram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental realizar em Vitória o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, iniciativa adotada por outras regiões.

A organização deste primeiro encontro representa, portanto, uma estratégia de articular os vários dirigentes para discutir e rever suas práticas de criar mecanismos e condições de auto-reforço e cooperação mútua. (AMARANTES, 1995, p. 71)

Nesse encontro são discutidos os programas, os planejamentos da assistência psiquiátrica nos Estados da Federação, de trabalho integrado e a definição de uma política de saúde mental para a região. O que se desejou com esse encontro foi aperfeiçoar as ações integradas de saúde mental em um sistema único de saúde e assim, formular a política nacional de saúde mental. Convém destacar que nesse encontro é apontada a necessidade da regionalização, da integração e participação da

comunidade nas decisões das diretrizes políticas e sua avaliação, como princípio básico na reformulação do setor de saúde mental no país. Dentre as estratégias que emergem para efetivar essa mudança está a redução do número de leitos psiquiátricos, transformando-os em recursos extra-hospitalares (hospital dia, hospital noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários) ou por leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

O relatório do encontro gerou a “Carta de Vitória”, um manifesto público exigindo que os hospitais psiquiátricos se transformassem em locais dignos e apropriados para pacientes internados; a divulgação das Ações Integradas de Saúde (AIS), pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Ministério da Saúde e Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), fortalecimento da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), o controle eficaz dos psicotrópicos; uma ampla discussão referente à assistência aos direitos humanos dos pacientes e a legislação civil e penal de pacientes psiquiátricos.

Também foram criadas as Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental, a serem implantadas em todos os estados e nos municípios da região sudeste, sendo composto por superintendentes de todos os órgãos institucionais do sistema de saúde (MS, INAMPS, Universidades).

Para Amarante (1995), os efeitos desse encontro no país foram imediatos. Houve a criação do seguro-desemprego para impedir que a articulação entre a perícia médica do INPS e o aparelho psiquiátrico continuasse a funcionar como mecanismo criminoso da substituição de um sistema de seguridade social injusta. Além do mais, diante do diagnóstico apresentado sobre as péssimas condições do Hospital Adauto Botelho ocorreu a sua reformulação administrativa e assistencial.

Em dezembro de 1996, foi sancionada no Estado a Lei nº. 5267, que dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências à saúde mental no Espírito Santo.

Apesar de manter o caráter estigmatizante da doença mental em seus termos, essa lei pode ser considerada um avanço nas políticas de saúde mental do Estado. Com ela ficou instituído o direito das pessoas psiquiatrizadas de receber visita particular, de trocar correspondência em sigilo, ter acesso e portar objetos essenciais à vida diária, praticar sua religião ou crença, de se comunicar com as pessoas que desejarem, ter acesso aos meios de comunicação disponíveis e, também, ao seu prontuário e demais documentos a elas referentes.

Essa lei também exige que o Ministério Público, a Comissão de Ética Médica da instituição e o Conselho de Medicina sejam informados sobre os casos de internação psiquiátrica compulsória, no prazo de quarenta e oito horas, obrigando a um membro do Ministério Público a realizar visita ao paciente e ouvi-lo, assim como seus familiares, os médicos e a equipe técnica, para verificar a procedência da internação. Caso a internação seja considerada legal, ela terá um prazo de validade de vinte dias, sendo avaliada após esse período, por um relatório médico que justifique a permanência e indique o programa terapêutico a ser adotado, que deverá ser encaminhado ao Ministério Público.

Além do mais, a lei institui as novas diretrizes das políticas estaduais de saúde mental, indo ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica. Com ela o Poder Público passa a adotar medidas para a implantação de serviços substitutivos dos Hospitais Psiquiátricos, tendo em vista garantir a gradual extinção de leitos manicomiais, transferindo, a cada ano e de forma progressiva, os recursos da modalidade de internação integral para a rede de serviços. Logo, a prioridade dos recursos orçamentários, materiais e humanos passou a ser o tratamento em ambulatórios; centro de convivência; centros de atenção psicossocial; lares protegidos e unidades psiquiátricas em hospital geral.

Os espaços deliberativos, como a Conferência Estadual de Saúde Mental em 2001, os colegiados locais, como o Fórum Estadual de Saúde Mental e o Núcleo Estadual da

Luta Antimanicomial, que se consolidaram como espaços de veiculação de informações, troca de experiências, pactuação, planejamento, socialização e reivindicação, ajudam a delinear a rede de atenção em saúde mental no Espírito Santo, de forma compartilhada entre os gestores, profissionais da saúde, usuários e familiares.

Visto que as Normas Operacionais de Saúde, especialmente, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02) BRASIL (2002), ampliaram as responsabilidades dos municípios na garantia de acesso a serviços na Atenção Básica e definiram o processo de regionalização da assistência, o Plano Estadual de Saúde passou a trabalhar numa perspectiva de assistência territorializada com a implantação de serviços regionalizados que atendam a uma população adscrita.

Com o Plano Diretor de Regionalização², passou a haver no Estado 16 módulos assistenciais, com base populacional acima de 30 mil habitantes, oito microrregiões com população acima de 150 mil habitantes e três macrorregiões, com população acima de 500 mil habitantes.

O desenho da rede de atenção em saúde mental - CAPS, o Serviço Residencial Terapêutico e os leitos psiquiátricos em hospital geral - seguiu os parâmetros estabelecidos, através de um conjunto de fatores definidos no Plano Diretor de Regionalização: a cobertura populacional, os índices de internação psiquiátrica, os dados epidemiológicos e a existência de serviço ambulatorial e de recursos humanos disponíveis, além da implantação de hospital geral público ou conveniado ao SUS. Assim, atualmente o Estado possui equipes de saúde mental em 39 municípios e algum serviço de saúde mental funcionando em 44 municípios³.

Contudo, nenhum município do Estado possui o CAPS III, serviço com funcionamento 24 horas, com leitos de alta complexidade, para oferecer atendimento às crises psiquiátricas.

² O Plano Diretor de Regionalização foi promulgado em outubro de 2003. Ele encontra-se em: **DIRETRIZES para organização da atenção primária à saúde no Espírito Santo**/ Secretaria de Estado da Saúde no Espírito Santo. 1. ed. Vitória, ES: A Secretaria, 2008. (Coleção uma nova saúde; v. 10)

³ Em anexo I Mapa dos serviços de Saúde Mental Municípios do Espírito Santo.

Com a definição dos indicadores de saúde estadual que emergem em 2000, na Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), pela Secretaria Estadual de Saúde, houve a possibilidade de compor as equipes de saúde mental, com médico psiquiátrico ou clínico e dois outros profissionais de nível superior nos municípios, independente de sua base populacional.

Uma vez que 74,3% dos municípios do Estado são de pequeno porte, com um número de habitantes inferior a 30 mil habitantes, a existência de uma equipe mínima por município, sem o requisito da densidade populacional, é uma conquista da política estadual.

Embora haja um grande esforço de todos os atores da saúde pública do Estado do Espírito Santo em construir uma rede de atenção à saúde mental regionalizada e territorial, isto só será possível com o enfretamento dos operadores que a sustentam, começando pelo paradigma médico, isto é, pela instituição clínica biomédica que funciona na codificação de um conjunto de sinais do corpo em um quadro clínico ou sintoma - esta regra semiológica do saber que codifica a loucura em transtorno mental severo e persistente – enfim, pelo tratamento que busca apenas eliminar os sinais do transtorno.

1.5 - A Clínica Médica

Pode-se considerar a clínica biomédica como uma instituição, visto que é uma linha de codificação que atravessa os discursos, as práticas e os saberes, enfim, produz um certo modo de lidar com a saúde e com a vida.

Foucault (2006) revelou o processo de institucionalização da clínica nas redes de relações do que é dizível, visível e ensinável em medicina. O que interessou a Foucault

foi o processo de produção de conhecimento, analisado em épocas diferentes, tanto no nível da linguagem quanto no do “olhar” médico, para mostrar de que modo a Clínica foi possível como forma de conhecimento.

Para que a experiência clínica fosse possível como forma de conhecimento, foi preciso toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre a assistência e a experiência, o socorro e o saber; foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo. Também foi preciso abrir a linguagem a todo um domínio novo: o de uma correlação contínua e objetivamente fundada entre o visível e o enunciável. Definiu-se, então, um uso absolutamente novo do discurso científico: uso de fidelidade e obediência incondicional ao conteúdo colorido da experiência-dizer o que se vê; mas uso também de fundação e de constituição da experiência- fazer ver, dizendo o que se vê;... (FOUCAULT, 2006, p.216)

Embora a institucionalização da clínica médica seja datada e determinada historicamente, ela incide na constituição das Ciências Humanas e nos contemporâneos modos de produção de saúde.

A institucionalização da clínica marca uma grande ruptura na história da medicina ocidental. Seu desenvolvimento ocorreu durante meio século, entre o final do século XVIII e século XIX. O modelo da História Natural, a taxionomia, a que a medicina em parte se submetera no século XVIII, continuou ativo no século XIX. Os médicos continuarão por muito tempo a agrupar as doenças em espécies, classe e família. Ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies ou famílias fundamenta o saber da medicina. Mas é o ato clínico que, justamente, transformou o sintoma em signo. A constituição do método clínico está ligada à emergência do olhar médico no campo dos sintomas e dos signos.

A partir do século XIX, a doença que era uma entidade nosográfica, um conjunto de sinais que caracterizava uma espécie de sintoma, passa a ser a forma patológica da vida. A diferença fundamental que se processa entre a medicina clássica e a medicina moderna é a passagem de um espaço taxonômico, de classificação das espécies de doença, para um espaço corpóreo, e mais, é a espacialização da doença no organismo e seu signo.

Segundo Foucault (2006), a clínica opera a transformação do sintoma em signo -um nome, um diagnóstico, uma classificação - e que codifica precisamente a doença como verdade imediata do sintoma - sua causa, suas possibilidades de manifestações orgânicas, seu prognóstico, suas probabilidades de evolução, sua piora e seu progresso.

Na tradição médica do século XVIII, os sintomas e os sinais da doença se distinguem por seu valor semântico e por sua morfologia. O nome do sintoma ganha lugar de destaque porque é a forma como se apresenta a doença. Ele é o que está mais próximo de tudo o que é visível e da inacessível causa da doença. Os sintomas deixam transparecer a figura invariável, visível e invisível da doença. A partir do momento em que se diz e se escreve sobre o que se vê nos sintomas, o signo anuncia a doença. Ele indica o sentido dos sintomas. Faz a anamnese do que se passou; diagnostica o que ocorre atualmente e faz o prognóstico do que vai se passar.

Na medicina das espécies patológicas, a natureza da doença e sua descrição correspondiam às dimensões do quadro nosográfico. Contudo, na clínica, o que é visto e o que dito sobre a doença se comunicam diretamente na verdade manifesta da doença. Na clínica só existe doença no elemento visível e, conseqüentemente, enunciável. Não foi, portanto, a concepção da doença que mudou primeiramente, e em seguida a maneira de reconhecê-la, nem tampouco o sistema de sinais foi modificado e em seguida a teoria, mas todo o conjunto e, mais profundamente, a relação da doença com esse olhar a que ela se oferece e que, ao mesmo tempo, ela constitui. Com a clínica não existe a separação entre teoria e experiência, ou entre métodos e resultados. É na complexa rede de relações da visibilidade, em que o campo de observação dos sintomas – o leito do hospital - e o olhar médico estão ligados, um ao outro, por códigos de saber, que se pode conhecer as regras capazes de reger a formação do discurso clínico.

A clínica organiza o olhar médico de um novo modo. Não é mais o olhar de qualquer observador, mas de um médico que legitimado por uma instituição, a de um médico que

tem o poder de decisão e intervenção. É um olhar que não está ligado apenas pelo quadro nosográfico (forma, disposição, número, grandeza), mas que pode e deve apreender as cores, as variações, as infinitas anomalias, sempre atento aos desvios. Um olhar que não se contenta em vê o que está evidente. Mas deve permitir delinear as probabilidades de manifestações e de riscos.

Para Foucault (2006), a grande ruptura na história da medicina ocidental ocorreu precisamente no momento em que a experiência clínica tornou-se o olhar anatomoclínico. Assim, as regras de análise clínica triunfaram como pura decifração dos conjuntos sintomáticos, transformando-se em Semiologia, isto é, em um estudo dos signos corporais codificados pelo saber médico.

Pode-se afirmar que o modo de análise clínica transformou-se em semiologia visto que a Semiologia é o estudo dos signos. Uma teoria geral da codificação dos sinais, quando o sentido do signo é determinado por convenção cultural nos fenômenos de comunicação. (ECO, 1977)

Nessa rede em que se articulam o espaço corporal, a linguagem e a experiência médica, a doença pôde se desprender da contrariedade natural da vida e conquistar sua existência no corpo dos indivíduos.

A *Médecine clinique* de Pinel data de 1802; *Lês révolutions de la medecine* surgem em 1804; mas um ano antes Bichat fazia a análise sair de um lugar para outro:

Durante 20 anos, noite e dia, tomar-se-ão notas, ao leito dos doentes, sobre as afecções do coração, dos pulmões e da víscera gástrica, e o resultado será apenas confusão nos sintomas, que, a nada se vinculando, oferecerão uma série de fenômenos incoerentes. Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar. (BICHAT, apud FOUCAULT, 2006, p.162)

À medida que os clínicos definiam seus métodos, a anatomia patológica se constituía. A experiência clínica necessitava que o olhar médico se colocasse sobre o indivíduo e a linguagem da descrição repousasse no plano estável, visível e legível do corpo morto.

Segundo Foucault (1978) os estudos dos quadros clínicos definidos, mas sem localização anatômica institucionaliza a clínica psiquiátrica. A instituição psiquiátrica emerge com a criação artificial desse ente abstrato, doença mental, intimamente relacionado à noção de irrecuperabilidade, pois a regra que rege a formação dos discursos da medicina é identificar conjunto de sinais e nomear os sintomas e probabilidades de evolução da doença.

Diante dos limites da razão médica, a medicina considerou a doença mental como incurável e o doente mental, imprevisível, produzindo um nexos imediato entre doença mental – imprevisibilidade - periculosidade. Assim, engendraram-se práticas e saberes que reduzem toda a singularidade da loucura à obediência aos paradigmas da racionalidade e verdade médica, proporcionando a criação de uma rede de biopoderes e disciplinas que produziram a exclusão do louco em espaços asilares.

1. 6 - O Modo de Atenção Psicossocial

Segundo Costa-Rosa (2001), o modo de atenção psicossocial implica a construção de um novo olhar clínico, que vê além do sintoma. Envolve novas formas de intervenção, de relações humanas e de saberes sobre a loucura. Ele se constitui como uma via transdisciplinar de atuação que incide no campo sócio-cultural. Assim, esse novo paradigma se consolidou como referência das estratégias em saúde mental, efetivando-se como um modo substitutivo ao modelo manicomial.

As primeiras experiências em atenção psicossocial que surgiram no Brasil - os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos e o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo - produziram estratégias inovadoras e singulares de saúde.

Segundo Tenório (2002), em Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) eram

serviços de referência de uma ampla rede de cuidados. Os NAPS eram dispositivos abertos, regionalizados, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias da semana, inclusive internação, cada unidade dispondo de seis leitos, aproximadamente. O serviço oferecia o maior número possível de recursos diferentes e alternativas de cuidado, funcionando como hospital-dia, hospital-noite, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento e oferecendo desde consultas médicas e psicológicas às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar aos pacientes com os quais por algum motivo este fosse o único contato possível.

Em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi outro acontecimento marcante nos novos paradigmas de cuidados em saúde mental no Brasil. Funcionando desde 1987, o CAPS tornou-se uma espécie de exemplo irradiador, contagiando as demais experiências de atenção psicossocial no Brasil.

No entanto, conforme Amarante (2005), as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92, (BRASIL, 2004b) não conseguiram garantir que as características dessas experiências se efetivassem nos demais CAPS. Além do mais, com a Portaria 336/02, (BRASIL, 2004a) que está em vigor, a expressão Núcleos de Atenção Psicossocial foi extinta. Isso é um fato marcante, visto que os NAPS de Santos foram uma forte referência na construção de modos substitutivos ao modelo manicomial, portanto, fundamentais no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

As experiências de atenção psicossocial no Brasil foram inspiradas nos Centros de Saúde Mental de Trieste. Esses emergem como resultado das experiências da Psiquiatria Democrática Italiana, que constrói um conjunto de práticas, discursos e saberes para garantir a cidadania das pessoas que passam pela experiência da loucura nos serviços de saúde mental e problematizar a visão reducionista do sintoma. O novo paradigma dos serviços substitutos triestinos é constituído pelos conceitos de crise, de tomada de responsabilidade e de território.

Esses conceitos aplicados às experiências triestinas demonstram o quanto a condição de crise corresponde a uma complexa situação existencial e como devem ser complexos os instrumentos/dispositivos para lidar com ela.

Na verdade, o conceito de crise em psiquiatria nasce da intenção, correta no plano teórico, de reconsiderar a doença mental através d investigação do sofrimento existencial do sujeito, visto como “unidade biológica” ou membro de um sistema microssocial, ou ainda “sujeito social”, buscando as origens e os condicionamentos daquele sofrimento (DELL’ACQUA E MEZZINA, 2005, p. 165).

Assim, a especificidade da crise pode ser encontrada na singularidade da existência, evitando as definições –etiológicas e etmológicas da doença mental- e as intervenções manicomiais. Nessa perspectiva, a crise torna-se um índice que exprime a complexidade que compõe a vida e a possibilidade de sua afirmação.

Através dos múltiplos contatos entre as pessoas e os serviços, nos seus locais de vida, se consegue delinear suas histórias, isto é, se consegue verificar as condições materiais de vida, as séries de acontecimentos e as redes de relações em que a crise se instala. Logo, a atenção psicossocial busca tornar a crise compreensível, sem querer explicá-la de forma racionalista, mas permitindo construir um sentido para ela ao relacioná-la com as trajetórias de vida.

O processo de elaboração da história de vida torna-se uma estratégia em saúde, diferente dos diagnósticos reducionistas, que envolvem a reconstrução dos percursos efetivos, territorial, social e institucional das pessoas, capazes de recompor a ruptura dessas experiências provocadas pela crise em curso.

No caso de Trieste, o abandono do hospital psiquiátrico, a escolha do território e a constituição dos centros de saúde mental, como estratégias desencadeadoras do processo de desinstitucionalização da loucura, problematizaram no plano cotidiano da prática, além do teórico, os modos de compreender a complexidade que existe no aparecimento da demanda psiquiátrica e, nessa demanda, a complexidade da crise.

O serviço dimensionado sobre uma área territorial de intervenção, de pequena escala, é equipado para acolher todas as demandas, classificadas como psiquiátricas, evitando aprisioná-las nos labirintos burocráticos e administrativos dos serviços. A atuação territorial surge para favorecer as mais variadas e informais formas de acesso, eliminando qualquer intenção seletiva de encaminhamento. Esse modo de atuar dos Centros de Atenção de Trieste envolve a análise interativa de um espaço delimitado, porém complexo em seu funcionamento. Envolve tudo o que uma população produz em termos de patologia, seus sofrimentos e seus conflitos sociais, atualizados nas crises.

A atuação territorial tornou-se imprescindível para a construção do modo substitutivo de saúde mental e uma poderosa estratégia de transformação social, trazendo uma referência mais humana para as práticas biomédicas e psiquiátricas.

O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço privilegiado para entrar em contato com a realidade de um território e perceber a complexa rede de relações que constituem os conflitos, os sofrimentos, as crises, a experiência da loucura, e por que não, tudo o que a população local produz para potencializar a vida.

Com esse intuito, os serviços substitutos necessitam desenvolver um conhecimento aprofundado do seu território, como estratégia que possibilite criar condições para essa forma de atenção complexa (FREIRE; UGÁ; & AMARANTE, 2005, p. 117).

Mas como desenvolver essa atenção? O que é o conhecimento “aprofundado” do território? Para onde vamos “olhar”? Como as equipes do CAPS atuam no território? Que modos de atuação territorial estão sendo construídos na atenção psicossocial? Esse será o caminho que vamos percorrer no próximo capítulo.

2. PERCURSO CARTOGRÁFICO

2.1 Anotações sobre as linhas cartográficas

A estratégia metodológica utilizada foi a Cartografia (Deleuze & Guattari, 1998; Rolnik, 2006; Kastrup, 2007) para a análise das práticas do CAPS e para a elaboração das experiências de pesquisa.

A cartografia é um exercício de análise do desejo que evita a conotação individualizante do desejo e da própria subjetividade. Trata-se de um saber-fazer que registra a indissociabilidade entre o psíquico e o social. Abrange uma prática política, visto que analisa a produção de subjetividade, seus investimentos desejantes no plano político.

Arriscamos trabalhar com a cartografia para marcar a potência produtora da subjetividade, seu processo de produção de modos de pensar, de sentir, de agir, sua produção de novas conexões, de agenciamentos coletivos de enunciação, de produção de territórios de vida, enfim, seu contínuo processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização.

Logo, a pesquisa configura uma produção cartográfica, pois buscamos seguir o processo de constituição dos territórios de atuação do CAPS de Guarapari, enfrentando seus impasses e criando saídas, à medida que eles apareciam. Nesse sentido, as cartografias são sempre provisórias e a análise está implicada nesse processo incessante, produtor de territórios de vida.

Segundo Deleuze (1998), o desejo, os indivíduos, os grupos e os dispositivos sociais podem ser cartografados porque são constituídos por linhas, sempre em agenciamento, uma agindo sobre a outra, sem oposição e nem complementaridade, mas num plano de imanência, num contínuo processo de produção, onde a análise cartográfica permite evidenciar para quais caminhos elas nos levam, que direções elas produzem, qual linha se sobressai, quando e como se sobressai, qual a linha de maior declive e como ela arrasta as demais.

O que chamamos por nomes diversos - esquizoanálise, micro-política, pragmática, diagramatismo, rizomática, cartografia – não tem outro objeto do que o estudo dessas linhas, em grupos ou indivíduos. (DELEUZE E PARNET, 1998, p. 146)

Para Deleuze (1998), as linhas que compõem uma cartografia podem ser de segmentaridade dura, linhas de segmentaridade flexíveis e linhas de fuga. As linhas segmentares operam por codificação. Elas geram segmentos, família-escola; escola-trabalho; trabalho-aposentadoria. Os segmentos são circuitos. Eles dependem de dispositivos que determinam os fluxos, produzindo códigos, que podem ser binário, como os de gênero: homem-mulher, de classe social: rico-pobre, de faixa etária: criança-adulto, de raça branco-negro, de setores público-privado, de subjetivação, interno-externo, de saúde normal-patológico. Elas são dicotômicas e não dualistas. Se você não é rico nem pobre você é classe média. Se você é classe média você é classe D ou C. As linhas produzem dicotomias e não dualismos porque nelas não há possibilidade simultânea de escolhas. As linhas segmentares não param de produzir escolhas sucessivas; da família à escola, da escola à faculdade, da faculdade ao trabalho, do trabalho a aposentadoria; da classe D para a C, da C para a B, num processo incessante de codificação da vida.

As linhas segmentares também se desdobram em dispositivos de poder. Elas são muito diversificadas, dado que produzem um código, um circuito e um território para cada segmento. Os dispositivos de poder são máquinas sofisticadas de controle de fluxos, que determinam paradas, retornos, quem entra e quem sai, por onde entra e por onde sai, são máquinas que sinalizam os caminhos, como no trânsito das cidades, onde um conjunto de sinais, gera um código, organizam o fluxo dos veículos, vire a esquerda! vire a direita! siga!, pare!, curva perigosa!, isto é, um regime de signos que regem o fluxo das pessoas em todos os sentidos, pois de acordo com Foucault (1987), qualquer conjunto de signos ou sinais é um dizer que, ao pretender refir-se ao mundo, o constitui.

Ao perceber que os saberes exerciam uma sobrecodificação da vida, Foucault (2007b) passou a analisar os dispositivos de poder, não como simples aparelhos de repressão do Estado, mas como produtores de realidade, numa microfísica do poder. Não que o aparelho de Estado tenha deixado os aparelhos de repressão, mas seu modo de funcionamento é peculiar, visto que sobrecodifica todos os segmentos, ou deixa de

codificar outros, determinando os que ele deixa dentro e os que ele deixa fora de si.

Conforme Deleuze e Parnet (1998), “o aparelho de Estado é um agenciamento concreto que efetua a máquina de sobrecodificação de uma sociedade”. (p. 156) O Estado é uma mega-máquina que organiza os enunciados dominantes e a ordem deles, os saberes dominantes, as ações e as paixões, conforme as suas máquinas de sobrecodificação e seus dispositivos. Convém perguntar, portanto, quais são suas máquinas, como essas máquinas de Estado operam a sobrecodificação da vida.

Assim, sobre a linha de segmentaridade, deve-se distinguir os dispositivos de poder, os aparelhos de Estado que sobrecodificam os diversos segmentos, e também os dispositivos de codificação, dispositivos do saber, cuja eficácia depende tanto do Estado como do agenciamento que a efetua em um campo social.

Todavia, existe uma linha de outra natureza que atravessa os segmentos. É a linha de fuga. Ela leva a lugares imprevisíveis. Ela se destaca das outras, num fluxo de intensidade, arrastando-as para longe do indicado. Uma linha menos de codificação e mais de transmissão. Deleuze e Parnet (1998) caracterizam-na como uma linha simples, mas a mais complicada de todas, porque ela possui a tendência de nos lançar para lugares desconhecidos. A linha de fuga não possui território. Ela produz desterritorialização. A melhor definição da linha de fuga é *experimentação-vida*. Logo, para seguir seu itinerário é necessário um certo grau de prudência, pois não sabemos para onde ela nos levará. Esse grau de prudência chamamos de procedimento analítico, em que a análise é diferente de interpretar, é uma experimentação.

Eis a força do pensamento deleuziano: injeções de prudência nas efetuações de nossos experimentos. Se o mundo é maleável, flexível, se nada é dado de antemão, se nenhuma forma preexiste ao homem - nem instituição nem essência - somos instigado a investir, a criar, não formas, mas novas individualidades, aquilo que Deleuze chama “hecceidades”, o inominável, o intempestivo. (LINS, 2008, p. 52)

Portanto, a cartografia é procedimento de traçar um plano com essas linhas, de mostrar para onde as linhas de forças estão nos levando, quais territórios estas linhas fazem emergir, como elas desmancham as configurações destes territórios, como elas

produzem ciclos de intensidades, abalos sísmicos, platôs; enfim, na cartografia só há linhas e tendências transitórias, pois os territórios estão sempre em movimento, sempre se modificando.

As linhas sinalizam caminhos. São os circuitos do território. O cartógrafo desenha essas linhas à medida que percorre o território, contempla sua paisagem, se aventura por novos caminhos, seus declives e seus acidentes. Ele está engajado na construção de novos territórios, na criação de novos caminhos, de entradas e saída, pois analisa como as linhas de fuga desmancham os contornos dos territórios. Porém, sua implicação envolve em criar suportes de passagem para territórios mais potentes. Assim, envolvido em sua saudável prudência, ele busca traçar com a linha de fuga um caminho comum, onde mais pessoas possam transitar. Sua prática de análise implica uma postura ética de afirmar a expansão da vida, a potência do desejo, seus movimentos multiplicadores de conexões.

A respeito da potência do desejo, nos referimos a ampliação do campo de possibilidades, ao processo de produção de realidade e de si, a esta força criadora de mais conexões. “O desejo é revolucionário porque quer sempre mais conexões e agenciamentos”. (DELEUZE & PARNET, 1998, p.94-95)

Ao cartografar as práticas de atenção psicossocial que constituem os territórios de atuação do CAPS de Guarapari, buscou-se evidenciar as linhas que marcam suas tendências e possibilidades, adotando fontes de pesquisa diversificadas. Os operadores conceituais emergiram, ora de referências bibliográficas, ora de documentos, ora de vídeos, ora de entrevistas programadas, ora de conversas informais, ora de passeios pela cidade para conhecer as conjunções dessas linhas, o diagrama, a maneira como elas traçam um plano de imanência da desinstitucionalização da loucura, colocando-a sempre em processo, numa contínua produção de estratégias de acolher a diferença em sua diversidade.

A princípio, o campo de pesquisa foi o CAPS de Guarapari, visto que ele é o serviço de

referencia do Programa de Saúde Mental do município. Mas o campo se constituiu com as trajetórias do pesquisador ao CAPS, que foram definidas de acordo com o que acontecia e com o que o pesquisador, aprendiz de cartógrafo, encontrava.

O cartógrafo é, neste sentido, guiado pelas direções indicadas por qualidades inesperadas e pela virtualidade dos materiais. A construção do conhecimento se distingue de um progressivo domínio do campo de investigação e dos materiais que nele circulam. Trata-se, em certa medida, de obedecer às exigências da matéria e de se deixar atentamente guiar, acatando o ritmo e acompanhando a dinâmica do processo em questão. Nesta política cognitiva a matéria não é uma força cega nem mero suporte passivo de um movimento de produção por parte do pesquisador. Ela não se submete ao domínio, mas expõe veios que devem ser seguidos e oferece resistência à ação humana. Mais que domínio, o conhecimento surge como composição. Enfim, o método cartográfico faz do conhecimento um trabalho de invenção, tal como indica a etimologia latina do termo *invenire* – compor com restos arqueológicos. A invenção se dá através do cartógrafo, mas não por ele, pois não há agente da invenção. (KASTRUP, 2007, p. 21)

Nesse percurso cartográfico, seguimos as visibilidades e as dizibilidades para analisar quais modos de atenção psicossocial são engendrados e, assim, acompanhar as linhas e tendências da Reforma Psiquiátrica, a forma como essas linhas se sobrepõem umas às outras, como elas se produzem simultaneamente, num puro plano de imanência, conduzindo os caminhos da desinstitucionalização da loucura. O CAPS tornou-se o ponto de interseção das linhas cartográficas.

2.2 – O caminhar

Guarapari é um município singular. O IBGE (2004) registrou uma população residente de 98.073 habitantes, um estoque de imigrantes de 46.632, com 10.365 da Bahia, 9.095 de Minas Gerais, com 4.556 do Rio de Janeiro, com 1.322 de São Paulo, com 3.013 de demais Estados, e 304 estrangeiros. Uma cidade que gira em torno do turismo, de serviços e da indústria do entretenimento. Com belas praias urbanizadas, Guarapari configura o roteiro turístico mais importante do estado do Espírito Santo. Um polo regional de turismo que atrai, aproximadamente, setecentos mil turistas no verão⁴.

⁴ Disponível em <<http://www.revistavidanatural.uol.com.br>> Acesso em: 10 de janeiro de 2009.

Essa população flutuante, se hospeda nas regiões centrais de Guarapari (nos bairros do Centro, Muquiçaba, Ipiranga, e, em menor intensidade, localidades como Meaípe, ao sul, e Perocão, Santa Mônica e Setiba, ao norte). É ela quem aquece a economia da cidade. Porém, nos meses de *invernada* - denominação local para os meses de baixa estação - ocorre uma considerável diminuição de oportunidades, o que afeta a circulação de pessoas, trabalho e dinheiro, interferindo na qualidade de vida da população.

Localizado numa região com cenário cultural, social, econômico e político com características próprias, o município enfrenta os desafios de realmente efetivar a Reforma Psiquiátrica com a construção do CAPS como um serviço de referência em saúde mental que substitui o modelo psiquiátrico manicomial.

Em seis meses de pesquisa, de dezembro de 2007 à Maio de 2008, imersos no cotidiano do CAPS, participamos suas atividades, das aulas de fuxico com a terapeuta ocupacional, conversamos com a psicóloga, com a assistente social, com o enfermeiro, com as cozinheiras, com o assistente de serviços gerais, com familiares e usuários; andávamos de ônibus com eles, para acompanhar quais práticas de atenção psicossocial são agenciadas.

No primeiro dia de pesquisa em campo, o calor intenso anunciava a estação: era verão. O céu azul, sem nenhuma nuvem, indicava que em 2007 as férias de final de ano iriam superar todas as expectativas. Seria um ótimo ano para o turismo de Guarapari.

Apesar do clima ser de festa na cidade, precisava realizar o trabalho de campo ao qual me propus. Sem muita pretensão, pois gostaria de estar disposto ao fluxo dos encontros, busquei conhecer o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Guarapari. Queria apenas entrar em contato com as pessoas que trabalham lá, com as pessoas que o freqüentam, quais discursos circulavam nele, o que é visível e dizível naquele local, que práticas são engendradas no CAPS, o que isto coloca em funcionamento no

processo de desinstitucionalização da loucura, enfim como a Reforma Psiquiátrica vem se efetivando no ES. Esse é o fio condutor desta experiência de pesquisa.

Chegar ao CAPS foi fácil. Depois de uma caminhada na Rodovia do Sol, BR 101 sul, segui para o pequeno vilarejo de Santa Mônica. Avisto a Unidade de Saúde. Sou informado que o CAPS está a 200 metros, na parte alta do bairro.

Embora seja um pouco isolado, na fronteira da zona rural e da zona urbana e litorânea da Guarapari, o CAPS possui uma ótima área verde. Sua entrada, com enormes coqueiros, é formidável. Uma casa grande, de dois andares, com uma sala ampla, e mais três quartos que são utilizados como locais de consulta médica, acolhimentos e de conversa; uma cozinha, banheiros e até garagem.

No primeiro andar fica a recepção, que é anexada à farmácia. Ao lado, a sala do serviço social e a sala de atendimento psicológico. Subindo uma íngreme escada, chega-se ao segundo andar. Ali se vê uma grande sala, a cozinha e uma enorme varanda, onde são realizadas as atividades de terapia ocupacional, as atividades em grupo e as refeições.

Ao chegar ao CAPS, fui recebido pela coordenadora. Ela estava no balcão da farmácia. Nesse momento a coordenadora atendia duas moças que buscavam os remédios de seus familiares e me pediu para aguardar um pouco. Eram onze horas da manhã. As atividades matutinas haviam terminado. Ocorria a troca de turno. Uma das trabalhadoras de saúde mental estava chegando, enquanto outra se preparava para ir embora. Apresentei-me a elas dizendo que faço mestrado em psicologia na UFES, onde desenvolvo a pesquisa sobre as práticas de atenção psicossocial do CAPS. Uma delas se aproximou. Logo, afirmei minha postura ética de estar no CAPS como um aliado, para pensarmos em como construir práticas que possam potencializar nossas vidas, pois sei que trabalhar com saúde mental é um enorme desafio para todos. Ela se despede, me convidando para participar das atividades que realiza. Agradeço o convite e confirmo minha presença para o dia seguinte.

Imediatamente a coordenadora me apresenta a todos os funcionários que estavam naquele momento: as cozinheira e o enfermeiro, além da psicóloga que acabava de chegar. Andamos pelo CAPS, pelas salas e pelo seu enorme jardim. À medida que íamos caminhando, ela explicava o funcionamento do CAPS, na qual havia atividades matutinas e vespertinas de terapia ocupacional, artesanato e fuxico.

A fala da coordenadora me fez pensar em como os modos de lidar com a loucura estão se modificando e que existem pessoas tentando construir práticas de cuidado radicalmente mais humanas.

Em seguida tentei entender quem participa das atividades do CAPS. Quem o frequenta e por que frequenta, enfim, qual é a sua demanda. Percebe-se que, devido ao aumento da demanda pelo serviço de atenção psicossocial, emergem regras bem definidas para participar das atividades do CAPS, como relatou a coordenadora:

Antes nós atendíamos quem chegasse. Muitas pessoas procuravam o CAPS, mas a gente sabia que não eram pacientes para o CAPS. Às vezes as pessoas procuravam o CAPS porque estavam com insônia ou porque brigaram com o marido. Agora a gente só atende com encaminhamento da Unidade de Saúde.

Assim, ficou definido que participam das atividades do CAPS as pessoas com Transtorno Mental severo e persistente, ou pessoas com abuso de álcool e drogas, encaminhadas pelo médico da Unidade de Saúde de seu bairro. Essas pessoas são acolhidas pelo profissional de referência do dia, que agenda o atendimento com o psiquiatra. Será esse profissional quem realizará o diagnóstico e o plano de intervenção, definindo o regime do acompanhamento em intensivo - matutino e vespertino; semi-intensivo - matutino ou vespertino; e extensivo – com consultas semanais com os profissionais da psicologia e da psiquiatria.

Em nossos primeiros contatos com a equipe dos CAPS é possível registrar que ele se transformou em referência de atenção psicossocial no município. As pessoas, com os mais diversos tipos de sofrimento, procuram-no. Ficam sem dormir, procuram o CAPS. As mulheres que brigam com marido procuram o CAPS. Pessoas cujos familiares usam medicamentos neurológicos procuram o CAPS.

Nota-se que existe uma demanda enorme de atenção psicossocial no município de Guarapari. Muito maior que a capacidade do CAPS para oferecer o serviço de qualidade ao qual se propõe. O modo de lidar com isso foi definir como critério de atendimento a posse do encaminhamento da Unidade de Saúde do bairro de residência. As outras demandas são encaminhadas para a Unidade de Saúde de Santa Mônica, que fica a 100 m do CAPS, onde há uma psicóloga e um psiquiatra cedidos pelo CAPS, para atender os casos de transtornos mentais leves e moderados.

Assim, o Programa de Saúde Mental de Guarapari está construindo uma rede territorial de serviços de saúde, no qual o CAPS é a referência de alta complexidade em saúde mental.

Mas, a análise dos critérios de acesso às atividades do CAPS revela no agenciamento que produz a formação contemporânea dos discursos, práticas e saberes sobre a loucura, a existência de uma linha que opera a caracterização da loucura como transtorno mental severo e persistente, que produz a definição do quadro clínico de transtorno mental severo e persistente e todas as suas ramificações definidas no Manual de Classificação Internacional de Doenças (CID 10), que gera essa percepção/juízo/diagnóstico de severidade e persistência do transtorno.

Sabemos também que existem desafios que atravessam todos os serviços de saúde do SUS. Podemos destacar que o fator de definição do quadro clínico assistido pelos CAPS – o juízo de severidade e persistência do transtorno – revela no campo social os paradoxos enfrentados nos serviços públicos: definir critérios de demandas para o atendimento e garantir o cuidado das múltiplas demandas; construção de uma rede de cuidados com a vida para promover a integralidade no campo da saúde.

Como lidar com esse paradoxo: atender às necessidades da população do melhor modo possível, que envolve profissionais preparados de ponto de vista ético-político, sem reproduzir o modelo biomédico? Até porque esse modelo também está presente

nos outros serviços de saúde. Talvez uma pista seja ampliar ainda mais o que se entende por práticas de cuidado e de atenção psicossocial.

O objetivo do 'cuidar' deveria ser menos cuidar e mais incitar o desejo de cuidado, ou melhor, provocar no outro o desejo de cuidar de si [...] O cuidado de si é uma prática social, é uma intensificação das relações sociais. [...] A prática do cuidar precisa constituir práticas de si, onde 'usuários' e trabalhadores possam tomar posse da vida; ou melhor, possam inventar possibilidades de vida que escapem ao padecimento, à sujeição, ao vitimar-se (MACHADO; LAVRADOR, no prelo, 2009).

Ora, se a Reforma Psiquiátrica reivindica a desinstitucionalização da loucura questionando os discursos, práticas e saberes que relacionam a loucura à doença mental, isso demonstra que nesse processo há uma multiplicidade de linhas de força em jogo.

Dentre as linhas que traçam o plano de imanência da Reforma Psiquiátrica, emerge num primeiro momento, uma linha de fuga que arrasta as práticas de cuidado para agenciamentos coletivos, nos quais há movimentos de transformação da percepção social da loucura como doença mental, incurável e perigosa. Contudo, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, com os modos substitutivos de atenção psicossocial, essa linha que leva as práticas psiquiátricas para fora dos muros do manicômio foi codificada por uma linha biomédica que direciona o "olhar" e a atenção para os sinais do corpo, classifica os sintomas - a linha da clínica biomédica - sobrecodificada pelas normas operacionais do Ministério da Saúde.

A Reforma Psiquiátrica funciona nesse agenciamento, com as linhas de fuga que a levam ao campo social, que constroem modos de acolher a diferença em meio à diversidade; com as linhas biomédicas segmentares, de codificação, que produzem segmentos binários, identidades, o normal e patológico, o são e o doente, o corporal e o mental, o severo e o moderado; e com as linhas de sobrecodificação do Estado, que lançam as Normas Operacionais dos serviços de saúde.

Lidar com essa multiplicidade de linhas será um dos grandes desafios para todos os que participam da implantação da Reforma Psiquiátrica e de todos que estão

implicados nesse amplo movimento pela desinstitucionalização da loucura. Um desafio que se coloca no próprio processo de desinstitucionalização da loucura e implantação dos modos substitutivos de atenção psicossocial, em que existe uma tensão cotidiana entre os modelos biomédicos instituídos de tratar a loucura e os movimentos instituintes que buscam construir uma transformação social política e cultural de direito à diversidade, num jogo de linhas de força incessante, em que uma linha de força se sobrepõe a outra, com combinações variáveis a cada instante, num plano de pura imanência, num contínuo processo de institucionalização.

Isto requer um esforço analítico cotidiano, pois segundo Alverga e Dimenstein (2006), o principal desafio para a Reforma Psiquiátrica não está apenas na demora de sua implantação, mas na sua direção.

Visto que a Reforma Psiquiátrica e a própria desinstitucionalização da loucura envolve um processo de institucionalização dos modos de atenção psicossocial, preferimos abordá-las em sua multiplicidade de linhas e tendências ao fazer uma cartografia do Centro de Atenção Psicossocial de Guarapari.

Arriscamos utilizar essa abordagem, pois acreditamos que analisar o processo de desinstitucionalização da loucura abrange estudar o que essas linhas colocam em funcionamento, quais seus impasses e seus deslocamentos. Consiste, primordialmente, em seguir uma linha de fuga, que arrastou os profissionais da saúde mental para fora dos Hospitais Psiquiátricos, levando-os às novas conexões, com movimentos de emancipação da cidadania, de respeito pela diferença cultural, de gênero, de cor, pelo respeito à diversidade humana, de luta pela democracia, enfim num agenciamento coletivo que levou as práticas e os discursos de saúde mental para outros territórios de atuação, contagiando e sendo contagiado por todos os segmentos da sociedade.

Todavia, à medida que a Reforma Psiquiátrica vai se efetivando, essa linha de fuga se encontra com as linhas de segmentação, de codificação - a linha biomédica de codificação da loucura em transtorno mental - e com a linha de sobrecodificação do

Estado – as Normas Operacionais. Quando os modos substitutivos de atenção psicossocial emergem fora dos muros dos Hospitais Psiquiátricos, eles rapidamente começam a ser sobrecodificados por Normas Operacionais do Ministério da Saúde e codificados por saberes que o legitimam.

Podemos acompanhar isso de perto, analisando o funcionamento do CAPS de Guarapari. Quando o CAPS se destina a atender as pessoas com transtorno mental severo e persistente, é um sinal de que as linhas de segmentação biomédica podem marcar fortemente as tendências dos modos de atenção psicossocial, codificando suas práticas e seus discursos. A linha biomédica pode produzir a codificação binária, como mental-corporal, transtorno mental severo - transtorno mental leve, persistente-moderado, e para cada segmento um modo de agir, um circuito e um lugar.

A princípio, a linha biomédica atua por segmentaridade do corpo, ela segmenta o corpo, codificando todos os seus sinais em espécies de sintomas. Mas ela atravessa todas as formações sociais, com esse procedimento de codificar sinais. A linha biomédica é a linha matriz de codificação, ela é o procedimento de reconhecer sinais. O diagnóstico médico consiste em reconhecer o sintoma, é um processo de reconhecimento de signos.

Essa tendência de codificação que atravessa a sociedade, pode ser verificada quando as práticas médicas se deslocam do corpo para as cidades, se transformando em políticas de saúde coletiva, em vigilância sanitária e vigilância de saúde, em estratégia de controle do fluxo urbano, legitimada pelo saber médico no controle das epidemias, com as tecnologias de construção de índices - incidência e prevalência das doenças - , e até dos hábitos de vida, nos territórios de atuação das equipes de saúde.

Observa-se que esse procedimento de codificar as condições de saúde alcançou um grau de sofisticação elevado com a construção dos Distritos Sanitários, numa articulação com as áreas de informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que geram dados que subsidiam os planos municipais e estaduais de saúde, o

número de habitantes, a taxa de natalidade e de mortalidade, causas de morte, enfim, essa tecnologia de gerar índices das condições de vida da população brasileira, está se estendendo na codificação das condições de saúde da população, para compor as estratégias administrativas dos serviços.

Essa tecnologia de ir ao domicílio para levantar informações de saúde dos habitantes de uma área delimitada, denominada de Vigilância em Saúde, cuja diretriz dos discursos e das práticas é a atuação territorial, isto é, no território-moradia, influencia as práticas de saúde pública, inclusive na saúde mental, como podemos acompanhar no CAPS de Guarapari.

Portanto, na cartografia do CAPS existe uma multiplicidade de linhas. Elas nunca estão sozinhas. Elas andam sempre juntas, num agenciamento que uma arrasta as outras, modificando todo o arranjo de produção. O desafio é acompanhá-las, conhecer como cada linha opera, como uma linha se desloca da outra, e como passa entre os segmentos, produzindo um novo agenciamento. Foi tentando acompanhar esse processo que buscamos registrar um diagrama da Reforma Psiquiátrica, seu plano operatório, plano de produção, plano de imanência e não de representação.

O modo que utilizamos o conceito de diagrama foi inspirado nos trabalhos de Gilles Deleuze. O diagrama é o plano de operação das linhas de força. Sua função é introduzir possibilidades de fatos. Ele traça campos de possibilidades, mas não constitui um fato em si. "O diagrama é uma possibilidade de fato, e não o fato em si mesmo." (DELEUZE, 2007, p. 112).

O diagrama marca a tensão das linhas de forças: " a tensão é aquilo que interioriza no visual o movimento manual, que descreve a forma e as forças invisíveis que a determinam." (DELEUZE, 2007, p. 106). As linhas não se bastam, elas precisam ser utilizadas. Para se tornar fato, as linhas precisam ser injetadas no campo visual, que sob a ação dessas linhas não será apenas das leis da ótica.

Assim, o diagrama traz ao olhar uma outra potência, uma potência háptica, de ver os fatos em seu processo, saltando do olhar a mão, e em seguida, da mão ao olho, injetando o plano manual-prático ao campo visual.

Segundo Kastrup (2007), o campo ótico não remete apenas ao domínio visual, mas esse, em função de suas características, é aí dominante. Já a percepção háptica é uma visão próxima em que não predomina a lei da organização figura-fundo. Na percepção háptica os componentes se conectam lado a lado, se localizando num mesmo plano igualmente próximo. “O olho tateia, explora, rastreia o terreno investigado - o mesmo podendo ocorrer com o ouvido ou outro órgão.” (KASTRUP, 2007, p. 15-22)

Tornar visível o diagrama da Reforma Psiquiátrica foi a estratégia encontrada para dar um contorno a uma linha de fuga, nômade, que passa entre o transtorno mental e o território, que não para de mudar de direção, pois, conforme Deleuze (2007), citando Bacon, nada é mais importante que salvar o contorno de uma linha.

2.3 - Um acontecimento

O dia está quente, nublado e as ruas quase desertas. Os carros da Br 101 rompem o silêncio. Era final de fevereiro de 2008, o horário de verão acabou. Restaram pouquíssimo turistas e os que ficaram já estavam indo embora.

Nesse ano as férias foram menores. O carnaval foi no início de Fevereiro. O ano começou mais cedo. Até as chuvas de março, que vêm fechar o verão, se anteciparam. Nesse clima, a equipe do CAPS de Guarapari, localizado no bairro de Santa Mônica, se reúne para a troca de expediente. Enquanto alguns se despedem, outros chegam para mais um dia de trabalho.

A cozinha começa a ser arrumada para o almoço. Um morador da comunidade chega com um ótimo peixe fresco. Animadas com o presente, as cozinheiras decidem fazer

uma moqueca capixaba.

Mas, de repente, duas jovens senhoras chegam agitadas, falando que precisam da nossa ajuda. Ouvíamos com atenção o desespero. Mãe e filha tentam explicar que algum parente próximo teve uma crise. Alguém chamou a polícia, que agora está em frente a casa delas. Elas moram no mesmo quarteirão no qual está localizado o CAPS.

Aos prantos, a mais nova diz que seu irmão é psiquiatrizado e está em crise. Uma vez que ele saiu correndo pelado pela rua, alguém chamou a polícia - no boletim de ocorrência é citado como tarado. A família convence o policial a não prendê-lo, afirmando que ele é paciente do CAPS. O policial concorda, porém faz algumas ressalvas: que ele seja levado para o CAPS.

Logo, a mãe e a irmã procuram o CAPS e relatam o acontecimento. Enquanto a coordenadora do CAPS liga para o Pronto Atendimento (PA) solicitando a ambulância, eu fico conversando com as duas. Pergunto o que houve. A mãe está nitidamente muito abalada. Só a mais nova fala. Ela conta que o irmão saiu correndo pelado pela rua e gritando muito. A polícia chegou a casa delas e queria prendê-lo, mas elas não deixaram. Segundo ela, um dos policiais o conhecia, dado que em janeiro ele havia ficado pelado na Praia do Morro, durante um show de pagode. Nessa ocasião, os policiais o abordaram na praia, solicitando a ele que colocasse uma bermuda. Em seguida levaram-no para casa.

De acordo com a moça, ele toma os remédios psiquiátricos, contudo ele bebe muito: “Aí já viu, dá esses negócios aí.”

Pergunto quando começou isso. Ela diz que isso data de quando ele veio de Minas Gerais, atrás de uma vida melhor em Guarapari, mas como não conseguiu emprego, começou a beber todo dia. Ela continua dizendo que depois que o tio faleceu, seu irmão piorou, pois era muito apegado a ele.

Enfim, a ambulância chega ao CAPS. A coordenadora chama a senhora. Elas entram na ambulância e seguem até a casa onde os policiais aguardavam para não prender o homem.

Nesse momento, o pesquisador - aprendiz de cartógrafo – percebe a multiplicidade que envolve a vida, os vetores que a atravessam e que constituem territórios existenciais - a “terra natal”, “a pátria”-, os vetores de desterritorialização – a migração, “o sem terra”, “o deserto”- e os desafios da reterritorialização – “a casa”, o “habitat”, e a importância de acolher esse processo de vida, coloca-lo em análise, conhecer quais componentes entram em agenciamentos, o que isso coloca em funcionamento, para, então, construir agenciamentos que potencializem a vida.

Como dizem Deleuze e Guattari (2005):

Já nos animais, sabemos da importância das atividades que consistem em formar territórios, em abandoná-los ou em sair deles, e mesmo em refazer território sobre algo de uma outra natureza (o etólogo diz que o parceiro ou o amigo de um animal “equivale a um lar”, ou que a família é um “território móvel”). Com mais forte razão, o hominídeo, desde seu registro de nascimento, desterritorializa sua pata para fazer uma mão, e a territorializa sobre galhos e utensílios. Um bastão, por sobre galhos e utensílios. Um bastão, por sua vez, é um galho desterritorializado. É necessário ver como cada um, em qualquer idade, nas menores coisas, como nas maiores provações, procura um território para si, suporta ou carrega desterritorializações, e se reterritorializa quase sobre qualquer coisa, lembranças, fetiche ou sonho. (DELEUZE E GUATTARI, p. 90)

Assim, o aprendiz de cartógrafo vê delinear um plano de possibilidades para a atenção psicossocial, na qual a prática de cuidado e acolhimento torna-se um dispositivo cartográfico, isto é, um aparelho produtor de agenciamentos territoriais, para alguém, para um grupo, para uma comunidade, para uma cidade, enfim como nos sugere Lavrador e Machado (no prelo, 2009), um dispositivo produtor de desejo de cuidado de si, de produção de territórios de vida mais potentes, onde possamos respirar melhor, viver melhor, ampliar os agenciamentos coletivos de enunciação, agir com mais potência, enfim, viver um território comum, em comunidade.

3 – TERRITORIALIDADES

3.1 Atenção psicossocial e atuação territorial

Ao acompanhar as práticas do CAPS de Guarapari, podemos perceber que a atuação territorial segue a tendência de realizar visitas domiciliares às pessoas que participam

das atividades do CAPS. O que se vê e o que se diz sobre atuação territorial é a visita domiciliar.

Conversando com os trabalhadores de saúde mental, pois fomos para o mesmo ponto de ônibus, fui questionado sobre o andamento do Mestrado. Falei que estava ótimo, mas exigindo muita dedicação nas leituras. Resolvi falar também que estava pesquisando a atenção psicossocial e atuação territorial. Neste instante um dos trabalhadores diz:

“A gente sempre faz visita domiciliar aos usuários. Geralmente as visitas são nas sextas-feiras. Quando tem carro é claro. Sempre vou eu e mais uma – ou Terapeuta Ocupacional ou a Psicóloga. Um dia desses precisamos visitar uma usuária que ateou fogo no próprio corpo. Fomos ver como ela estava. Se estava tomando os remédios, se estava se recuperando bem.”

Realizar a visita domiciliar, acompanhar as pessoas que participam das atividades do CAPS é uma proposta de atuação potencializadora e necessária. Contribui para a construção de vínculo com os familiares, mantém o contato com as pessoas que estão em crise, garante a assistência psiquiátrica fora dos hospitais e assim, permite a construção de uma prática de cuidado humanizado.

No entanto, tudo indica que existe uma tendência que atravessa a atenção psicossocial, uma linha biomédica segmentar, codificando a loucura como transtorno mental, produzindo um “olhar” sobre o corpo, que focaliza a atenção no sintoma, que pode acabar produzindo um corpo sintomático. Até mesmo quando se fala sobre a atuação territorial, o alvo das atenções do cuidado, nas visitas domiciliares, volta-se para o cuidado do corpo. Uma prática que se não for construída com prudência pode individualizar e reduzir a existência concreta das pessoas a um “corpo sintomático”.

Podemos visualizar como a linha de codificação da clínica médica, com o diagnóstico - quadro clínico- e prognóstico - evolução do quadro clínico - sendo buscado no corpo do paciente, atravessa as práticas e os discursos em saúde.

O que é visível e dizível no campo da saúde sobre a atuação territorial segue a

tendência de adotar uma atitude codificante, descritiva, objetivante, com a descrição das condições de saúde de uma população definida, através da visita domiciliar. Trata-se de uma tendência da clínica biomédica que se estende ao território, um modelo de atuação territorial cuja fundação está na Vigilância em Saúde, quando as linhas biomédicas segmentares se sobrepõem ao território.

Além do mais, é possível verificar nas Normas Operacionais que regulamentam o CAPS, como o território é definido pelo o número de habitantes de uma região, reproduzindo o procedimento da Geografia Política que está habituada a considerá-lo de acordo com seu tamanho e com o tamanho da população. O índice de densidade populacional define o território do CAPS, legitimando seu local de implantação. Isto pode reduzir a atuação territorial apenas a esse campo molar dos índices populacionais - uma localização do serviço – e toda potência da atuação territorial, estratégica no processo de desinstitucionalização da loucura e de transformação social reivindicada pela Reforma Psiquiátrica é negligenciada.

Ao passo que na cartografia o interessante é tornar visível quais componentes de um território vão entrar em agenciamento, o que eles colocam em funcionamento, quais agenciamentos coletivos de enunciação são construídos e quais desses ampliam nossos territórios de atuação.

Será que o território de atuação do CAPS se define apenas pelo número de habitantes? Será que não há outros índices no território para tornar visíveis com as práticas de atenção psicossocial? E os índices culturais? Os índices de migração? Será que utilizá-los não potencializaria o processo de desinstitucionalização da loucura? Para onde vamos direcionar nossa atenção? Quais sinais vamos tornar visíveis? Quais signos o CAPS vai utilizar para traçar suas linhas de atuação territorial?

Utilizar outros signos, como os componentes coletivos, como os materiais culturais e de expressão de uma comunidade, de uma região, para construir as práticas territoriais, permitirá que a atenção psicossocial entre em outros agenciamentos coletivos, que não

seja apenas o dos cuidados biomédicos e de codificação dos sintomas, mas entre em agenciamentos coletivos de enunciação que possam sensibilizar a sociedade sobre a importância de acolher a diversidade dos modos de vida, a diferença e o diferente, nos processos de produção da saúde, num movimento de suma importância para o processo de desinstitucionalização da loucura.

Assim, disparar nas pessoas que enfrentam a experiência da loucura outros agenciamentos coletivos será um desafio para o próprio processo de sua desinstitucionalização. Olhar o corpo das pessoas em sua presença, como um corpo vivo, expressivo (DELEUZE, 2007), que produz territórios com materiais de expressão, e não como um corpo sintomático, é o fio que conduz a clínica às artes, traça um campo comum, uma clínica ético-estética, uma cartografia que busca tornar visível as forças que arrastam os corpos para outros agenciamentos, retirando-os de caminhos inférteis ou suicidas, numa composição com outros elementos coletivos que possam potencializar os modos de expressão, os modos de viver, os modos de cuidar de si, os modos de cuidar do outro e de sua comunidade.

Inventar agenciamentos coletivos de enunciação que façam intervir os diferentes interlocutores potenciais e criem unidades subjetivas muito mais próximas em relação aos diferentes problemas e permitam o desdobramento no campo institucional (GUATTARI, Felix, Entrevista. In: A & M Arquitetura AU, p.51-53, São Paulo V. 43 ago/set 92. Entrevista concedida à Ana Luiza Nobre, Jorge Mario Jáuregui e Sonia Schulz).

Portanto, é necessário ampliar o foco da atenção psicossocial, colocando em cena mais atores. Isso requer uma atuação territorial diferenciada, que envolve um contato intenso com a sociedade, um agenciamento com os movimentos culturais e artísticos, com as máquinas coletivas de enunciação para produzir uma sensibilização social, indicando a importância da emancipação dos direitos e da cidadania dessas pessoas que passam pela experiência da loucura, pois trata-se de uma luta comum a todos: o respeito às diferenças e a construção radical da democracia. Envolve, ainda, um efetivo engajamento de transformação das relações que se constituem entre os humanos que circulam pela cidade.

Em conversa com os usuários do CAPS, eles dizem que em outros anos, a Semana

Nacional da Luta Anti-Manicomial era marcada por uma intensa mobilização dos trabalhadores, usuários e familiares pela cidade. Eles saíam às ruas, iam à agência de televisão local, nas rádios, faziam passeatas, participavam do fórum estadual de saúde mental, enfim, eles ampliaram o alcance da atuação por todo o território, sensibilizando a cidade sobre a importância da desinstitucionalização da loucura.

Logo, a atuação territorial se configura como uma estratégia fundamental para esse processo de desinstitucionalização da loucura, já que permite colocar em agenciamento novos elementos, novas forças e, assim, produzir eixos de coordenadas que possam ampliar nossas ações, nossos territórios de atuação e nossa potência de viver.

Deleuze (informação verbal), indica que criar território envolve captar sinais e emitir sinais. Portanto, podemos arriscar a dizer que a atuação territorial do CAPS será construída de acordo com os territórios que pudermos produzir, ou seja, de acordo com os sinais que captarmos e os sinais que emitirmos.

Acreditamos que a atenção psicossocial envolve uma análise transdisciplinar sobre o território, pois colocar o “olhar” sobre ele, em sua multiplicidade permite trabalhar com os processos de subjetivação em sua complexidade, em que diversos vetores, forças e componentes entram em agenciamento, disparando processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização.

Mas podemos observar, a partir dos estudos de Rogério Haesbaert (2004), como o território é abordado por diversas ciências, sendo definido por diversas categorias, e que nenhuma dessas abordagens é capaz de esgotá-lo.

A origem etimológica do conceito de território traz o sentido de propriedade, de apropriação ou dominação política do espaço pelos homens. Para a Etologia o território se define pelos sinais que o animal produz numa área, as marcas que o animal faz, pelos seus rastros, pelas sinalizações que delimitam sua área de caça, de reprodução, enfim, de sobrevivência. A Antropologia evidencia como as marcas simbólicas de um

povo definem um território. A Geografia tende a enfatizar a produção material do território. Enfim, a filosofia de Deleuze e Guattari analisa o território em sua multiplicidade, quando componentes heterogêneos entram num agenciamento maquínico de produção de subjetividade. Assim, Deleuze e Guattari (2002) oferecem uma estratégia promissora nos debates sobre o território e sobre a própria atuação territorial do CAPS.

3.2 – O conceito de *território na concepção da Etologia*

Segundo Haesbaert (2004), as primeiras referências conceituais sobre território emergiram no campo da Etologia. Mas ao longo dos séculos XIX e XX, as discussões acadêmicas sobre o território e a territorialidade na Etologia ocorreram em paralelo com as Ciências Humanas. De uma maneira muito sutil, uma dessas abordagens se sobrepõe à outra, seja para sobrepôr os paradigmas da territorialidade animal sobre a humana, seja para sobrepôr o sentido social na definição do território.

Trabalhos clássicos na Etologia, como o de Howard (1920:1948), dispararam o debate a partir do estudo do território de certos pássaros. Nessa ocasião, já se discutia a amplitude da concepção e as dificuldades em estendê-la, de uma forma universal, para o mundo animal no seu conjunto, inclusive para o mundo humano.

Howard (apud HAESBART, 2004, p. 45) afirmava que não poderiam existir territórios sem algum tipo de limite, ou fronteira, que por sua vez não poderiam existir sem algum tipo de disputa, de forma análoga ao que ocorre no mundo dos homens.

Ardrey (apud HAESBAERT, 2004, p. 46) levou ainda mais longe essa tese que estende a territorialidade animal ao comportamento humano, afirmando que o homem é uma espécie territorial e que esse comportamento territorial é o mesmo percebido entre os animais.

Agimos da forma que agimos por razões do nosso passado evolutivo, não por nosso presente cultural, e o nosso comportamento é tanto uma marca de nossa espécie quanto o é a forma do osso de nossa coxa ou a configuração dos nervos numa área do cérebro humano. (...) se defendemos o título de nossa terra ou a soberania de nosso país, fazemo-lo por razões não menos inatas, não menos inextirpáveis que as que fazem com que a cerca do proprietário aja por um motivo indistinguível daquele do sem dono quando a cerca foi construída. A natureza territorial do homem é genética e inextirpável (ARDREY, apud HAESBAERT, 2004, p. 46).

Para Ardrey, então, o território é uma área do espaço, seja de água, seja de terra, seja de ar que um animal ou grupo de animais defende como propriedade exclusiva. O autor estende esta noção de território, para todos os animais, inclusive para os homens afirmando que há nos animais um instinto de posse de territórios, e que nossas ações seriam moldadas por este instinto.

Embora as analogias com a vida humana sejam sempre perigosas, os estudos da Etologia mostram como os animais marcam seus territórios com os mais diversos tipos de sinais para delimitar a apropriação do espaço e definir suas fronteiras.

De acordo com Kruuk (2002), para marcarem o seu território, muitos animais, como os carnívoros, utilizam sistemas de sinalização muito diversificados, através de gestos ou marcas, como levantar a perna, urinar, fazer fezes, esfregar as bochechas, arranhar uma árvore, roçar contra objetos ou no chão.

Nota-se que na Etologia a constituição do território é uma extensão das funções orgânicas, ou seja, constituir território é um instinto dos animais de possuir e defender um espaço. Esse instinto tem a função de garantir a base de recursos à sobrevivência dos animais, ao formar os territórios alimentares, os territórios de acasalamento para a reprodução da espécie e os territórios de proteção dos filhotes durante o crescimento, evitando predadores.

Segundo Di Méo (apud HAESBAERT, 2004, p. 45), para a Etologia, o território é um espaço geográfico defendido por todo animal com necessidade de se proteger. Ele possui limites definidos, onde a presença de um animal exclui a permanência simultânea de animais que são possíveis ameaças a sua soberania.

Para Lorenz (1979), isso ocorre porque os limites de um território são produzidos em um jogo de poder, em que o instinto de defesa do território nos animais possui a função de distribuir uma espécie particular sobre uma área de caça. Em cada indivíduo a preparação para lutar e caçar é maior no lugar mais familiar, isto é, no meio do seu território. Quanto mais afastado do seu território de segurança, mais o animal evita a luta, a disputa por se sentir mais inseguro.

Lorenz (1979) associa a defesa de um território a um instinto de agressividade entre os membros da mesma espécie, ao afirmar que “a função mais importante da agressão intra-específica é a distribuição uniforme dos animais de uma espécie particular sobre uma área habitável” (p. 30). Para o autor a agressão é um instinto, que não depende de fatores externos, cuja função é constituir um território onde existam recursos suficientes para a sobrevivência e reprodução dos animais.

Além de uma espécie de jogo custo-benefício que a territorialidade proporciona através desse sentido funcional, haveria também para alguns autores, como Deleuze e Guattari (2002), uma outra dimensão: a da expressividade.

3.3 - O conceito de território na Filosofia de Deleuze e Guattari

Nesse item será destacada a noção de território expressivo. Para Deleuze e Guattari (2007c), o território antes de ser funcional, possessivo, é expressivo, é um ritmo, dotado de marcas de expressão.

Com a constituição do território muitas funções orgânicas se transformam, sexualidade, procriação, alimentação, agressividade, mas não são essas funções que determinam o território. Seria antes o inverso: o território faz emergir qualidades sensíveis puras, sensibílicas, que deixam de ser unicamente funcionais e se tornam traços de expressão, tornando possível a transformação das funções (DELEUZE E GUATTARI, 2007c, p. 237).

Conforme os autores, a cor dos pássaros ou dos peixes é um estado da membrana, que remete ele próprio a estados internos hormonais. Ela exerce uma função orgânica, quando está ligada a um tipo de ação: luta, fuga, acasalamento ou caça. Porém, a cor se torna expressiva quando adquire uma outra frequência e uma nova extensão que fazem dela uma marca territorial, uma assinatura, uma placa de sinalização que indica quem pode entrar e quem deve fugir desse território.

O território é marcado por sinais e esses sinais são feitos de componentes heterogêneos: materiais diversos, produtos orgânicos, estados de membrana, de pele, fontes de energia, gestos, rituais e ritmos. Contudo, os territórios emergem a partir do momento em que esses componentes deixam de exercer uma função específica, para se tornarem expressivos. “Há território a partir do momento em que há expressividade de ritmo. É a emergência de matérias de expressão que vai definir o território” (DELEUZE E GUATTARI, 2007c, p.121).

Os autores citam também os estudos sobre primatas, destacando que muitos macacos, de sentinela, expõem seus órgãos sexuais de cores vivas para marcar o território: “o pênis torna-se um porta cores expressivo e ritmado que marca os limites do território” (DELEUZE E GUATTARI, 2007c, p. 121). A apropriação de um território envolve fazer uma marca.

A propriedade, de grupo ou individual, decorre disso, mesmo que seja para a guerra e a opressão. A propriedade é primeira artística, porque a arte é primeiramente *cartaz, placa...* O expressivo é primeiro em relação ao possessivo, as qualidades expressivas ou matérias de expressão são forçosamente apropriativas, e constituem um ter mais profundo que um ser (p.123).

Assim, um componente, seja ele corporal, seja ele do meio, torna-se ao mesmo tempo função, qualidade e propriedade, pois à medida que são selecionados os materiais, são produzidas as marcas de expressão. Então, pode-se “de qualquer coisa fazer uma matéria de expressão” (p.123). Os autores utilizam como exemplo: a espécie de pássaros *scenopietes dentirontris*, que estabelecem suas referências territoriais fazendo, toda manhã, cair da árvore folhas que eles cortam, virando-as em seguida do lado inverso para que sua face interna mais pálida contraste com a terra. Quando o

pássaro inverte a folha ele produz uma matéria de expressão, que marca o território com seus traços. Os movimentos próprios das forças da natureza e dos meios ensinam ao pássaro como agenciar elementos, materiais heterogêneos e como ritmá-los. Os filósofos vêem a natureza como música, como nas relações de contraponto enumeradas pelo biólogo e um dos fundadores da etologia Von Uexküll.

Segundo Uexküll (2004) na natureza há “planos” que se materializam com o desenvolvimento dos organismos, há “melodias” que direcionam o intercâmbio de signos entre sistemas vivos na forma de duetos ou corais, e de “contagens” que o biossemiotista deve encontrar e registrar.

Nesse sentido, o território é um ritmo e conserva o caráter mais geral do ritmo, o de inscrever-se num plano diferente das atividades funcionais, num processo de criação de um novo uso para os materiais. O território e as funções, que nele se exercem são o agenciamento de um processo de territorialização, no qual há um plano de expressões territorializantes e um plano de funções territorializadas. Logo, é a marca de expressão que faz o território. As funções num território não são primeiras, elas supõem antes um agenciamento expressivo que produz o território. Ou seja, antes das funções orgânicas, há regimes de signos, fluxos de expressão, agenciamentos de componentes heterogêneos, com funcionamento maquínico, que produzem territórios.

Retomando a tese de Lorenz, de que a agressão é um instinto que constitui um território, Deleuze e Guattari (2007c) consideram que ela é ambígua, com ressonâncias políticas perigosas, porque ele acredita que a apropriação de um território é uma evolução filogenética de um instinto de agressão direcionado contra os congêneres do animal. Um animal de território, para Lorenz é aquele que dirige sua agressividade contra outros membros de sua espécie, o que dá à espécie a vantagem seletiva de se repartir num espaço onde cada indivíduo ou grupo possua seu próprio lugar.

É evidente que a função de agressividade toma esse aspecto quando se torna intra-específica. Mas essa reorganização da função supõe o território. Nele, há inúmeras

reorganizações que afetam tanto a sexualidade, como a caça, a fuga etc. Surgem até mesmo novas funções, como construir domicílios, mas elas só são organizadas ou criadas enquanto territorializadas.

Portanto, segundo Deleuze e Guattari (2007c), o fator territorializante, deve ser buscado no devir expressivo do ritmo, isto é, na emergência de sinalizações singulares (cor, odor, som, silhueta). Não no sentido em que essas qualidades pertençam a um sujeito, mas no sentido em que elas desenham um território que pertencerá ao sujeito que as traz consigo ou que as produz.

Os autores afirmam que as qualidades expressivas são assinaturas, assim como a assinatura de um nome não é a marca constituída de um sujeito, de uma pessoa, mas, sim, a marca constituinte do seu domínio. “É ao mesmo tempo que gosto de uma cor, e que faço dela meu estandarte ou minha placa. Colocamos nossa assinatura num objeto como fincamos nossa bandeira na terra” (DELEUZE E GATTARI 2007c, p. 123).

Para eles, as qualidades expressivas não são qualidades puras, nem simbólicas, mas qualidades apropriativas, passagens que vão de componentes de meio a componentes de território.

Essas qualidades expressivas ou matérias de expressão entram em relações móveis umas com as outras, as quais vão exprimir a relação territorial que elas traçam entre as funções orgânicas e as circunstâncias. De um lado, as qualidades expressivas estabelecem entre si relações moleculares que constituem motivos territoriais; ora estes sobrepõem as funções orgânicas; ora se sobrepõem a elas; ora fundem uma função na outra, ora inserem-se entre as duas. As relações entre as matérias de expressão exprimem relações do território com as funções orgânicas e com as circunstâncias do meio. Mas as relações possuem uma autonomia na própria expressão.

Os referidos autores destacam dois efeitos do agenciamento territorial: uma organização das funções e um reagrupamento das forças. No agenciamento há uma

territorialização das funções. É esse fator de territorialização que organiza as funções orgânicas em um trabalho específico, codificado, e junto a isso, liga as forças da terra em ritualizações.

Para Deleuze e Guattari (2007c), o ar, a água, os componentes do meio são forças da terra. No território há sempre um lugar onde todas as forças se reúnem, árvore ou arvoredos, num corpo -a - corpo de energias. A terra é esse corpo- a- corpo.

O agenciamento é antes territorial e o território é o primeiro agenciamento porque as marcas territorializantes desenvolvem-se em motivos, ao mesmo tempo que reorganizam funções e reagrupam as forças. Todavia, o território já desencadeia algo que irá ultrapassá-lo. Logo, o território é ele próprio lugar de passagem.

As atividades funcionais não são territorializadas sem adquirir um novo aspecto (criação de novas funções, como construir uma habitação, transformação de antigas funções, como a agressividade). É nesse sentido que a agressividade intra-específica é uma agressividade territorializada, que não explica o território, porque dele decorre. No território todas as atividades funcionais adquirem um novo aspecto, pois em muitos casos uma função agenciada, territorializada, adquire independência suficiente para formar ela própria um novo agenciamento, com graus variados de desterritorialização. O que há pouco era uma função constituída no agenciamento territorial torna-se o elemento constituinte de um outro agenciamento, o elemento de passagem a outro agenciamento.

Assim, Deleuze e Guattari ampliam os debates sobre o território ao buscarem conhecer os seus agenciamentos, isto é, o que o território põe em funcionamento, pois, seja o uso do território, seja sua extensão, seja seu contorno, é sinalizado num agenciamento de componentes heterogêneos, extraídos de todos os lugares, signos descodificados, em fluxo, que ora adquirem coordenadas em atividades codificadas, num processo de territorialização, ora são desmanchados, num processo de transcodificação, de desterritorialização; ora ganham novos contornos ao serem recodificados e

reterritorializados.

3.4 – O conceito de território e a abordagem antropológica

Se existe a possibilidade de uma abordagem antropológica sobre o território é porque, no agenciamento que o constitui, entram os mais diversificados componentes coletivos, materiais de expressão comuns, patrimônios culturais de uma região e de sua gente.

Cassirer (1994) afirma que os modos humanos de localização, de sinalização de um território, são tão sofisticados e possuem uma complexidade tão grande que eles não podem ser reduzidos apenas aos sinais orgânicos, como sugerem alguns etologistas:

...o homem vive em um universo simbólico. A linguagem, o mito, a arte e a religião são partes desse universo. São os variados fios que tecem a rede simbólica, o emaranhado da experiência humana. Todo progresso humano em pensamento e experiência é refinado por essa rede, e a fortalece. O homem não pode mais confrontar-se com a realidade imediatamente; não pode vê-la, por assim dizer, frente a frente. A realidade física parece recuar em proporção ao avanço da atividade simbólica do homem. Em vez de lidar com as próprias coisas o homem está, de certo modo, conversando constantemente consigo mesmo. Envolveu-se de tal modo em formas lingüísticas, imagens artísticas, símbolos místicos ou ritos religiosos que não consegue ver ou conhecer coisa alguma a não ser pela interposição desse meio artificial. Sua situação é a mesma tanto na esfera teórica como na prática. Mesmo nesta, o homem não vive em um mundo de fatos nus e crus, ou segundo suas necessidades e desejos imediatos. Vive antes em meio a emoções imaginárias, em esperanças e temores, ilusões e desilusões, em suas fantasias e sonhos. (CASSIRER, 1994, p.59)

Umberto Eco (2002) sugere que o estudo da cultura seja uma pesquisa semiótica. A partir dos estudos de Charles Sanders Peirce, irá apontar duas vertentes da semiótica: a codificação dos signos culturais e a produção de novos signos nos fenômenos de comunicação.

Peirce (1977) denominou de Semiótica a ciência dos signos. Ao realizar uma riquíssima classificação dos signos relativamente distinta da lingüística, ele possibilitou as mais diversas pesquisas dos sinais de mensagem, aplicadas, por exemplo, na informática e no cinema. Ele se especializou no efeito do signo, isto é no seu aspecto. O signo é “alguma coisa que está para alguém em lugar de outra sob algum aspecto ou capacidade” (Peirce, 1977, p.22). Em função de seu aspecto com a coisa ou objeto, um signo pode ser denominado *índice, ícone ou símbolo*. Um signo é denominado índice quando mantém uma relação direta com o objeto que ele representa. Assim, uma rua molhada pode ser índice de que choveu. Um signo é denominado ícone quando sua relação com o objeto é de semelhança. É o caso, por exemplo, da relação que ocorre entre retrato e retratado. Um signo pode também ser chamado símbolo, e isso se apresenta quando sua relação com o objeto é determinada por convenção, como as palavras.

A bandeira de um país, o hino nacional, a língua, a religião, os mitos configuram uma constelação de signos que compõem a cultura de uma nação e permitem conhecer um território . Possuir uma pátria é se apropriar desses componentes coletivos.

Bonnemaison e Cambrézy (apud HAESSBAERT, 2004, p.73) afirmam que a ligação dos povos tradicionais ao seu território era mais intensa que a das sociedades contemporâneas porque, além de um território-fonte de recursos, a ocupação do espaço ocorria de forma ainda mais intensa, através da apropriação simbólico-religiosa.

Para os autores, o vínculo com um lugar revela que o espaço está investido de valores não apenas materiais, mas também simbólicos e afetivos. Eles citam o exemplo da ilha Tanna onde o território é um espaço vivo, um personagem encantado. Os nativos dessa ilha não “possuem” um território, mas pertencem a ele. Não existe entre o grupo social e seu espaço uma simples relação de propriedade do espaço físico, mas também um “pertencimento”, tal como ela é destacada na mitologia dos homens da ilha, como eles se denominaram “man-ples”, homem-lugar.

Pertencemos a um território, não o possuímos, guardamo-lo, habitamo-lo, impregnamos-nos dele. Além disto, os viventes não são os únicos a ocupar o território, a presença dos mortos marca-o mais do que nunca com o signo do sagrado. Enfim, o território não diz respeito apenas a função ter, mas ser. Esquecer este princípio espiritual e não material é se sujeitar a não compreender a violência trágica de muitas lutas e conflitos que afetam o mundo de hoje: perder seu território é desaparecer (BONNEMAISON E CAMBREZY, apud HAESBAERT, 2002, p.73).

Para Haesbaert (2004), o grau de centralidade do território na concepção de mundo dos grupos sociais pode ser bastante variável. Mesmo nas sociedades tradicionais como as sociedades indígenas, existem várias formas de incorporar no seu mundo as referências territoriais. Portanto, deve-se ter sempre muita cautela com as analogias e a generalização dos conceitos de território.

Todavia, essa abordagem, que enfatiza as questões de ordem simbólico-cultural, amplia os debates sobre o conceito de território. Assim, o território passa a envolver, além da ocupação de um espaço com fronteiras definidas, ou em sentido lato, como apropriação de um espaço físico, uma produção de componentes coletivos, de símbolos, que mobilizam vínculos, um “amor à pátria”, a sensação de pertencer a um lugar.

Conforme García (apud HAESBAERT, 2004, p. 70), essa relação com o território pode ser explicada parcialmente pelo estudo do meio físico. Mas a investigação do meio físico nunca revelará totalmente o significado de pertencer a um território. O autor cita os índios do Brasil central, cujo medo da seca envolve muito mais a criação de seus mitos do que da seca real a que estavam expostos, para sustentar sua tese de que não são as características físicas do território que determinam a criação de significados de pertencimento a um território.

É precisamente este significado ou idéia que se interpõe entre o meio natural e a atividade humana, com relação ao território, que tratamos de analisar (...) O estudo da territorialidade se converte assim em uma análise da atividade humana no que diz respeito à semantização do espaço territorial (GÁRCIA, apud HAESBAERT, 2004, p. 70).

Para o autor, o território semantizado, é um território socializado, pois tudo o que se encontra ao redor do homem adquire significado nas relações sociais, num processo

cultural.

Entretanto, abordar o território no processo de semantização é um pouco perigoso. Essa questão do significado ainda permanece no nível da representação e da interpretação. Aquela velha questão que tornou-se cara à psicanálise: “o que isso quer dizer?”. (DELEUZE E GUATTARI, 1976, p. 230)

Para evitar esse perigo, Deleuze e Guattari (1976) vão pensar os signos culturais, os símbolos, não pelo o que eles querem dizer, mas pelo que eles fazem e pelo que se faz deles. O que um símbolo coloca em funcionamento, o que ele produz, essas são as únicas questões que lhes interessa.

Um símbolo é unicamente uma máquina social que funciona como máquina desejante, uma máquina desejante que funciona numa máquina social, um investimento da máquina social pelo desejo (p. 229).

Afirmam que a cultura ao invés de ser um processo de significação, é um movimento que coloca à força a produção social no desejo, e desse modo, põe a força o desejo a serviço da reprodução social. Eles dizem que a cultura constrói as peças e as engrenagens da máquina social, seja com símbolos seja com os homens, seja com os seus órgãos, “porque até mesmo a morte, o castigo e os suplícios, são desejados e são produções” (p. 184).

Nessa direção, o funcionamento de uma sociedade consiste num investimento coletivo de codificar os fluxos do corpo, inscrevê-los, registrá-los, canalizá-los, torná-los regulados. Se as sociedades primitivas marcam os corpos é para codificar o funcionamento dos órgãos. A tatuagem, a circuncisão, a iniciação, a escarificação, a mutilação consiste nisso, que os órgãos sejam talhados no socius e que os fluxos sejam canalizados. Assim, o organismo do homem deixa de ser uma máquina biológica para ser uma máquina sócio-cultural, num ato de instituição, em que seus órgãos se compõem conforme as exigências sociais.

Não somente um criminoso é privado de órgãos segundo uma ordem de investimentos coletivos, não somente aquele que deve ser comido o é, segundo regras sociais tão precisas quanto as que recortam e repartem um boi; mas o

homem que goza plenamente de seus direitos e de seus deveres tem todo o corpo marcado sob um regime que refere seus órgãos e seu exercício à coletividade (a privatização dos órgãos só começara com “a vergonha que o homem experimenta à vista do homem”) (DELEUZE e GUATTARI, 1976, p. 183).

Quando nos rituais de iniciação indígena, o jovem sofre uma ação gráfica, ele recebe o signo gravado no corpo. Por exemplo, na tribo indígena Guaiáqui escolher uma pedra para marcar o corpo do jovem, ao longo do dorso, fazendo dele um homem, compõe um ritual.

Ela deve ter um lado bem cortante, mas não como lasca de bambu que corta muito facilmente. Escolher a pedra adequada exige pois, um golpe de vista. Todo o aparelho dessa nova cerimônia se reduz a isso: um calhau (...) Pele lavrada, terra escarificada, uma só e mesma marca (Pierre Clastres apud DELEUZE E GUATTARI, 1976, p. 240).

Para Deleuze e Guattari (1976), o *socius* é máquina de inscrição. Constitui um território-povo. É um geografismo. “A *máquina territorial*, portanto, é a primeira forma de socius, a máquina de inscrição primitiva, ‘megamáquina’ que cobre um campo social” (p. 179). Os primeiros modos de registro, os primeiros signos são sinais corporais. São os sistemas de signos inscritos na carne que produzem códigos sociais, as tribos, as castas, as classes, enfim os segmentos sociais, que são inseparáveis de uma característica territorial.

Uma marca sobre o corpo, uma dança sobre a terra, um canto, um desenho sobre uma parede, são máquinas de inscrição. As manifestações culturais são máquinas de registro. Elas imprimem as histórias de um povo, toda a sua luta e todo o seu esplendor, sobre a superfície de um território e sobre o corpo de sua gente.

Hall (1986) afirma que o território somente é compreensível a partir dos códigos culturais nos quais se inscreve. Nessa perspectiva, um território implica não apenas um espaço delimitado por fronteiras, envolve uma multiplicidade de inscrições sobre uma superfície.

Todavia, essas inscrições não possuem apenas um valor simbólico de mensagem, com significados ocultos, inconscientes, que necessitem ser interpretados, mas constituem

um instrumento de ação sobre os corpos e sobre os territórios. A esquizoanálise renuncia a toda interpretação, porque renuncia deliberadamente a descobrir um material inconsciente: “o inconsciente não quer dizer nada. Em compensação, o inconsciente faz máquinas, que são do desejo” (DELEUZE E GUATTARI, 1976, p. 229). A esquizoanálise problematiza o uso dos signos e o que isso coloca em funcionamento acompanhando os agenciamentos coletivos de enunciação.

Conforme Deleuze e Guattari (2007), em todo agenciamento há duas faces precisas, uma maquinação de corpos e componentes heterogêneos, e uma enunciação coletiva, de grupo. Conhecer essa enunciação coletiva, a qual envolve uma série dos componentes, é conhecer o exercício do agenciamento, o que ele coloca em funcionamento.

Os agenciamentos produzem subjetividades de grupo, um estilo comum, um ritmo, um modo de viver comum ao território. Mas também produzem diferenciações dentro do próprio grupo e do próprio território. (GUATTARI, 1992, p. 17 e p. 131)

Para Deleuze e Guattari (1976) os agenciamentos também mobilizam paixões. Os agenciamentos podem mobilizar um amor ao clã, um pertencimento à terra natal, mas também uma paixão por outros territórios, uma fuga do seu território.

Assim, seria interessante que na atuação territorial do CAPS houvesse a possibilidade de acompanhar as manifestações culturais, os componentes coletivos postos em jogo e os universos de referência de uma pessoa, de um grupo, de um bairro, de uma cidade, enfim, seria interessante uma análise que ultrapassasse o indivíduo e volta-se para componentes mais humanos que individualizantes, e se possível, que disparasse processos de construção de territórios de vida mais potentes. A atuação territorial na área da saúde deveria envolver uma atenção aos componentes coletivos de expressão, uma visibilidade do agenciamento desses componentes, o que eles mobilizam, o que eles colocam em funcionamento, os códigos do bairro, da cidade, e também a produção de novos signos ainda não codificados.

Visto que Guarapari possui um número elevado de imigrantes de outras regiões do país, principalmente Bahia e Minas Gerais, e que muitos acabam indo parar no CAPS, a atenção psicossocial poderia ser construída utilizando, também, os componentes culturais e regionais dessa gente.

Por exemplo, utilizar os componentes culturais de uma culinária e seus pratos típicos regionais, para compor as refeições realizadas no CAPS. As aulas de artesanato poderiam trabalhar com materiais regionais para disparar outros processos de territorialização, valorizando as misturas culturais, as histórias de vida, e assim, ser suporte do processo de produção de singularidades. Compondo uma potência híbrida e antropofágica de diferenciações, típica deste país tropical.

Uma mistura entre elementos culturais capixaba, baiano e mineiro com suas culinárias, músicas e artesanatos. Um território comum entre moqueca capixaba, acarajé e tutu; um território comum entre a música dos tambores e da casaca dos grupos de congo de Perocão, a batida do Olodum e as toadas de Milton Nascimento; um território comum entre o artesanato com conchas do mar - típico de Guarapari e do litoral sul do Espírito Santo -, como as moringas da Bahia e as bonecas de pano de Minas.

Realizar atividades culturais e artísticas com as pessoas que passam pela experiência da loucura está ajudando a construir um outro olhar para os modos de atenção psicossocial, indo ao encontro de uma nova visão de política cultural instituída pelo Ministério da Cultura (Minc), em que a valorização da diversidade cultural permitirá construir um país mais democrático.⁵

Logo, o Ministério da Cultura, por meio da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural (SID/Minc), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por intermédio de sua Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) realizou a oficina ***Loucos pela Diversidade: da diversidade da loucura à identidade da***

⁵ Este foi o tema da 33ª Conferência Geral da Unesco. Convenção sobre a proteção e promoção da diversidade das expressões culturais. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001497/149742POR.pdf>

cultura, dias de 15 a 17 de agosto de 2008, na Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, para indicar políticas públicas culturais destinadas às pessoas que passam pela experiência da loucura. Essa ação pretende dar visibilidade à produção cultural dessas pessoas e estabelecer uma discussão ampla e abrangente entre o governo e a sociedade civil, visando identificar propostas que auxiliem decisões, tanto dos órgãos governamentais como das instituições envolvidas com o tema.

Nesse sentido, a atuação territorial do CAPS pode exercer uma importante contribuição para a construção de um agenciamento, em que a cultura seja trabalhada em toda sua transversalidade, capaz de unir os diversos segmentos da sociedade, num movimento onde todos se tornam iguais na sua diferença⁶.

Nas manifestações culturais/artísticas, existe um espaço maior de liberdade; a cidade se torna um espaço mais democrático, um espaço comum de expressão que forma grandes agenciamentos coletivos de enunciação. Articular-se com os movimentos culturais, com grupos que realizam atividades culturais na cidade, como por exemplo os Pontos de Cultura, é uma ótima iniciativa para delinear essa potente linha de atuação territorial.

O Ponto de Cultura de Perocão, comunidade vizinha à Santa Mônica, se constitui como um laboratório de mídia para produção de som e imagem, seguindo a diretriz do Minc de fornecer às comunidades equipamentos de registro e produção cultural, para que elas não sejam apenas consumidoras de cultura, mas também possam produzir suas próprias histórias, seus mitos, seus símbolos, ícones, imagens, músicas, para que produzam suas marcas, seus signos comuns, seus agenciamentos de enunciação, enfim, registrem sua singularidade cultural.

Disparar o agenciamento entre os Pontos de Cultura e os CAPS poderá traçar uma linha de possibilidade para a atenção psicossocial que ampliaria seu alcance.

⁶ Tema do evento nacional para celebrar a Declaração Universal dos Direitos Humanos em Salvador, de 7 a 9 de dezembro de 2007

3.5 - O conceito de território na Geografia

O território na geografia contemporânea, principalmente em Raffestin (1993), Sack (1986, 1993) Gottman (1975) e Santos (1988; 1994), passou a ser analisado mais por seus fluxos, do que pela apropriação de um espaço físico por um poder de Estado. Será o grau de acesso de um espaço, a codificação das fronteiras, a definição de quem entra e quem sai, os fluxos monetários, de mercadorias, da força de trabalho, da informação e o fluxo das atividades da população que definirá um território. Assim, a geografia passou a abordar o conceito de território em sua multiplicidade de poder, tornando visível a potência da multiterritorialidade.

A institucionalização da geografia como disciplina nas universidades européias ocorre com a unificação da Alemanha em 1871. Logo, historicamente, o conceito de território na Geografia foi pensado, definido e delimitado a partir de relações de poder de um Estado sobre um espaço e seus recursos. Essa concepção clássica de território vincula-se ao domínio de uma determinada área, imprimindo uma perspectiva de análise focalizada no poder em escala nacional: Estado-Nação. Por isso, a Geografia Política está habituada a considerá-lo de acordo com o tamanho da população e o tamanho do território.

Nesse sentido, o território passou a ser um espaço definido por limites (linhas), que possui um sistema de leis e uma unidade de governo, a partir dos quais as respectivas localizações e características definem o parcelamento do mundo dentro da história da humanidade.

É a obra de Friedrich Ratzel que funda a conceituação de território na Geografia. Para Ratzel (1988), o território está vinculado ao solo, enquanto espaço ocupado por uma determinada sociedade. A organização de uma sociedade depende estritamente da

natureza de seu solo, de sua situação; do conhecimento da natureza física do país. Sua história política pertence aos ciclos de vantagens e desvantagens de utilização desses recursos. Território, para ele, é uma área da superfície terrestre apropriada por um grupo humano com necessidade de um território, onde possa haver recursos naturais suficientes para sua população, recursos que seriam utilizados a partir das capacidades tecnológicas existentes.

A crítica dessas idéias vem, sobretudo, dos trabalhos do geógrafo francês Paul Vidal de La Blache, que se efetivam no final do século XIX e início do século XX. Ao invés de do conceito de território, La Blache cria o conceito de região. Para Haesbaert (2004) este é o conceito da Geografia mais audacioso, na busca de integrar a multiplicidade de categorias que envolvem o estudo do território. Contudo, também privilegia as produções materiais na construção das regiões.

Em suma, o conceito de região teve uma primazia frente a outros conceitos espaciais, o que acabou decretando o descrédito do território como conceito explicativo da realidade. Muito tempo depois da decretação de seu declínio, o território volta a ser debatido, na década de 1970, como conceito explicativo da realidade geográfica.

Raffestin (1993) faz uma crítica ao que denomina “geografia unidimensional”, ou seja, o território definido exclusivamente em referência ao poder estatal. Como alternativa analítica a esse território estatal, o autor defende a existência de múltiplos poderes que se manifestam nas estratégias regionais e locais. Raffestin utiliza explicitamente a concepção de poder no pensamento de Michel Foucault.

O poder não se adquire; é exercido a partir de inumeráveis pontos; as relações de poder não estão em posição de exterioridade no que diz respeito a outros tipos de relações (econômicas, sociais etc.), mas são imanentes a elas; e “onde há poder há resistência e, no entanto, ou por isso mesmo, esta jamais está em posição de exterioridade em relação ao poder. (RAFFESTIN, 1993, p. 53)

Na perspectiva de Raffestin (1993), o território é a manifestação espacial do poder em relações sociais, as quais estas determinadas, em diferentes graus, por ações - estruturas concretas – e informação - estruturas simbólicas.

Para Haesbaert (2004) essa compreensão permite pensar o processo de territorialização-desterritorialização-reterritorialização, baseado, sobretudo, no fluxo de informação; ou seja, de símbolos, ícones, índices, enfim, signos que podem disparar a construção de novos territórios (territorialização), desconstruir os antigos (desterritorialização) e reconstruí-los (reterritorialização).

Sack (1986) afirma que a territorialidade é uma tentativa, ou estratégia, de um indivíduo ou de um grupo para atingir, influenciar ou controlar recursos e pessoas através da delimitação e do controle de áreas específicas. Esta delimitação forma um território somente quando seus limites são utilizados para produzir diferentes níveis de permeabilidade, ou de acessibilidade, às pessoas, aos objetos ou aos fluxos dos mais diferentes tipos de produção.

Segundo Sack (1993), há graus de territorialidade. Uma cela em uma prisão de segurança máxima é mais territorial do que uma sala de espera de um dentista, por exemplo. Para ele, uma área para ser território necessita de um conjunto de estratégias para manter, influenciar e controlar o seu acesso. Quando essas estratégias cessam, o atributo territorial também cessa.

Gottmann (1975) defende que o significado de território foi - se modificando com o passar do tempo - da História Ocidental desde a Grécia antiga. Sua obra termina analisando a realidade mundial até a década de 1970, quando o significado de território envolve uma parcela do espaço, caracterizada por seus graus de acessibilidade, dado que os avanços tecnológicos do século XX ampliaram, em grande escala, as possibilidades de circulação não só das pessoas como também dos objetos (produtos, mercadorias) a todos os lugares do planeta. Um fluxo que apontaria, segundo o autor, para a integração entre países.

Santos (1988; 1994) buscando categorias analíticas para a Geografia, vai situá-la no contexto do mundo atual, sugerindo novas linhas de reflexão metodológica. Ele reforça

a função da ciência, da tecnologia e da informação como a base técnica da vida social atual e que, desse modo, deveriam participar da construção epistemológica renovadora da Geografia. Ele defende, ainda, que qualquer território do planeta deve ser estudado à luz das novas condições históricas dominantes desde meados do século XX, em especial da globalização do espaço e da aceleração do tempo, características do período contemporâneo técnico-científico-informacional. Quanto mais os lugares se globalizam, mais se tornam singulares, visto que o arranjo que os componentes do território atinge em um determinado lugar, não será encontrado em nenhum outro. A globalização acaba disparando processos de singularidades territoriais.

Santos (1988) sugere que sejam utilizadas duas categorias de análise para pensar o processo de constituição do território: os fluxos e os objetos. Esses objetos e os fluxos (ações) produzem elementos territoriais básicos para a vida cotidiana que realizam o diálogo da pessoa com o mundo, o que permite estabelecer uma conexão material entre as pessoas.

Haesbart (2004) ressalta que o território estatal, o Estado como utiliza Ratzel, não perdeu sua centralidade no cenário mundial, ele é apenas um tipo específico de território. Entretanto, com o aumento da permeabilidade das fronteiras e a fluidez crescente dos espaços proporcionados pelo 'meio técnico-científico-informacional' contemporâneo, as territorialidades unificadas em Estado-Nação, com contornos definidos e historicamente produzidos, estão cedendo lugar hoje ao mundo das múltiplas territorialidades ativadas de acordo com os interesses, o momento e o lugar em que nos encontramos. Enfim, o autor indica a existência de uma multiterritorialidade, uma vez que múltiplos territórios de pequena dimensão se multiplicam e ampliam sua importância como referência para a vida social das pessoas.

Assim, territorializar-se significa, também hoje, construir e controlar fluxos, redes e criar referenciais simbólicos num espaço em movimento (Haesbart, 2004, p. 280).

3.6 – O conceito de território na Vigilância em Saúde

No Brasil, o enfoque sobre o território nas práticas de saúde emerge nos debates sobre os modelos de atenção à saúde, principalmente com a proposta de Vigilância à Saúde. Após a Constituição de 1988, o país, através do Sistema Único de Saúde (SUS), vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira.

A Vigilância em Saúde é um processo de reorientação dos modelos assistenciais do SUS que, seguindo as diretrizes de universalidade, integralidade e descentralização, contribui para sua regionalização e sua municipalização.

O debate sobre a construção da Vigilância em Saúde emerge, no início de 1990, quando vários distritos sanitários em processo de implantação buscavam organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços. Naquele momento, o debate incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação dos serviços, buscando integrar a oferta organizada dos serviços, a demanda espontânea e os programas especiais, com base na identificação das necessidades de saúde da população. Segundo Levy (1996, apud MONKEN E BARCELLOS, 2007, p. 204) as discussões sobre a vigilância em saúde se intensificaram em torno da organização do sistema de vigilância epidemiológica, dado que, na época, essa era a direção das novas propostas que surgiam nos países desenvolvidos.

Conforme Freitas (2002), essas propostas continham três diretrizes: 1) a vigilância das doenças e dos danos à saúde, como agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância epidemiológica; 2) a vigilância de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que geram riscos à saúde, realizada pela vigilância sanitária; 3) a vigilância de exposições, por meio do monitoramento do contato de indivíduos ou grupos populacionais a um agente de contaminação.

Com o desenvolvimento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde-Vigisus, a discussão acerca da vigilância em saúde se amplia através dos

fóruns de saúde pública. A área se consolidou com a reorganização de secretarias estaduais e municipais e com o desenvolvimento de novas práticas que incorporam seus conceitos instituintes - território/população, problemas de saúde, intersetorialidade e interdisciplinaridade. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2002)

Podemos acompanhar recentemente, no processo de institucionalização da vigilância no país, duas diretrizes: de um lado, a criação da Agência Nacional de Vigilância da Saúde (Anvisa), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que resultou na incorporação das competências e ações da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, adicionando novas missões, como a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares (PCIH). De outro lado, houve a criação de um programa de monitoramento de preços de medicamentos e de produtos para a saúde, atribuições relativas à regulamentação, controle e fiscalização da produção de fumígenos, suporte técnico na concessão de patentes pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) e controle da propaganda de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária.

Em junho de 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), uma nova organização composta pelas áreas técnicas do extinto Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), incluindo o Programa Nacional de Imunização (PNI) e pela reunificação dos programas e ações antes fragmentadas no Ministério da Saúde, como o de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, tuberculose, hanseníase, entre outros.

Visto que a epidemiologia é a matriz das práticas e discursos da Vigilância em Saúde no Brasil, a Secretaria utiliza, tanto para o diagnóstico das condições de saúde, quanto para o planejamento das ações, os indicadores de saúde da população de um território específico. Um trabalho que está fundamentado em diferentes campos do saber e tecnologias.

De acordo com Teixeira, Paim & Villasbôas (2000), a análise do território, na vigilância em saúde, é construída para contribuir no levantamento de informações, para operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo saúde-doença, ou seja, os grupos de risco; os ambientes de exposição aos agentes tóxicos, os números de óbitos, incidência e prevalência das doenças e seus danos à saúde da população.

Monken e Barcellos (2007) afirmam que acompanhar as ações da população sobre o território, sobre o fluxo de pessoas, de materiais e de informação, é fundamental para conhecer a dinâmica social, hábitos e costumes, bem como na determinação de vulnerabilidade para a saúde humana, que ocorre nas interações de grupos humanos em determinado território.

Entretanto, essa proposta de atuação territorial se defronta com as tendências produzidas historicamente pelos discursos, práticas e saberes da medicina social e com o biopoder⁷ que os atravessa. Romagnoli (2006) afirma que o biopoder possui dois eixos: o poder disciplinar e a biopolítica. O poder disciplinar é exercido sobre o indivíduo e o seu corpo através de mecanismos de vigilância constante. Já a biopolítica é exercida na população através de mecanismos de regulamentação da natalidade, da mortalidade, das capacidades biológicas e dos efeitos do meio. Estes dois mecanismos não param de se reproduzirem. A tecnologia da biopolítica não impede o exercício do poder disciplinar, mas o modifica. Enfim, a biopolítica utiliza o poder disciplinar para regulamentar o funcionamento da sociedade.

Para Carvalho (2005), embora o modelo da Vigilância em Saúde esteja contribuindo para a consolidação do SUS e indique um caminho promissor para a reorganização do modelo assistencial, a Vigilância em Saúde tende a desconsiderar os agenciamentos

⁷ Utilizamos o conceito de biopoder como o poder que se exerce sobre a vida, em referência a obra de Michel Foucault. Para maiores detalhes vide FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: _____ **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: > Martins Fontes, 199. p. 285-319 e ROMAGNOLI, R. **Algumas reflexões acerca da clínica social**. Revista do Departamento de Psicologia – UFF, v. 18 – n.2, p. 47-56, Jul./Dez. 2006.

coletivos do desejo e a produção da subjetividade em nome das ações programadas sob índices de saúde. Com ênfase no papel da epidemiologia para o planejamento das ações, a Vigilância em Saúde vem dando pouca atenção à demanda espontânea para a organização dos serviços de saúde.

A sobrecodificação do universo do sofrimento, com a lógica dos fatores de risco e os índices de saúde, indica a manutenção das práticas de controle das ameaças sociais.

A Vigilância, assim como a clínica e a medicina, é uma prática social e histórica, mesmo quando aparenta neutralidade e objetividade (MENEGHEL; GIGANTE & BÉRIA, apud MONKEN E BARCELLOS, 2007, p. 200).

3.6.1 - A produção histórica da Vigilância em Saúde

Ora, o conceito de vigilância em saúde remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem - do latim *vigilare* - significa observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se. (HOLLANDA, 1999)

O termo vigilância em saúde está historicamente relacionado ao conceito de saúde e doença, com mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças, produzindo uma atenção aos doentes e o seu isolamento.

Conforme Scliar (2002), o isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde dos homens. Mas, é a partir da Idade Média, quando os fundamentos religiosos passam a orientar as práticas de saúde, concebendo a doença como pecado e expiação, que a segregação social dos doentes foi promovido como prática de saúde coletiva para evitar que o mal se propagasse.

Com as grandes epidemias de lepra, a idéia religiosa da purificação se aplicou ao espaço urbano, constituindo a medicina da exclusão, do exílio, um modelo médico que

prevaleceu até o século XVII.

A partir do século XVIII, o modelo médico e político de intervenção transferiu-se do isolamento para a quarentena. A quarentena, com o registro permanente da doença sobre o espaço inspecionado, geometricamente dividido, enfim, a análise minuciosa da cidade, é a marca da matriz militar nas práticas de saúde coletiva. Se o modelo de saúde na Idade média é marcada pela purificação religiosa, na Idade Moderna, o modelo de saúde será a revista militar.

A medicina social⁸, que emerge na Europa no século XVIII, com suas estratégias biopolíticas de controle, que se exercem sobre os corpos dos indivíduos, irá constituir as diretrizes das atuais práticas de vigilância em saúde.

A medicina de Estado, surgida na Alemanha, com a observação sistematizada da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, com a subordinação dos médicos a uma administração central e com a integração de vários médicos em uma organização médica estatal institucionaliza as práticas de saúde sobre o território.

Na França, a medicina urbana tinha como preocupação central a análise das regiões de amontoamento que significassem ameaça à saúde humana, como cemitérios e matadouros, propondo sua localização e o controle da circulação do ar e da água.

Na Inglaterra, com o desenvolvimento do proletariado industrial, a medicina tornou-se social através da *Lei dos pobres*, caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, pela implantação de um cordão de isolamento sanitário, que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora através da vacinação, do registro de doenças e do controle de lugares insalubres, visando torná-la mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas.

⁸ Utilizamos o termo medicina social em referência a obra de Foucault. Sobre a medicina social e a biopolítica vide FOUCAULT, O Nascimento da Medicina Social, in: **Microfísica do Poder**, (org.) Roberto Machado, Rio de Janeiro, Ed. Graal, p. 79-98. 1979/2007.

Com o desenvolvimento das pesquisas em microbiologia e no campo das doenças infecciosas surgem novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação. Assim, emerge na saúde pública o conceito de vigilância, cuja função era observar os contatos de pacientes atingidos pelas doenças denominadas de peste.

O objetivo da vigilância era detectar a doença nos primeiros sintomas e, então, a partir desse momento, instituir o isolamento. Envolve a manutenção do alerta responsável e da observação para que fossem tomadas as medidas indicadas. O conceito de vigilância em saúde constituía um conjunto de medidas que ultrapassavam as práticas restritivas da quarentena.

No Brasil, a vigilância em saúde se institui no decreto do Príncipe Regente, de 1809, quando são sugeridas medidas de isolamento e de controle sanitário nos portos: “Da conservação da saúde pública; devendo haver todo o zelo, cuidado e vigilância, em que ela não perigues por contágio, (...)” (Brasil, apud MONKEN E BARCELLOS, 2007, p.202)

Dado que a prioridade do poder público na saúde coletiva eram as endemias e os problemas de saneamento dos aglomerados populacionais e dos portos, a medicina higienista ganhou força, definindo a organização urbana da maioria das cidades.

Com o desenvolvimento da bacteriologia no fim do século XIX e a utilização de recursos que possibilitaram a descoberta dos microorganismos, foi possível produzir a vacina contra a varíola, promovendo o início de uma nova prática de controle das doenças.

Todavia, as campanhas de vacinação contra a varíola e a febre amarela, assim como as medidas de higiene urbana eram marcadas por práticas jurídicas autoritárias de notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária. Os próprios termos utilizados pela saúde pública institucionalizada, tais como campanha, erradicação, controle e estratégia trazem as marcas de uma matriz militar que atravessa as relações entre a sociedade e o Estado. Se as estratégias militares visam à eliminação do

inimigo, as estratégias no campo da saúde pública visam à erradicação da doença.

Segundo Monkem e Barcellos (2007), com a Guerra Fria, nos anos 50, o conceito de vigilância epidemiológica passou a ser utilizada amplamente na saúde pública. A noção de controle das doenças transformou-se em vigilância das epidemias.

Contudo, o conceito de vigilância se modifica. Ele deixa de ser aplicado com o sentido de observação sistemática dos contatos do doente, para ser aplicado num sentido mais amplo, como o acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde nas comunidades, visando aperfeiçoar as medidas de controle das doenças.

Conforme Monken e Barcellos, (2007), Alexandre Langmuir, epidemiologista norte-americano, em 1963, conceituou vigilância em saúde como observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de índices de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regularidade na transmissão dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

De acordo com Waldman (1998), essa noção de vigilância, como produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringia-se as autoridades sanitárias visto que o uso dessas informações ficavam a cargo delas, servindo para assessora-las nas estratégias de saúde pública.

Monken e Barcellos (2007) afirmam que o atributo “epidemiológica” foi introduzido ao conceito de vigilância, por Karel Raska, epidemiologista tcheco, em 1964. No ano seguinte, a concepção de vigilância epidemiológica se consagra com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS - quando se chegou ao consenso que a vigilância em saúde precisaria compreender as características particulares de cada doença, e assim oferecer dados científicos para as ações de controle.

Para Waldman, (1998) um dos principais fatores de propagação da vigilância epidemiológica foi a XXI Assembléia Mundial de Saúde, que em 1968, promoveu uma ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde pública, ampliando a utilização desse instrumento. Logo, a vigilância em saúde passa a ser utilizada, não só para o controle de doenças transmissíveis, mas também para registrar outros eventos adversos à saúde.

Nesse período, emerge no Brasil o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelecendo a competência das três esferas de governo e as bases para a descentralização das ações e dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Logo, inicia-se a implantação dos Distritos Sanitários.

3.6.2 - Distrito Sanitário: o território como processo de informação

Monken e Barcellos (2007) afirmam que a organizações do sistema de saúde por meio de Distritos Sanitários visa a organizar, no sentido político e técnico, a assistência em saúde numa determinada extensão territorial. Essa extensão pode corresponder a um município como um todo ou a um conjunto de subprefeituras, regiões administrativas, bairros ou a um consórcio de municípios definidos de acordo com determinados limites físicos reconhecidos por intermédio de normas e leis.

Portanto, o Distrito Sanitário institui-se como organização administrativa com certo grau de autonomia decisória, voltada para a mudança das práticas sanitárias. Ele obedece à lógica político-administrativa, que normalmente está definida pelo número de habitantes e pela área de informação do IBGE, para o planejamento urbano de assistência à saúde, podendo coincidir com o espaço de um município ou, no caso de municípios maiores, com o espaço da descentralização político-administrativa da Prefeitura (subprefeituras ou regiões administrativas) e, em pequenos municípios, com os consórcios intermunicipais referidos às microregiões.

De acordo com Mendes (1993), há pelo menos, duas grandes correntes de pensamentos que apreendem de forma distinta a questão do território do distrito sanitário. A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e que está completo. Nessa concepção, são os critérios geopolíticos - isto é, as variáveis que a Geografia Política frequentemente utiliza para definir um território: o tamanho do território e o tamanho da população - que definirão um território denominado território-solo. Esse entendimento de apropriação de um espaço naturalizado e acabado é o que dá sustentação à visão topográfico-burocrática de Distrito Sanitário.

A segunda corrente compreende o distrito sanitário como processo. Vê o território como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social, de uma relação de forças, que gera um campo de tensões na vida política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução.

Portanto, a concepção de território-processo ultrapassa a superfície-solo e às características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos, enfim de desejo. Esse é o território do distrito sanitário entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias, o qual permite transformar o modelo biomédico nas práticas de saúde.

O desafio dessa política de saúde será acompanhar o território em seu processo de transformação no tempo, para acompanhar a realidade de saúde de uma população, que se modifica constantemente, pois envolve uma multiplicidade de fatores ambientais, culturais, sociais, econômicos e políticos, com agenciamentos singulares e demandas específicas sobre um território.

Mendes (1993), afirma que, na tentativa de ordenar uma situação de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção em saúde, o território do

Distrito Sanitário se subdivide em: território-distrito, território-área, território-microárea e território-moradia. Cada um desses territórios estrutura-se com uma lógica própria; e eles possuem objetivos diferenciados e sustentam-se em disciplinas distintas.

Território-Distrito, nesse sentido, significa a área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde e delimita-se em função do fluxo e contra fluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado território. Por isso, a lógica de sua organização envolve os recursos existentes para uma dada população e a distância do ambulatório, enfim o tempo para o atendimento. O Território-Distrito está definido com base em critérios administrativos e assistenciais. A disciplina que o fundamenta é a Geografia, uma vez que há uma unidade ambulatorial com autoridade sanitária sobre um território e uma população adscrita que deve receber serviços de saúde dessa unidade e com ela interagir.

O Território-Área é, sobretudo, um território de determinação da co-responsabilidade pela saúde naquele espaço entre população e serviço, mas, também, um espaço de organização básica da prática da atenção à demanda. A disciplina que fundamenta a delimitação do Território-Área é a Geografia; seu objetivo é mapear as demandas específicas do território.

Nesse sentido, o Território-Microárea, por sua vez é uma subdivisão do Território-Área. Institui-se na medida em que os problemas de saúde não se distribuem de forma simétrica no Território-Área. Assim, o Território-Microárea é definido segundo a lógica da homogeneidade sócio-econômico/sanitária, isto é, a identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos, de acordo com suas condições objetivas de existência. Esse território está próximo ao conceito de 'áreas homogêneas de risco'. A disciplina central para a caracterização da microárea é a Epidemiologia, com apoio da Economia, da Sociologia e da Antropologia, na identificação e análise das condições de vida e saúde e dos distintos grupos populacionais. Dessa maneira, poder-se-á atuar sobre as causas dos problemas através de operações de discriminação positiva, isto é, dos recursos e dos serviços

disponíveis no Território-Área. Logo, o objetivo do Território-Microárea é a prática da vigilância à saúde, mediante um conjunto de ações interdisciplinares e intersetoriais.

Finalmente, o Território-Moradia institui-se no espaço de vida de uma microunidade social (família nuclear ou extensiva), identificado na microárea para desencadear as ações de intervenção *in locu* sobre algumas causas dos problemas e seus efeitos. Esse território é fundamental para a operacionalização da Vigilância em Saúde e a disciplina básica para sua construção é a Epidemiologia.

Assim, a territorialização é um dos pressupostos da gestão dos processos de trabalho e das práticas de vigilância em saúde, por meio da delimitação de áreas e microáreas previamente determinadas.

Segundo Mendes (1993), na vigilância em saúde o território, muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, no qual se verifica a interação população-serviço no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com condições de saúde definidos e interagindo com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. O território não é apenas uma extensão geométrica. Nele há também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza, expressando-se como um território em permanente construção.

Contudo, há casos, em que se reduz o conceito de território, sendo ele utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços, negligenciando-se o potencial desse conceito para o planejamento das práticas de saúde.

4 - CONCLUSÃO

Sonho com o intelectual destruidor das evidências e das universalidades, que localiza e indica nas inércias e coações do presente os pontos fracos, as brechas, as linhas de força; que sem cessar se desloca, não sabe exatamente onde estará ou o que pensará amanhã, por estar muito atento ao presente; que contribui, do lugar em que estar, de passagem, a colocar a questão da revolução, se ela vale a pena e qual (quero dizer qual revolução e qual a pena). Que fique claro que os únicos que podem responder são os que aceitam a

arriscar a vida para fazê-la. (FOUCAULT, M. Microfísica do Poder, p.242)

Ao analisarmos as práticas do CAPS, foi possível acompanhar a multiplicidade de linhas de força que estão em jogo no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica e na luta pela desinstitucionalização da loucura. O desafio foi conhecer o que, em cada circunstância, o agenciamento dessas linhas coloca em funcionamento e quais as linhas de ações possíveis passam dentro desse agenciamento.

Historicamente o agenciamento dessas linhas produziu a institucionalização da loucura com contornos biomédicos definidos. Mas, ao mesmo tempo em que esses contornos são atualizados através da classificação de transtorno mental severo e persistente, emergem no movimento da Reforma Psiquiátrica linhas de forças desinstitucionalizantes.

Os arranjos das linhas de força são sempre provisórios. A cada instante uma linha se sobrepõe a outras, de acordo com os acontecimentos, arrastando todo o agenciamento, gerando novos discursos e novas práticas sobre a loucura.

Foi necessário um conjunto de manobras e estratégias para produzir no próprio regime dos discursos da Reforma Psiquiátrica a enunciação do transtorno mental severo e persistente, a construção de um espaço específico para tratar o transtorno mental severo e persistente, medidas administrativas, normas operacionais, saberes, enfim todo este dispositivo Transtorno Mental Severo e Persistente.

Quando falo de estratégia, levo o termo a sério: Para que uma determinada relação de forças possa não somente se manter mas se acentuar, se estabilizar e ganhar terreno, é necessário que haja uma manobra (FOUCAULT, 2007b, p. 255).

Portanto, para o processo da desinstitucionalização da loucura será necessário construir estratégias para retirá-la desse quadro clínico. A atuação territorial pode ser um modo de produzir práticas de cuidado que ultrapassem a visão biomédica que reduz a loucura a um transtorno mental. Como no primeiro momento da Reforma Psiquiatria no Brasil, quando houve uma grande mobilização social, traçando uma linha de fuga que arrastou as práticas e discursos sobre a loucura para outros agenciamentos

coletivos de enunciação, de transformação da percepção social da loucura como doença mental, incurável e perigosa, construindo modos de acolher a diferença na diversidade dos modos de vida.

Contudo, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, com os modos substitutivos de atenção psicossocial, esta linha que arrasta as práticas psiquiátricas para fora dos muros do manicômio, entra num jogo de forças com a linha biomédica, que classifica os sintomas e produz subjetividades binárias: o normal e patológico, o são e o doente, o corporal e o mental; e a linha sobrecodificação do Estado que instituem as Normas Operacionais dos serviços de saúde.

Quando os CAPS se destinam a atender as pessoas com transtorno mental severo e persistente, isto indica como existe uma tendência nos modos de atenção psicossocial em produzir uma codificação binária dos discursos e práticas, como mental-corporal, transtorno mental severo - transtorno mental leve, persistente-moderado, e para cada segmento um modo de agir, um circuito e um lugar, codificando suas práticas e seus discursos. Uma tendência produzida historicamente por uma linha biomédica que corre o risco de segmentar o corpo, codificando todos os seus sinais orgânicos em espécies de sintomas.

Esta tendência pode ser acompanhada, inclusive na atuação territorial do CAPS, quando ocorre a visita domiciliar para verificar se as pessoas que são atendidas estão se cuidando, tomando os remédios, enfim, uma atuação territorial, de ir na moradia, para observar o cuidado do corpo, legitimada pelos discursos, práticas e saberes da Vigilância em Saúde.

Portanto, para apresentar o resultado desta pesquisa achamos que seja melhor falar em tendências do que verdades prontas e definitivas, pois não se sabe de antemão qual linha vai arrastar as demais, nem o que vai bloqueá-la. Quando falamos em cartografia das práticas de atenção psicossocial, queremos apontar que só há linhas e tendências de atuação, relações de forças, poder⁹, estratégias e modos de

⁹ O conceito de poder utilizado faz referência à obra de Foucault: "Na realidade, o poder é um feixe de

subjetivação.

Nesta cartografia existem linhas molares, segmentares, que codificam a loucura e sobrecodificam-na, definem seus nomes, seus territórios e seus circuitos. Existem linhas moleculares, de fuga, que a levam para outros territórios e outros circuitos, que transcodificam os discursos e as práticas sobre a loucura. Linhas que se cruzam sem cessar. “Não que essas linhas preexistam; elas se traçam, se compõem, imanentes umas às outras, emaranhadas umas nas outras.” (DELEUZE, 1998, p. 154)

O modo de lidar com esta multiplicidade de linhas de força será decisivo para todos que participam da implantação da Reforma Psiquiátrica e de todos que estão implicados nesse amplo movimento pela desinstitucionalização da loucura.

Desde já fica um alerta! Como nos lembra Deleuze e Parnet (1998):

“Há tanto perigo, cada uma das três linhas tem seus perigos. O perigo da segmentaridade dura ou da linha de corte aparece em toda parte. Pois esta não concerne apenas às nossas relações com o Estado, mas a todos os dispositivos de poder que trabalham nossos corpos, todas as máquinas binárias que nos recortam, as máquinas abstratas que nos sobrecodificam; ela concerne à nossa maneira de perceber, de agir, de sentir, nossos regimes de signos. É bem verdade que o Estados nacionais oscilam entre dois pólos: liberal, o Estado não passa de um aparelho que orienta a efetuação da máquina abstrata; totalitário, ele toma para si a máquina abstrata e tende a se confundir com ela. Mas os segmentos que nos atravessam e pelos quais passamos, de toda maneira, são marcados por uma rigidez que nos assegura, fazendo de nós, ao mesmo tempo, as criaturas mais medrosas, mais impiedosas também, mais amargas. O perigo está tanto em toda a parte, e é tão evidente, que seria preciso, antes, se perguntar até que ponto temos, apesar de tudo, necessidade de segmentaridade. Mesmo se tivéssemos o poder de fazê-la explodir, poderíamos conseguir isso sem nos destruir, de tanto que ela faz parte das condições de vida, inclusive de nosso organismo e de nossa própria razão? A prudência com a qual devemos manejar essa linha, as precauções a serem tomadas para amolecê-la, suspendê-la, desviá-la, miná-la, testemunham um longo trabalho que não se faz apenas contra o Estado e os poderes, contra o Estado e os poderes, mas diretamente sobre si...Certamente não basta atingir ou traçar uma linha molecular, ser levado por uma linha flexível...Mas não apenas podemos encontrar sobre uma linha flexível os mesmos perigos que sobre a dura, simplesmente miniaturizados, disseminados ou, antes, molecularizados; pequenos Édipos de comunidade tomaram lugar do Édipo familiar, relações móveis de força substituíram dispositivos de poder, as fissuras substituíram as segregações. Há coisa ainda

relações mais ou menos organizado, mais ou menos coordenado. Mas se o poder na realidade é um feixe aberto, mais ou menos coordenado (e sem dúvida mal coordenado) de relações, então o único problema é munir-se de princípios de análise que permitam uma analítica das relações do poder.” (FOUCAULT, M. 2007, P.248)

pio: são próprias linhas flexíveis que produzem ou afrontam seus próprias perigos, um limiar transposto depressa demais, uma intensidade tornada perigosa porque não podia se suportada. “Você não tomou muitas precauções.” (DELEUZE E PARNET, 1998, p.160-161).

Portanto, devemos sempre ter prudência com nossas ousadias, sempre refletindo para onde estamos indo e como estamos indo, enfim, o que estamos produzindo com nossas práticas e discursos. Isto envolve uma postura ética de análise, em que é necessário se perguntar: com quais linhas vamos escrever nossos discursos e práticas? Com quais linhas de força vamos construir o destino do CAPS? Que linhas de atuação vamos traçar? Como vamos agenciá-las? Quais lutas essas linhas de forças vão travar? Lutas que não param de ocorrer em nós mesmos! Talvez uma saída seja usar as linhas de força para potencializar a vida das pessoas, disparando nelas o desejo de cuidar do corpo, da vida e de si.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Tradução: Alfredo Bosi. 4ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ALTOÉ, S. (ORG.) **RENÉ LOURAU ANÁLISE INSTITUCIONAL EM TEMPO INTEGRAL**, São Paulo, ed. Hucitec, 2004.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** (UNI/UNESP), São Paulo, v.10, nº. 20, p. 299-316, jul./dez 2006.

AMARANTE, P (Coord.) **Loucos pela vida**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 1994.

AMARANTE, P. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: QUINET, A. (org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: SCLIAR, M.; et. al. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

ANDRADE, A. N.. Clínica Laborde: o exercício de práticas não excludentes. In: NOVO, H. A.; SOUZA, L.; ANDRADE, A. N. (org.). **Ética, cidadania e participação: debates no campo da psicologia**. Vitória: Edufes, 2001.

ARDREY, R. **The Territorial Imperative: personal inquiry into the animal origins of property and nations**. Ed. Delta Books, Londres, 1966.

BAPTISTA, L.A **Cidade dos Sábios**. Ed. Summus, São Paulo, 1999

BARAMBLITTT, G. **Compendio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992.

BARNES, M.; BERKE, J. **Viagem através da loucura**. Tradução: Sonia Coutinho. 2ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: Lemos/Edusp, 1994.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

BARROS, D.D; NICÁCIO, F. & AMARANTE, P. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. IN: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**, Ed. NAU, Rio de Janeiro, 2005. p. 195-214.

BARROS, D.D; NICÁCIO, F. & AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**, Ed. NAU, Rio de Janeiro, 2005, p. 113-142.

BARROS, M. E. B.; LUCERO, N. A. A pesquisa em psicologia: construindo outros planos de análise, Rio de Janeiro: **Psicologia & Sociedade**; 17 (2): 7-13; mai/ago, 2005.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Edições Graal, Rio de Janeiro, 1985.

BASAGLIA, F., ET. AL. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2008.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.

BENEVIDES, R. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e Capturas e Tempos Neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (ORG.) **Loucura, Ética e Política**: escritos militantes. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2003, p:196-206

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Ed. Brasiliense, Brasília, 1986

BIRMAN, J. **Os signos e seus excessos: a clínica em Deleuze**. In: ALLIEZ, Éric (org.). Gilles Deleuze: uma vida filosófica. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo:

Editora 34, 2000.

BOURDIEU, P. **Contrafogos**, Jorge Zahar, São Paulo, 1998.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 09/09/2007.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** /

Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.6, nº2, 2001. p. 471-480.

CAMPOS, G. W. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4): 863-870, out-dez, 1998.

_____. **Um método para co-gestão e análise de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção de saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CESARINO, A. C. **Hospital-dia “A Casa”: conversando sobre dez anos de experiência**. In: LANCETTI, Antônio. (org.). Saúde & Loucura nº1. São Paulo: Hucitec,

1989.

COIMBRA, C **Classes perigosas: uma pequena genealogia**. In: Ferreira, G. e Fonseca, P (orgs.) **Conversando em casa**, Sete letras, Rio de Janeiro, 2000.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em Saúde Coletiva. **Vertentes**, Assis-São Paulo, v. 5, n. 5, p. 11-22, 2001.

DELEUZE, G. **Conversações**: Sobre as sociedades de controle, Ed. 34, 1990.

DELEUZE, G. Quatro proposições sobre a psicanálise. In: LANCETTI, A. (org.). **Saúde & Loucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. Instintos e instituições. In: ESCOBAR, C. H. **Dossiê Deleuze**. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

_____. **Empirismo e subjetividade**: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume. São Paulo: Ed. 34. 2001

_____. **Francis Bacon**: lógica da sensação. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007a.

_____. **A de animal** in: O Abecedário de Gilles Deleuze, entrevista cedida à Claire Parnet sob direção de Pierre-André Boutang, disponível em: <<http://www.ufrgs.br/faced/tomaz/abc.htm>> Acesso: em 10 de janeiro de 2009.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **O Anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. Imago. 1976.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **O que é a Filosofia?**. São Paulo, Ed. 34, 2005.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil Platôs** - Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34. 2007b.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil Platôs** - Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 4. Rio de

Janeiro: Ed. 34. 2007c.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil Platôs** - Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 5. Rio de Janeiro: Ed. 34. 2007d.

DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R. **Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial**. In: Amarante, P. (Org.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau. p. 161-194. 2005.

DE MARCO, M. A. (org.). **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

DIMENSTEIN, M. Apresentação do dossiê: Subjetividade e Práticas Institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. **Vivência**, Natal, v. 32, 2007, p. 25-34.

DI MÉO, G. **Géographie Sociale et Territories**. Nathan, Paris. 1998.

DIRETRIZES para organização da atenção primária á saúde no Espírito Santo/ Secretaria de Estado da Saúde no Espírito Santo. 1. ed. Vitória, ES: A Secretaria, 2008. (Coleção uma nova saúde; 10)

DOSSE, F. **História do estruturalismo. Vol. I e II** Ed. Edusc, São Paulo, 2007.

ECO, U. **A estrutura ausente**. Ed. Perspectiva, São Paulo, 1977.

_____. **Tratado geral de semiótica**. Ed. Perspectiva, São Paulo, 2002.

ESCÓSSIA, L. ; MANGUEIRA, M. Para uma psicologia Clínico-Institucional a partir da desnaturalização do sujeito. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**. V. 17, n. 1. Jan-Jun, 2005. Pág.93-101.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei nº 5267, de 10 de setembro de 1996**. Vitória, 1996. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br>> Acesso em: 10 dez. de 2008.

ESPJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Educação

Profissional em Vigilância em Saúde. **Projeto Político Pedagógico**. Termo de Referência para a Educação Profissional em Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: ESPJV, 2002, p.90- p111

FONSECA, A. F. (org.) **O território e o processo saúde-doença**, EPSJV/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro 2000.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-319.

_____. **História da loucura**, Perspectiva, São Paulo: 2007a.

_____. **Microfísica do Poder (org.)** Roberto Machado, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979/2007b.

_____. **O nascimento da clínica**, Rio de Janeiro, Ed. Forense, 2006.

_____. **O nascimento do hospital**. In: FOUCAULT, Michel *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2007b.

_____. **O nascimento da medicina social**. In FOUCAULT, Michel *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2007b

_____. **O poder psiquiátrico**, São Paulo, Ed. Martins fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo. Ed. Martins Fontes, 1987

_____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro. Ed. Forense, 1987.

_____. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 9ª ed. Petrópolis: Vozes,

1991.

_____. Nietzsche, a genealogia, a história. In: FOUCAULT, M. **Arqueologia das Ciências e História dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. A vida: a experiência e a ciência. In: FOUCAULT, M. **Arqueologia das Ciências e História dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a.

_____. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. Coleção primeiros passos. São Paulo: Abril Cultural/ Brasiliense, 1985.

FREIRE, F. H. M. ; UGÁ, M. A. D. & AMARANTE, P. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. IN: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**, Ed. NAU, Rio de Janeiro, 2005, p. 113-142.

FREITAS, C. M. et al. Segurança química, saúde e ambiente: perspectivas para a governança no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 18 (1): 2002, p. 249-256.

FURTADO, B; LINS, D. (Org.) **Fazendo rizoma: pensamentos contemporâneo**. São Paulo, Hedra, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.

GOTTMAN, J. **The evolution of the concept of territory**. Social Science Information, 14 (3-4). 1975.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te

Cora Editora & Instituto Franco Basaglia, 1996.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977.

_____. Somos todos grupelhos. In: GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977a. Pág. 12-19.

_____. Transversalidade. In: GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977b. Pág. 88-105.

_____. O inconsciente maquínico e a revolução molecular. In: GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977c. Pág. 165-172.

_____. Micropolítica do fascismo. In: GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977. Pág. 173-190.

_____. **O capital como integral das formações de poder**. In: GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977. Pág. 191-210.

_____. **Caosmose**: Um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____. **Psicanálise e transversalidade**. São Paulo, ed. Idéias e Letras 2004.

GUATTARI, F. **Entrevista**. In: A & M Arquitetura AU, p.51-53, São Paulo V. 43 ago/set 92. Entrevista concedida à Ana Luiza Nobre, Jorge Mario Jáuregui e Sonia Schulz.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do desejo. 7ª Ed. rev. Petrópolis: Vozes, 2005.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multi-.

territorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2004.

HALL, E. **A dimensão oculta**. Lisboa, Ed. Relógio D'água, 1986.

HEIDRICH, A. **Fundamentos da Formação do Território Moderno**. Boletim Gaúcho de Geografia, nº 23, AGB - Seção Porto Alegre, 1998.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva** vol.14 nº.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2009.

HOLLANDA, B. **A Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa**. 3.ed. rio de Janeiro: nova Fronteira, 1976. (Edição revista e ampliada em 1999).

HOUAISS. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Versão 1.0. 2001.

HOWAARD, E. **Territory in bird life**. Ed. Collins. Londres, 1948 (1920).

IBGE, **Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. NOTA: Informações de acordo com a Divisão Territorial vigente em 01.01.2001

KRUUK, H. **Hunter and Hunted: relationship between carnivorous and people**. Cambridge University Press. 2002

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Rio de Janeiro: **Psicologia & Sociedade**; 19(1): 15-22, jan/abr. 2007

L'ABBATE, S. A análise Institucional e a saúde coletiva. **Ciência e saúde coletiva**. N. 8, vol. 1. 2003. P. 265-274.

LANCETTI, A. Apresentação. In: LANCETTI. Antônio. (org.). **Saúde & Loucura nº1**. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco

Alves, 1977.

LAVRADOR, M. C. C. Loucura: construção de outros modos de existência. In: NOVO, H. A; SOUZA L.; ANDRADE, A. N. (orgs.). **Ética, cidadania e participação**: debates no campo da psicologia. Vitória: EDUFES. 2001.

_____. Atenção psicossocial em saúde mental: uma perspectiva clínico-institucional. In: **Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição**, 6, Vitória, 2006. Anais. Vitória, Ed. GM, 2006.p. 44-48

LINS, D. A alegria como força revolucionária. In: **Fazendo rizoma**, FURTADO,B. & LINS, D. (ORG.) São Paulo, Hedra. 2008, p. 45-57.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LORENZ, K. **A agressão**: uma história natural do mal. -. 2. ed. - Lisboa: Moraes, 1979.

_____. **Os fundamentos da etologia**. São Paulo: Unesp. 1995.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**, Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1975.

_____. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. **René Lourau**: analista em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, L. A. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. (no prelo) in: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** (UNI/UNESP), São Paulo, 2009.

MAIRESSE, D. **Cartografia**: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. (org.) Cartografias e devires: A construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. **Território**: conceitos chave. In: Distrito Sanitário: processo social de

mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1993, p. 166-169.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MONKEM, M. E BARCELLOS, C. O território na Promoção e Vigilância em Saúde IN: FONSECA, A. F. e D'ANDREA CORBO A. M. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina. 2006.

MOURA, A. H. **A Psicoterapia Institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PEIRCE, C. S. **Semiótica**. São Paulo, Ed. Perspectiva. 1977.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2001. Pág. 65-112.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo. Ática. 1993. (1980).

RATZEL, F. **Géographie Politique**. Paris: Econômica. 1988.

RODRIGUES, H. Análise Institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: RODRIGUES, H; ALTOÉ, S. **Saúde& Loucura** número 8. São Paulo: Editora Hucitec, 2004a. p. 115-164.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/ Editora da UFRGS, 2006.

ROLNIK, S. Uma ética do real. Disponível em:

<http://psicologiadareligião.files.wordpress.com/2007/10/etica-do-real-rolnik-e-quattari.pdf>. Acesso em 03/01/2008.

ROLNIK, S. **Cartografias sentimentais: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre, Ed. Sulinas, 2006.

ROMAGNOLI, R. **Algumas reflexões acerca da clínica social**. Revista do Departamento de Psicologia – UFF, v. 18 – n.2, Jul./Dez. 2006, p. 47-56.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**, São Paulo, Ed. Hucitec, 2001.

SACK, R. **Human Territoriality: its theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press. 1986.

_____. **Homo geographicus**. Baltimore e Nova York: John Hopkins University Press. 1997.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. Paulo: Hucitec, 1988.

_____. **Por uma economia política da cidade**. SP: Hucitec /Educ, 1994.

_____. **Técnica, espaço, tempo**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

SANTOS, M; SOUZA, M. A.(org.). **A construção do espaço**. São Paulo: Nobel, 1986.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Senac, 2002.

SILVA, V. A. **A história da loucura: em busca da saúde mental**. RJ: Ediouro, 1979.

TEIXEIRA, C. F. **Epidemiologia e planejamento em saúde**. Ciência e Tecnologia em Saúde Coletiva, 4(2): 287-303, 1999.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: ISC, 2000.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. In: **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002.

UEXKÜLL, T. Von. **A teoria da umwelt de Jakob von Uexküll**. In: Galáxia. São Paulo: Educ., 2004, p. 19-48.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: ROCHA, Aristides Almeida; C., Chester L. G. (orgs.). **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu. 2008. pág. 149-164.

Anexo I

MAPA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

SERVIÇOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL

Municípios do Espírito Santo - 2006

