

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
PROGRAMA DE MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

PATRÍCIA FÁTIMA MENDES GUEDES

**CARTOGRAFIAS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO DE PESSOAS COM
SOFRIMENTO MENTAL NOS PROCESSOS DE TERRITORIALIZAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

Governador Valadares

2013

PATRÍCIA FÁTIMA MENDES GUEDES

**CARTOGRAFIAS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO DE PESSOAS COM
SOFRIMENTO MENTAL NOS PROCESSOS DE TERRITORIALIZAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território da
Universidade Vale do Rio Doce para obtenção do título de
Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Celeste Reis Fernandes de
Souza

Governador Valadares

2013

PATRÍCIA FÁTIMA MENDES GUEDES

Cartografias de exclusão e inclusão de pessoas com sofrimento mental nos processos de territorialização da Política Nacional de Saúde Mental

Dissertação submetida ao corpo docente da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE –, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

Governador Valadares, 11 de dezembro de 2013.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Celeste Reis Fernandes de Souza (Orientadora)
Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE

Prof^a. Dr^a. Maria Gabriela Parenti Bicalho

Prof^a. Dr^a. Patrícia Falco Genovez
Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE

Aos usuários e à equipe do CAPS II de Coronel Fabriciano pelos anos de convivência e de aprendizado, e por me fazerem insistir e investir na profissão de psicóloga.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante em minha vida.

A meu pai, Abel Guedes, apesar de sua breve passagem nesta vida, foi fonte de orgulho e de inspiração para me tornar a pessoa que sou hoje.

A minha mãe, Glória, pela dedicação e por nos ensinar que a vida somente tem valor se vivida com amor, simplicidade e respeito pelo outro; e que a família é o bem mais precioso que possuímos e, por isso, devemos fortalecer cotidianamente os laços que nos unem.

Aos meus irmãos, Léa e Arione, pelo carinho, incentivo e pelo amor que nos une.

Aos meus sobrinhos, Ana Clara, Ana Paula, Mateus, Laísa e Maria Eduarda, motivo de orgulho, por existirem em minha vida e por encantá-la todos os dias.

Aos meus cunhados, Henrique e Alessandra, meus irmãos de coração.

Ao meu padrinho, Geraldo, que me acolheu como filha, tornando-se minha referência e meu porto seguro.

Aos meus tios e tias, em especial, tia Leda (*in memoriam*), tia Marilza, tia Rosângela e tia Gracinha, pelo exemplo de força e perseverança.

Aos meus avós, Zico Veloso (*in memoriam*) e Conceição, início de tudo

Ao Eduardo por me fazer acreditar que nunca é tarde demais para ser feliz.

Aos meus amigos de longa data, Juliana Andrade, Fernanda Gama, Luís Henrique Ribeiro e Rubens Castro, pelo carinho, respeito mútuo e pelas contribuições dispensadas à construção desta pesquisa.

Aos usuários do CASAM (Centro de Atenção Psicossocial II de Coronel Fabriciano) que me permitiram exercer a profissão de psicóloga e galgar outros caminhos na saúde pública, sem perder de vista o compromisso ético assumido com eles desde o início de minha vida profissional.

À equipe do CASAM que me acolheu e compartilhou informações valiosas que deram corpo a esta dissertação.

Aos amigos do mestrado, com os quais dividi momentos de muito trabalho, mas também de descontração, que nos aproximaram e nos fizeram diferentes. Em especial, Rodrigo e Letícia, meus companheiros de viagem e de hotel, que em nenhum momento deixaram de me incentivar na realização deste sonho e de me apoiar nas dificuldades que somente nós somos conhecedores; a Cibele, Sandra e Thiago, pela amizade e disponibilidade incondicional.

De modo muito especial, agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Celeste, pelos ensinamentos, pela sabedoria e paciência, que permitiram um verdadeiro encontro interdisciplinar e um valioso reencontro com Michel Foucault. Estendo meus agradecimentos à sua família, sobretudo, Sérgio e Artur, pela atenção e por me permitir viver o cotidiano da família durante as minhas idas a Governador Valadares.

Aos professores do curso de Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, em especial às professoras Patrícia e Gabriela, pelas contribuições na banca de qualificação e por aceitarem participar da banca de defesa do Mestrado.

A todos, meus sinceros agradecimentos!

“A loucura, longe de ser uma anomalia, é a condição normal humana. Não ter consciência dela, e ela não ser grande, é ser homem normal. Não ter consciência dela e ela ser grande, é ser louco. Ter consciência dela e ela ser pequena é ser desiludido. Ter consciência dela e ela ser grande é ser gênio.”

Fernando Pessoa

RESUMO

Nesta pesquisa, buscou-se compreender os processos de exclusão/inclusão das pessoas com sofrimento mental grave em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), no contexto de territorialização da Política Nacional de Saúde Mental. O campo de pesquisa é um CAPS II, serviço que atende pessoas com sofrimento mental grave. O referencial teórico ancora-se em autores do campo dos estudos territoriais e opera-se com as noções de cartografia e heterotopia. O material empírico é constituído por documentos que compõem a Política Nacional de Saúde Mental, onde se inclui as diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde Mental e por prontuários de cinco usuários do CAPS II. Os documentos foram analisados utilizando-se como ferramenta a análise do discurso inspirada em Michel Foucault. Os resultados do estudo mostram que a territorialização da Política Nacional de Saúde Mental têm como objetivo a desospitalização, o tratamento em serviços substitutivos e a reinserção social. Porém, como a história dos usuários do CAPS II e os enunciados capturados nos prontuários demonstraram o cumprimento desse objetivo exige mais do que uma rede de serviços de saúde substitutivos ao hospital psiquiátrico. O território, diferente da forma como é concebido no campo da saúde, não é fixo, nele estão presentes os fluxos e os movimentos de coisas, pessoas, saberes e práticas. Os usuários circulam no território, ora incluídos em um lugar, ora excluídos desses mesmos lugares ou de outros novos. Verifica-se a necessidade de construção de uma rede com suporte intersetorial que leve em conta as relações que se estabelecem de forma dinâmica no território.

Palavras-chave: Exclusão – Inclusão – Saúde Mental – Política – Território.

ABSTRACT

This research, sought to understand the processes of exclusion/inclusion of people with severe mental illness in a Centro de Atenção Psicossocial II unit (CAPS II), in the context of territorial coverage of the National Mental Health Policy. The research field is called CAPS II, which is a service that assists people with severe mental illness. The theoretical framework is anchored in authors of the territorial study field and operates with notions of mapping and heterotopy. The empirical material consists of documents from the National Policy on Mental Health, in which the guidelines from the National Conferences on Mental Health is included and also records of five users of CAPS II. The documents were analyzed using the speech analysis tool suggested by Michel Foucault. The study results show that the territorialization of the National Mental Health Policy aim to deinstitutionalization, treatment in substitutive services and social reintegration. However, as the history of users CAPS II and the statements captured in the records demonstrated, the fulfillment of this goal requires more than a network of health services replacing the psychiatric hospital. The territory, other than the way it is designed in the healthcare field, is not steady, on it there are the flows and movements of things, people, knowledge and practices. Users walk around it, once included in one place, once excluded from these same places or from new ones. The need to build a network with intersectional support that takes into account the relationships that are established dynamically in the territory is verified.

Key-words: Exclusion – Inclusion – Mental Health – Policy – Territory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.	10
2 PERCURSOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA	16
2.1 PERCURSOS TEÓRICOS	16
2.1.1 Cartografia	17
2.1.2 Heterotopia	22
2.2 PERCURSOS METODOLÓGICOS	26
3 CONCEPÇÃO DE TERRITÓRIO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	31
3.1 PARA ALÉM DO MAPA	41
4 LUGARES HETEROTÓPICOS E O BINÔMIO EXCLUSÃO/INCLUSÃO	51
4.1 PROCESSOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS II	59
4.2 NARRATIVAS DE VIDAS	61
4.3 DEMARCANDO PROCESSOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	83
4.3.1 Louco precisa de remédio	83
4.3.2 Lugar de louco é no hospício	89
4.3.3 Louco não é dono de sua própria vida	94
5 CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS	101

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa¹ foi construída na tentativa de responder às minhas inquietações que, como psicóloga, convivia, desde 1994, com o sofrimento de pessoas com transtorno mental grave, bem como o de seus familiares, quando não se encontrava um lugar para acolher e tratar a loucura. Essas pessoas circulavam entre os serviços de saúde, o hospital psiquiátrico e a rua, pois os serviços de saúde existentes na época não respondiam às demandas da saúde mental, por não possuírem profissionais capacitados e pela crença, de alguns profissionais, que esses serviços não eram o espaço para acolher a loucura.

O hospital psiquiátrico, por sua vez, acolhia, medicava e, às vezes, utilizava procedimentos invasivos para o tratamento da doença mental, como a eletroconvulsoterapia², e, em seguida, reencaminhava os pacientes para os municípios de origem, sem uma direção do tratamento, e/ou os mantinha internados em longa permanência, o que representava, na maioria dos casos, alívio para os familiares.

A rua era o espaço onde circulavam, mas submetidos a uma vigilância constante por parte das autoridades policiais e de pessoas comuns, que se sentiam incomodadas com a presença do louco nos locais públicos. Essas foram algumas das questões que levaram, a mim e outros profissionais, a buscar outra forma de acolher e tratar a loucura que, no caso, foi a implantação do CAPS II em Coronel Fabriciano/MG.

Foi no CAPS II que aprendi a ser psicóloga, a valorizar a vida das pessoas que circulavam neste espaço, bem como compreender os seus sofrimentos e fazer uma aposta nas possibilidades que eles construíam e que lhes oferecíamos, mesmo que essas possibilidades nos apontassem impossibilidades e desentendimentos, como nos diz Clarice Lispector (1996, s/p):

¹ O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce/UNIVALE em 19 de fevereiro de 2013.

² A eletroconvulsoterapia ou eletrochoque é um procedimento médico indicado pela psiquiatria que consiste basicamente na aplicação de uma determinada carga elétrica ao cérebro do indivíduo, suficiente para causar convulsões. Nas décadas de 1960 e 1970, grandes campanhas contrárias ao eletrochoque sustentavam a inadequação da técnica e a violação de direitos humanos que o procedimento representava. Tais campanhas tinham o objetivo de desconstruir a ideia de que o uso do eletrochoque era terapêutico. Contudo, já no início da década de 1980, observa-se um retorno na indicação do eletrochoque como terapia recomendada para os casos de fracasso ou de poucos resultados no tratamento centrado na medicação (SILVA, 2012).

Não entendo.
 Isso é tão vasto que ultrapassa qualquer entender.
 Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras.
 Sinto que sou muito mais completa quando não entendo. Não entender, do modo
 como falo, é um dom. Não entender, mas não como um simples de espírito.
 O bom é ser inteligente e não entender.
 É uma bênção estranha, como ter loucura sem ser doída.
 É um desinteresse manso, é uma doçura de burrice.
 Só que de vez em quando vem a inquietação: quero entender um pouco.
 Não demais: mas pelo menos entender que não entendo.

De psicóloga e trabalhadora da saúde pública passo ‘à pesquisadora’, mas sem perder de vista o que de mais precioso guardo da minha trajetória profissional – o trabalho no CAPS II. A pesquisadora alçou novos voos, se aventurou no campo da geografia para compreender que o território é muito mais que espaço geográfico ou uma região de saúde.

Quando iniciei meu trabalho no campo da saúde pública em 1990 a concepção que se tinha do território, e que eu também assumia, era a de uma área geográfica que comportava uma população com características epidemiológicas e sociais e que deveria possuir os recursos de saúde necessários para atender essa população, o que se denominava território-distrito. No processo de territorialização, identificava-se e quantificava-se uma dada área geográfica com uma população adscrita a cada serviço de saúde, que, por sua vez, teria a responsabilidade pelos cuidados sanitários dessa população.

Dos territórios-distrito, passa-se à compreensão sobre as regiões de saúde com o objetivo de organizar o fluxo dos usuários entre os serviços de saúde, garantir a integralidade e o acesso às ações e serviços de saúde, mas, ainda assim, a noção que se tem do território é de fixidez, atrelada a um espaço geográfico, representado em um mapa. Reconhecemos a importância de organização de um modelo técnico assistencial em saúde, demarcado geograficamente; porém, existem aspectos relevantes que ficam à margem da noção de território apresentada, pois essa forma de organização não contempla os modos como os indivíduos circulam no espaço e como estabelecem relações nesse espaço.

A partir das leituras realizadas no Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Gestão Integrada do Território – GIT, tendo como referências autores como Ratzel (1990), Raffestin (1993), Saquet (2007; 2009), Doreen Massey (2008), dentre outros, foi possível compreender, de outros modos, a concepção de território. O território não se restringe ao espaço demarcado geograficamente. Pelo contrário, é no espaço que as relações se estabelecem, por meio de redes e fluxos dinâmicos de pessoas, objetos, sentimentos, enfim, tudo que está implícito e explicitamente nele inserido. Ratzel (1990) nos apresenta uma concepção de território concreto, como sinônimo de Estado-Nação que se constitui do espaço e do povo, cujas

relações são reguladas pela soberania. Já Raffestin (1998) contradiz Ratzel (1990) ao afirmar que o território é a expressão de um conjunto de tessituras, redes e nós que se entrelaçam e que se movimentam continuamente. Saquet (2007; 2009) nos apresenta uma visão relacional e processual do território, sendo construído histórica e geograficamente. Rogério Haesbaert, por sua vez, analisa o território em uma tríplice abordagem: jurídico-política, econômica e cultural; salientando, além do caráter do poder estatal, o aspecto humano da identidade social e os aspectos econômicos da relação capital-trabalho, presentes na constituição do território (CANDIOTTO, 2004). Para Massey (2008), o território está sempre em construção, ele é produto de inter-relações, da possibilidade da existência da multiplicidade, em que as distintas trajetórias coexistem. Esses autores nos trazem perspectivas diferentes de território, mas que nos ajudam a ampliar nossa visão sobre este conceito e as relações dinâmicas que nele se inscrevem.

Atentando para a Política Nacional de Saúde Mental e para as histórias dos usuários do CAPS II, podemos compreender a importância do espaço e das relações que nele se estabelecem; o território comporta a diferença, a heterogeneidade, e, conseqüentemente, processos de inclusão e exclusão de pessoas que não podem ser explicados somente com base em uma região de saúde ou em uma população estabelecida *a priori*.

A noção de território, compreendida nessa abordagem, e as condições de inclusão e a exclusão que nele coexistem nos desafiaram a traçar cartografias da exclusão e inclusão de pessoas com sofrimento mental na territorialização da Política Nacional de Saúde Mental. Sendo assim, nos cabe interrogar: *Como se constituem os processos de exclusão/inclusão de pessoas com sofrimento mental grave em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), no contexto de territorialização da Política Nacional de Saúde Mental?*

Na tentativa de responder a essa interrogação, define-se como *objetivo geral* da investigação: Compreender os processos de exclusão/inclusão das pessoas com sofrimento mental grave em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), no contexto de territorialização da Política Nacional de Saúde Mental cujas diretrizes são a desospitalização, o tratamento em serviços substitutivos e a reinserção social.

Como *objetivos específicos*, busca-se: analisar os documentos referentes ao processo de territorialização da Política Nacional de Saúde Mental; descrever os lugares ocupados pelos usuários do CAPS II e os processos de exclusão/inclusão neles implicados; analisar as relações entre a territorialização da Política Nacional de Saúde Mental e os processos de exclusão/inclusão das pessoas com sofrimento mental grave e analisar os discursos materializados nos prontuários que demarcam práticas de exclusão/inclusão dessas pessoas.

Ressalta-se que a compreensão sobre os processos de exclusão/inclusão atravessam toda a pesquisa. De modo geral, o termo exclusão é utilizado para designar pessoas como: mendigos, negros, mulheres, gays, pessoas com necessidades especiais, loucos, dentre outras. Além disso, indica situações de pobreza, marginalidade, desigualdade, injustiça; nas palavras de Castel, “[...] ‘os excluídos’, termo que já é portador da indeterminação que depois conservou: dois a três milhões de doentes físicos ou mentais, mais de um milhão de inválidos idosos, três a quatro milhões de ‘inadaptados sociais’.” (CASTEL, 1998, p. 540, aspas do autor).

Os objetivos traçados nesta pesquisa me levaram a fazer escolhas teóricas em outros campos. Sem abrir mão dos conhecimentos da psicologia, enveredei nos conhecimentos dos estudos territoriais, como já apontado anteriormente, e da filosofia, momento em que me reencontrei com Foucault.

Foucault (2010a), na “História da Loucura”, ao analisar os mecanismos de constituição do saber da medicina e da loucura, acaba por fazer uma cartografia da loucura e do louco desde a época clássica até a modernidade. Ele se dedica a compreender o surgimento do saber sobre a loucura e sua relação com a prática de enclausuramento e de exclusão do louco. O autor nos permite compreender os processos de inclusão e de exclusão do louco também em sua obra “Vigiar e Punir” (1984), onde aborda questões acerca da normalização e do poder disciplinar. Em seu trabalho intitulado “Outros espaços”, Foucault (2001b) trata das heterotopias, ou seja, lugares demarcados socialmente que comportam vários espaços, diferentes posicionamentos e que supõem um sistema de abertura e fechamento, tornando-se, por vezes, isolados e impenetráveis.

Nesta pesquisa, tanto o hospital psiquiátrico quanto o CAPS II podem ser considerados heterotopias. O hospital psiquiátrico, que é visto como um local de exclusão, em determinadas situações, será um recurso assistencial utilizado por profissionais e familiares para incluir o sujeito em processo de tratamento e de estabilização de uma crise. O CAPS II, por ser um serviço aberto, pode acolher usuários em crise, além daqueles que se encontram estabilizados, ou, também, pode ser um lugar que acolhe os excluídos do convívio social e familiar e ser o lugar da inserção. A família, tanto quanto a comunidade, dependendo do vínculo e das consequências advindas com o adoecimento, podem ser lugares de inclusão e de exclusão de um usuário da saúde mental e, nesse sentido, elas também podem ser lugares heterotópicos.

Para localizar e demarcar os lugares heterotópicos, faz-se opção nesta pesquisa por delinear cartografias dos usuários do CAPS II, pois elas dão a noção de movimento, de

territorialização, de assujeitamento, de multiplicidades; enfim, de relações de força e saberes presentes no território.

As cartografias serão construídas com base no referencial teórico de Doreen Massey (2008) e Rogério Haesbaert (2010). Os autores conferem ao conceito a noção de movimento, de interseção e justaposição de territórios, de construção e reconstrução, de inclusão e exclusão.

Delimita-se como campo de pesquisa o CAPS II de Coronel Fabriciano. O material de pesquisa é composto por um conjunto de documentos, ou seja, leis e portarias que regulamentam a Política Nacional de Saúde Mental, os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental e prontuários de 05 usuários desse CAPS.

Foucault (2010b) considera que o documento não é apenas instrumento inerte que reconstrói o passado a partir de rastros que foram ditos e feitos pelos homens. O documento, para esse autor, é onde se decifra os rastros deixados pelos homens e onde se reconhece a inter-relação dos elementos, na sua forma isolada e organizada em conjuntos.

Nos documentos que compõem a Política, iremos encontrar discursos de inclusão desses usuários em serviços abertos, na comunidade, na família e no trabalho, e a exclusão deles resultante das práticas de segregação, disseminadas ao longo de séculos. Esses discursos nos remetem a lugares heterotópicos, por demonstrarem as contraposições ocupadas pelos sujeitos no território; ou seja, as intenções e diretrizes expressas na Política não garantem que os serviços abertos, por exemplo, irão incluir totalmente os usuários em uma rede de atenção e de cuidados que perpassam o território.

Os prontuários, por sua vez, são documentos que nos contam a história dos usuários no CAPS II. Neles encontramos o movimento de idas e vindas das internações, as tentativas de inserção na família e de adesão ao tratamento, os recursos terapêuticos utilizados para a permanência dos usuários no CAPS II, a busca pela garantia da autonomia dos usuários para gerirem suas vidas, como também, a perda desta autonomia em favor da família ou de cuidadores. Encontram-se nos arquivos do CAPS II 6.900 prontuários, de acordo com o levantamento realizado pela equipe técnica do referido Serviço em julho de 2013. De posse do levantamento, realizou-se uma pesquisa dentre os prontuários de usuários que estão em tratamento, sendo identificados 822 prontuários. Nestes, foram levantados os usuários que deram entrada no CAPS II em 1995, ano de sua implantação, e que continuam em tratamento. Foram identificados 05 prontuários de pacientes com quadro de sofrimento mental grave, com história de internações em hospitais psiquiátricos e que estão em tratamento desde 1995.

Para dar sentido aos discursos presentes nos textos e nos prontuários e como ferramenta de análise dos processos de exclusão e inclusão dos usuários do CAPS II na territorialização da Política Nacional de Saúde Mental, utilizamos a Análise do Discurso, de abordagem foucaultiana, tendo como referencial as seguintes obras: “Vigiar e Punir” (1984), “Microfísica do Poder” (1995), “A Ordem do Discurso” (1996), “Arqueologia do Saber” (2005) e “História da Loucura” (2010a).

Para Foucault, os discursos que se difundem na sociedade são controlados, perpassados por relações de poder. O autor não constrói uma teoria sobre o poder, o que Foucault (1995) propõe é uma ‘analítica do poder’, ou seja, uma análise que possibilite mostrar as “formas díspares, heterogêneas, em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente.” (FOUCAULT, 1995, p. 10). Desta forma, a contribuição de Foucault para esta pesquisa pautou na análise das relações de poder/saber que se inserem, de forma dinâmica, no contexto da saúde mental, determinando práticas que ora excluem, ora incluem “o louco”. Assim, o binômio exclusão/inclusão de que tratamos neste estudo tem como referência a analítica de Michel Foucault. E tanto a exclusão quanto a inclusão se encontram nas situações vividas pelos sujeitos e se constituem em meio a relações de poder e produção de saberes, marcadas pela normalização – dos sujeitos e dos corpos.

Este trabalho é dividido em três capítulos. No Capítulo 1, apresenta-se os referenciais teórico utilizados para compreender os processos de exclusão/inclusão das pessoas com sofrimento mental grave em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) no contexto de territorialização da Política Nacional de Saúde Mental. Neste sentido, a noção de cartografia e de heterotopia são apresentados neste capítulo. Em seguida, apresenta-se o percurso metodológico da pesquisa, tendo o CAPSII de Coronel Fabriciano como campo de pesquisa. Realiza-se um resgate da história do CAPS II a partir dos fatos evocados da memória da pesquisadora e de outros profissionais que participaram de sua implantação, além de anotações em prontuários e livro de ocorrências do Serviço.

No Capítulo 2, é apresentada uma discussão sobre a territorialização da Política Nacional de Saúde Mental. A territorialização da Política se articula com a problematização do conceito de território no campo da saúde e na abordagem interdisciplinar, com a constituição de uma rede de saúde mental de base territorial e com a regulamentação de leis e portarias no âmbito da saúde mental que visam à mudança de modelo assistencial e a garantia da cidadania das pessoas com sofrimento mental. A participação popular, que é uma marca da

reforma sanitária brasileira, é destacada por meio da descrição da temática de cada uma das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Finaliza-se, no Capítulo 3, com uma reflexão sobre os lugares heterotópicos ocupados pelos usuários do CAPS II delineando-se cartografias da inclusão e exclusão desses sujeitos. São apresentadas narrativas de vida dos usuários em que são demarcados os processos de inclusão/exclusão e se descreve três enunciados, que constituem hoje um discurso sobre a loucura – “Louco precisa de remédio”, “Lugar de louco é no hospício”, e “Louco não é dono de sua própria vida” – que se encontram na transversalidade das frases, proposições e atos de linguagem encontrados nos prontuários.

Nas considerações finais, apontamos como o discurso da desospitalização, do tratamento em serviços substitutivos e da reinserção social são tensionados pelos discursos da hospitalização, da medicalização e da perda de autonomia do sujeito louco. Tais discursos ainda sobrevivem na contemporaneidade e produzem situações de exclusão/inclusão que marcam a vida dos usuários do CAPSII, campo de pesquisa. Nesse sentido, problematiza-se a fixidez do território como é concebido no campo da saúde que não encontra eco no modo como os fluxos e os movimentos de coisas, pessoas, saberes, práticas, relações se estabelecem e se constituem (no) e constituem os territórios – espaços de vida que comporta sempre a heterogeneidade e a multiplicidade.

2 PERCURSOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA

2.1 PERCURSOS TEÓRICOS

A análise dos processos de exclusão/inclusão das pessoas com sofrimento mental grave em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) no contexto de territorialização da Política Nacional de Saúde Mental nos remete a um retorno no tempo e no espaço, sobre a “aparição” da figura do louco na Idade Média, como relata Foucault (2010a) em sua obra “História da Loucura”. A loucura e, conseqüentemente, o louco, não são uma produção independente de um contexto histórico, social, cultural, econômico e político.

Os percursos realizados pelo louco e por todos os outros agentes que, direta ou indiretamente, se entrelaçam em sua história vão produzindo diversos caminhos que possibilitam circulações diferentes e dinâmicas no espaço.

Nesse sentido, a noção de cartografia e de heterotopia podem contribuir para compreendermos os processos de exclusão/inclusão vivenciados pelos usuários do CAPS II e,

ao mesmo tempo, problematizar a concepção de território e a territorialização dessa Política para além do mapeamento do espaço geográfico.

2.1.1 Cartografia

Dalmolin³ (2006, p. 101), ao traçar cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico nas instituições de saúde mental e as formas de inserção dos mesmos, afirma que a cartografia “é um desenho que acompanha as mudanças e os sentidos produzidos por determinada situação de vida nos territórios, que são também psicossociais”.

Para Massey (2008), a cartografia não diz respeito apenas à superfície, ao espaço que se pode atravessar, conectar linhas e pontos, e que nos é apresentado como um produto pronto e acabado; a cartografia nos aponta para outra compreensão de espaço. Espaço que é dinâmico, onde novas relações são construídas, onde as histórias estão em curso, onde “há sempre conexões *ainda a fazer*, justaposições ainda a florescer em interações ou não, elos potenciais que podem jamais ser estabelecidos.” (p. 161, grifo da autora).

Segundo Massey (2008), a cartografia, para os geógrafos, nos remete ao estudo, à elaboração e à leitura dos espaços geográficos delineados por meio de mapas que, por sua vez, são a representação gráfica do espaço. De acordo com a autora, os mapas se referem à posição, distância, tamanho, enfim, aspectos que se relacionam, não com movimento, mas, com inércia, estagnação e paralisação. Inspirada na crítica da autora a essa noção de cartografia, nesta pesquisa, a cartografia é utilizada para designar o movimento dos sujeitos no território. Em seu livro “Pelo Espaço: Uma Nova Política da Espacialidade”, Massey (2008), dialogando com autores clássicos, como Bergson, e contemporâneos, como Deleuze, Guatarri, De Certeau, e outros, apresenta uma visão “alternativa do espaço” que nos interessa retomar. A autora estabelece “Três Considerações” para pensar o espaço.

Massey (2008) demonstra nas suas considerações um tipo de fracasso da imaginação espacial. Não há como conceber o espaço apenas como um lugar sobre a superfície a ser ocupado e conquistado, desconsiderando as histórias que nele são vividas e produzidas, bem como os efeitos políticos resultantes da globalização contemporânea. O espaço para autora está sempre em construção, nunca é algo dado e acabado. Ele é produto de inter-relações

³ Esta autora, em seu livro **Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico** (2006), constrói uma pesquisa cartográfica do cotidiano desses sujeitos nas instituições de atenção à saúde mental e nas formas de inserção social dos mesmos.

constituídas por meio de interações que se estendem do global ao individual; o espaço é, também, o lugar da multiplicidade e da heterogeneidade (MASSEY, 2008).

Partindo da abordagem que Massey (2008) faz do espaço podemos estabelecer uma relação com o conceito de multiterritorialidade apresentado por Haesbaert (2010). A multiterritorialidade está ligada à existência de uma multiplicidade territorial que se dá pela sobreposição de territorialidades no território. Além disso, resulta da efetiva experiência/vivência simultânea de diferentes territórios e/ou territorialidades, ela está mais para a lógica reticular, “de territórios zona, descontínuos”, ou mesmo pela “conectividade virtual.” (HAESBAERT, 2007, p. 37). Os espaços, ou melhor, os territórios-territorialidades podem ser imaginados “como uma simultaneidade de estórias até agora.” (MASSEY, 2008, p. 29).

Essas abordagens sobre o território apresentadas pelos autores contribuem para o nosso propósito de traçar cartografias de exclusão e inclusão no campo da saúde mental. Para cumprir este propósito e capturar o movimento e as transformações que se verificam na política e na trajetória dos sujeitos inseridos neste contexto, devemos nos reportar à Foucault na “História da Loucura” (2010a).

A experiência da loucura, cuja trajetória tem início na Idade Média, perpassando os séculos XVII, XVIII e XIX, nos causa inquietações e perplexidades; mas também, localizamos movimentos que demonstram avanços e conquistas. Segundo Foucault (2010a, p. 14), no final da Idade Média “a loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens”.

Os séculos XVII e XVIII foi o período da “Grande Internação”, as casas de internamento se espalharam pela Europa e não tinham preocupação com a cura, mas com a vigilância constante e normalização daqueles que levavam uma vida desregrada e ociosa. “Não se esperou até o século XVIII para “fechar” os loucos, mas foi nessa época que se começou a “interná-los”, misturando-os com toda uma população com a qual lhes reconhecia algum parentesco.” (FOUCAULT, 2010a, p. 73, grifos do autor). A medicina, por sua vez, observa a loucura como experiência, “algo do domínio clínico começa a se manifestar.” (FOUCAULT, 2010a, p. 307).

Já no século XIX, o Hospital Geral passa a ser o local de reclusão das pessoas que, por reconhecimento jurídico, não teriam condições de responsabilizar-se por elas mesmas – “os alienados”, os “insanos” e, por isso, consideradas “estranhas” a sua própria pátria; o internamento assume uma medida correcional. Neste século, constata-se a passagem da visão

clássica da medicina, que se restringe à observação da loucura, para uma percepção moral, que será a base para o desenvolvimento das concepções científicas, positivistas e experimentais, a preocupação é objetivar o louco (FOUCAULT, 2010a).

No Brasil, avançamos na forma de conceber a loucura e tratar o “louco” nos séculos XX e XXI com o discurso da Reforma Psiquiátrica, que defende a inclusão social e o tratamento digno para usuários dos serviços de saúde mental.

[...] as propostas de reforma visaram extrapolar o ambiente hospitalar, localizando um novo objeto e causando uma verdadeira revolução no entendimento (conceito) e tratamento (prática) da loucura: não mais “doentes mentais” com lesões cerebrais, mas promoção da saúde mental dos acometidos junto ao aumento da rede assistencial extra-hospitalar, sendo o hospital psiquiátrico não mais que um centro referencial do sistema de saúde que visa a gradual desospitalização dos internos e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como a instalação da tríade prevenção/tratamento/reabilitação (TÍLIO, 2007, p. 198-199).

À Reforma Psiquiátrica, sucede uma série de Leis e Portarias que instituem uma Política de Saúde Mental, com destaque para a Lei 10.216/2001 e a Portaria 336/2002 (BRASIL, 2004b), em âmbito nacional; culminando na mobilização de profissionais, familiares e usuários da saúde mental, principalmente, em torno das Conferências de Saúde Mental. Com base na minha experiência profissional, posso afirmar que este foi um momento importante no campo da saúde que fez surgir um entusiasmo e uma aposta em mudança na forma de organização dos serviços de saúde mental, no tratamento e na reabilitação dos usuários, bem como na inclusão dos familiares no cuidado com os mesmos.

Se antes o louco era visto como um “possuído”, hoje é tido como um sujeito de direitos. Em relação ao tratamento, passamos por momentos diferentes ao longo da história. No livro “História da Loucura” (2010a), Foucault nos mostra que houve um período no qual não se cogitava a possibilidade de tratar o louco, a fogueira era o seu trágico destino; mais adiante, o louco foi excluído, enclausurado nas casas de internação juntamente com todos aqueles que não se incluíam nas regras instituídas socialmente; das casas de internação, voltam ao convívio social; em seguida, são novamente reclusos, porém, em um lugar destinado apenas a eles - o hospital psiquiátrico; e, por fim, passam do hospital psiquiátrico aos serviços abertos e ao convívio comunitário. As conquistas alcançadas no campo da saúde mental, que podem ser comprovadas nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, e na legislação que institui a Política de Saúde Mental, propõem uma forma deferente de tratar a pessoa com sofrimento grave.

A Política de Saúde Mental propõe a reformulação do modelo assistencial em saúde mental, garantindo direitos dos usuários da saúde e a inserção familiar e comunitária, avançando, mais recentemente, com a inclusão de políticas intersetoriais. Há um movimento no campo legal e, também, na conduta de profissionais da saúde mental a favor da reestruturação da assistência aos usuários da saúde mental.

Retomando Massey (2008), em sua terceira consideração sobre o espaço, ela afirma que nos debates em que se concebe o lugar “reivindicado ou rejeitado”, há pressupostos distintamente compartilhados que atribuem o significado de coerência, autenticidade, segurança, e, por outro lado, regionalizado e dividido em partes iguais (*Ibidem*, p. 25). Ela hostiliza os discursos que contrapõem espaço e lugar, considera que eles são meios de reduzir a amplitude dos desafios da espacialidade. Todas as considerações levantadas têm o objetivo de demonstrar que o fracasso da imaginação do espaço se deve ao não enfrentamento dos desafios, a não inserção das multiplicidades, a desconsideração da complexidade que o termo comporta e a não aceitação da sua contemporaneidade. Nesse sentido, podemos afirmar que o movimento da Reforma Psiquiátrica avançou por enfrentar os desafios e discutir formas de inserção dos usuários da saúde mental em espaços de tratamento que leva em conta a multiplicidade e a diversidade. Esta afirmação nos leva a conceber uma noção de território que se constitui como espaço de lutas, conquistas, batalhas, da multiplicidade, da heterogeneidade e do encontro das muitas histórias vividas.

Entretanto, esta não é uma concepção de território utilizada no campo da saúde pública. A noção adotada para organizar os pontos da assistência à saúde e garantir o acesso se refere ao território como uma área geográfica que agrega uma população adscrita a determinado serviço de saúde. A movimentação e os fluxos de pessoas que se estabelecem no território levam em conta os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade das ações de saúde.

Estes são princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que significam, respectivamente, a oferta da atenção à saúde, sem qualquer custo, sem distinções ou restrições a toda população; igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos, disponibilizando recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um, sendo o tipo de atendimento determinado pela complexidade do problema de cada usuário; garantir ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde, pressupõe, também, a atenção focada no indivíduo, na família e na

comunidade (inserção social) e não em um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005).

De modo geral, tais princípios demonstram avanços advindos com a Reforma Sanitária e com a Reforma Psiquiátrica. Segundo Lobosque (2013), o movimento antimanicomial representa formas contemporâneas de reconstituição do espaço público, da atividade pública do discurso e da prática na saúde mental. Esse movimento representa, também, o espaço de lutas e de conquistas alcançados por usuários, familiares, trabalhadores e gestores no âmbito da saúde mental que culminaram na construção de uma política que visa garantir serviços a toda população sem distinção de clientela e consentâneos com as suas necessidades. Porém, a organização da assistência privilegia um conjunto de indivíduos, em detrimento do indivíduo único. Para Lobosque (2013, p. 70), além da implantação de um conjunto de serviços e das reivindicações que “ganham [...] seu pleno sentido por se inscreverem e encontrarem origem numa forma de convívio propriamente político”, a assistência ainda privilegia um conjunto de indivíduos em detrimento do sujeito único desconsiderando, pois, as trajetórias particulares, as territorialidades e as movimentações dos sujeitos no território.

O território, neste caso, é a superfície mapeada pelos serviços de saúde que são referência para uma dada população. Nesse território, se desenha uma rede com os serviços de saúde e a sua respectiva referência populacional, onde não se traçam as histórias que são construídas no tempo e no espaço.

As narrativas dos usuários do CAPS II que serão descritas no capítulo 4 mostram a circulação dessas pessoas no território: ora estão inseridas no CAPS II, ora estão internadas em hospitais psiquiátricos, ou estão inseridos na família, ou na casa de parentes e, inclusive, tendo a rua como local de residência.

Essas narrativas nos possibilitam pensar “mapas” diferentes daquele traçado pela Política. O movimento dos usuários não é linear; incluir, às vezes, significa excluir. No caso da internação, por exemplo, o fato de estar dentro de hospital para tratamento de uma crise não quer dizer que a pessoa esteja incluída, protegida ou em recuperação. O contrário também é verdadeiro. O CAPS II nem sempre consegue incluir um usuário da saúde mental por várias razões, que serão demonstradas nas cartografias traçadas neste trabalho. Portanto, nesta pesquisa, traçar Cartografias é capturar os espaços heterotópicos como o hospital, o CAPS II, o espaço de circulação dos usuários - casa da família, de outros parentes e o espaço da rua; além disso, os discursos veiculados na Política -, que demarcam processos de ruptura, de continuidade, de justaposição, e, conseqüentemente, espaços de exclusão e inclusão dos usuários do CAPS II nos diversos contextos.

A análise dos movimentos dos usuários no território que foram capturados nas cartografias que nos propusemos a traçar, nos incita a discutir a noção de desterritorialização, reterritorialização e multiterritorialidade apresentados por Haesbaert (2007). O autor apresenta como alternativa à “desterritorialização” a multiterritorialidade. A “desterritorialização” sempre implica no seu complemento, a reterritorialização, pois o que em realidade existe “é um movimento complexo de territorialização, que inclui a vivência concomitante de diversos territórios – configurando uma multiterritorialidade, ou mesmo a construção de uma territorialização no e pelo movimento.” (HAESBAERT, 2007, p. 1920).

As noções de cartografia e de multiterritorialidade nos conduzem ao conceito de heterotopia, ao movimento existente no espaço que, através do tempo, vai deixando furos, desconexões, novas configurações, novos posicionamentos de sujeitos e coisas, portanto marcas dos processos de inclusão e exclusão.

2.1.2 Heterotopia

Com o conceito de heterotopia, Foucault (2001b) apresenta uma abordagem espacial que confere uma interpretação plural da sociedade, levando em conta atores e fenômenos que anteriormente seriam descartados devido ao seu caráter marginal, inconstante e apolítico. Nesse sentido, o espaço estaria relacionado ao dinamismo social, às mudanças, aos confrontos de ideias e à eminência de novas representações. O tempo, por sua vez, estaria atrelado à consolidação dos discursos, ganhando valor com a estabilidade e com a permanência dos arranjos de poder.

Foucault (2001b, p. 13) acreditava que a sociedade contemporânea vive a época do espaço, “do próximo e do distante, do lado a lado, do disperso”; e nem tanto a do tempo, e que a vida se desenvolveria ao longo dos tempos. Foucault (2001b) utiliza o conceito de heterotopia para designar espaços marcados por justaposições de espacialidades e por relações de competitividade que se desenvolvem no tempo. A esse respeito, nos diz Foucault:

[...] eu acredito que a inquietude de hoje concerne fundamentalmente ao espaço (...) o espaço contemporâneo não está ainda inteiramente ‘dessacralizado’ [...]. E talvez nossas vidas ainda estejam comandadas por um certo número de oposições que não podemos tocar, as quais a instituição e a prática ainda não ousaram atingir: oposições que nós admitimos como dadas, por exemplo, entre o espaço privado e o espaço público, entre o espaço da família e o espaço social, entre o espaço cultural e o espaço útil, entre o espaço de lazer e o espaço de trabalho [...] (FOUCAULT, 2001b, p. 16, grifos do autor).

A proposta de Foucault (2000) é fazer um debate no nível do conjunto de saberes de uma época, que seria uma rede de formações discursivas⁴ utilizadas em uma direção diferenciada, descrevendo-a em outro feixe de relações. Esse autor faz um exercício de historiador, mostrando o funcionamento simultâneo dos discursos e as transformações que davam conta de suas mudanças. Foucault (2000) considera que os discursos devem ser tratados como um conjunto de acontecimentos discursivos, sendo assim, possuem uma materialidade e um lugar. Eles consistem na relação, coexistência, dispersão, acaso, descontinuidade, recorte, acumulação que se produzem como efeito de uma dispersão material.

Foucault (2001b) em seu texto “De Outros Espaços” não desconsidera o tempo, apesar de tratá-lo apenas como um “um jogo de distribuição possível entre elementos que se repartem no espaço.” (*Ibidem*, p. 413). O espaço, por sua vez, não é fixo, ele comporta relações de proximidade e justaposições; sendo assim, é heterogêneo. Segundo o autor, “não vivemos em um espaço vazio que se encheria de cores com diferentes reflexos, vivemos no interior de um conjunto de relações que definem posicionamentos irredutíveis uns aos outros e absolutamente impossíveis de ser sobrepostos.” (*Ibidem*, p. 414). Foucault (2001b) define este espaço como heterotopias, que são

[...] espaços reais – espaços que existem e que são formados na própria fundação da sociedade - que são algo como contra-sítios, espécies de utopias realizadas nas quais todos os outros sítios reais dessa dada cultura podem ser encontrados, e nas quais são, simultaneamente, representados, contestados e invertidos. Este tipo de lugares está fora de todos os lugares, apesar de se poder obviamente apontar a sua posição geográfica na realidade (*Ibidem*, p. 415).

Para Foucault (2001b), não existe no mundo sociedade sem heterotopias, sem os outros lugares ou espaços diferentes. Para descrevê-las, ele aponta cinco princípios. No primeiro, Foucault afirma que não há uma forma de heterotopia universal, ou seja, toda cultura se constitui de heterotopias. Elas, segundo o autor, assumem formas variadas e são classificadas de duas maneiras; as “heterotopias de crise” e as de “desvio”. As primeiras se referem a “lugares privilegiados, ou proibidos, ou sagrados”, que nas sociedades primitivas são ocupados por indivíduos em estado de crise. As de desvio substituíram as de crise que, segundo o autor, se referem aos lugares ocupados por indivíduos que desviam da regra e das

⁴ Para Foucault (2010), formação discursiva são as regularidades encontradas na dispersão dos discursos, ou seja, “No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma *formação discursiva* [...] (p. 43).

normas (*Ibidem*, p. 416). A “História da Loucura” (2010a) situa o louco em diversos lugares, já foi objeto de fascínio, de relação com o místico e com a desrazão. Nesse sentido, podemos situar o louco nas heterotopias de crise. O manicômio e o CAPS II, como heterotopias de desvio, são os lugares cujos habitantes se desviam das regras e das normas impostos pelos discursos construídos socialmente. Porém, ressalta-se que, tanto a concepção de loucura e quanto de tratamento, também por serem lugares heterotópicos, se modificam ao longo da história, ainda incluindo e excluindo pessoas.

O segundo princípio diz respeito às heterotopias que sempre existiram, mas que sofrem mudanças ao longo dos tempos. Foucault (2001b) utiliza o cemitério, como exemplo desta espécie de heterotopia. O autor relata que no século XVIII, na cultura ocidental, o cemitério era construído no centro das cidades, ao lado da igreja, onde existia um sistema de hierarquia de sepulturas. Havia ossários, as sepulturas eram individuais no próprio cemitério e outras que se localizavam no interior das igrejas. A partir do século XIX, os cemitérios passam a se localizar no limite exterior das cidades, pois a morte passa a ser encarada como possibilidade de causar doenças aos vivos. Daí o distanciamento dos cemitérios das casas, igrejas, das ruas no interior das cidades. Segundo ele, “os cemitérios constituem, então, não mais o vento sagrado e imortal da cidade, mas a ‘outra cidade’, onde cada família possui sua morada sombria.” (FOUCAULT, 2001b, p. 418, aspas do autor).

O hospital psiquiátrico é uma heterotopia que pode ser comparada ao cemitério, uma vez que sua existência sofreu mudanças ao longo da história. Antes, acolhia todo e qualquer indivíduo que, aos olhos da sociedade, deveria ser retirado do convívio social; em seguida, foi destinado aos loucos apenas com a finalidade do enclausuramento; atualmente, ele é ainda o espaço da loucura, porém como um lugar de passagem, onde se acolhe para depois retornar com o louco ao convívio familiar. Essa transformação pela qual os hospitais psiquiátricos passaram pode ser atestada nos textos da Política, cujos discursos defendem o não asilamento, a extinção progressiva dos mesmos e a substituição por serviços abertos; a responsabilidade pelo acolhimento da crise passa a ser dos hospitais gerais, como discutiremos nos capítulos subsequentes.

As heterotopias podem, também, justapor um único lugar em vários outros espaços, ou seja, vários posicionamentos que se contrapõem em si mesmos; esse é o terceiro princípio da heterotopia. A internação é um exemplo deste tipo de heterotopia, ela é uma prática que se tenta abolir do campo da saúde mental, mas, nos relatos dos prontuários dos usuários do CAPS II, verifica-se que, ainda, é um procedimento recorrente no cotidiano dos serviços. A internação é indicada por profissionais diante de casos graves quando os recursos do CAPS II

não são suficientes para estabilizar uma crise, é solicitada por familiares e, também, por pacientes diante da impossibilidade de fazer laços sociais, afetivos e com o próprio tratamento. A legislação sobre saúde mental defende o tratamento em serviços abertos, reservando a internação para casos extremos, o que contrapõe a prática nos serviços substitutivos.

Existem também as heterotopias que visam acumular e perpetuar o tempo. As bibliotecas e os museus são os exemplos deste quarto princípio. Segundo Foucault, elas nos remetem a

[...] ideia de tudo acumular, a ideia de constituir uma espécie de arquivo geral, a vontade de encerrar em um lugar todos os tempos, todas as épocas, todas as formas, todos os gostos, a ideia de constituir um lugar de todos os tempos que esteja ele próprio fora do tempo, e inacessível à sua agressão, o projeto de organizar assim uma espécie de acumulação perpétua e infinita do tempo em um lugar que não mudaria [...] (FOUCAULT, 2001b, p. 419).

Os prontuários dos usuários do CAPS II são exemplos deste tipo de heterotopia: eles narram histórias que se perpetuam no tempo; são uma espécie de arquivo das muitas histórias que circulam neste Serviço.

O quinto e último princípio são as heterotopias que “[...] supõem sempre um sistema de abertura e fechamento que, simultaneamente, as isola e as torna penetráveis.” (FOUCAULT, 2001b, p. 420). As prisões e as casernas são heterotopias dessa espécie; só pode entrar nelas quando se é permitido e após o cumprimento de certos rituais. Segundo Foucault (2001b), os quartos das grandes fazendas que existiram no Brasil são também exemplos delas, cuja porta dava para o interior da casa, onde a família se reunia; o indivíduo ao entrar por essa porta tinha a ilusão de proximidade, porém jamais conseguia se incluir no núcleo da família. Os espaços por onde os loucos e, em particular, os usuários do CAPS II circulam supõem sempre esse sistema de abertura e fechamento. Eles nos remetem aos espaços que incluem e excluem estas pessoas: são eles o hospital, o CAPS II, a família, a rua; enfim, todos os lugares por onde transitam.

A noção de heterotopia e os princípios apontados por Foucault para descrevê-las permitem capturar os lugares ocupados pelos usuários da saúde mental, identificar a movimentação destes no território, que não é um espaço fixo, mas de relação, de desconstrução e construção de histórias, e também os discursos que incluem e excluem o louco. Utilizar essa noção, nesta pesquisa, possibilita, portanto, expor uma perspectiva de território diferente daquela utilizada na política, que se prende à fixidez do espaço – um mapa onde se desenha a rede de serviços que se articulam por meio da movimentação de pessoas de

um serviço para outro -, e que, também, pretende fixar os sujeitos – ora no CAPS II, ora no hospital psiquiátrico, ora na família. A heterotopia, por sua vez, expõe a “utopia dessa fixidez” em relação ao espaço. Mesmo que se pretenda traçar fluxos definidos de acesso e circulação dos sujeitos na rede de cuidados, eles sempre escapam, dada a existência dos espaços irrealis, determinados pelos discursos que engendram diferentes posicionamentos dos sujeitos no território.

A escolha por capturar as heterotopias no contexto e territorialização da Política Nacional de Saúde Mental, tendo como foco de análise os textos da Política e as narrativas nos prontuários, não foi aleatória. A noção nos incita a conceber o território como espaço heterogêneo e múltiplo, cuja “característica não resulta da superposição de superfície, mas da configuração espacial de trajetórias múltiplas [...]. Não da interferência mútua de estruturas fechadas (horizontais), mas de trajetórias entrelaçadas e de resultados imprevisíveis.” (MASSEY, 2008, p. 168-169). As trajetórias dos usuários do CAPS II, juntamente com os textos da Política, é que nos permitirão capturar os lugares heterotópicos que não são dados *a priori*, mas são construídos nas relações sociais e se materializam nos discursos.

2.2 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Como já relatado, *o campo de pesquisa* é o CAPS II de Coronel Fabriciano, cuja história será brevemente relatada a partir da memória da pesquisadora. Infelizmente, não há registro formal ou documentos oficiais que reportem à sua história, mas, além dos fatos guardados na memória, há anotações, em prontuários e livro de ocorrência, registradas pela equipe que implantou o CAPS II nos remetendo ao início de suas atividades, aos quais a pesquisadora teve acesso.

Anterior ao CAPS, as pessoas com sofrimento mental grave, residentes em Coronel Fabriciano, eram atendidas pelo único psiquiatra existente no serviço público. Esse psiquiatra atendia no ambulatório instalado em um prédio que alocava vários serviços da administração pública municipal como assistência social, confecção de documentos, vigilância epidemiológica, dentre outros. A assistência às pessoas com sofrimento mental grave se restringia às consultas médicas e encaminhamentos para hospital psiquiátrico localizados em outros municípios.

Duas psicólogas⁵, aprovadas em concurso público, passaram a atender nesse ambulatório as demandas espontâneas e aquelas encaminhadas pelas escolas e outros serviços de saúde. Por dividirem o espaço do consultório com o psiquiatra, atendiam também as pessoas com sofrimento mental grave, encaminhados por ele. Essa clientela demandava uma atenção diferenciada que não fosse apenas o atendimento médico, a terapia medicamentosa e a internação psiquiátrica. Diante da impossibilidade de ofertar assistência condizente com as necessidades exigidas pelo quadro psiquiátrico crônico que a maioria das pessoas com sofrimento mental grave apresentava, essas psicólogas começaram a idealizar um serviço de atenção à saúde mental, aberto, instalado no município. Procuraram o Secretário de Saúde, expuseram a situação vivenciada por elas e pelos usuários e apresentaram a proposta de implantação do serviço de saúde mental. O Secretário de Saúde, sensibilizado com a situação, autorizou a implantação do serviço em um equipamento público que seria destinado para alocação de uma Unidade Básica de Saúde e que ainda estava desocupado.

Em fevereiro de 1995, iniciou-se, então, o processo de implantação de um serviço de saúde mental em Coronel Fabriciano, seguindo as diretrizes nacionais de atenção à saúde mental, que já se orientavam pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Nessa época, ainda não havia instrumento legal que regulamentasse a implantação do Centro de Atenção Psicossocial.

Apesar da falta de um instrumento legal, foi implantado, ao final do ano de 1995, um serviço de saúde mental, inaugurado com o nome de Centro de Atenção à Saúde Mental de Coronel Fabriciano (CASAM). Esse Centro se constituiu como referência para os municípios da microrregião de Coronel Fabriciano. No início das atividades do serviço de saúde mental, as demandas eram encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde e chegavam também de forma espontânea. A partir daí, foram levantadas hipóteses diagnósticas relacionadas às diversas formas de sofrimento mental e, com a prática, foi-se criando critérios e parâmetros para definição da clientela que deveria ser atendida no Serviço. Dessa forma, foram definidas as modalidades de tratamento que o Serviço prestaria e qual seria a clientela atendida que, no caso, foram as pessoas com sofrimento psíquico grave (psicóticos e neuróticos graves). Essa definição trouxe para o trabalho a necessidade de intervenções junto à família e à comunidade, que vem sendo utilizadas sistematicamente até hoje.

Após a definição do perfil do usuário do Serviço, o segundo passo seria a organização da entrada deste usuário, e, portanto, seu acolhimento. Baseado nos desafios que a prática da

⁵ A pesquisadora é uma das psicólogas citadas.

clínica em saúde mental apresenta, foi-se construindo um modelo no qual eram levados em consideração aspectos teóricos e práticos da reinserção psicossocial, prevalecendo um modelo que atenderia a uma necessidade microrregional, considerando suas características.

O Centro de Atenção à Saúde Mental passou a funcionar como um serviço de natureza ambulatorial, contando com uma equipe multidisciplinar constituída de psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, psiquiatra e técnico de enfermagem. Com o tempo, o Serviço foi se especializando e, de acordo com as orientações da Política Nacional de Saúde Mental, foi cadastrado, inicialmente, como CAPS I e, no ano de 2003, passou a funcionar como CAPS II.

Atualmente, o CAPS II é referência para o município de Coronel Fabriciano e dois municípios da microrregião do leste de Minas Gerais. O referido Serviço funciona em dois turnos com atendimento a pessoas com sofrimento mental grave, egressos de hospitais psiquiátricos, usuários em crise e acompanhamento ambulatorial. O CAPS II realiza, também, acompanhamento familiar dos usuários e iniciou o apoio matricial⁶ às equipes da Estratégia Saúde da Família do município. Segundo registros, o CAPS II possui 822 usuários em tratamento, atendendo, em média, 30 usuários por dia, em diversas modalidades de assistência: consulta psiquiátrica, atendimento psicológico, participação nas oficinas terapêuticas, medicação assistida, acompanhamento social e familiar, alimentação, auto cuidado, dentre outras.

O material a ser analisado, nesta pesquisa, é composto por *documentos*, ou seja, leis e portarias que regulamentam a Política Nacional de Saúde Mental, os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental e prontuários de usuários desse CAPS II.

Foucault (2010b) considera que o documento não é apenas um instrumento inerte que reconstrói o passado a partir de rastros que foram ditos e feitos pelos homens. O documento, para esse autor, é onde se decifra os rastros deixados pelos homens e onde se reconhece a inter-relação dos elementos, na sua forma isolada e organizada em conjuntos.

Nos documentos que compõem a Política, iremos encontrar discursos de inclusão desses usuários em serviços abertos, na comunidade, na família e no trabalho, e a exclusão deles nas práticas de segregação disseminadas ao longo de séculos. Esses discursos nos remetem a lugares heterotópicos por demonstrarem as contraposições ocupadas pelos sujeitos

⁶ O Apoio Matricial da saúde mental é o suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários (FIGUEIREDO, 2006, p. 29).

no território; ou seja, as intenções e diretrizes expressas na Política não garantem que os serviços abertos, por exemplo, irão incluir, totalmente, os usuários em uma rede de atenção e de cuidados que se entrelaçam no território.

Os prontuários, por sua vez, são documentos que nos contam a história dos usuários no CAPS II. Neles, encontramos o movimento de idas e vindas das internações, as tentativas de inserção na família e de adesão ao tratamento, os recursos terapêuticos utilizados para a permanência dos usuários no CAPS II, a busca pela garantia da autonomia dos usuários para gerirem suas vidas, como também, a perda desta autonomia em favor da família ou de cuidadores.

A opção pela análise de prontuários em detrimento de entrevistas, que, possivelmente, nos permitiria uma melhor compreensão sobre as práticas de exclusão/inclusão de pessoas com sofrimento mental grave, se justifica pelo ponto de vista legal⁷. Segundo consta no Código de Processo Civil, a pessoa com sofrimento mental grave não tem autonomia para responder por ela mesma, estando, na maioria das vezes, sob a tutela de um familiar ou de um responsável (BRASIL, 2004a).

As discussões de autores como Doreen Massey e Michel Foucault, além da leitura de prontuários dos usuários do CAPS II e dos textos que traçam a Política Nacional de Saúde Mental, de certo modo, conduziram esta pesquisa para a análise do discurso, utilizada como ferramenta para compreender o processo de exclusão e de inclusão dos usuários da saúde mental.

A análise do discurso é abordada, neste trabalho, na perspectiva de Foucault que defende o ponto de vista de que devemos recusar interpretações fáceis e explicáveis unívocas para os enunciados presentes no discurso, nem tão pouco apelar para o sentido último das coisas. No livro “Arqueologia do Saber” (2005), Foucault diz que

[...] gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. [...] não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 2005, p. 56, grifos do autor).

⁷ De acordo com o Código de Processo Civil (BRASIL, 2004a) as gradações da capacidade civil seriam as de plena capacidade (maiores de 21 anos sem desarranjos na saúde mental), incapacidade relativa (maiores de 16 anos, mas menores de 21 anos; os pródigos e os silvícolas não-civilizados) e incapacidade absoluta (menores de 16 anos, os loucos e os surdos-mudos).

Nossa prática nos ensina, muitas vezes, a buscar interpretações fáceis e o sentido oculto dos discursos, fazendo-nos esquecer que, no discurso, há enunciados e relações que definem um conjunto de “condições de existência.” Segundo Foucault (2005, p. 144), “de uma maneira ou de outra, as coisas ditas dizem muito mais do que elas próprias.”

Ao tratarmos a loucura, podemos compreendê-la como inserida em dado conjunto de regras amarradas em relações de poder, em que se busca a normalização dos sujeitos “loucos”, no sentido da reabilitação e da inserção social. A tentativa de inclusão do louco implica, também, a sua exclusão, por muitas vezes se desconsiderar as diversas formas de subjetividade e as relações estabelecidas pelos sujeitos nos diferentes espaços. O discurso da desospitalização, defendido, muitas vezes, na mídia, no campo da saúde, nos meios acadêmicos, no senso comum e, até mesmo por familiares de usuários da saúde mental, em determinados momentos, como em uma crise de agitação ou pelas condições precárias de cuidado, é colocado de lado e a internação passa a ser uma alternativa para inserir o louco em um discurso que não é o dele, mas o da lógica e da razão. Além da internação, a contenção por meio de medicamentos é uma prática corriqueira nos serviços de saúde mental; a manifestação da loucura é algo que incomoda muito mais às pessoas ao redor que ao próprio paciente.

A Política Nacional de Saúde Mental, por sua vez, traz o discurso da inserção, do tratamento em serviços abertos, da garantia dos direitos à cidadania, mas sabemos que o fato de existir uma normatização não é suficiente para modificar uma prática que ainda traz os resquícios do asilamento e da reclusão. Além disso, a normatização implica a homogeneização das condutas e, por conseguinte, da subjetividade. Por mais que se busque o contrário, ela continua presente no discurso da medicina, dos agentes da lei, da família e da sociedade, com a finalidade de controlar, disciplinar e a classificar aqueles que não se inserem nos dispositivos instituídos legalmente e socialmente, como demonstraremos neste trabalho.

Cada um desses discursos, a seu modo, exerce poder, produz um saber e uma verdade sobre a loucura. Para Foucault (2011, p. 181), “não é o fato de uma dominação global de um sobre os outros, a de um grupo sobre outros, mas as múltiplas formas de dominação que podem se exercer na sociedade”. Citando Foucault:

[...] sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem, mas nele também eles se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito (FOUCAULT, 2011, p. 22).

Os discursos colocados em circulação nas práticas sociais acabam por se transformar em “prática regulamentada”, mais especificamente, ao que Foucault (2011) denomina enunciado. O enunciado não se constitui em uma unidade, porque ele se encontra na transversalidade de frases, proposições e atos de linguagem, ele é “sempre um acontecimento, que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente.” (FOUCAULT, 2005, p. 32). Continuando, Foucault (*Ibidem*, p. 99) diz que o enunciado trata-se de “uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que [estas] apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço”.

O processo de exclusão e de inclusão dos usuários e a territorialização dos mesmos na Política Nacional de Saúde Mental podem ser compreendidos por meio dos enunciados que cruzam o nosso percurso no tempo e no espaço. Eles não traduzem a manifestação de um sujeito único, mas nos confronta com os lugares heterotópicos por onde esse sujeito fala e é falado, onde é excluído ou incluído. O discurso e o enunciado nos conduzem a outro conceito, que é o de prática discursiva. Para Foucault, a prática discursiva é

[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época, e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2005, p. 133).

Parafraseando Foucault (2005) e tomando a Política Nacional de Saúde Mental como um conjunto de regras determinadas no tempo e no espaço e que definem, para o campo da saúde mental, as condições de exercício da função enunciativa, dizemos que ela, a Política, é uma prática discursiva. Porém, a forma como ela se insere, ou se territorializa, é a discussão que propomos a seguir.

3 CONCEPÇÃO DE TERRITÓRIO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de território e sua apropriação pelo sistema de saúde vêm se desenvolvendo de acordo com duas correntes de pensamento: uma que vê o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão “topográfica-burocrática” e; outra que entende o “território-processo”, como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política (MENDES, 1993, p. 166).

A primeira se sustenta em uma visão mais tradicional de território, cuja divisão se refere ao município, ao distrito sanitário, à micro-área, à área de abrangência de unidades de saúde e de outros serviços. Nesse sentido, a rede de saúde⁸ foi concebida a partir da implantação de serviços de saúde de forma hierarquizada e com adscrição de clientela (BRASIL, 1990). Os serviços deveriam ser implantados de forma a atender a uma população residente na área de sua abrangência, cuja distribuição obedeceria à lógica geográfica.

Essa visão se aproxima da concepção de território descrita por Ratzel (1990). Esse autor considera o território como espaço concreto apropriado por um grupo social ou por um Estado-Nação que o rege por meio de leis, e onde todos se unem por laços comuns, tais como a linguagem, os hábitos culturais, a sua formação social. O território é, nessa concepção, uma área delimitada pelas fronteiras nacionais de um Estado. A rede de saúde, então, se desenha nesse espaço concreto com delimitação de fronteiras que reúne um conjunto de serviços de saúde para uma dada população, obedecendo a critérios de acessibilidade, vínculo e condições de saúde, principalmente.

A segunda visão reconhece o território como uma produção espacial relacional, cujos elementos se interligam por meio de redes que permeiam os espaços fixos. A rede se constitui por serviços de saúde, de níveis de complexidade diferentes (atenção básica, atenção secundária e atenção terciária), distribuídos no território para atender às demandas de um município e de uma região de saúde.

Recorreremos a Raffestin (1993) para compreender melhor a noção de território como espaço relacional. Raffestin (1993) contrapõe a ideia de Ratzel, segundo ele: “o quadro conceitual de Ratzel é muito amplo e tão naturalista quanto sociológico, mas seria errôneo condená-lo por ter “naturalizado” a geografia política, algo que às vezes ocorreu.” (RAFFESTIN, 1993, p. 2, grifo do autor). A noção de território defendida por Raffestin (1993) contribui para a compreensão das redes e, conseqüentemente, das regiões de saúde.

Para o autor, a ocupação do espaço, pelas pessoas ou grupos, ocorre de forma aleatória, ordenada ou concentrada, porém a sua distribuição considera a distância e o acesso. A distância “pode ser uma interação política, econômica, social e cultural, que resulta em jogos de oferta e procura [...]. Isso conduz a sistemas de malhas, de nós e redes que se imprimem no espaço e que constituem, de algum modo, o território.” (*Ibidem*, p. 8).

⁸ “Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.” (BRASIL, 2011, p. 5).

Com base em Raffestin (1993), podemos afirmar que, para garantir a resolubilidade e a integralidade das ações, os serviços de saúde são instalados nas regiões de saúde formando uma rede onde os usuários se movimentam por meio dos fluxos de referência e contra referência⁹. A demarcação das regiões de saúde obedece a critérios populacionais e de acessibilidade.

As concepções de território de Ratzel (1990) e de Raffestin (1993) nos interessam na medida em que se aproximam da noção adotada no campo da saúde. As regiões de saúde são demarcadas no território, com fronteiras bem definidas e com uma população adscrita. A adscrição a que nos referimos considera relações de proximidade e de aspectos comuns à maioria da população, como condições sociais, culturais e econômicas. Esta é a visão defendida por Ratzel (1990).

Continuando, as regiões de saúde, desenhadas no espaço geográfico, são equipadas com serviços de saúde interligados por meio de fluxos de pessoas e das redes de saúde. O espaço se transforma no território pela apropriação de ações conjugadas entre as pessoas e as coisas; o espaço, em última análise, como nos aponta Raffestin (1993), é territorializado.

Para fortalecer os vínculos interfederativos necessários à consolidação de um Sistema único de Saúde – SUS, o Ministério da Saúde publica o Decreto n.º. 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta e atualiza a Lei 8080/1990 (BRASIL, 2011b). Este Decreto distribui e ordena os espaços territoriais da unidade federada expressando o desenho final das regiões de saúde, objetivando garantir a integralidade da atenção à saúde e o acesso da população aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades. Sendo assim, as Regiões de Saúde serão organizadas com a implementação de uma Rede de Atenção à Saúde que passam a integrar estabelecimentos públicos e privados em municípios pequenos, ou uma regionalização adequada de saúde em municípios de grande porte que costumam ser espaços sanitários caóticos, onde prevalece uma combinação de vazios assistenciais com assimetria de capacidade instalada e utilização (BRASIL, 2011b).

⁹ Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2006, p. 48).

Uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, cuja definição passa a ser:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b, p. 4).

Em um documento elaborado pelo “Comitê Gestor para implantação do Decreto 7508/11”, no tocante à Qualificação do Planejamento e Programação das ações de saúde, um dos aprimoramentos, em relação à definição vigente à época¹⁰, foi “O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, de modo que o Plano Estadual expressará o desenho das regiões e das redes de atenção à saúde, organizadas no território das regiões e entre estas.” (BRASIL, 2011a, s/p).

Não se pode negar que o Decreto 7.508/11 trouxe inovações ao SUS. O conceito de região de saúde e de rede se amplia, mas a abordagem do território ainda continua presa ao espaço geográfico. Além disso, mesmo com o processo de descentralização, de organização e de planejamento das ações e serviços de saúde, estamos um pouco distantes de atingir novas formas de cooperação horizontais e mais flexíveis nas redes das políticas públicas, cujos arranjos e lógicas de organização se prendem a uma gestão ainda burocratizada, verticalizada e hierarquizada.

O território não se restringe a uma porção de terra identificada pelas marcas que a sociedade imprime, nem tampouco a uma simples referência de localização, situando-o em “diferentes escalas como a global, continental, regional, estadual, a escala da cidade, do bairro, da rua e, até, de uma casa apenas.” (CORRÊA, 1995, p. 15). Mas, essa porção de terra, ou o espaço, pode estar incluída no território. Para uma leitura crítica da concepção de território utilizada no campo da saúde e estabelecendo relações com a concepção interdisciplinar do território, traremos contribuições de autores que se dedicam aos estudos territoriais.

¹⁰ A definição que vigorava antes do Decreto era a seguinte: “O PDR expressa o planejamento regional da saúde. Contém o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde e os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde.” (BRASIL, 2011a, s/p).

Para explicar o funcionamento do mundo atual, Santos (1994) propõe que o espaço geográfico socialmente organizado, sinônimo de território usado, seja compreendido como mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local. Ao apresentar essa proposta, o autor amplia a discussão para além da concepção restrita ao Estado-Nação e destaca o uso e o controle social cristalizado no território, que atualmente pode ser formado de lugares contíguos e de lugares em rede. Para Santos (1994), as redes constituem uma realidade nova, mas, para além delas, existe o espaço de todos e todo o espaço.

Como já foi apontado anteriormente, Raffestin (1993), diferentemente de Milton Santos, transforma o espaço em substrato, apoio e palco preexistente ao território. Segundo Raffestin (1993), o território é o lugar de todas as relações, trunfo, espaço político onde há coesão, hierarquia e integração; ele é resultado das territorialidades efetivadas pelas pessoas no conjunto de relações do sistema tridimensional sociedade-espaço-tempo.

Saquet (2009), por sua vez, afirma que diferenciar espaço e território é necessário, mas é, também, fundamental reconhecer que eles não estão separados, um está no outro. O espaço é indispensável para a apropriação e produção do território. Esse autor diferencia o território do espaço geográfico a partir de três características principais: as relações de poder, as redes e as identidades; processos espaço-temporais que marcam determinadas parcelas do espaço, nas formas área-rede, rede-rede ou área-rede-lugar. Tais características já foram apontadas por Raffestin (1993) e corroboram com a ideia de que “o território é uma construção *coletiva* e multidimensional, com múltiplas territorialidades [...]” (SAQUET, 2009, p. 81, grifo do autor); que nos interessa neste trabalho.

Desse modo, é preciso avançar na discussão acerca da concepção de território na saúde; ele não deve ser apenas pensado como um recorte territorial com limites definidos, onde se instala serviços interligados por redes. O território, como nos diz Massey (2008), é, também, o lugar da diferença e da heterogeneidade, ele é um processo de abertura para novas possibilidades; nunca um fim em si mesmo. Partindo desta concepção de território, podemos dizer que, no campo da saúde, as regiões de saúde são subdivisões do território equipadas com serviços, interligados em rede, que deverão ser capazes de atender às necessidades de uma dada população, garantindo a integralidade das ações de saúde e o acesso aos seus usuários. Atender às necessidades da população significa modificar as condições de vulnerabilidade e o perfil epidemiológico dessa população, cumprindo o objetivo maior de uma política pública de saúde – a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Esse objetivo somente pode ser alcançado se apoiarmos na concepção de território como lugar de multiplicidade e de possibilidades que estão sempre em processo, nunca acabadas. Para Massey (2008, p. 161)

“Espaço, então, não pode ser jamais, aquela simultaneidade completa na qual todas as interconexões já tenham sido estabelecidas [...]”.

Castel (1998) *apud* Brasil (2013) faz uma distinção entre políticas territorializadas e políticas territoriais. “As políticas territorializadas correspondem à aplicação local de uma política a um determinado território [...]. As políticas territoriais, por sua vez, assumem a centralidade do território como espaço de formulação e de gestão [...]” (BRASIL, 2013, p. 105). Contudo, por mais que se tenha avançado, a formulação e gestão da Política se fazem a partir da centralidade do espaço físico.

No campo da saúde mental, Amarante (1995) defende que um dos princípios da Reforma Psiquiátrica é a substituição do modelo asilar por uma rede de serviços territoriais. Esses serviços territoriais, em um primeiro momento¹¹, se restringiram aos CAPS, sendo referência para os municípios e região. Em minha experiência na área da saúde mental e, reconhecendo a relevância deste momento, pude observar que os CAPS foram espaços de acolhimento e tratamento de pessoas com sofrimento mental, inclusive de egressos de hospitais psiquiátricos, mas que ainda não possuíam estrutura para tal. Por outro lado, nós profissionais da saúde mental, estávamos, muitas vezes, diante de situações desconhecidas para as quais não tínhamos instrumentos técnicos e teóricos para enfrentá-las. Nossa prática foi se construindo a partir do contato diário com a loucura; aos poucos, fomos dando conta da demanda que cada caso nos apresentava.

Porém, o fato de ter um CAPS no município ou em uma região de saúde, por si só, não garante a inserção das pessoas com sofrimento mental, como se almeja na Política. Torna-se necessário a implantação de uma rede de saúde mental, onde se inclui o CAPS, organizada dentro de uma lógica espacial que considere o processo dinâmico que é inerente ao território e que esteja para além da inércia da Região de Saúde (BRASIL, 2013).

Mas, será que o fato de modificar um conceito, que aqui é o de Região de Saúde, modifica-se, também, as práticas de saúde e a maneira de se inserir nelas? E, ainda, a garantia da integralidade das ações de saúde por meio de serviços organizados e articulados em rede, é capaz de incluir as pessoas que demandam tais serviços? Consideramos importante abordar esses questionamentos dentro da Política Nacional de Saúde Mental, mas, também, com base nos estudos territoriais.

Recentemente, o Ministério da Saúde instituiu a “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de

¹¹ Este momento se refere à regulamentação da Portaria 336/2002 que dispõe sobre a proteção das pessoas com sofrimento mental grave e redimensiona o modelo assistencial em saúde mental.

crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011c, s/p.).

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e VI - Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011c, s/p.).

Os pontos de assistência da Atenção Básica em Saúde são compostos pelos seguintes serviços: (UBSs) Unidades Básicas de Saúde, com a inclusão dos (NASF) Núcleos de Apoio à Saúde da Família, equipes de Consultório de Rua e os Centros de Convivência. A Atenção Psicossocial Especializada será desenvolvida pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os CAPS I, II e III para atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, com retaguarda para a atenção de usuários de crack, álcool e outras drogas; os CAPS AD e AD III, para atendimento de adultos, crianças e ou adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack álcool e outras drogas; os CAPSi para atendimento de crianças e ou adolescentes com transtornos mentais graves e com necessidades decorrentes do uso de crack álcool e outras drogas.

A Atenção de Urgência e Emergência é composta pelos seguintes serviços: SAMU (Serviço e Atendimento Móvel de Urgência), UPA (Unidade de Pronto Atendimento) 24 horas, hospital geral e pronto socorro, dentre outros. Os outros componentes contarão com Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais as Comunidades Terapêuticas. Dentre as Estratégias para Desinstitucionalização estão incluídos os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta para Casa e os leitos em hospitais gerais. Ressalta-se aqui a noção de rede que estabelece os pontos de atenção e a necessidade de interligação entre eles (BRASIL, 2011c).

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais tem discutido com os municípios o desenho de uma Rede de Atenção à Saúde Mental Microrregional. No caso do município de Coronel Fabriciano/MG, onde a pesquisa foi realizada, a rede se apresenta da seguinte forma:

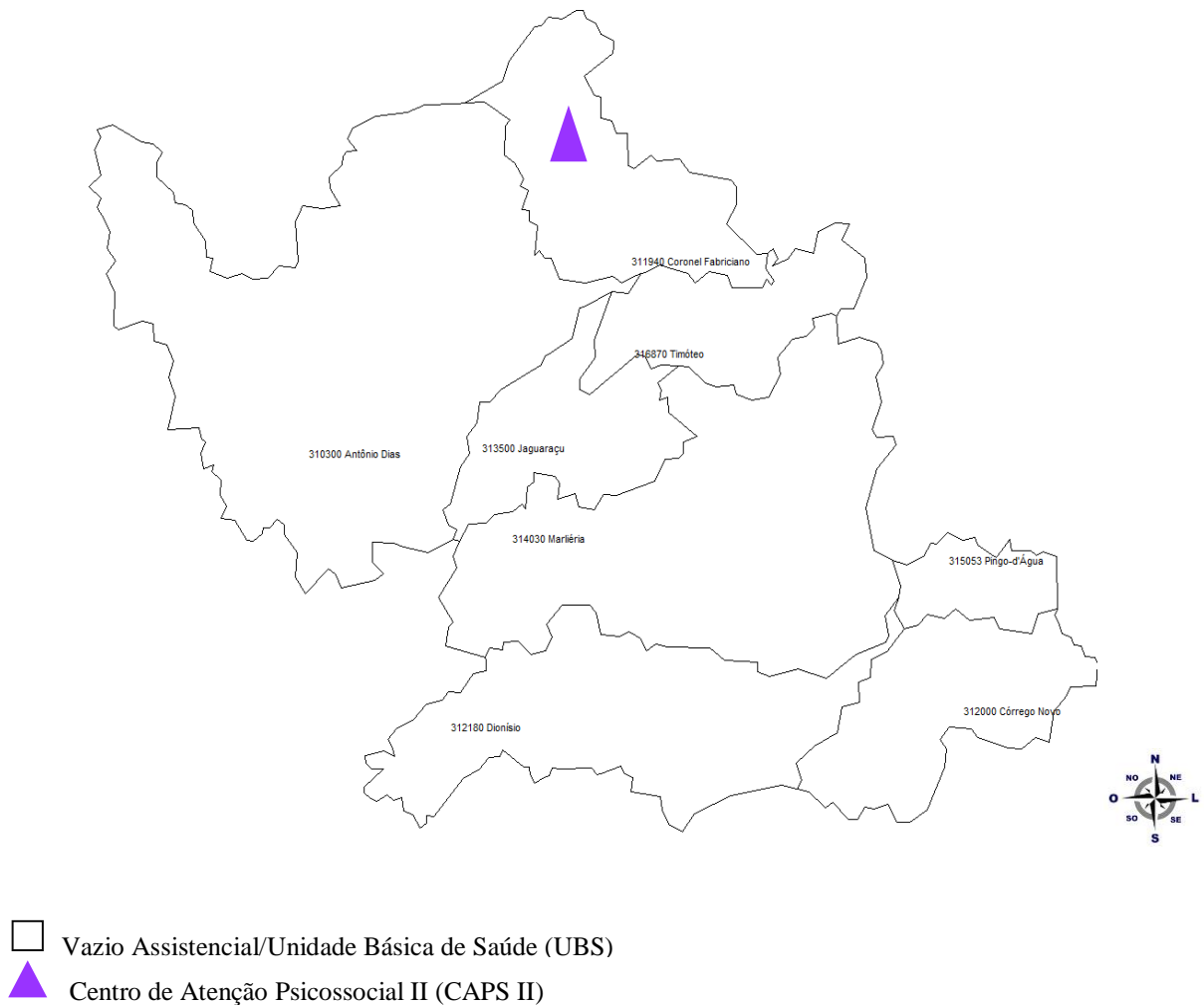


Figura 5 – Rede de Atenção à Saúde Mental Atual da Microrregião de Coronel Fabriciano
 Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano

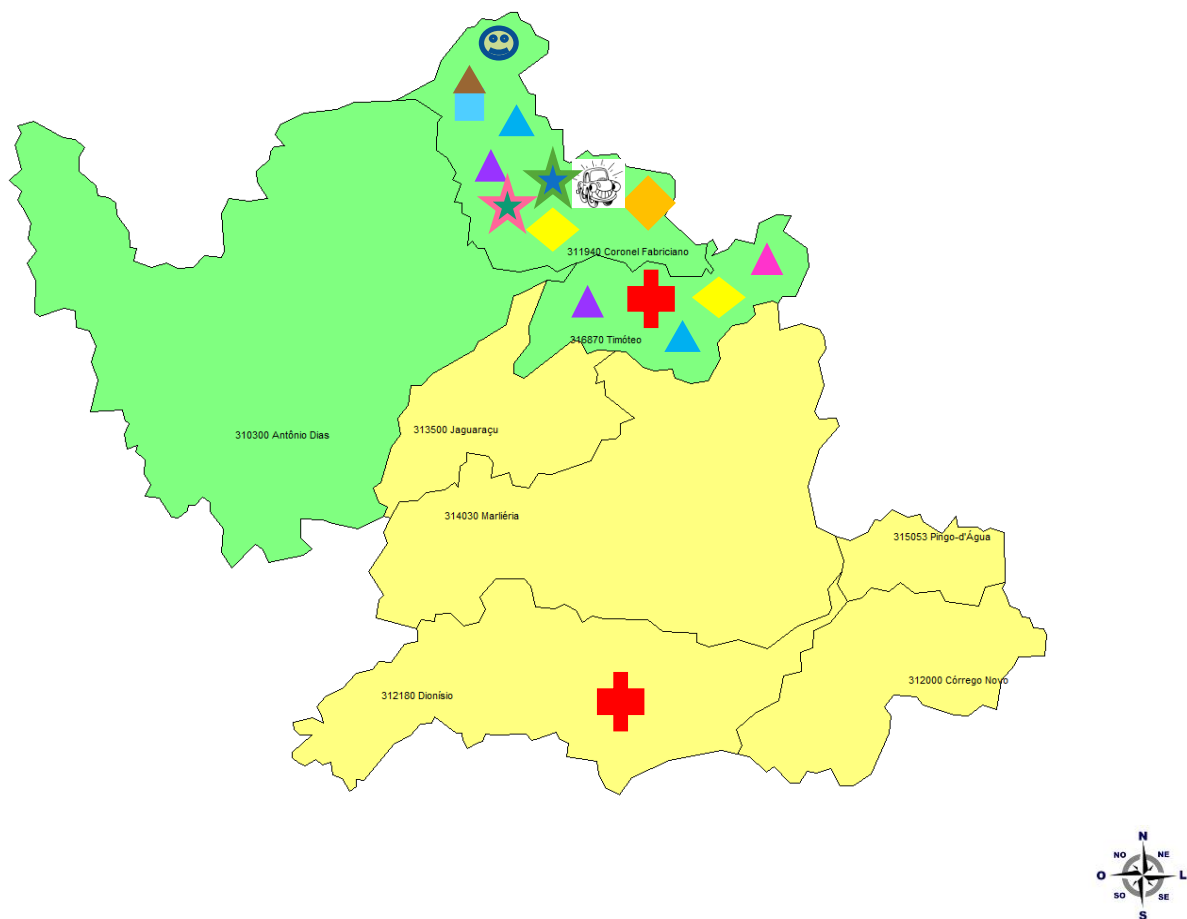
O mapa¹² acima, disponibilizado pela Coordenação de Saúde Mental da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano, apresenta a Microrregião de Coronel Fabriciano, composta pelos municípios de Antônio Dias, Córrego Novo, Dionísio, Coronel Fabriciano, Marliéria, Jaguarapu, Pingo d'Água e Timóteo. Nele identificamos os vazios assistenciais em relação à Rede de Atenção Psicossocial que existem na microrregião, apontando para a necessidade de implantação de serviços de atenção à saúde mental que garantam a integralidade das ações. Atualmente, existe apenas o Centro de Atenção Psicossocial no município de Coronel Fabriciano para atender à demanda da região; nos

¹² A pesquisadora teve acesso aos mapas indicados nas Figuras 5 e 6 por que fez parte da equipe de técnicos, representando a Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, que apresentou a rede atual e participou da construção da rede ideal.

demais municípios não existem serviços de saúde mental credenciados pelo Ministério da Saúde, conforme dados da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano.

Atentando para a falta de serviços de saúde mental na microrregião e, principalmente, para a construção de uma rede de saúde mental regional, no ano de 2012 a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, por meio da Coordenação de Saúde Mental da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano, juntamente com os gestores e técnicos dos municípios que compõem a microrregião, discutiram o desenho de Rede de Atenção à Saúde Mental, considerando a disponibilidade financeira dos municípios. Após a discussão e negociação entre os municípios, a implantação dos serviços foram pactuados com a Secretaria de Estado da Saúde, tendo dezembro de 2013 como prazo para a construção dessa rede.

Desse modo, obedecendo aos critérios de complexidade dos equipamentos, a Rede ideal foi concebida da seguinte forma:
















-  Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)/Unidade Básica de Saúde
-  Unidade Básica de Saúde (UBS)
-  Equipe de Consultório na Rua
-  Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i)
-  Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)
-  Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad)
-  Leitos em hospital geral
-  Serviço de Atenção em Regime Residencial/Comunidade Terapêutica (SARR/CT Módulo 1)
-  Serviço de Atenção em Regime Residencial/Comunidade Terapêutica (SARR/CT Módulo 2)
-  Unidade de Acolhimento Adulto
-  Unidade de Acolhimento Infante/Juvenil
-  Serviço de Residência Terapêutica Municipal (SRT)
-  Reabilitação Psicossocial

Figura 6 – Rede de Atenção à Saúde Mental Ideal da Microrregião de Coronel Fabriciano
Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano

No mapa acima, verifica-se ainda a existência de vazios assistenciais. Os serviços de saúde mental se concentraram nos municípios de Coronel Fabriciano e Timóteo, que serão referencia para os demais. É importante ressaltar que todos os municípios deverão realizar ações de atenção à saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2011c). Por essa razão, o NASF e as UBSs não foram inseridos, no mapa, em todos os municípios; apenas no município que é referencia microrregional. Mesmo com a inserção de novos serviços, verifica-se a existência de vazios assistenciais na microrregião que podem comprometer a execução das ações de saúde mental.

A inexistência de serviços em vários pontos do território impede a movimentação de pessoas e a integralidade das ações de saúde mental. Raffestin apresenta um conceito de rede que nos permite questionar o desenho concebido acima e ir além dele. Para o autor, “uma rede é um sistema de linhas que desenham tramas.” (RAFFESTIN, 1993, p. 156). Nesse sentido, as redes representam uma estratégia de organização dos serviços e de ação que envolve usuários e o contexto em que estão inseridos. Nessa rede, também se constroem histórias e agenciamentos que excluem e incluem aqueles que dela fazem parte.

Em contrapartida, o espaço é, ainda, perpassado por sistemas de normas técnicas, modos de caracterização e tratamento da loucura, que ultrapassam a noção de território como extensão geográfica. Práticas são construídas pela movimentação das pessoas e coisas no território, demarcando espaços contrapostos que se diferenciam no tempo. Sobre o território, na sua interface com o espaço e com o tempo, Raffestin (1993, p. 169) diz que “o espaço e o tempo sociais se fazem e desfazem simultaneamente. O invólucro espaço-temporal no qual se originam as relações de poder é um todo, [...] o limite ou a fronteira não decorrem somente do espaço, mas também do tempo”.

Na discussão que se iniciou com a problematização do território no campo da saúde, concebido, de início, como área geográfica e, em seguida, como região de saúde, poderíamos pensar que a ação dos atores no território é determinante para o estabelecimento das relações que o colocam em movimento. Na rede que foi configurada no mapa “não percebemos as rupturas do espaço, o encontro com as diferenças.” (MASSEY, 2008, p. 165).

A Rede de Atenção Psicossocial representada no mapa, a princípio, significa apenas um desenho inerte com a distribuição geográfica dos serviços de saúde mental, mas, apesar dos vazios assistenciais ainda existentes, os textos da Política Nacional de Saúde Mental, constituído por portarias, leis e relatórios das Conferências de Saúde Mental, mostram que há uma movimentação para além do mapa que tenta modificar a organização dos serviços, a concepção das práticas em saúde mental e os fluxos no território. Este será o próximo tema a ser abordado.

3.1 PARA ALÉM DO MAPA...

Foucault (2010a) nos mostra que, na descontinuidade do processo histórico da loucura, surgem discursos diferentes que produzem saber acerca do fenômeno da loucura; a exclusão e a inclusão são momentos diferentes desse mesmo fenômeno. No percurso histórico, verificamos processos dialéticos de exclusão e de inclusão dos “loucos”: ora fazendo parte da paisagem social, ora enclausurados em asilos, novamente retornando ao convívio social, em seguida sendo internados em hospitais psiquiátricos, e, por último, restituídos à liberdade e investidos de direitos à cidadania.

A exclusão e a inclusão agem de duas formas no que se refere aos sujeitos: ou se referem aos sujeitos já existentes – efeitos de outros discursos – ou constroem novos sujeitos. [...] Os sujeitos constituídos anteriormente ao discurso da inclusão são dispersos: sempre têm um *surplus* de significados em relação àquilo que o discurso é capaz de incluir. Os processos de exclusão têm trajetória inversa: quanto menos

discursivamente definidos forem os excluídos, maior é a exclusão e mais tendencialmente se constitui um discurso anti-democrático e, ao contrário, quanto mais definidos os excluídos, maior é a tendência à democracia (PINTO, 1999, p. 39-40, grifo da autora).

Os processos de exclusão e de inclusão dos “loucos” podem ser demonstrados nos dispositivos e instrumentos legais que possibilitaram a implantação da Política Nacional de Saúde Mental. No Brasil, no final da década de 1980, surge um movimento intitulado de Reforma Psiquiátrica, que representa um processo de luta por mudanças no modelo assistencial, destacando-se entre os diversos atores: o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde/Núcleo de Estudo em Saúde Mental (CEBES), Movimento de Luta Antimanicomial, dentre outros que tinham como bandeira a substituição do modelo asilar por uma rede de serviços territoriais¹³ (AMARANTE, 1995).

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

A Reforma Psiquiátrica desencadeou mudanças políticas, jurídicas, socioculturais e teóricas no campo da saúde mental. Tenório (2002) afirma que a relevância da Reforma está em colocar a cidadania como aspecto fundante e organizador de um campo heterogêneo de práticas e saberes que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico. Para Amarante (2003), esse movimento envolve diferentes dimensões que se inter-relacionam; uma delas é a “teórico conceitual”,

[...] que tem como maior mérito a proposição de opor-se à naturalização/objectualização da noção de doença. Esta deixa de ser um objeto naturalizado, reduzido a uma alteração biológica ou de outra ordem simples, par tornar-se um processo saúde/enfermidade [...] uma experiência nas vidas de sujeitos distintos (AMARANTE, 2003, p. 53).

Fruto do movimento sanitaria no Brasil na década de 1980 e da Reforma Psiquiátrica, as Conferências Nacionais de Saúde Mental são espaços privilegiados de

¹³ Na concepção dos serviços territoriais se utiliza a noção de território área geográfica - delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial (MENDES, 1993).

discussão e implementação de uma política pública de saúde mental voltada para a garantia de tratamento e de inserção social dos usuários da saúde mental. Elas marcam um novo período na “história da loucura” em que Estado, sociedade, trabalhadores e usuários da saúde mental dividem a responsabilidade e a condução da política de saúde. O controle social exercido pelas Conferências e pelos Conselhos se revela

[...] como preciosa inovação no modo brasileiro de fazer política pública, na medida em que organiza em uma estrutura colegiada as representações de usuários, gestores e trabalhadores do sistema, de modo a fazer dessa conjunção tripartite o núcleo de convergência para a proposição, a avaliação e o monitoramento das políticas e das ações em Saúde (PESSOA; VALE, 2010, p. 137).

No quadro abaixo, são relacionadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental que ocorreram até o momento, “que trazem quase como uníssona a voz de usuários e trabalhadores de saúde clamando pela condenação dos manicômios e pela defesa da liberdade terapêutica.” (PITTA, 2011, p. 4580).

ANO	CONFERÊNCIA	EIXOS TEMÁTICOS
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental	“Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”.
1992	II Conferência Nacional de Saúde Mental	“A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania”.
2002	III Conferência Nacional de Saúde Mental	“Excluir não, cuidar sim”.
2010	IV Conferência Nacional de Saúde Mental	“Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”.

Quadro 1 - Conferências Nacionais de Saúde Mental

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Saúde Mental

Os eixos temáticos das Conferências nos reportam ao momento histórico vivenciado na história da construção da Política Nacional de Saúde. A I Conferência Nacional de Saúde Mental aborda os princípios da reforma sanitária e os transporta para o campo da saúde mental. A II Conferência referendou as mudanças ocorridas na legislação e na assistência às pessoas com sofrimento mental. A discussão sobre inclusão e o cuidado, ponto de pauta da III Conferência, tiveram impactos positivos na assistência à saúde; em 2003, cria-se o Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização e como uma política pública de inclusão social. O Programa foi instituído pela Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio financeiro para reabilitação de pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência (BRASIL, 2003). A IV Conferência inovou em abordar a questão da intersetorialidade, como se pode constatar na discussão do Eixo I – “Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais”, que compõe o Relatório Final da referida Conferência.

Deve-se garantir a realização de ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça e o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva, sempre respeitando os critérios epidemiológicos e de regionalização. Para tanto, propõe-se o estímulo à comunicação e à participação dos diferentes setores e serviços no âmbito dessas ações, bem como a realização de reuniões intra e intersetoriais sistemáticas. Considera-se importante promover uma interlocução efetiva entre as equipes de profissionais que atuam na rede de Saúde Mental e as que atuam na rede intersetorial de políticas públicas em Educação, Saúde e Assistência Social que promovam/tratem a saúde mental no município (BRASIL, 2010, p. 21).

A intersetorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social.” (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1997, p. 24). Nessa perspectiva, a intersetorialidade transcende o setor saúde, uma vez que não engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas, também, a sua interface com outras dimensões da cidade que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 1998).

A ação intersetorial se constrói no município e/ou região como espaço definido territorial e socialmente por meio de um processo dinâmico entre os sujeitos e mediada por novos paradigmas que acarretam mudanças na forma de planejar, executar e controlar a oferta de serviços no território. A lógica intersetorial de atuação deve referir-se à população e ao espaço onde se situam. Mas, tratar os cidadãos de um mesmo território e os seus problemas de forma integrada exige o planejamento e articulação de ações e serviços, além de um novo

saber fazer que envolva mudanças de valores e de cultura como um “fenômeno ativo, vivo, através do qual as pessoas criam e recriam os mundos dentro dos quais vivem.” (MORGAN, 1996, p. 135).

Tão importante quanto o Movimento da Reforma Psiquiátrica e as Conferências Nacionais de Saúde Mental, foi o arcabouço legal sobre a saúde mental que, por meio de leis e portarias, reorientaram o modelo assistencial alternativo à internação psiquiátrica com equidade de acesso e garantiram a cidadania e os direitos das pessoas com sofrimento mental. O quadro abaixo apresenta os documentos legais e faz referência ao conteúdo dos mesmos.

LEI/PORTARIA	CONTEÚDO
Portaria SNAS (Secretaria Nacional de Assistência à Saúde) n°. 189, de 19 de novembro de 1991	Financiamento das ações de saúde mental nos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial.
Portaria SNAS (Secretaria Nacional de Assistência à Saúde) n°. 224 de 29 de janeiro de 1992	Aperfeiçoa a assistência em saúde mental, dividindo o atendimento em hospitalar e ambulatorial. O atendimento hospitalar compreendia a internação e a semi-internação, esta última, de responsabilidade dos hospitais dia, tinha como objetivo evitar a internação de longa permanência. A assistência ambulatorial seria realizada nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)/Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo definidos como “unidades de saúde locais/regionais que contam com população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004b, p. 244).
Lei n°. 10.216 de 6 de abril de 2001	Institui um modelo de assistência em saúde mental que regulamenta os direitos dos pacientes e a extinção progressiva dos manicômios no país. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, e sob forte mobilização popular, a Lei foi sancionada, marcando a primeira vitória das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

<p>Portaria GM (Gabinete do Ministro da Saúde) nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002</p>	<p>Direciona a assistência à saúde mental para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que se constituem em serviços de atenção diária, capacitados para atender aos usuários com sofrimento mental severo e persistente em uma área territorial, em regime de atendimento não-intensivo, semi-intensivo e intensivo. Estão incluídos nesta Portaria o CAPS i II, destinado ao atendimento psicossocial de crianças e adolescentes, e o CAPS ad II, para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas. O atendimento intensivo é destinado às pessoas com sofrimento mental que, de acordo com o quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário; o semi-intensivo àqueles que não necessitam frequentar diariamente o CAPS; e o não-intensivo aos usuários que demandam a referência do CAPS, mas, em menor frequência.</p>
<p>Portaria GM (Gabinete do Ministro da Saúde) nº. 106 de 11 de fevereiro de 2000</p>	<p>Regulamenta a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental (SRT), sendo os mesmos definidos como “morádias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social” (BRASIL, 2004b p. 100-104).</p>
<p>Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003</p>	<p>Garante auxílio financeiro para reabilitação de pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.</p>
<p>Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011</p>	<p>Institui a “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011c, s/p.).</p>

Quadro 2 – Leis e Portarias sobre a Política Nacional Saúde de Mental
 Fonte: BRASIL. Presidência da República/ MINISTÉRIO DA SAÚDE

O discurso sobre a loucura sempre esteve ligado à exclusão, cuja manifestação se verifica na reclusão, na indiferença e em determinadas práticas de saúde. Os textos da Política foram gradativamente elaborados, principalmente, para contrapor a condição exclusão das pessoas com sofrimento mental.

Os documentos que compõem a Política seguem a direção da inclusão dos usuários em espaços abertos, na família, no trabalho e na sociedade. No entanto, constata-se que as diretrizes que norteiam a Política Nacional de Saúde Mental não garantem a inserção dos usuários na rede de atenção à saúde mental. A pessoa com sofrimento psíquico encontra-se, muitas vezes, com diversos aspectos de sua vida afetados pela doença – o pessoal, o afetivo, o familiar e, principalmente, o profissional.

A passagem da internação em um hospital psiquiátrico para o tratamento no CAPS e em outro serviço que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, por si só, não garante a efetividade da política. De todo modo, a implantação de uma política pública de saúde mental é um grande avanço para usuários, familiares destes, trabalhadores da saúde mental e gestores. Segundo Barros (2010) a rede de saúde mental possui muitos “buracos”. Contudo, “estamos avisados de seus buracos, quando se tece, a cada dia, um modo de amarração para cada caso. Não existe uma resposta simples para uma questão que sempre será resolvida no tensionamento de sua complexidade” (BARROS, 2010, p. 65).

Uma leitura do conjunto dos documentos analisados mostra avanços na legislação e na assistência em saúde mental: o tratamento e a abordagem da pessoa com sofrimento mental grave caminharam no sentido da humanização; da internação em hospitais psiquiátricos, passamos para a assistência em serviços abertos, onde os usuários transitam entre o CAPS - a casa da família, o trabalho, muitas vezes, e a comunidade; esses lugares, considerados nesta pesquisa, heterotópicos também incluem as pessoas que carregam por séculos a marca da exclusão.

Verifica-se, dessa forma, que os serviços de saúde mental não se organizam mais em fluxos hierarquizados e verticalizados e passam a ser organizados em uma concepção de rede. A organização em rede se propõe a inserir os sujeitos nos dispositivos existentes, como o CAPS II, a família, as residências terapêuticas ou outros serviços da rede de saúde.

Entretanto, a inserção das pessoas com sofrimento mental no contexto da Política, não considera a mobilidade das pessoas e de outros arranjos existentes no território que permitam a livre circulação e a construção de outras relações para além dos serviços instituídos nas regiões de saúde.

Na análise dessas leis, verificamos a preocupação em garantir os direitos básicos das pessoas com sofrimento mental, dentre eles: o direito a tratamento digno e humanizado em instituições abertas, à convivência familiar e comunitária, ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração, etc. No Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1987), a Reforma Sanitária e a Reorganização da Assistência em Saúde Mental foram temas abordados, destacando-se, nesse quesito, a mudança de um modelo “hospitalocentrico” e “psiquiatrocentrico” para um sistema extra-hospitalar e multiprofissional, tendo em vista a desospitalização.

A discussão sobre a internação psiquiátrica retorna no Relatório da II Conferência de Saúde Mental (BRASIL, 1992), quando são sugeridos mecanismos de controle de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) para as internações psiquiátricas e das internações involuntárias, estas deveriam ser comunicadas ao Ministério Público.

Avança-se na III Conferência de Saúde Mental (BRASIL, 2001) ao se inserir, no relatório, a necessidade de fiscalização dos hospitais psiquiátricos e de criação e novas estruturas de suporte à desinstitucionalização. Essas diretrizes passaram a fazer parte da legislação, quando em 2001 foi publicada a Lei 10.2016/2001 (BRASIL, 2004b), que no seu artigo primeiro assegura o direito à cidadania e a tratamento consentâneo com as necessidades e a proteção das pessoas com sofrimento psíquico contra todo o tipo de discriminação. A questão do tratamento é ressaltada com o veto da internação dessas pessoas em instituições com características asilares. O que está em jogo, neste momento, é a abolição dos manicômios e das internações de longa permanência.

Mas, a abolição dos manicômios não teve fácil adesão dos gestores da saúde, principalmente de hospitais psiquiátricos, de pessoas da comunidade e, até mesmo, de alguns familiares de pessoas com sofrimento mental e de profissionais da saúde. Por vezes, percebeu-se nos relatos veiculados na mídia, na comunidade, no meio acadêmico e na prática dos serviços de saúde que os hospitais psiquiátricos, tanto privados quanto públicos, não queriam abrir mão da tutela que possuíam das pessoas internadas, uma vez ela lhes garantiam ganhos, sobretudo de ordem financeira.

Além dessas instituições, a família, ao contrário, não queria assumir a tutela de seus familiares internados, porque representava responsabilidade e sacrifícios. A questão da periculosidade foi uma das justificativas utilizadas para defender a manutenção da internação em instituições psiquiátricas; muitas pessoas consideravam que a internação seria uma proteção para as próprias pessoas com sofrimento mental grave e para a família.

A comunidade, por sua vez, percebia a pessoa com sofrimento mental como um problema, como uma pessoa incapaz de produzir e de conviver socialmente. Mas, como nos diz Barreto (1999, p. 194), “a periculosidade não é própria da loucura [...]. É verdade que os *loucos* podem tornar-se homicidas, mas está bem provado que os *normais* matam muito mais.” (grifos do autor).

Reportando a Foucault (2001b), o hospital psiquiátrico e a figura do louco ocupam lugares heterotópicos, de crise e de desvio. Mesmo com a defesa da abolição dos manicômios, eles continuam existindo para receber as pessoas em crise e que, por essa razão, se desviam da norma; e para proteger a sociedade dos perigos que, por vezes, são atribuídos à loucura.

Voltando à citação de Barreto (1999), vou me valer de dois casos descritos no Relatório Anual do Centro de Justiça Global de 2003.

[...] Inconformada, adentrou a clínica gritando pelo nome do filho, vindo este em sua presença em estado altamente deplorável, sangrando bastante, com diversas escoriações e hematomas. Vendo o filho naquele estado, Albertina solicitou aos funcionários que o levassem para tomar um banho, indo em seguida procurar por um médico que pudesse atendê-lo. Encontrou finalmente o Dr. Francisco Ivo de Vasconcelos — diretor da Casa de Repouso Guararapes e legista do Instituto Médico Legal (IML) de Sobral — que se limitou a prescrever alguns remédios, sem sequer examiná-lo. Em seguida, pôs-se novamente a procurar pelo filho, quando uma servente da clínica lhe informou que havia ocorrido uma forte luta entre Damião e os enfermeiros, e que em virtude disso ele teria perdido muito sangue. Encontrou-o ao lado de uma cama, completamente nu e ainda com as mãos amarradas. Logo foi avisada, dessa vez por um enfermeiro, que seu filho estaria bem “calmo” naquele momento e que por isso não seria bom incomodá-lo. Albertina retornou à sua residência, e quando lá chegou, já havia um comunicado da Casa de Repouso Guararapes informando-a de que seu filho havia falecido (CARVALHO, 2004, p. 111).

Esse texto foi extraído da petição que apurava a morte de Damião Ximenes Costa em outubro de 1999, durante sua internação na Casa de Repouso Guararapes, instituição privada, conveniada ao Sistema Único de Saúde, localizada em Sobral/Ceará. Até 2004, a morte de Damião não havia sido esclarecida e nem apuradas as responsabilidades. Os processos movidos pela família, na justiça, não haviam passado da 1ª. Instância.

O outro caso se refere à morte de Sandro Costa Fragoso, ocorrida no dia 17 de julho de 2002, no Hospital Milton Marinho, sediado em Caicó/Rio Grande do Norte.

Sandro Costa Fragoso, 22, foi encontrado morto, carbonizado, com marcas das ataduras que o amarravam à cama dentro de um quarto do Hospital Psiquiátrico Milton Marinho. Conforme publicado pela revista *Isto É*¹⁴, a morte de Sandro foi diagnosticada em declaração do médico Salomão Gurgel, ex-deputado federal e

¹⁴ “Crime em Caicó”. *Isto É*. ed.1744 de 5 de mar. de 2003, p. 40.

responsável técnico do Milton Marinho, como decorrente de suicídio. Contudo, essa hipótese não explicou como Sandro, inteiramente contido nas mãos, pés e tórax com tiras de pano, teria ateadado fogo em seu próprio quarto. De fato, o Instituto Técnico-Científico de Polícia do Rio Grande do Norte desmentiu essa teoria absurda, concluindo que Sandro foi vítima de um incêndio criminoso. Porém, até a finalização deste relatório, ninguém havia sido responsabilizado por sua morte. Um inquérito policial foi instaurado na Delegacia de Polícia de Caicó (CARVALHO, 2004, p. 115-116).

Os dois casos são emblemáticos por denunciar maus tratos e crimes cometidos em instituições psiquiátricas, apontando a necessidade de revisão deste tipo de tratamento e, também, de fiscalização e interdição de muitos destes estabelecimentos. Representantes do Movimento da Reforma Psiquiátrica lançaram mão desses casos para realçar as suas reivindicações; dentre elas, a extinção dos manicômios e criação de serviços substitutos que, no caso, seriam os Centros e Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, os dois casos corroboram com a afirmação de Barreto (1999), de que os normais podem matar mais que os loucos. Tanto Damião como Sandro, com diagnóstico de transtorno mental grave, estavam sob a tutela de uma instituição que deveria garantir-lhes tratamento e manutenção da vida.

Os manicômios, como lugares heterotópicos, sempre existiram, mas foram se modificando com o tempo. Em época ainda recente, eles foram espaços de tratamento; atualmente, muitos deles são lugares onde a prática de maus tratos e o desrespeito pela pessoa que neles se internam é frequente, como nos casos de Damião e Sandro. Foucault (2001b) chama este tipo de heterotopia de “heterotopia de crise”, ou seja, lugares destinados aos indivíduos que se encontram em situações de crise. Essa heterotopia, apesar de ter desaparecido na sociedade atual, deixou restos que a transformou em “heterotopia de desvio”; elas abrigam os indivíduos que se desviam das regras impostas socialmente.

Longe de fazer uma apologia aos hospitais psiquiátricos, mas tentando discutir o processo de exclusão e inclusão, a abolição dos manicômios nos coloca os dois lados da moeda. Para alguns, o fato de ter pessoas internadas em hospitais psiquiátricos coloca-as em condição de incluídas em um espaço interior - dentro, portanto, de um dispositivo de tratamento, mesmo pela via da reclusão; e para outros, essa é uma condição de exclusão, de estar fora do convívio social e familiar, de lhes serem negados os direitos básicos garantidos à maioria dos cidadãos.

Segundo Pinto (1999), não há um antagonismo entre exclusão e inclusão; não há pessoas ou grupos totalmente excluídos ou incluídos, eles podem ser excluídos de alguma situação, mas incluídos em outra. A pessoa com sofrimento mental grave sempre esteve

inserida no discurso ocupando esses dois lugares; sendo afastada ou inserida em algum contexto, seja ele médico, social, econômico ou jurídico.

O movimento pela extinção dos manicômios com a substituição dos mesmos por serviços abertos e regionalizados ganha força em 2002, quando o Ministério da Saúde publica a Portaria 336, que institui os Centros de Atenção Psicossocial, com diferentes níveis de complexidade, como serviços ambulatoriais, de atenção diária ao usuário da saúde mental e funcionando “segundo a lógica do território.” (BRASIL, 2004b, p. 125). A “lógica do território” significa a implantação dos CAPS para atender um determinado contingente populacional, garantindo acesso e integralidade das ações de saúde mental, como já foi mencionado anteriormente.

Com a implantação dos CAPS, há uma tentativa, por parte de gestores da saúde, trabalhadores e familiares de pessoas em internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, de retornar com essas pessoas para o seio da família e inseri-las em um serviço aberto e com atendimento diário por equipe interdisciplinar. A garantia dos direitos dos usuários da saúde mental e a reinserção psicossocial, preconizadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, significam a territorialização dos mesmos. A territorialização expressa o movimento do sujeito na produção do território. Segundo Saquet (2007, p. 58), “Os processos sociais e naturais, e mesmo nosso pensamento, efetivam-se na e com a territorialidade cotidiana. É aí, neste nível, que se dá o acontecer de nossa vida e é nesta que se concretiza a territorialidade”.

4 REFLETINDO SOBRE OS LUGARES HETEROTÓPICOS E O BINÔMIO EXCLUSÃO/INCLUSÃO

Nasci na Bahia, no arraial de Estrada da Boiada ou Aratu, não sei. Tive uma irmã clarinha, nasceu e morreu. Mamãe mudou. Mudou para um barracão no morro. Era uma só rua. Depois veio para o Rio. Eu não tinha nenhum brinquedo quando criança. Então sonhava todo dia com brinquedos interplanetários. O poder de sonhar com o quizer – menos sonhar com o que é da terra. Houve um tempo em que quis ser engenheiro para casar com Violeta. Mas engenharia não gostava de estudar. O livro de engenharia é um monte de pedras, pedras e pedras. A caldeira é de tijolos sobre tijolos. Tudo igual. Ai tira o mistério do mundo. Não sei porque milagre passei a gostar da escultura e da pintura.

Fernando Diniz¹⁵

¹⁵ MUSEU DO INCONCIENTE. **O universo de Fernando Diniz.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/universo_fdiniz.pdf. Acesso em 18 de mai. de 2012.

O depoimento de Fernando Diniz nos parece apropriado para iniciar este capítulo. Esse depoimento retirado do catálogo da exposição – “O universo de Fernando Diniz” -, parece-nos similar à história de muitas pessoas que vivem a exclusão como resultado das condições sociais, culturais, políticas, econômicas e, também, do sofrimento mental. A inclusão, por sua vez, é uma prática que nem sempre garante oportunidades necessárias à redução das desigualdades e, nem tão pouco, a inserção das pessoas com sofrimento mental no contexto social, familiar, econômico, dentre outros.

Fernando Diniz nasceu em 1918, na Bahia. Aos quatro anos de idade, se mudou com a mãe para o Rio de Janeiro, onde viveram em cômodos de casarões na periferia da cidade. Fernando nunca conheceu o pai. A mãe era excelente costureira, se dedicava a consertar vestidos de alta costura e, por isso, frequentava a casa de várias famílias abastadas do Rio de Janeiro; na maioria das vezes, era acompanhada pelo filho. Desse período, herdou o gosto pelo luxo e sofisticação e, também, o amor não correspondido por Violeta, uma menina “branca e rica”. Mesmo assim, o jovem Fernando estava determinado em conquistar Violeta; para isso, se dedicou por longos anos aos estudos da engenharia. Desejava se tornar um rico engenheiro e atrair a atenção de sua amada. Os anos se passaram e um dia soube que Violeta estava comprometida com um rapaz “branco e rico”. Não suportando essa realidade, Fernando abandonou os estudos e passou a evitar o contato com as pessoas. Por vezes, frequentava a praia de Copacabana, onde passava horas tomando banho de mar, alheio às pessoas ao seu redor. No ano de 1949, em um domingo de sol, Fernando, sem preocupar com as pessoas, nadava nu na praia (MUSEU DO INCONSCIENTE, s/d).

Nesse momento de solidão e alívio, foi surpreendido pela polícia chamada pelas pessoas que se escandalizaram com a cena que presenciavam. Ao reagir, os policiais o levaram para o Centro Psiquiátrico Pedro II, onde recebeu tratamento a base de drogas e eletrochoques. Em agosto de 1977, foi transferido, sem nenhum comunicado prévio, para a Colônia Juliano Moreira. Retornou ao Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro em janeiro de 1979, onde ficou internado até sua morte em 5 de março de 1999, cujas causas foram cardiopatia e câncer. No Centro Psiquiátrico Pedro II, Fernando Diniz frequentou a Biblioteca Central e os ateliês de pintura e modelagem. Chama-nos atenção que o conjunto de sua obra ultrapassa 20mil trabalhos entre pinturas, desenhos, tapetes, esculturas, móveis, etc. Esse relato foi reproduzido a partir do texto “Estrela de Oito Pontas: Uma experiência mental em animação”, escrito por Marcos Magalhães¹⁶ (MAGALHÃES, s/d). Ele foi trazido para

¹⁶ Marcos Magalhães é cineasta, professor de animação e também um dos diretores do Festival Internacional Anima Mundi, no Brasil.

mostrar que, mesmo diante da inevitável segregação, Fernando Diniz conseguiu, no ateliê, uma forma de reorganização do seu psiquismo, permitindo-o ter uma vida produtiva e integrada à comunidade.

A arte foi para Fernando Diniz a possibilidade de inclusão, tirando-o do mutismo que apresentava durante as sessões iniciais no ateliê de pintura, cuja expressão e manifestação criativa o lançaram rumo à consciência, em longos movimentos de idas e vindas num processo de reestruturação (RIBEIRO, 2001). A arte foi também, para Fernando Diniz, a possibilidade de expressão de um sujeito que transcende o campo dos acontecimentos, não só do hospital, mas também do cotidiano da maioria das pessoas com sofrimento mental - ele conquistou autonomia e um lugar diferenciado em relação à loucura.

Abaixo, apresentamos uma pequena mostra das obras de Fernando Diniz, cujo acervo pertence ao Museu de Imagens do Inconsciente¹⁷:



Figura 1 – Os aviões imaginários
Fonte: A fantasia de Fernando Diniz



Figura 2 – Peixe
Fonte: A fantasia de Fernando Diniz



Figura 3 – Mandala
Fonte: A fantasia de Fernando Diniz



Figura 4 – Tapete
Fonte: A fantasia de Fernando Diniz

¹⁷ O Museu de Imagens do Inconsciente foi criado em 20 de maio de 1952, no Centro Psiquiátrico Pedro II (atualmente chamado Instituto Municipal Nise da Silveira), no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, por iniciativa da psiquiatra Nise da Silveira.

As expressões gráficas e pictóricas produzidas por Fernando Diniz, segundo Dr^a. Nise da Silveira, traduziam o seu estado de espírito. Durante os períodos de depressão, recorria às imagens geométricas na tentativa de reorganizar seu estado mental; quando conseguia, se sentia mais calmo, equilibrado e se dedicava à produção de desenhos mais orgânicos. A estrela foi o primeiro desenho de Fernando; ela seria um esquema gráfico que organizava seu mundo interno. Dela surgiam os outros desenhos, sobretudo uma série de mandalas. Para ele, a mandala “é uma porção de coisas, tem tantas coisas em volta da mandala... um ovo estrelado pode ser uma mandala? Uma gota d’água é uma mandala? Cada pessoa diz uma coisa, cada mandala é diferente da outra.” (RIBEIRO, 2001, s/p).

Nesse breve comentário sobre a vida de Fernando Diniz, pudemos verificar os vários espaços heterotópicos ocupados por ele, desde a chegada ao Rio de Janeiro até a sua ida para o Hospital Pedro II. A inclusão, no caso, se deu pela via da internação, de uma maneira diferente daquela que vislumbramos hoje para os usuários da saúde mental. Ainda assim, não podemos dizer que Fernando Diniz se incluiu em um espaço fechado de asilamento ou esteve permanentemente excluído. Esse é um caso paradigmático, porque nem sempre conseguimos enxergar a inclusão pela via da reclusão, sem a convivência social e comunitária. Mas, Fernando Diniz foi para além dos muros da instituição; sua arte circulou por espaços que muitas pessoas ditas “normais” nunca conseguiram se aproximar.

O tratamento que Dr^a. Nise da Silveira empreendeu com os pacientes do hospital também foi decisivo para romper o ciclo de internações com eletrochoques e doses excessivas de medicamentos. O ideal defendido por ela em muito se assemelha com os ideias da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, porém é uma pena que nem todos conseguem fazer laços como os que Fernando e tantos outros pacientes do Hospital Pedro II fizeram e, como ele mesmo dizia, “as pessoas são diferentes, e cada mandala é uma mandala.” (MAGALHÃES, s/d, s/p).

Inserindo a discussão no âmbito da Política, testemunhamos muitos avanços na legislação e na assistência em saúde mental. O tratamento e a abordagem da pessoa com sofrimento mental grave caminharam no sentido da humanização; da internação em hospitais psiquiátricos, passamos para a assistência em serviços abertos, onde os usuários transitam entre o CAPS - a casa da família, o trabalho, muitas vezes, e a comunidade; esses lugares heterotópicos também incluem as pessoas que carregam por séculos a marca da exclusão.

Ocupar esses lugares significa inserir as pessoas com sofrimento mental no contexto da Política, fixando-as em espaços que desconsideram a possibilidade de mobilidade e de

outros arranjos existentes no território que permitam a livre circulação e a construção de outras relações, para além dos serviços instituídos nas regiões de saúde.

A exclusão e a inclusão se fazem presentes nas muitas histórias das pessoas que passam pelos hospitais psiquiátricos e pelos serviços substitutivos.

Para Fernando Diniz, a exclusão é vivenciada sob vários aspectos, desde o nascimento até sua morte. Quando nasceu, não teve o reconhecimento do pai, era mulato, pobre e louco. Passou cinquenta anos internado em instituições psiquiátricas, mais da metade de sua vida. A exclusão não perpassou apenas pela loucura, mas também, pelas condições sociais e econômicas que lhe foram impostas.

Apesar de tudo, vimos, no breve relato da história de Fernando Diniz, movimentos ou tentativas de inclusão. Para conquistar Violeta, ele se dedica aos estudos de engenharia, no Centro Psiquiátrico Pedro II, a arte é uma forma de inclusão que lhe garantiu o direito de inserção na sociedade. Um dos mais importantes trabalhos de Fernando foi “Estrela de oito pontas”, que deu o nome a um curta metragem, produzido em 1996 pela designer Claudia Bolshaw (MAGALHÃES, s/d). “Estrela de oito pontas” sintetiza a trajetória de exclusão e inclusão de Fernando Diniz.



Figura 7 – Estrela de oito pontas de Fernando Diniz.

A questão que se coloca sobre a exclusão e a inclusão de pessoas com sofrimento mental grave parece apontar para um processo dialético em que uma não prescinde da outra. A esse respeito nos diz Sawaia:

Enfim, o que queremos enfatizar ao optar pela expressão dialética exclusão/inclusão é para marcar que ambas não constituem categorias em si, cujo significado é dado por qualidades específicas invariantes, contidas em cada um dos termos, mas que se constitui na própria relação. A dinâmica entre elas demonstra a capacidade de uma sociedade existir como um sistema (SAWAIA, 1999, p. 108).

O binômio exclusão-inclusão sempre ocupou um lugar de destaque no pensamento de Foucault. Em sua obra *Os anormais* (2001c), o autor lança mão de dois modelos: o da lepra e o da peste para pensar a exclusão e inclusão na modernidade. Na Idade Média, a estratégia de defesa da sociedade contra a lepra foi a de expulsar os “leprosos” para fora das cidades; a lógica da exclusão foi a do afastamento, do não contato com aqueles que encarnavam a ideia da morte em vida. Essa estratégia de defesa perdurou até o século XVII. Foram também expulsos das cidades os mendigos, os vagabundos, os libertinos e os imorais. Os loucos eram entregues aos mercadores e peregrinos que os levavam de uma região para outra. Segundo Foucault (2010, p. 9), durante a Idade Média não havia nenhum saber sobre a loucura que fixasse a espacialidade do louco – “eles tinham então uma existência facilmente errante”. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Ao circular de um lugar para outro, o louco não era excluído e nem incluído, o que nos leva a pensar que ele ocupava um entre-lugar da ordem e da desordem (SILVA, s/d).

A partir do século XVIII, a sociedade instituiu um novo modelo de defesa social, como nos diz Foucault, “um modelo de inclusão do pestilento.” (FOUCAULT, 2001c, p. 55). Quando se identificava casos de peste em uma determinada cidade, declarava-se a quarentena. A cidade era fechada e um forte esquema de vigilância era montado; as casas eram diariamente inspecionadas pelos “vigias” ou “sentinelas”, e quando seus moradores, ao serem chamados pelo nome, não se apresentavam, concluía-se que estavam doentes, havendo necessidade de intervenção imediata.

Diferente do modelo anterior, no modelo da peste não há um movimento de expulsão das pessoas para fora da cidade, mas de cerceamento das mesmas no interior da cidade e das casas. Segundo Foucault, “não se trata de expulsar, trata-se ao contrário de estabelecer, de fixar, de atribuir um lugar, de definir presenças, e presenças controladas. Não rejeição, mas inclusão.” (FOUCAULT, 2001c, p. 57). A prática da inspeção inaugura uma nova forma de poder. Neste sentido, é essencial perceber essa forma capilar de existência do poder, ou seja, o “ponto em que o poder encontra o nível dos indivíduos, atinge seus corpos, vem se inserir em seus gestos, suas atitudes, seus discursos, sua aprendizagem, sua vida cotidiana”, sendo exercido “[...] no corpo social e não sobre o corpo social.” (FOUCAULT, 2011, p. 131).

Para Foucault (1984), os modelos da lepra e da peste apresentam formas diferentes de exercício do poder, o primeiro vislumbrava uma “comunidade pura”, e o segundo, uma “sociedade disciplinar.” (FOUCAULT, 1984, p. 175).

Esquemas diferentes, portanto, mas não incompatíveis. Lentamente, vemo-los se aproximarem; e é próprio do século XIX ter aplicado espaço de exclusão de que o leproso era o habitante simbólico (e os mendigos, os vagabundos, os loucos, os violentos formavam a população real) a técnica de poder própria do quadriculamento disciplinar. Tratar os leprosos como pestilentos, projetar recortes finos da disciplina sobre o espaço confuso do internamento, trabalhá-lo com os métodos de repartição analítica do poder, individualizar os excluídos, mas utilizar processos de individualização para marcar exclusões – isso é foi que regularmente realizado pelo poder disciplinar desde o começo do século XIX: o asilo psiquiátrico, a penitenciária, a casa de correção, o estabelecimento de educação vigiada, e por um lado os hospitais, de um modo geral todas as instâncias de controle individual funcional num duplo modo: o da divisão binária e da marcação (louco-não louco; perigoso-inofensivo; norma-anormal); e o da determinação coercitiva, da repartição diferencial (quem é ele; onde deve estar; como caracterizá-lo, como reconhecê-lo; como exercer sobre ele, de maneira individual, uma vigilância constante, etc.) (FOUCAULT, 1984, p. 176).

Os modelos da lepra e da peste nos indicam o caminho a ser percorrido neste trabalho – práticas de exclusão e de inclusão inseridas em uma lógica de poder que, por sua vez, produz um saber sobre o louco e demarca “territórios” que também excluem e incluem, dialeticamente. Mais uma vez, nos deparamos com as heterotopias. O hospital psiquiátrico, por exemplo, como um espaço de justaposições de saber, de exclusão e de inclusão do louco; exclusão do convívio social com o internamento e a inclusão no discurso do tratamento da loucura.

De início, como já apontado, no “modelo da lepra”, os loucos foram afastados e excluídos do convívio social. No “modelo da peste”, a inclusão aconteceu pela via do internamento. As pessoas com sofrimento mental grave, submetidas ao discurso da medicina, foram confinadas durante anos em hospitais psiquiátricos, longe do convívio familiar. Na perspectiva proposta por Foucault (2010a), podemos dizer que há, tanto no hospital como na figura do médico e do doente mental, relações de poder que produzem saberes sobre a loucura. Ao assumir o estatuto de doença mental no século XIX, a loucura passa a ser objeto do saber médico.

O estudo da doença mental permite à psiquiatria assumir uma autonomia no campo da medicina. Segundo Foucault, “após Pinel e Tuke, a psiquiatria vai tornar-se uma medicina de um estilo particular: os mais obstinados em descobrir a origem da loucura nas causas orgânicas ou nas disposições hereditárias não escaparão a esse estilo.” (FOUCAULT, 2010a, p. 500).

Contudo, no século XX e XXI, a loucura deixa de ser uma prática exclusiva do saber médico. Ela passa a ser discutida de forma multidisciplinar, tornando-se objeto de uma política pública. A desospitalização e a inserção de práticas alternativas ao modelo hospitalocêntrico são os temas geradores de outra forma de tratar a loucura. A proibição da

internação, defendida no parágrafo terceiro da Lei 10.2016/2001 (BRASIL, 2004b), foi assumida como uma diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, amplamente debatida nas Conferências de Saúde Mental. Na referida Lei, consta que “§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares [...]” (BRASIL, 2004b, p. 18). Uma das proposições da I Conferência Nacional de Saúde Mental diz o seguinte: “A internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos os critérios da internação [...]”. A internação deixa de ser o principal recurso de tratamento, sendo indicada em casos extremos, quando outras alternativas se esgotarem – “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” (BRASIL, 1987, p. 23).

As mudanças que ocorrem no tratamento do louco produzem outros discursos acerca da loucura que, apesar de inovadores do ponto de vista da assistência, ainda mantêm relações de poder nas quais estão presentes relações e dominação e submissão; a atenção à saúde mental se submete às diretrizes da Política, cabendo à pessoa com sofrimento mental grave se inserir nelas.

Na analítica de Michel Foucault, a questão da exclusão e da inclusão deve ser remetida às formas de constituição das relações de poder que se inscrevem dentro de um contexto histórico, social, político e econômico. O que está em jogo são condições de dominação e submissão, que se expressam nas relações de poder. Mais do que condições de dominação e de submissão, o poder, como fez Foucault (1984), produz saber:

Temos antes que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o por que o serve ou aplicando-o é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (FOUCAULT, 1984, p. 30).

Em seu livro “História da Loucura”, Foucault (2010a) nos apresenta as reconfigurações discursivas dos dizeres sobre a loucura, desde o Renascimento até a Modernidade. Nesse livro, podemos verificar os deslocamentos de poder e os mecanismos de controle emergentes de tais produções discursivas, seja no sentido do asilamento dos loucos no Renascimento, seja no sentido da constituição de poder sobre os loucos internados enquanto desatinados no Classicismo, seja nos nítidos exercícios de poder-saber que os discursos sobre o louco, enquanto doente mental, propiciarão, por meio dos dizeres científicos de médicos, juristas e psicólogos forenses, a constituição do sujeito apenável. Mas, como nos ensinou Foucault, não há uma linearidade nas práticas discursivas.

Meu projeto não é o de fazer um trabalho de historiador, mas descobrir por que e como se estabelecem relações entre os acontecimentos discursivos. Se faço isso é com o objetivo de saber o que somos hoje. Quero concentrar meu discurso no que nos acontece hoje, no que somos, no que é nossa sociedade. Penso que há, em nossa sociedade e naquilo que somos, uma dimensão histórica profunda e [...] os acontecimentos que se produziram a séculos ou há anos são muito importantes [...] Em um certo sentido não somos nada além daquilo que foi dito há séculos, meses, semanas (FOUCAULT, 2010b, p. 258).

A cartografia da loucura, traçada por Foucault (2010a), que se inicia no Classicismo, passando pelos séculos XVII, XVIII, XIX, XX até os dias atuais, rompe com a noção de fixidez do espaço, sendo capaz de mostrar os fluxos e os vários posicionamentos ocupados pelos sujeitos no território em processo contínuo de exclusão e de inclusão. A história de Fernando Diniz é um exemplo de que exclusão e inclusão caminham lado a lado. De um discurso que o descrevia como pobre, negro e louco, ele se insere em outro. Ainda que louco, foi considerado um artista, cujo talento o conduziu para muito além dos muros do Hospital Pedro II.

Além de Fernando Diniz, muitos outros pacientes que também viveram no Hospital Pedro II transformaram a experiência trágica com a loucura em possibilidades de inserção que o tiraram do lugar apenas da exclusão, para onde foi possível, também, a inclusão. Reportando ao objetivo desta pesquisa, a seguir, iremos refletir sobre os processos de inclusão e exclusão dos usuários do CAPS II de Coronel Fabriciano.

4.1 PROCESSOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS II

Nesta pesquisa, foram utilizados os prontuários de cinco usuários do CAPS II de Coronel Fabriciano para analisar os processos de exclusão/inclusão após a inserção dos mesmos nesse Serviço. Para tanto, foram realizadas leituras dos prontuários clínicos e, no processo de análise foram transcritos diferentes relatos que foram organizados em quadros detalhados contendo: a data dos registros nos prontuários, as situações de inclusão e de exclusão que identificávamos e o profissional que registrava as observações no prontuário.

A construção do quadro sintético teve como objetivo verificar se os usuários estão incluídos na Política Nacional de Saúde Mental, que preconiza a inserção dos mesmos em espaços abertos de tratamento e na comunidade, principalmente, interrompendo um ciclo de reclusão em hospitais psiquiátricos e de abandono. Ou, se, apesar da implantação dessa Política, o recurso da internação continua sendo uma prática frequente no CAPS II, excluindo

os usuários da possibilidade de inserção no serviço de saúde mental e do convívio familiar e comunitário.

A data dos registros foi observada, obedecendo a cronologia das narrativas, o que tornou possível a demarcação temporal da exclusão e da inclusão dos usuários nos movimentos que realizavam entre o hospital psiquiátrico, o CAPS II, a família e o espaço de convivência comunitária.

Sobre o sujeito que registrava as observações no prontuário (psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, psiquiatras e técnicos de enfermagem) cumpre observar que, nas teorizações foucaultianas relativas ao discurso, há um destaque para o “sujeito que fala”. Esse destaque é feito pela posição que ele ocupa no discurso como médico, psicólogo, assistente social, familiar etc., pois, as palavras, apesar da sua materialidade, significam coisas diferentes dependendo do campo discursivo no qual estão inseridas. (FOUCAULT, 1996).

Tendo como referência os prontuários, foram construídas narrativas do que esses documentos nos permitiam identificar sobre as vidas de Lúcio, Ana, Pedro, André, e Teresa¹⁸. Para a construção das narrativas nos inspiramos no modo como Foucault as produzia a partir dos documentos que analisava ou quando ele explicava o seu modo de operar com os documentos, como nos livros “Vigiar e Punir” (1984); “A ordem do discurso” (1996); “As palavras e as coisas” (2000); “História da sexualidade I” (2001a); “Estética: literatura e pintura, música e cinema – Ditos e escritos” (2001b), “Os anormais” (2001c); “História da sexualidade II” (2002); “A arqueologia do saber” (2005); “Histórica da loucura” (2010a); e “Microfísica do Poder” (2011).

Nas narrativas que produzimos, fomos identificando os processos de exclusão e inclusão vivenciados por esses sujeitos. A partir dos prontuários e do quadro que organizamos, foram capturados três enunciados que nos permitiram demarcar processos de exclusão e de inclusão na Política Nacional de Saúde Mental, bem como nas relações que esses usuários estabelecem com o contexto social: o enunciado da medicalização (“*louco precisa de remédio*”), o enunciado da hospitalização (“*lugar de louco é no hospício*”) e o enunciado da perda de autonomia (“*louco não é dono da sua própria vida*”).

¹⁸ Os nomes são fictícios para preservar a identidade dos sujeitos.

4.2 NARRATIVAS DE VIDAS

Lúcio

Iniciaremos com a história de Lúcio. Ele chegou ao CAPS II em setembro de 1995, após várias internações psiquiátricas, com indicação de tratamento ambulatorial e reinserção familiar. Na época, tinha 33 anos de idade, morava com o pai e três irmãos. A mãe era falecida. O primeiro surto aconteceu aos 16 anos de idade. Desde então, passou por várias internações psiquiátricas.

Pelos relatos de técnicos e familiares, colhidos no prontuário, constata-se que, em 1985, Lúcio foi internado em uma clínica psiquiátrica em Belo Horizonte, onde permaneceu por dez anos. Nesse período, visitou a família esporadicamente. A transferência de Lúcio da clínica psiquiátrica para o CAPS II marca a intenção de transpor o modelo assistencial vigente, inserindo-o em um serviço ambulatorial e junto da família, como nos mostra o relato da Psicóloga e da Assistente Social da referida clínica:

*Em relação ao quadro psicopatológico, o paciente apresenta desde janeiro desse ano, um quadro estável, sem alterações significativas de humor e ou comportamento e com bom nível crítico, parcialmente orientado e pensamento coerente. **Diante disso e da nova proposta de atendimento em psiquiatria, percebemos a possibilidade de tratamento ambulatorial e conseqüentemente sua reinserção familiar e social que serão de suma importância para intensificar e manter seu quadro psicopatológico estabilizado, contribuindo assim para seu resgate da cidadania.** (grifos nossos).*

A proposta de reabilitação psicossocial se constitui em uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde, mais especificamente da Lei 10.216/2001.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2004b, p. 18).

Entretanto, para Lúcio, familiares e equipe do CAPS II, a adesão ao tratamento ambulatorial e a inserção familiar não foi uma tarefa fácil. *“A irmã vem relatando a dificuldade dos irmãos em aceitar o paciente.”*

Em outubro de 1996, um ano após seu retorno à casa de sua família, Lúcio foi novamente internado - *“Nesta data foi feita visita domiciliar, para reinserção e terapia medicamentosa. O pai do paciente, informou que Lúcio encontra-se internado há mais ou*

menos duas semanas após uma “crise” que queria matar a família e os vizinhos”. Três meses depois, o irmão procura a equipe do CAPS II, dizendo que Lúcio teve alta do hospital, mas continua agredindo a família e os vizinhos. A Assistente Social do CAPS II realizou visita domiciliar e fez a seguinte anotação no prontuário:

*Lúcio agrediu seus familiares, expulsou o pai de casa, feriu um dos irmãos com um pau, e o outro irmão com uma garrafa quebrada, quando foi preciso ser levado para o hospital e levar pontos. Foi chamada a polícia e **Lúcio está preso por medida de segurança.** (grifos nossos).*

Na mesma data da visita, ao retornar ao CAPS II, a Assistente Social discutiu o caso com o psiquiatra que decidiu por nova internação. Lúcio permanece no hospital psiquiátrico por três meses. No seu retorno, a família decide que ele irá morar sozinho, o que ele recusa. Nova visita é realizada pela Assistente Social e Lúcio reclama da casa e da família - *“Em entrevista, diz **que está cansado de ficar em casa, sem televisão e com o rádio sem pilhas, e seu irmão implicando com ele.**”* (grifos nossos).

Um ano depois da última internação, Lúcio continua apresentando oscilações no quadro e com delírios frequentes - *“O capitão Quinci fica falando na minha cabeça... Tentei suicídio três vezes por causa dele [...]. Agora meu cérebro virou cérebro de capitão.... Estou pensando em ir para Vitória para fazer o filme Viagem Submarina II.”*

O quadro se mantém. Lúcio se ausenta do CAPS II por algum tempo e a família solicita, por duas vezes, internação psiquiátrica para Lúcio.

*Irmã do usuário faz contato com o Serviço disse que ele está muito agressivo, quebrou uma sorveteria perto e sua casa, agrediu o vizinho de frente, tem roubado cigarro nos bares do bairro e não deixa seu irmão dormir em casa. **Família pede internação.** Obs. Paciente está em atraso com medicação Pipartil. (grifos nossos).*

Em 2002, o Psiquiatra relata o seguinte - *“Paciente fala que todo mundo está o perseguindo. Quer ir para a **Clínica Serra Verde.** Está com medo de ser morto em casa.”*(grifos nossos). Lúcio continua apresentando delírios, agressividade e dificuldade de aderir ao tratamento.

No relato da Psicóloga, em 2003, há uma tentativa de modificar o projeto terapêutico de Lúcio - *“Lúcio esteve no Serviço, muito delirante, seu acompanhante fala que ele está agressivo. Foi atendido na psicologia, discurso fragmentado, de auto referência, fala de um corpo fragmentado. Rever planejamento terapêutico do usuário.”* A resposta de Lúcio à

tentativa da Psicóloga e de outros profissionais da equipe foi a seguinte - *“Após visita domiciliar paciente relata que está bem, não precisa de tratamento, está muito bem, **não comparecerá ao Serviço**, apenas para medicação injetável se der vontade. Não quis assinar a folha de visita domiciliar.”* (grifos nossos).

No período de 2003 a 2006, comparece esporadicamente ao CAPS II, na maioria das vezes quando solicitado pela equipe do Serviço. De 2007 até o final de 2008, Lúcio frequentou ao CAPS II, mas ainda com dificuldades com os familiares, conforme relato da Terapeuta Ocupacional:

Lúcio tem vindo para o CASAM quase todos os dias, vem por livre demanda, almoça, lancha, toma banho, traz suas roupas para lavar. Situação social é bastante precária. Uso prolongado de neurolépticos, não seria interessante uma avaliação com psiquiatra? Poderíamos ter intervenção mais incisiva no domicílio? Quem é a referência agora?(grifos nossos).

No mês de outubro de 2008, Lúcio comparece ao CAPS II com a seguinte fala - *“Tô perturbado demais, muito sol na cabeça.”* Constata-se, nesse momento, uma alteração do quadro que culmina com a prática de homicídio em 2009. Em seguida, foi detido, como relatado pela Assistente Social:

*Conforme informações do agente penitenciário, **Lúcio está preso por medida de segurança acusado de homicídio** e deverá aguardar convocação para apresentação diante do Juiz e posterior julgamento. Segundo informações da Assistente Social e da Auxiliar de Enfermagem do presídio não há o que podemos fazer, além de manter o tratamento. [...].* (grifos nossos).

Os relatos, acima, configuram tentativas de inserção de Lúcio no CAPS II e na família, de acordo com o que se preconiza a Política e, conseqüentemente, a nova abordagem de tratamento em saúde mental. Eles apontam os desafios que se vive no cotidiano dos serviços de saúde mental, incluindo, também, aqueles experimentados pela família e pelo próprio usuário. Cabe ressaltar que, por duas vezes, a polícia foi chamada para intervir no caso de Lúcio – “como medida de segurança”.

Podemos interrogar: Segurança para quem? Para o usuário? Para familiares e vizinhos? Será que foram criadas condições para que Lúcio pudesse agir de outra forma, que não fosse a agressividade contra a família e vizinhos? Por que não agrediu a equipe do CAPS II? São interrogações que nos fazem refletir que a forma de lidar com a loucura ainda guarda os resquícios de épocas anteriores. Ainda se espera uma atitude passiva e adequação à norma

por parte do paciente diante de situações adversas que dificultam a sua inserção, sendo o hospital e, no caso de Lúcio, o presídio espaços reservados a ele e à sua condição de louco. Espaços esses que se diferenciam pelo seu caráter heterotópico. O hospital psiquiátrico deveria ter se transformado em lugar para acolher a crise (heterotopia de crise), quando todas as possibilidades no ambulatório ou hospital geral não atender à demanda do usuário, mas continua sendo um lugar de reclusão diante da não aceitação de convivência diária com o louco; o presídio, por sua vez, deveria ser destinado àquelas pessoas que cometem crimes, mas sem comprometimento mental aparente, que não é o caso de Lúcio (heterotopia de desvio).

A responsabilidade pelo homicídio é inevitável e necessária, porém Lúcio deveria cumprir a pena em um lugar que lhe garantisse assistência e o cuidado que carecia. Atualmente, Lúcio está sendo assistido no CAPS II durante o dia e à noite retorna para o presídio. Os fragmentos que trouxemos para compor a narrativa sobre Lúcio nos mostram como o binômio da exclusão/inclusão marca os 13 anos de inserção de Lúcio no Serviço. Durante esse tempo, houve tentativas de inclusão de Lúcio na família e no CAPS II, conforme preconiza a Política. Mas, verificamos que vive a inclusão e a exclusão, não como lugares opostos, mas como lugares heterotópicos; a família, o hospital, o CAPS II e a cadeia o incluem e, ao mesmo tempo, o excluem. O hospital, inicialmente reivindicado diversas vezes pela família, e a cadeia, recurso utilizado como medida protetiva, passam a ocupar a centralidade no cotidiano de Lúcio. O CAPS II, por sua vez, é a possibilidade de abertura de um espaço onde Lúcio não é confinado, e também onde ele é reconhecido como que, ainda excluído, necessita ser incluído.

Ana

Ana chega ao CAPS II em novembro de 1995, após uma internação psiquiátrica, com quadro de “maneirismo, estereotipia, delírios e alucinações auditivas”. Ana tinha 34 anos de idade, residia com os pais e um filho de 4 anos de idade; o pai era portador de transtorno mental grave, estava em tratamento há mais de 20 anos.

Nos relatos dos profissionais do CAPS II, era comum fazer referência ao fato de que Ana sempre recorria à “palavra de Deus” durante os atendimentos. Adiante veremos como essa questão religiosa interfere no tratamento dela.

A palavra de Deus é que importa. A Sr^a. já sabe de tudo. Me remete os escritos, a palavra escrita. Traz na bíblia todas as receitas e horários de retornos, enfim, seus

compromissos são guardados juntos à palavra. É importante escrever, talvez a Sr^a. precise [...].

Comparece ao CAPS II para tratamento com frequência como nos indica a Terapeuta Ocupacional:

Retorna para continuidade do tratamento. *Retoma atividade de escrita. Bem orientada, se indagando sobre 'ser esquisita'. Acho que sou muito esquisita, outro dia bati numa menina que estava lá em casa e ela foi embora. Acho que não precisava. Retorno em 01.04.96.* (grifos nossos).

Em seguida, de acordo com a Terapeuta Ocupacional, há uma desorganização do quadro:

*Relata ter tomado comprimidos para morrer. Não estou aguentando mais, dou muito trabalho lá em casa, fico com medo de fazer coisa ruim com meu filho, seria melhor que eu morresse. Angustiada, se sente 'culpada' por alguma coisa. **Momento delicado, dificuldade em trabalhar, cuidar do filho, ajudar a cuidar do pai, etc.** – desorganiza-se e angustia-se cada vez mais. **CULPA** muito presente. Com medo das suas próprias reações, do seu 'descontrole'. C.D.: orientações à mãe e à paciente quanto ao controle medicamentoso; retorno amanhã, dia 09.05.96; discutido com psiquiatria a continuação da medicação – paciente deverá marcar em retorno na psiquiatria.* (grifos nossos).

Há uma preocupação com o caso que leva a uma intervenção junto à família e à discussão do quadro com o Psiquiatra. Ana trabalhava no comércio, aposentou-se por invalidez após a manifestação do quadro psicótico, mas a falta de trabalho e a dificuldade de cuidar do filho eram duas questões que a incomodavam - “*De um lado a gente quer uma coisa, do outro a gente quer outra coisa. **Queria ter um lugar para o meu filho ficar, tenho medo dele morrer, porque a gente morre mesmo. Minha mãe só fala em Deus. Fiquei na mão da minha mãe.***” (grifos nossos).

Em 1998, Ana se desestabiliza, sendo atendida no CAPS II pelo Psiquiatra.

Paciente foi trazida pela ambulância, exaltada, gritando, com roupas bizarras, maneirismos. Há relato de que ela interrompeu o uso da medicação em função da crença religiosa. Delirante (cunho místico). Depois que entrou no consultório ficou mais tranquila, mas não produziu muito. [...]. Tentaremos resolver o problema aqui. Se a paciente continuar agitada ou se oferecer risco para si e terceiros, será encaminhada para internação. (grifos nossos).

A internação não foi necessária, pois Ana apresentou melhora com as intervenções da equipe do CAPS II. Segue o relato da Terapeuta Ocupacional:

*Bastante eufórica, vem acompanhada do filho. Tenho dificuldade em me separar dele, fico com medo. Faço uma intervenção quanto ao ‘cuidado’ de si própria e com o filho. Utilizo um significante trazido pela paciente, a ‘palavra’, como forma de marcar a importância de levar o filho à escola. **Se organiza mais após esta intervenção e tenta construir um saber sobre o trabalho, a família, o ser mãe (sempre ao pé da letra, ou melhor, da palavra).** Marcado retorno para 11.01.99.(grifos nossos).*

Há uma melhora no quadro e a família começa a se inserir no tratamento. Segundo a Terapeuta Ocupacional, Ana estava

Bem mais organizada, comparece com boa frequência às sessões. Realizado trabalho de orientação por escrito, junto à paciente, das atividades diárias que precisa exercer, principalmente, em relação ao filho. Talvez com esta receita eu consiga fazer alguma coisa. Após convocação, a irmã vem acompanhando a paciente e se dispõe a ‘auxiliar’ a irmã nos cuidados com a educação da criança. Deste modo, implicamos gradativamente a família no tratamento e nos cuidados em casa com a paciente. Retorno semanal. (grifos nossos).

Alguns meses se passaram, Ana continua a frequentar o CAPS II, mas com apoio precário da família. No final do ano 2000, foi realizada nova visita domiciliar, após um período de abandono do tratamento. Ao ser abordada pela Assistente Social, Ana diz – **“Não quero mais ir ao CASAM, não preciso de tratamento”**. Após esse contato, Ana retoma o tratamento. Mas, em 2004, ano em que o pai faleceu, há uma alteração no quadro e a mãe solicita internação para a filha. A internação não foi indicada pela equipe do CAPS II que continuou acompanhando Ana por meio de intervenções junto à família e de visitas domiciliares frequentes. (grifos nossos).

Dois anos depois, a mãe solicita novamente ao Psiquiatra internação para Ana - **“Mãe quer interná-la para fazer ‘checkup’ e ver se há necessidade da injeção, pois ela tem crise em que enrola os olhos e músculos; a família é contra a injeção. Porém, a paciente não usa regularmente a medicação oral (sic familiares).”** (grifos nossos).

Seis anos se passaram e Ana continua o tratamento no CAPS II, mas faltando às atividades nas oficinas, às consultas e à medicação assistida. A equipe, por sua vez, faz várias tentativas de adesão ao tratamento envolvendo Ana e seus familiares, nem sempre obtendo sucesso.

Um fato interessante, relatado pela Terapeuta Ocupacional, aconteceu em 2012.

O filho de Ana veio com a mãe hoje ao CASAM. Trouxe-a de moto. Ele começa a querer compreender o que acontece com sua mãe. Diz que sabe pouco sobre a sua doença, só que ela ficou assim após seu nascimento. Faço vários esclarecimentos a ele: sobre a doença da mãe, sobre o desencadeamento e, principalmente, sobre a forma ‘zelosa’

*com que Ana o criou. Explico que o esforço que ela fez foi muito maior do que das mães 'comuns', pois, apesar da desorganização psíquica ela sempre foi muito afetuosa e transmitiu valores para ele, tanto que hoje ele se transformou em um rapaz com padrão de comportamento 'normal'. O filho sente-se aliviado com estas notícias. **Prometo a ele que iremos redefinir todo o tratamento de Ana aqui no CASAM, mas que isto só será possível com seu auxílio. Amanhã trará a mãe para consulta e trará também roupas para prática de auto cuidado aqui.** Ao Psiquiatra: temos um grande trabalho. (grifos nossos).*

Durante algum tempo, o filho acompanha a mãe às consultas, mas sem o compromisso necessário. Segundo a Assistente Social a

***Família (irmã e irmão) comparece ao Serviço com várias demandas: curatelar paciente, material de construção de muro, visando separar Ana do convívio com a mãe, pois esta oferece risco grave a todos da família. Nos momentos de crise, segundo a irmã, a paciente pega faca, facão e parte para cima dos demais membros. CD: Discussão do caso com equipe e médico de referência.** (grifos nossos).*

Após a discussão da equipe, os técnicos decidem abordar o caso de Ana de forma intersetorial, envolvendo CAPS II, equipe de Saúde da Família e Centro de Referência em Assistência Social. Alguns pontos nos chamam a atenção na história de Ana: as várias tentativas da equipe do CAPS II em inseri-la no Serviço e na família que, por suas dificuldades, não conseguiu dar o suporte necessário a ela, a insistência de familiares para internação psiquiátrica, que não foi atendida pelos profissionais do CAPS II, e as negativas de Ana em aderir ao tratamento.

As diretrizes da Política que norteiam as ações do serviço de saúde mental colocam a família como um lugar de acolhimento e de suporte terapêutico para a pessoa com sofrimento mental. No caso de Ana, a família não ocupou esse lugar.

O adoecimento psíquico do pai, a maternidade prematura, a ausência da mãe e de irmãos no tratamento de Ana, demonstram a fragilidade dos laços afetivos que os une. Apesar de, em alguns momentos, os familiares tentarem a inclusão de Ana, a internação é reivindicada, principalmente pela mãe, para amenizar as crises e para afastá-la do convívio familiar, considerando os riscos que ela poderia oferecer à mãe e ao filho, principalmente. A família, nesse caso, é uma heterotopia, ela justapõe lugares que ora incluem, ora excluem; ao mesmo tempo em que visa o cuidado e atenção que Ana demanda, ela solicita o afastamento e a sua reclusão. No caso de Ana, mesmo que solicitada por seus familiares, a internação não é um recurso utilizado com frequência pela equipe do CAPS II. Porém, o fato de estar no CAPS II desde a sua implantação, não possibilita a Ana uma adesão ao tratamento; ela transita por

diferentes espaços – o CAPS II, a família e a igreja. O discurso religioso tem uma importância significativa na vida de Ana; ela recorre a ele, também, como justificativa para interromper o tratamento e se ausentar das atividades do CAPS II.

As intervenções da equipe do CAPS II se harmonizam com os textos da Política, sobretudo, no momento em que o caso passa ser abordado dentro de uma visão de rede intersetorial. Quando os recursos utilizados pela equipe do CAPS II se esgotam, no sentido de incluir Ana no Serviço, a rede intersetorial é convocada para garantir o suporte que a usuária necessita. Esta rede interliga serviços, entidades e pessoas que serviram de aporte à inclusão de Ana, o que nos remete à proposição de Raffestin (1998, p. 12) - “os atores não se opõem; agem e, em consequência, procuram manter relações, assegurar funções, se influenciar, se controlar, se interditar, se permitir, se distanciar ou se aproximar e, assim, criar redes entre eles”.

Pedro

Pedro foi levado ao CAPS II em dezembro de 1995 por moradores de bairro de Coronel Fabriciano. Segundo relato dos moradores à Assistente Social, Pedro viveu durante muitos anos no bairro. Com a morte do padrasto, o “barraco” onde moravam foi vendido e ele se recusou a morar com irmãos em outro bairro, passando a viver na rua.

Residentes do bairro A. L., procuram o Serviço trazendo o caso de um andarilho que tem estado permanentemente nas redondezas do bairro. Sabem que se chama Pedro, que tem uma irmã, internada há dois anos em um hospital psiquiátrico, e que morava na entrada do bairro, na ‘horta do japonês’. Com a morte do padrasto, o barraco foi derrubado e Pedro colocado para fora. Dorme na rua e atualmente vai para estrada, se colocando na frente dos carros. O caso foi discutido com a Assistente Social e, a princípio, se fará uma reconstrução de sua história junto à Unidade de Saúde do bairro e moradores. (grifos nossos).

Tinha 32 anos de idade quando chegou ao CAPS II. Era egresso de hospital psiquiátrico, com relato de três internações psiquiátricas anteriores ao atendimento no serviço de saúde mental.

A primeira internação ocorreu entre os 18 e 19 anos de idade. Perdeu o pai aos 3 anos de idade e a mãe aos 18 anos de idade. A sua chegada ao CAPS II foi marcada por um encaminhamento à internação psiquiátrica.

Chega ao Serviço em estado de emergência. Estado de agitação, agressivo, trazido por policiais. Medicado com: 2 ampolas de Fenergan e 1 amp. Haldol Decanoato. Ficou em observação de 12:00 às 17:00hs. Às 16:15 já se encontra lúcido, informa alguns dados pessoais. Mora com 1 irmão no bairro S. P.. Foi encaminhado pelo psiquiatra a internação em BH. Justificativa para internação: paciente necessita de tomar soro, recompôr o organismo. (grifos nossos).

A justificativa para internação foi questionada por outros profissionais do CAPS II - ***“O paciente foi conduzido à cadeia pública pelo Atendente de Enfermagem, desconsiderando a conduta da equipe técnica do CASAM.”*** (grifos nossos). Em seguida, conforme relato da Psicóloga, Pedro foi internado em Belo Horizonte.

Três meses depois, retorna ao CAPS II, após internação psiquiátrica. Durante o atendimento com o Psicólogo, ele diz ser usuário de maconha- *“[...] Após definirmos dia e horário de nosso encontro, ele volta à sala para relatar-me que faz uso de maconha desde os 13 anos.”* O uso de droga é um complicador na relação de Pedro com a família, o que se confirma durante a visita domiciliar realizada pela Assistente Social:

Feito visita domiciliar. Irmão colocou que paciente está bebendo muito. Logo que retornou da internação começou a chegar em casa de madrugada apresentando-se agressivo. Há 2 semanas saiu carregando uma cama nas costas dizendo que iria morar na casa da irmã no Morro do Carmo. Não sabe dizer se foi para lá, não sabe se foi recolhido pela Polícia. Ouviu falar que está no A. L., C. ou A.. Cunhada interfere e diz que não aguenta mais ouvir falar mais de Pedro (acha que ele deve se arrumar um lugar para que fique, pois a família nem a comunidade sabem mais o que fazer). Colocada a necessidade de se discutir outras estratégias de acompanhamento do paciente e da participação da família ainda que esteja difícil. Irmão mostrou-se flexível e se dispôs a retornar no CASAM na 2ª feira com o paciente. (grifos nossos).

Pedro comparece ao CAPS II, juntamente com o irmão, mas conduzido por policiais. Estava na rua e se negava a ficar na casa do irmão.

O Psicólogo e a Assistente Social fizeram contato com uma pessoa da comunidade, que sempre demonstrou interesse em ajudar Pedro, para tentar inseri-lo no CAPS II.

*“[...] expusemos sobre a proposta de tratamento do caso, explanando, portanto, que não se fazia necessária a internação hospitalar em BH. Após tomar conhecimento da proposta e concordar, o Sr. JD se propôs a ajudar no caso, onde tentará **providenciar uma moradia para o paciente que repetidamente expressa o desejo de morar sozinho.** Também ficará responsável pelo recebimento do benefício do paciente a fim de evitar que gaste com bebida alcoólica.* (grifos nossos).

Pedro continuou na rua e sempre que ia ao CAPS II era na companhia de policiais. Novamente foi encaminhado para internação, sem o consenso da equipe.

[...] manifestamos contrários à internação, uma vez que o paciente não encontra-se agressivo (observações retiradas de contato mantido com o próprio paciente no terminal rodoviário). É importante ressaltar que já fora feito guia de internação para o paciente e que o mesmo permanecerá detido até a hora em que for mandado para BH. Esta decisão não tem o aval da equipe, mas é desejo do irmão do paciente (J.), que não demonstra interesse em acolhê-lo. (grifos nossos).

Após um mês de internação, Pedro retorna ao CAPS II, a equipe se mobiliza para encontrar um lugar para ele morar, uma vez que a família se recusa em recebê-lo. Após atendimento, o Psicólogo relata que *“[...] o paciente encontra-se bastante tranquilo e lúcido em suas declarações. Também retornou às atividades na Banda de Música, fato esse que parece lhe proporcionar prazer e satisfação.”* (grifos nossos).

No final do ano de 1997, passou a morar na casa da irmã, que procura o serviço de saúde mental com a queixa de que Pedro *“[...] está tirando suas roupas na rua, defecando em lugares públicos e mostrando seus órgãos genitais aos populares nas ruas. Solicitou ajuda de uma ambulância para trazê-lo ao CASAM”*.

Pedro se interna mais uma vez em Belo Horizonte: no retorno, se compromete a frequentar o CAPS II e seguir as orientações da equipe. Nos dois anos seguintes, foi ao CAPS II, esporadicamente, continuou na rua e sem suporte da família.

Em 1999, após um “surto”, o Psiquiatra o encaminha para internação; mas essa não foi necessária devido ao suporte do CAPS II juntamente com a irmã que o acolheu na casa dela. Durante quatro anos, o quadro de Pedro não teve grandes alterações. Foi ao CAPS II algumas vezes e não perdeu o contato com o Serviço. Continuou transitando entre a casa dos irmãos e a rua, e se envolveu com traficantes, segundo familiares.

Em novembro de 2003, se ausentou por um mês do CAPS II, e retornou nas condições relatadas pela Assistente Social:

Pedro comparece ao Serviço trazido pela Psicóloga que encontrou com o mesmo ocasionalmente pela rua. O paciente encontrava-se todo sujo, delirante, sem uso da medicação; este tomou banho, consultou e foi administrada a medicação injetável e oral, como descrito acima (pelo Psiquiatra). Pedro foi orientado a comparecer diariamente ao Serviço para uso correto da medicação. CD: Realizar contato novamente com a família do paciente a fim de estabelecer vínculo com a mesma e paciente, para melhor resultado no tratamento. (grifos nossos).

Pedro, a partir dessa época, esteve mais presente no CAPS II, participando das atividades nas oficinas terapêuticas e comparecendo, quase que regularmente para a medicação assistida e para consultas. Mas, o uso de drogas continua sendo um problema na condução do caso. A Terapeuta Ocupacional fez uma intervenção:

Vem logo cedo ao Serviço. Percebo-o tomado por alucinações visuais (baratas voadoras). C. relata estar usando mais ou menos 2 pedras de crack/dia, diz que os colegas lhe dão, em troca de favores (?). Paciente psicótico em uso de neurolépticos e drogas (crack e maconha). Acompanhar mais proximamente. Convocação de familiares. (grifos nossos).

Apesar das várias tentativas da equipe do CAPS II, Pedro continua nas ruas, frequenta a casa de uma irmã e o CAPS II esporadicamente e gasta boa parte de sua aposentadoria com a compra de drogas, principalmente *crack*.

*Pedro esteve ausente por alguns dias, há 4 dias não toma seus medicamentos. **Paciente tem passado as noites na rodoviária e aborda pessoas no sinal pedindo dinheiro. Relata que o dinheiro que a sobrinha lhe repassa não dá para comprar cigarros. Diz que tem dormido na rua por opção.*** (grifos nossos).

No que diz respeito à assistência prestada no CAPS II, no início, constata-se a discordância entre os profissionais na condução do caso, mais especificamente sobre a conduta de internação. A maioria dos profissionais apostava na estabilização do quadro no próprio serviço de saúde mental, confrontando com a conduta do Psiquiatra e do Auxiliar de Enfermagem.

Apesar das várias internações de Pedro em hospital psiquiátrico, houve momentos em que esse procedimento foi indicado, mas a equipe conseguiu manter Pedro em tratamento ambulatorial, descartando a possibilidade de internação. A internação, nesse caso, pode ser vista como uma forma de exclusão e afastamento dos problemas advindos pelo uso da droga.

O caso de Pedro é um desafio para a equipe do CAPS II. Além do sofrimento mental, ele é usuário de drogas e fez opção por viver na rua, longe do convívio familiar. O serviço substitutivo, que no caso é o CAPS II, cujas ações são norteadas pela Política Nacional de Saúde Mental, não se fez resolutivo a ponto de incluir Pedro, que elege a rua como espaço de circulação e de vida. A rua é o lugar da heterotopia, lugar de passagem, mas também de permanência, no caso de Pedro.

Teresa

Em dezembro de 1995, aos 22 anos de idade, Teresa foi levada pela mãe ao CAPS II, com quadro de agitação psicomotora. Na época, morava com a mãe, o padrasto e a filha de 1 ano de idade. A mãe também era portadora de transtorno mental grave; o padrasto estava acamado, com sequelas de AVC. Teresa teve a primeira crise por volta dos vinte anos de idade, após o nascimento da filha.

No relato da Psicóloga do CAPS II a relação da crise com o nascimento da filha é evidenciada, além do fato de Teresa fazer uso de bebida alcoólica.

A paciente é filha única, até então não tinha manifestado nenhum sintoma, vindo a ter a primeira crise recentemente; mãe observa que foi depois que a filha dela nasceu; a criança está hoje com 1 ano. Mãe relata que a filha faz uso de bebida alcoólica; fato que a filha nega.

Teresa é avaliada pelo Psiquiatra que prescreve antipsicóticos. Retorna para atendimento psicológico e demonstra interesse em dar continuidade ao tratamento– **“A paciente diz que quer voltar. Marco retorno para quarta feira – dia 17/01/1996. Obs.: mãe queixa dificuldade financeira, não tem dinheiro para vir. CD: Avaliação com o Serviço Social.”** Ao ser atendida pela Psicóloga, esta registra que - **“Paciente não apresenta demanda para tratamento. Paciente é alcoólatra, atualmente assintomática.”** Mesmo diante desta afirmação, Teresa retorna à consulta com a Psicóloga e há tentativa de implicação da usuária em suas queixas. (grifos nossos).

Paciente apresenta-se lúcida, orientada, falando do desejo de retornar ao trabalho. Tenho feito com a paciente intervenção no sentido que ela faça implicação nos sintomas que veio apresentando, para que possa surgir uma demanda para o tratamento psicológico. No dia 07/02/1996 irá tomar a última ampola de Haldol Decanoato que fora prescrita. Marco retorno para 27/02/1996.

Teresa não comparece no dia marcado, retorna ao CAPS II com **“Alucinação. Excitação psicomotora. Atendimento de emergência com Haldol Decanoato 2amps; Fenegan 2 amps.”**(grifos nossos); conforme relato do Psiquiatra. Em seguida, é encaminhada para hospital psiquiátrico, onde ficou internada por dois meses.

Após internação, Teresa comparece duas vezes ao CAPS II para avaliação social e consulta com Psiquiatra. Interrompe o tratamento por um ano, retorna com diagnóstico de

tuberculose e em surto psicótico. Atendida pelo Psiquiatra, no CAPS II, que aponta a necessidade de internação em hospital para tratamento de tuberculose com urgência.

Paciente em surto psicótico. Com quadro avançado de TBS, dispnéica, taquipnéica, caquética. Com guias de AIH para Hospital JK em BH, mas não consegue vaga. Cd: Para o Hospital S., com sugestão de prescrição psiquiátrica. Mandar para o JK amanhã, mesmo sem vaga, para ver o que acontece – Paciente em risco de vida. (grifos nossos).

Teresa consegue internação em Belo Horizonte, no hospital indicado. Retorna ao CAPS II com melhora no quadro geral. Novamente, o tratamento no CAPS II é interrompido, comparece nove meses depois alegando melhora e término do tratamento para tuberculose. A Assistente Social agenda consulta com médico de referência em tuberculose do município para avaliação. Dias depois, o Psiquiatra registra no prontuário que Teresa não faz uso da medicação e inicia um processo de desestabilização.

Em 2000 e 2001, Teresa vai ao CAPS II para consulta com Psiquiatra e fazer uso da medicação. Em 2002 é atendida pela Psicóloga, que faz o seguinte relato – *“Paciente retorna ao Serviço. Veio acompanhada da vizinha, trazendo também a mãe. Mãe está em crise. Ela me diz estar com muito medo da mãe, chora. Não está dormindo bem, brigando muito com a sua mãe. Retornar ao Serviço.”* (grifos nossos). A partir deste momento, uma vizinha, que cuida da filha de Teresa, assume, parcialmente, a responsabilidade de acompanhá-la no tratamento.

Em 2004, ela e mãe estiveram internadas no mesmo hospital psiquiátrico. Com o falecimento da mãe em 2010, Teresa passou a contar com os cuidados da vizinha e, mais tarde, da filha, que recebia uma quantia para cuidar da mãe.

Após várias crises de agitação, seguidas por “mutismo e desorganização do comportamento”, Teresa foi internada em um hospital geral em município próximo à sua residência. Durante esse período, a equipe do CAPS II tentou inserir Teresa nas atividades do serviço, porém, sem muito sucesso. A alegação da vizinha era de que não tinha como levá-la ao CAPS II com frequência – *“Entrei em contato com a vizinha para trazê-la à consulta com psiquiatra, agendada para 27/01/12 às 08hs. A mesma relata que talvez não irá trazê-la. Relata: Ela não é minha parente e eu estou doente.”* (grifos nossos).

Apresenta, atualmente, quadro estabilizado, com poucas intercorrências, frequente ao CAPS II para consulta psiquiátrica e administração de medicação. A história de Teresa, desde muito cedo, foi marcada por situações de abandono; a ausência do pai que não foi preenchida

pelo padrasto; a falta de recursos afetivos e sociais, principalmente para cuidar da filha, uma vez que, assim como a mãe, também apresentava um diagnóstico de sofrimento mental grave. A filha de Teresa foi criada por uma vizinha desde o seu nascimento.

Estas situações refletiram sobremaneira no tratamento e na vida de Teresa, que, apesar das suas idas e vindas ao CAPS II, o abandono do tratamento sempre esteve presente na sua trajetória nesse Serviço. Tentativas de inserção foram realizadas por parte da equipe; talvez tenham sido importantes para a estabilização do quadro e para fazer um vínculo com o CAPS II, mesmo que seja para ir às consultas e acompanhamento da medicação. O vínculo que Teresa tem com o CAPS II passa, quase que exclusivamente, pela medicação, ficando um vazio que o Psiquiatra, sozinho, não consegue preencher.

No contexto da Política, espera-se que este vínculo seja feito com o Serviço e com as possibilidades de inserção e de tratamento que ele oferece. Nesse sentido, o CAPS II é o lugar da heterotopia, porque ele não atende a seu principal propósito, que é a atenção integral da saúde de seus usuários. Mesmo que seja um espaço onde Teresa recorre nos momentos de crise, ele não é uma referência permanente para a usuária, nem um lugar de inserção. No Capítulo 1 do Relatório da II Conferência Nacional de Saúde, consta que a

A atenção integral em saúde mental deverá propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação) (BRASIL, 1992, p. 7).

Durante os treze anos em que Teresa frequenta o CAPS II, há um movimento da equipe em garantir o seu cuidado, mas, pela própria condição de exclusão da usuária, não é possível promovê-lo, nem tão pouco a sua inserção permanente no Serviço.

No caso de Teresa, podemos pensar que a falta de uma referência paterna e materna possa ter tido efeitos na forma de estabelecer vínculos sócio afetivos, colocando-a, muitas vezes, no lugar da exclusão. Em relação ao CAPS II, mesmo diante da disponibilidade da equipe em oferecer cuidados à Teresa, há uma recusa em aceitá-los, sua função se restringe apenas à garantia da medicação e no momento em que ela ou a cuidadora demanda. Como no caso de Ana, relato acima, a intervenção por meio da rede intersetorial poderia ser uma saída para a inclusão de Teresa, mas que não foi, ainda, apontada pela equipe do CAPS II.

André

André começou a frequentar o CAPS II em março de 1996, foi levado por uma irmã que, dos três irmãos, apenas ela assumia a responsabilidade pelo acompanhamento dele. Foi acolhido pela Assistente Social que faz a seguinte anotação no prontuário:

Paciente veio ao CASAM bem excitado, acompanhado de uma irmã e de vizinha (única pessoa que ele respeita). A irmã conta que ele começou com os problemas após a morte de seu melhor amigo. Ele fica agressivo e procura agredir os irmãos. Já foi internado mais ou menos 5 vezes. Quando volta costuma ficar bem 5 a 6 meses, depois piora, volta a surtar. A irmã diz que não era violento, depois de umas duas crises ele começou a ficar assim. O paciente tomou uma injeção – 1 Haldol e 2Fenergan – e levou comprimidos de Amplicitil e Akineton para tentar o tratamento; já que o paciente não quer tomar os remédios. (grifos nossos).

No mesmo ano, André foi internado em Belo Horizonte, sem que a equipe do CAPS II tivesse conhecimento. Após dois meses de ausência no Serviço a Assistente Social realiza uma visita na casa onde André reside juntamente com a mãe, foi assim que a equipe tomou conhecimento da internação de André - ***“Foi feita visita domiciliar. Sua tia informou-nos que André está internado em BH; foi internado após um surto, no qual agredia todas as pessoas, inclusive familiares. Segundo ela, dia 02/10/96 fará 2 meses que o paciente foi internado.”*** (grifos nossos).

Oito meses depois, a mãe solicita internação para o filho:

Compareceu ao Serviço Dona T. (mãe de André) solicitando internação para o mesmo. A mãe disse que o filho não está agressivo, mas está com o hábito de tirar toda a roupa e correr atrás dos vizinhos e parentes, e está ameaçado de morte. Agendei consulta para ouvir parecer médico para dia 13/05/98 às 12hs. Esclareci também sobre a Lei Antimanicomial. (grifos nossos).

Em setembro, a mãe participou de uma reunião de familiares no CAPS II, por solicitação da Terapeuta Ocupacional - ***“Mãe compareceu para reunião com familiares de pacientes egressos. Paciente é convidado a participar das oficinas terapêuticas.”***(grifos nossos).

Em 2001, André comemora o seu aniversário e um ano sem internação psiquiátrica.

Paciente apresentando bom nível de socialização. Comparece sistematicamente nas oficinas, é solidário com os colegas, está “tentando” fazer dieta, iniciou caminhada. Quer comemorar seu aniversário aqui (29/04/01). Estabilizado, bem aderido ao

Serviço, entendeu a importância da manutenção do seu tratamento e comemora 1 ano sem internação psiquiátrica.(grifos nossos).

Em meados de 2003, André apresentou alterações psíquicas importantes. Durante o acolhimento, a Terapeuta Ocupacional registra algumas dessas alterações e intervém no caso:

*Francamente delirante e erotizado. Diz que vai se casar, está buscando o Senhor. Percebo uma evolução delirante, está tentando arrumar estratégias. Em seus últimos surtos a pobreza verbal era marcante. Tem dirigido suas perguntas ao instrutor das oficinas. Está trabalhando muito (psiquicamente) e está emagrecendo (maníaco). A mulher, o casamento... Faz transferência erotomaníaca. **Sugiro acompanhamento individual neste momento pelo psicólogo, que poderá colher elementos deste delírio de forma que possamos resguardar mais sua integridade. Está sendo medicado no Serviço.*** (grifos nossos).

André continua frequentando o CAPS II, mesmo com agravamento do quadro, o que leva o Psiquiatra a encaminhá-lo para internação. Esteve internado por dois meses; nesse período, a equipe do CAPS II fez contatos com profissionais do hospital psiquiátrico e com a família, com o intuito de acompanhar a evolução de André. A internação durou dois meses, porém sem alteração. Mesmo assim, a equipe, juntamente com a família, conseguiu mantê-lo em tratamento ambulatorial.

No final do ano seguinte, após um período de estabilização, a irmã faz contato telefônico com a Auxiliar de Enfermagem, que registra a conversa:

*Irmã ligou pela manhã, disse que André está mal, só fica pelas ruas, não come, não dorme, está agressivo, principalmente com a mãe. **Esteve quinta feira (28/11) no Hospital, tomou injetável, foi para casa, mas, segundo a mesma, foi como se tomasse água. No sábado (30/10) voltou ao Hospital, passou a noite contido e tomando injetável. Não houve melhora. Orientei-a procurar a Terapeuta Ocupacional amanhã e deixei agendado com o Psiquiatra para amanhã. Terça (26/10) quando esteve na reunião de manhã esteve conversando comigo, ainda com ideias coerentes, mas um pouco cismado, de acordo com sua irmã apresentou todos os sintomas da última crise (veneno na comida, Deus me cura, não preciso de medicamentos). Ela pede guia para internação.*** (grifos nossos).

No mesmo dia, a irmã vai ao CAPS II onde é acolhida pela Terapeuta Ocupacional, que faz uma avaliação da situação e sugere encaminhamento de André para o pronto socorro de um hospital geral da região, considerando os riscos que o usuário oferece para ele e para terceiros, sobretudo, para a mãe, idosa e doente. No pronto socorro, André se agita, quebra objetos e foge.

Já no CAPS II, o Psiquiatra o encaminha, “*em comum acordo com a família*”, para o hospital psiquiátrico. Ele retorna para o pronto socorro, levado por Bombeiros, e, de lá, vai para o hospital psiquiátrico em Belo Horizonte. Recebe alta após um mês de internação, ainda com alterações de comportamento. Houve mudança no esquema medicamentoso e, com isso, necessidade de traçar estratégias para administração dos medicamentos. A Terapeuta Ocupacional faz intervenções para tentar resolver a questão.

*Consenso com seus familiares que após trazerem medicação aqui iremos organizar toda ela para facilitar em casa. **Paciente deverá ser medicado aqui durante o dia, à noite providenciaremos referência em casa. Virá amanhã para a festa de natal e 5ª feira à tarde para a oficina.*** (grifos nossos).

Durante quinze dias, os técnicos do CAPS II fizeram intervenções para minimizar o quadro de alucinação e agitação, mas sem sucesso. André é novamente internado, permanecendo cerca de um mês no hospital psiquiátrico.

Ao retornar, a equipe do serviço de saúde mental decide buscar o apoio da equipe da Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência de André para suporte na administração da medicação, os técnicos que o acompanham acreditam que o uso inadequado dos medicamentos dificulta a sua estabilização. A iniciativa foi registrada pela Terapeuta Ocupacional - “***Optamos por solicitar à Unidade do JK a administração medicamentosa de André. 5ª feira à tarde André deverá procurar a enfermeira responsável pela Unidade que organizará a forma desta administração.***” (grifos nossos).

Durante uma consulta com o Psiquiatra, André relata uma discussão com o cunhado, se queixa de estarem, ele e a mãe, “*passando por necessidades*”, e que os irmãos querem vender a casa da família. A Assistente Social realiza visita domiciliar para verificar se as queixas de André se justificam.

*Realizada visita domiciliar a residência do paciente para aproximação com a realidade social e familiar. **Paciente reside com a mãe**, que apresenta alguns problemas de saúde, inclusive de locomoção, sendo ajudada nas tarefas domésticas pela filha. Entretanto, a irmã, pelo acúmulo de atividades (trabalho, filhos) e pela distância, não tem conseguido acompanhar a mãe e o irmão em suas necessidades cotidianas, tendo também dificuldades com o irmão no que se refere à administração de seu benefício, pois algumas vezes se mostrar resistente a interferência da irmã, e pelo uso inadequado do dinheiro **a família tem passado dificuldade para manter as necessidades da casa.*** (grifos nossos).

André frequenta, semanalmente, o CAPS II, mas algo da relação familiar tem reflexo no seu comportamento, o que foi percebido pela Terapeuta Ocupacional.

Choroso, sentindo-se excluído. Fomos ao shopping nesta semana, observo que André tem estreitado interesse com a arte em geral. Sugiro que iniciemos trabalhos de pintura expressiva com o mesmo. Organizou-se melhor com as atividades no período da tarde, Liberado medicação para o feriado. (grifos nossos).

Apesar do sentimento de exclusão por parte do usuário, houve a iniciativa da referida profissional em incluí-lo nas atividades do CAPS II que, no caso, foi a oficina terapêutica, considerando o seu interesse pela arte, de acordo com o relato da Terapeuta Ocupacional. Continuou participativo nas oficinas e inserido no Serviço, mas a relação familiar se agrava.

A irmã relata que a mãe está muito demenciada (Alzheimer?). NÃO HÁ CONDIÇÕES DELA VIVER SOZINHA COM ANDRÉ. A mãe não faz (não consegue) mais qualquer cuidado com a casa, André também não tem. É necessário que façamos uma intervenção com a família. André e sua mãe não podem morar sozinhos, no morro e sem um parente próximo, mais lúcido para administrar os problemas da casa. Não apresentam condições de cuidar de suas subsistências. Consensamos providências. Reuniremos com a família e André na próxima semana. (Destaque do texto original).

Em meados de 2006, André passou a morar sozinho próximo à casa da tia, com quem a mãe reside, mas a venda da casa da família incomoda-o. A Terapeuta Ocupacional o atende e faz uma leitura da sua evolução:

*Solicita atendimento. André tem buscado falar de seus impasses e dos seus sentimentos. Isto é indicativo de evolução, visto que no passado nada intermediava o encontro com o real, respondia apenas com crise e agitação. **Questões giram em torno dos cuidados para com a mãe, venda de imóveis da família;** meu pai não queria que vendesse a casa. Discutimos que agora é outro momento, que a mãe precisa de cuidados de uma mulher e que ele poderá apoiar nestes cuidados. Aponto que o desejo do pai está sendo ainda respeitado, e que a necessidade da venda não fere o desejo do mesmo, mas que não há, no momento, outra alternativa. **Ficará 4ª, 5ª e 6ª em permanência dia.** (grifos nossos).*

André se estabiliza por mais esse período, porém em setembro de 2007, desorganiza-se, apresenta crises de agitação e agressividade. Mais uma vez, é internado por dois meses. Mesmo com alterações no quadro psíquico, André continuou frequente no CAPS II nos meses seguintes; viajou para casa de parentes em outra cidade, mas sem perdera referência com o serviço de saúde mental.

A Assistente Social registra uma fala de André no prontuário que demonstra a satisfação dele em relação à sua casa - *“André permaneceu no Serviço durante toda a tarde e participou das atividades da oficina. André relata que a casa do JK agora é sua, os irmãos lhe deram a casa e deseja mudar para lá.”* (grifos nossos). No dia seguinte, a mesma profissional visita a residência de André, porém ele não estava em casa. Ela conversou com uma vizinha que diz gostar muito dele, ela e todos os vizinhos próximos, mas estão *“preocupados como estado de saúde dele”*; ele está muito inquieto andando a noite toda, vai à casa dos vizinhos, não os deixando dormir.

André continua agitado, o Psiquiatra do CAPS II mudou o esquema medicamentoso, os técnicos organizaram horário, forma e administração dos medicamentos, mas não houve mudanças significativas no estado do usuário, sendo necessário, conforme equipe do CAPS II, nova internação. Ao chegar do hospital psiquiátrico, onde ficou durante um mês, esteve no CAPS II, juntamente com a irmã. A Auxiliar de Enfermagem os acolhe, faz orientações acerca da medicação e agenda atendimento com a Terapeuta Ocupacional.

André continuou agitado e andando muito durante a noite pela rua. Volta para a antiga casa onde irá morar com a irmã, o cunhado e sobrinhos. A equipe faz intervenções junto à família para tentarem estabilizá-lo, mas não houve melhora. No intervalo de um mês, André volta para o hospital psiquiátrico, retorna ao CAPS II onde apresenta o relatório de alta; novo medicamento é introduzido no tratamento.

Um fato interessante e pouco comum, registrado pela Auxiliar de Enfermagem, acontece logo em seguida à alta de André - *“Dr. R. (Psiquiatra do Raul Soares) ligou para saber como paciente está, queria falar com o mesmo, disse que ligará depois, pois André não está no momento.”* A atenção dispensada pelo Psiquiatra a André pode ser entendida como “responsabilização e vínculo”, que são princípios defendidos pela Política como forma de humanizar as práticas em saúde e garantir os direitos de cidadania. Consta no Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental que *“algumas deliberações propõem promover campanhas governamentais de sensibilização popular que tratem das temáticas do sofrimento mental e humanização, com objetivo de resgatar a cidadania e promover a inclusão social.”* (BRASIL, 2010, p. 38).

Com o passar do tempo, André apresenta melhora; está mais organizado psicologicamente e bem inserido nas oficinas do CAPS II. Quando participava de uma delas, se reportou à Terapeuta Ocupacional e disse:

Ontem e hoje vi a minha mãe. Almocei lá. Mais tranquilo hoje, semblante fechado. Convido-o a uma atividade de pintura individual, tento pedir-lhe mais cuidado com a técnica de forma a conseguir elaborar mais suas pinturas. Me diz: adoro fazer isto. Silencioso ao trabalhar, repete os traços, envolve-se.

Ainda que André não tenha domínio sobre a técnica, o que também não é o objetivo de uma oficina no serviço de saúde mental, a pintura, de certa forma, lhe permite externar e elaborar seus conflitos psíquicos, o que nos lembra Fernando Diniz, já mencionado neste trabalho.

Como o quadro de André é instável, oito meses depois ele foi internado novamente. Há uma preocupação do Psiquiatra que o acompanha no hospital psiquiátrico, como se verifica no relato que se segue:

Médico que está acompanhando André no Raul Soares telefonou para o Serviço querendo saber informações sobre o caso. Disse que André apresenta-se tranquilo. Conversou com o médico que já havia atendido ele em outra internação. O médico pediu que a família entre em contato com ele. (grifos nossos).

Mais uma vez, houve mudança na medicação. Novos medicamentos foram introduzidos e outros retirados, conforme registro da Auxiliar de Enfermagem que recebe André e a irmã após alta da internação.

Nos meses que se seguiram, André apresentava-se ora tranquilo, ora mais agitado, mas frequente no CAPS II; a família procurou o Serviço algumas vezes com a queixa de que André estava fazendo uso inadequado da medicação. Houve uma piora no quadro e André passa mais um mês internado em Belo Horizonte. Dessa vez, a médica que o acompanha relata que André não responde bem à medicação e, caso seja necessário, irão utilizar eletrochoque.

Esse não é um procedimento preconizado no tratamento de pessoas com sofrimento mental grave; tanto as discussões em torno da Reforma Psiquiátrica quanto da Política Nacional de Saúde Mental versam sobre a utilização de métodos menos invasivos e mais humanizado. A Lei 10.216/2001, no Parágrafo Único do Artigo 2º, afirma que, dentre outros, são direitos da pessoa com sofrimento mental grave: “VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.” (BRASIL, 2004b, p. 17).

Esta foi a última internação de André, registrada no prontuário. O seu vínculo com CAPS II permanece, a família tem se esforçado para dar o suporte que ele necessita, apesar da relação difícil com o cunhado. André voltou a morar com a mãe, os dois residem em um quarto com banheiro contíguo à casa da família que foi ocupada pela irmã e a família dela.

Dos cinco casos, o de André chama atenção pelo fato da internação ser um dispositivo utilizado com frequência em seu tratamento. Vale ressaltar que a presença constante da equipe do CAPS II, o apoio da família, a inserção na comunidade não foram suficientes para mantê-lo estabilizado.

As constantes internações acabaram por criar vínculos entre André e profissionais do hospital psiquiátrico. O hospital, que é um espaço de segregação, onde a impessoalidade é um traço deste tipo de serviço, dado a rotatividade e a curta permanência dos que nele se internam, torna-se, para André, um lugar de acolhimento com responsabilização e vínculo em alguns momentos de sua passagem por ele.

Há uma preocupação dos técnicos em relação ao tratamento de André no hospital psiquiátrico e na continuidade do mesmo no CAPS II, demonstrada nos contatos realizados por telefone, nas mudanças de conduta na tentativa de estabilizar o quadro de agitação apresentado pelo usuário nas suas várias passagens pelo hospital. O hospital é, portanto, uma heterotopia, só que, nesse caso, contrapondo toda a concepção que temos, *a priori*, de uma instituição desse tipo. Essa questão indica que as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental surtiram efeitos no contexto institucional e na forma de tratar o louco.

Quando nos referimos a um hospital psiquiátrico, logo de início, surge a ideia, já estereotipada, de que esse é um tipo de instituição que visa apenas à reclusão de seus pacientes e que utiliza métodos de tratamento invasivos, sem preocupação com a humanização da atenção. Mas, no caso de André, o que foi relatado pela equipe do CAPS II se difere muito da ideia que fazemos do hospital psiquiátrico. Há uma preocupação da equipe no sentido de buscar uma estabilização do quadro apresentado pelo usuário. Essa preocupação é demonstrada na discussão que se faz entre as duas equipes sobre o caso de André, a do hospital e a do CAPS II.

No caso de André, também nos chama a atenção o vínculo que ele mantém com o CAPS II. Poucas são as vezes que ele se ausenta do Serviço, mas há sempre o retorno; algumas vezes, por vontade própria. Trata-se de um caso grave, considerando as várias internações psiquiátricas e a dificuldade de estabilização, mesmo estando internado. O papel desempenhado pela família, apesar das dificuldades apresentadas pela irmã, principalmente, é um valioso instrumento que promove a inserção de André no CAPS II e a continuidade de seu tratamento, apesar de algumas interrupções provocadas por ele mesmo. André se interessa e participa das atividades desenvolvidas no CAPS II, tendo como sua maior referência no Serviço, a Terapeuta Ocupacional. Sabemos que a tão almejada reinserção psicossocial dos usuários da saúde mental é algo difícil de se conseguir na sua integralidade, mas, se tratando

do caso de André, verificamos que, de todos os outros usuários, ele é quem consegue fazer laços com a equipe do CAPS II e com a família, mesmo com algumas dificuldades.

As narrativas de um recorte da vida dos cinco usuários – Lúcio, Ana, Pedro, Teresa e André -, demarcam os espaços de exclusão e de inclusão que eles ocupam. A rua, o bar, a cadeia, a rodoviária, a igreja, a família, o hospital psiquiátrico e o CAPS II são lugares por onde circulam e onde são incluídos e/ou excluídos. De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, a inclusão passa pela inserção na família e no CAPS, principalmente; e a internação, por sua vez, é uma forma de exclusão combatida por essa Política. Estar fora do hospital psiquiátrico e inserido no CAPS II não é indicativo de inclusão de um usuário; ele pode estar incluído no discurso da desospitalização, como defende a Política, mas o CAPS II, apesar de ser um dispositivo de tratamento diferenciado, muitas vezes, não consegue a adesão do usuário e/ou da família ao tratamento que se propõe. Os laços que unem usuário e família, como já apontamos, são muito frágeis; eles vivenciam situações de vulnerabilidade que extrapolam o campo da saúde – moradia precária, baixa renda familiar, desemprego, dentre outras.

Essa condição nos permite identificar “múltiplos territórios” ou “multiterritorialidades” como nos indica Haesbaert (2004). Para o autor:

[...] a existência do que estamos denominando multiterritorialidade, pelo menos no sentido de experimentar vários territórios ao mesmo tempo e de, a partir daí, formular uma territorialização efetivamente múltipla, não é exatamente uma novidade, pelo simples fato de que, se o processo de territorialização parte do nível individual ou de pequenos grupos, toda relação social implica uma interação territorial, um entrecruzamento de diferentes territórios (HAESBAERT, 2010, p. 344).

A noção de multiterritorialidade indica que a inclusão dos sujeitos em um serviço aberto pressupõe o aporte de uma rede que, como propõe a Política, de uma Rede de Atenção Psicossocial, com serviços de saúde complementares à estrutura do CAPS II. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico é, também, um serviço que compõe essa Rede, incluindo o usuário da saúde mental no momento em que o quadro demandar a internação. Para vislumbrar a inclusão, a Rede de Atenção Psicossocial precisa estar conectada a outras redes que se articulam de forma intersetorial.

4.3 DEMARCANDO PROCESSOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Os processos de exclusão e de inclusão são práticas sociais marcadas por discursos que circulam em diferentes campos, onde se configuram tais processos. Esses discursos se constituem em enunciados que, lembrando Foucault e que foi exposto no Capítulo 01, atravessam a linguagem, colocando-se em uma espécie de diagonal. Como nos diz Deleuze (2005)

Foucault nos mostra com rigor que as contradições entre enunciados só existem por uma distância positiva mensurável no espaço de raridade, e, que as comparações entre enunciados se referem a uma diagonal móvel que permite, nesses espaços, confrontar directamente um mesmo conjunto a níveis diferentes, mas também escolher directamente a um mesmo nível determinados conjuntos, sem levar em conta outros que, porém, fazem parte dele (e que pressuporiam outra diagonal) (DELEUZE, 2005, p. 13-14).

No processo de leitura e análise dos prontuários, buscamos identificar o que nos parecia recorrente na linguagem – frases, palavras, expressões – como nos apresenta Foucault em suas teorizações sobre discurso (FOUCAULT, 1996; 2005). Retomando Deleuze, esta não é uma leitura fácil, porque é necessário um exercício que consiga captar, nos ditos que compõem a linguagem, o enunciado que os conforma, formam conjuntos, indicam um modo de pensar e fazer, que ecoam nas práticas sociais e as constituem.

Buscamos capturar, desse modo os enunciados que atravessavam os textos dos prontuários. Identificamos, nesse exercício, três enunciados, descritos a seguir, que nos permitiram demarcar processos de exclusão e de inclusão na Política Nacional de Saúde Mental, bem como nas relações que esses usuários estabelecem com o contexto social: o enunciado da medicalização (“*Louco precisa de remédio*”); o enunciado da hospitalização (“*Lugar de louco é no hospício*”); e o enunciado da perda de autonomia (“*Louco não é dono da sua própria vida*”).

4.3.1 *Louco precisa de remédio*

Esse enunciado é recorrente nos prontuários dos cinco usuários do CAPS II, e apesar de pertencer ao campo discursivo da medicina, iremos verificar que ele se associa a outros campos discursivos. Ele circula nas falas de profissionais de áreas diferentes da medicina, de familiares e, algumas vezes, até mesmo, na fala dos usuários.

A medicalização é um fenômeno por meio do qual a vida cotidiana é apropriada, discursivamente, pela medicina e interfere na construção de conceitos, costumes, comportamentos sociais, na determinação de lugares para se viver e no controle ou descontrole dos sujeitos sobre a sua própria vida.

Os medicamentos são instrumentos terapêuticos e, ao mesmo tempo, bens de consumo. O seu uso como instrumento terapêutico deveria decorrer do reconhecimento da existência de uma situação clínica farmacologicamente tratável ou passível de prevenção, porém a sua utilização não tem sido solicitada, principalmente na sociedade contemporânea, para essa finalidade. Os medicamentos têm sido utilizados como moderadores químicos para as situações inerentes à vida, como o luto, o estresse, o medo, a solidão, a tristeza ou os sentimentos de inferioridade, e, também, para controlar o comportamento de determinados pacientes.

Sendo assim, eles deixam de ter o caráter exclusivamente terapêutico e adquirem o valor de bem de consumo, sendo utilizados para evitar o sofrimento e para a obtenção do prazer a todo custo, além da normalização de comportamentos.

Roudinesco (2000, p. 24) utiliza a expressão “ideologia medicamentosa” para dizer que, de uma forma pragmática e materialista, os medicamentos, particularmente os psicotrópicos, normalizam comportamentos e eliminam sintomas dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar significação e, com isso, cimentam a potencialidade contestatória de certas manifestações psíquicas contra a ordem socialmente estabelecida, “[encerrando] o sujeito numa nova alienação ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana.” (ROUDINESCO, 2000, p. 22).

Para o louco, a relação com os medicamentos não é diferente. A medicação é um dispositivo que, muitas vezes, ocupa o lugar central no tratamento dos usuários. O CAPS oferece, além da medicação, outros dispositivos de tratamento - como atividades em oficinas terapêuticas, atendimento psicológico, apoio familiar, acolhimento em situação de crise e permanência dia.

Na leitura dos cinco prontuários, é comum encontrar as expressões: “*Compareceu ao serviço para medicação*”, “*Administrado medicação injetável*”, “*Feito X ampolas de piportil (ou haldol)*.” Essas expressões foram encontradas 755 vezes nos prontuários; o que demonstra a força desse discurso. Lembrando Foucault, o enunciado é recorrente e tem a capacidade de se repetir (FOUCAULT, 2005).

A medicação, portanto, inclui o usuário em um discurso, sobretudo da medicina, mas, também, o exclui de outros. Nas falas dos profissionais do CAPS II e de familiares de

usuários, pode-se verificar a importância atribuída ao remédio – *“Irmã diz ter observado importante melhora com uso da medicação atípica. Relata que Lúcio está mais tranquilo e aceita melhor as intervenções”*. E, ainda, *“A irmã ligou dizendo que acha que André não está tomando medicação. Nota algumas atitudes estranhas.”* Essa importância também ecoa no discurso dos profissionais do CAPS II – *“Nesta data foi feita visita domiciliar, para reinserção e terapia medicamentosa”*; - *“Combino com o enfermeiro o controle medicamentoso aqui no Serviço: faremos (eu e ele) este controle”*; - *“Melhora excepcional com o Zyprexa.”* Essas falas da Assistente Social e da Terapeuta Ocupacional, respectivamente, são comuns nos relatos dos prontuários. O medicamento assume uma relevância no tratamento dos usuários, às vezes, como única possibilidade de estabilização de uma crise, na tentativa de inserir a pessoa com sofrimento mental no discurso da normalização.

Foram encontradas enunciações que colocam o usuário fora do projeto terapêutico que se delineia para um usuário do CAPS II, pelo fato de ele se recusar a fazer uso da medicação – *“Não vou mais tomar remédio”*; - *“Paciente com humor exaltado. Fala que sua tia está lhe perseguindo, quer pegar seu dinheiro. Não tem feito uso da medicação oral”*; - *“Recusa medicação oral, não apresentou melhora do quadro”*; - *“Paciente perdeu medicação via oral. Tô mexendo com o conserto do mundo... ta quase acabando... vou colar a terra no lugar certo...”*; - *“Deus me cura, não preciso de medicamentos.”*

Durante muito tempo, o tratamento oferecido às pessoas com sofrimento mental se restringiu à internação, à utilização de técnicas invasivas, como a lobotomia e o eletrochoque, e a prescrição indiscriminada de psicotrópicos. A legislação que versa sobre a saúde mental impõe outras formas de tratamento, como já apontado anteriormente.

O arcabouço jurídico estabelece a substituição de serviços fechados e segregadores pelos serviços abertos, de natureza ambulatorial, cujo ambiente terapêutico deve se valer de *“meios menos invasivos possíveis.”* (BRASIL, 2004b. p. 17). Nesse sentido, a utilização de medicamentos pode ser interpretada como um meio invasivo, quando não se permite a manifestação de um sujeito, ainda que pela via do sofrimento psíquico.

Sendo utilizados como instrumento terapêutico ou bem de consumo, os medicamentos aglutinam, explicitamente ou simbolicamente, relações de poder que podem ser analisadas nos

discursos que circulam no cotidiano do CAPS II. Nesse sentido, os medicamentos são dispositivos¹⁹ de poder que atuam sobre o louco, assujeitando-os ao discurso da normalização.

O ato de medicar é um procedimento restrito *ao campo da medicina*, que estabelece com ele uma relação de poder e de assujeitamento das pessoas, sobretudo, no campo da saúde mental. A psiquiatria como disciplina teórica e técnica terapêutica, como saber médico sobre a loucura – que passa a ser considerada como doença mental - e como uma prática com a finalidade de curá-la por meio de um tratamento físico-moral, só se constitui no final do século XVIII. Só é possível compreender o nascimento da psiquiatria a partir da medicina, no momento em que esta incorpora a doença mental como novo objeto de investigação, ela se impõe como instância de controle social dos indivíduos.

A medicalização é uma das estratégias de controle social que teve como objetivo patologizar o comportamento do louco, considerado anormal e, portanto, medicalizável. Ainda no final do século XVIII, os loucos se disseminavam indiferentemente entre os hospitais gerais, nas casas de detenção, nas casas de caridade, nos depósitos de mendigos e nas prisões familiares. A loucura se configura claramente como estigma, isto é, como sinal distintivo e significativo de uma categoria que se incluía entre as "classes perigosas". Ao se apropriar da doença mental como objeto de investigação, o médico se tornou uma autoridade moral, cuja função era avaliar e classificar, com o intuito de objetivar a loucura e decidir quem deveria ser asilado.

Mas, seu poder não é justificado por um conhecimento legítimo da loucura, é, antes, um poder moral. Sua terapêutica consiste em constituir os loucos em tipos morais e exigir obediência e hierarquia nas relações, ou submetê-los a testes de realidade. A primeira vez que o internamento apareceu como dispositivo de cura da loucura foi no século XIX. Antes a internação tinha o objetivo de isolar quem perturbava a ordem social e familiar.

A psiquiatria, segundo Foucault (2010), não nasce como consequência de um novo progresso no conhecimento da loucura, mas dos dispositivos disciplinares nos quais se organiza então o regime imposto a ela. O internamento passa a ser questão regulada por leis, visando à segurança da família, que delega os cuidados do indivíduo desviante ao saber-poder psiquiátrico.

Foucault prossegue em seus questionamentos, embasado em suas pesquisas dos arquivos médicos do século XIX. De acordo com o autor, a psiquiatria transformou-se em

¹⁹ Em Foucault, o termo “dispositivos” refere-se, segundo Judith Revel (2005, p. 39), a operadores materiais do poder, ou seja, técnicas, estratégias e formas de assujeitamento utilizadas pelo poder. Pode designar discursos, práticas, instituições ou mesmo campos de saber.

detentora do saber sobre a loucura a partir de três técnicas: a do interrogatório que buscava na confissão dos pacientes, os antecedentes e os traços de anomalia na infância; a utilização de drogas (haxixe, ópio, láudano, dentre outras), como instrumento disciplinar para acalmá-los, induzir ao delírio e subjugar-los à vontade médica; e, por último, a hipnose empregada como método para revelar situações traumáticas causadoras da anormalidade.

Enfim, a psiquiatria nascente, na tentativa de medicalizar a doença mental, de se apropriar da loucura dentro de um paradigma científico, não deixa claro se a sua ação sobre a doença mental se legitima pelas normas científicas ou pela legislação que lhe confere autoridade legal sobre a doença mental e, particularmente, sobre os doentes mentais.

Tal como o saber jurídico, o saber sobre a doença mental produz, então, sua verdade em virtude do que explicita a lei e não a partir das evidências empíricas dos fatos ou de teorias aceitas. Essa aproximação entre os dois saberes teórico-práticos e altamente institucionalizados, um sobre a ordem legal e outro sobre a desordem mental, é praticamente constitutivo da ciência da doença mental.

A atualidade trouxe consideráveis mudanças nas diferentes práticas discursivas que coexistem na saúde mental; porém alguns discursos se mantêm revestidos de poder, como é o caso do discurso médico e o da ciência.

Nos excertos discursivos a seguir, extraídos do prontuário de André, constamos o poder que a psiquiatria exerce sobre o paciente, sendo o medicamento o instrumento que legitima tal poder - *“Paciente esteve no Serviço; está preocupado porque sua medicação está acabando. [...] Preocupado em ficar impregnado. Pede consulta com o Psiquiatra”*; - *“[...] eu preciso consultar e pegar os remédios, eu não posso ficar sem eles [...]”*.

Essa relação de poder também pode ser vista na fala de profissionais do CAPS II – *“Insiste em levar um encaminhamento ao psiquiatra [...] para ele ver os remédios que ele tomava em Belo Horizonte. Penso ser prudente deixá-la fazer este encaminhamento, este endereçamento ao psiquiatra”*; e, também, - *“Paciente não estava em casa, converso com a irmã, diz que quer que Ana pare de tomar injetável, pois tem passado mal (convulsões). Solicito que procure o médico e solicite uma reavaliação”*.

“Logo cedo André estava no Serviço. Abordável, tomou os medicamentos”. - *“Lúcio relata estar bem e não faz queixas. Irmã diz ter observado importante melhora com uso da medicação atípica. Relata que Lúcio está mais tranquilo e aceita melhor as intervenções”*.

As falas dos profissionais do CAPS II, descritas acima, nos incitam a pensar que os pacientes estão: “abordável”, “tranquilo” e “aceita intervenções”, respectivamente, porque

fazem uso da medicação. Se antes, utilizava-se a camisa de força para conter, assujeitar o louco, o medicamento o torna abordável, tranquilo e submisso.

Esse apelo à medicalização e os seus efeitos sobre os sujeitos, nos remete a descrição feita por Foucault (1984) sobre os corpos dóceis no livro “Os corpos dóceis”. Ele inicia seu texto apresentando as características que permitiam reconhecer um soldado no século XVII, a saber: o vigor e a coragem; os sinais naturais. No século XVIII, esse mesmo soldado tornou-se algo passível de fabricação, pois é neste período que se descobre o corpo como objeto, alvo e fonte de inesgotável poder. Não se trata mais de um corpo inútil ao qual não se justifica grandes investimentos, mas de um corpo que pode ser manipulado, modelado, treinado, adestrado; isto é, susceptível à dominação e que gera como resultado uma docilidade que o faz obedecer, responder e se submeter.

Segundo Foucault, o interesse por esse corpo utilizável, transformável e aperfeiçoável não é novo. A novidade pode ser percebida nas técnicas de controle desse corpo, que é pormenorizadamente detalhado e contido através de uma coerção contínua; ocorre um assujeitamento por meio de um processo disciplinar.

Nesse contexto, a disciplina²⁰ não objetiva estabelecer relações de escravidão, domesticidade, e, nem tampouco de asceticismo, mas, de estabelecer uma relação que torne o corpo simultaneamente obediente e útil para determinado fim. É o tipo de disciplina que constrói “corpos submissos e exercitados, corpos dóceis”, altamente especializados e capazes de operar segundo as regras que se determina.

Para Foucault (*Ibidem*, p. 127), “a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)”. Nesse sentido, pode-se dizer que a mesma disciplina que torna o corpo capacitado e aumenta a produção faz diminuir a resistência do corpo frente ao poder, ou seja, o torna submisso e dócil. Cabe destacar que essa docilidade promovida pela disciplina não é alcançada apenas por meios violentos ou ideologias políticas e religiosas; ela pode ser obtida de maneira bastante discreta, sem terror ou força física, ou através do medicamento, por exemplo.

No caso dos usuários do CAPS II, o enunciado que reporta à medicalização é recorrente nas cinco histórias narradas. Os sujeitos que recorrem a ela, sejam os familiares, a equipe do CAPS II e, inclusive, os usuários, o fazem demarcando lugares diferenciados no

²⁰ Foucault (1984, p. 126) chama de “disciplinas” os “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade”.

discurso – o controle dos sujeitos, o saber médico, a submissão, principalmente. Em última análise, a medicalização produz sujeitos dóceis, reafirmando as relações de poder que o médico e a família estabelecem com os usuários. Desse modo, as cartografias que se delineiam são a da docilidade – uma possibilidade de inclusão que produz corpos dóceis, submissos; e, ao mesmo tempo, exclui o sujeito do convívio em diferentes espaços sociais – ou o inclui sob o efeito da medicação – e limita o seu controle sobre a sua própria vida, indicando dessa forma, processos de exclusão social.

Outro enunciado capturado por nós, o qual descreveremos a seguir, relaciona-se à internação e que enunciamos como “Lugar de louco é no hospício”.

4.3.2 *Lugar de louco é no hospício*



Figura 8 – Nise da Silveira – Vida e Obra

Consideramos pertinente iniciar esta seção com uma frase de Nise da Silveira pela importância do seu trabalho, como psiquiatra, no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro. Nise se recusava a usar os métodos usuais da psiquiatria clássica, como eletrochoques, choque de insulina e utilização indiscriminada de medicação.

No ano de 1946, ela fundou a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) que se tornou um espaço onde os pacientes eram recebidos em um ambiente de acolhimento e respeito.

Em 1952, a psiquiatra fundou o Museu de Imagens do Inconsciente, um acervo precioso das pinturas, desenhos e esculturas dos frequentadores da STOR e, em 1956, criou, junto com alguns colaboradores, a Casa das Palmeiras. Esta última foi criada com o objetivo

de dar suporte aos pacientes egressos do hospital, considerando a alta porcentagem de reinternações; cerca de 70% retornavam para internação devido, sobretudo, à dificuldade de reinserção na família e na comunidade (CÂMARA, 2010).

Em uma passagem da Carta aos médicos-chefes dos manicômios²¹, Nise da Silveira diz que “o hospício dos alienados, sob o manto da ciência e da justiça, é comparável à caserna, à prisão, à masmorra.” (MELLO, 2009, p. 79). Essa passagem nos remete ao pensamento foucaultiano sobre o poder disciplinar exercido pelo hospício e pelas prisões, apresentadas no livro “Vigiar e Punir”. O objetivo do autor nesse livro é descrever a história do poder de punir como a história da prisão, cuja instituição modifica o estilo penal, passando do suplício do corpo da época medieval para a utilização do tempo no conjunto prisional do capitalismo moderno.

No período medieval, ao condenado é aplicado, secretamente e sob tortura, o interrogatório, sendo a punição, o suplício do corpo, um ritual público de dominação pelo terror. O objeto da pena criminal é o corpo do condenado, mas o objetivo da pena criminal é a massa do povo, convocado para testemunhar a vitória do soberano sobre o criminoso, o rebelde que ousou desafiar o poder.

Na sociedade moderna, a prisão se transforma na principal forma de castigo, tendo a disciplina como dispositivo de controle e sujeição do corpo com o objetivo de tornar o indivíduo dócil e útil. Adota-se uma política de coerção para domínio do corpo alheio, ensinando a este corpo o que fazer e como operar. A disciplina, conceito já citado acima, é diferente da escravidão, da domesticidade, da vassalidade, do ascetismo e das “disciplinas” de tipo monástico.

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos (FOUCAULT, 1984, p. 164).

Ressalta-se que, para Foucault (1984), a disciplina determina a distribuição dos indivíduos no espaço, ela “exige a *cerca*, a especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo.” (p. 168, grifo do autor). O espaço é dividido, cada indivíduo ocupa um lugar e em cada lugar há um indivíduo; trata-se, portanto, da vigilância constante

²¹ Esta Carta foi publicada originalmente no livro **Escritos de Antonin Artaud**, tradução de Cláudio Willer, LP&M, 1983.

dos indivíduos. Esse é um espaço definido fisicamente, mas por onde, também, entrelaçam relações de poder. Assim como a prisão, o hospício foi criado para a coerção, para disciplinar, normalizar distinguir o ‘normal’ do ‘patológico’.

Durante muitos anos, a única concepção de tratamento concedida à loucura foi a reclusão em hospitais psiquiátricos. O tempo passou, chegamos ao século XXI com mudanças na forma de pensar e tratar a loucura. Essas mudanças incentivaram novas práticas na atuação dos profissionais da saúde e influenciaram a implantação de uma legislação específica sobre a atenção psicossocial. No entanto, a internação ainda continua sendo um dispositivo de tratamento e segregação da pessoa com sofrimento mental.

Em muitos casos, constatamos que o recurso da internação é uma prática comum ainda nos dias de hoje, solicitada por técnicos dos serviços de saúde mental e por familiares, como foi possível identificar nos prontuários analisados. Seguem alguns recortes do prontuário de Lúcio que confirmam tal afirmação.

Paciente agitado, agressivo, coloca dedo em minha cara e ameaça de agressão. Não aceita o tratamento proposto. Grita e manda ir para o inferno. Insone. Conduta: Informar a irmã. Internação no Hospital Galba Veloso. [...] Compareceu ao Serviço Dona T. (mãe de Lúcio) solicitando internação para o mesmo. A mãe disse que o filho não está agressivo, mas está com o hábito de tirar toda a roupa e correr atrás dos vizinhos e parentes, e está ameaçado de morte.

No caso de Pedro - “*O paciente foi conduzido a Belo Horizonte para internação no Hospital Psiquiátrico, pelo Atendente de Enfermagem*”.

Por outro lado, a internação é uma prática contestada pelos profissionais do CAPS II, conforme se verifica na fala do Psicólogo em relação ao atendimento de Pedro:

Após reunião de equipe foi proposto que procurássemos alguma pessoa da comunidade que tivesse algum relacionamento e conhecimento do caso de Pedro. Procuramos o Sr. JD e expusemos sobre a proposta de tratamento do caso, explanando, portanto, que não se fazia necessária a internação hospitalar em BH.

[...] manifestamos contrários à internação, uma vez que o paciente não se encontra agressivo (observações retiradas de contato mantido com o próprio paciente no terminal rodoviário). É importante ressaltar que já fora feito guia de internação para o paciente e que o mesmo permanecerá detido até a hora em que for mandado para BH. Esta decisão não tem o aval da equipe, mas é desejo do irmão do paciente, que não demonstra interesse em acolhê-lo.

É interessante notar que, diante de tantas situações que dificultam a inserção do louco na sociedade e o vínculo com o serviço de saúde mental, ele próprio solicita sua internação -

“Quero voltar para o hospital, lá todos me tratam bem, já acostumei a viver com os doidos”. E, ainda - *“Paciente vem ao serviço procurando a psicóloga, confuso, fala que o homem do bar tomou seu dinheiro todo. Fala que tem medo de dormir e o irmão ou o goiaba o matar. Quer ser internado no Serra Verde²²”; - “Se precisar você pode me internar...”.*

O espaço do hospital e do CAPS II, são espaços heterotópicos, eles se contrapõem ao promover a inclusão e, ao mesmo tempo, a exclusão. O louco antes asilado no hospital passa a ser incluído nos serviços abertos, como o CAPS II, que, por sua vez, exclui esse mesmo indivíduo quando o encaminha ao hospital, que o inclui novamente em um sistema denominado “tratamento”.

A família, muitas vezes, recorre à internação como forma de afastamento dos problemas característicos da loucura, como agitação e agressividade, principalmente, como se verifica nas falas de familiares de Lúcio:

Irmão do usuário procura o Serviço, faz alguns relatos de agressão e solicita internação para o usuário (pelo menos um prazo para ele dar algumas reformas na casa, que está toda quebrada). [...]. Irmã do usuário faz contato com o Serviço disse que ele está muito agressivo, quebrou uma sorveteria perto de sua casa, agrediu o vizinho de frente, tem roubado cigarro nos bares do bairro e não deixa seu irmão dormir em casa. Família pede internação.

A mãe de André também solicita internação diante da dificuldade de lidar com o filho: - *“Compareceu ao Serviço Dona T. solicitando internação para o mesmo. A mãe disse que o filho não está agressivo, mas está com o hábito de tirar toda a roupa e correr atrás dos vizinhos e parentes, e está ameaçado de morte”.*

A internação, por sua vez, não garante a estabilização de um paciente como se espera. O Psiquiatra do CAPS II faz essa observação no prontuário de André e o reencaminha para a internação: - *“Paciente pior que antes da internação. Heteroagressividade. CD: Internação”.*

Diante disso, podemos interrogar: Existe um lugar para o louco? Há uma produção de saber nestes espaços que são capazes de dizer algo sobre a loucura? Essas são interrogações que, a meu ver, são difíceis de serem respondidas. A maioria de nós, profissionais da saúde mental, aposta na ideia da desospitalização e investe no trabalho nos serviços substitutivos, mas percebo que isso, por si só, não basta.

Talvez possamos enveredar por um caminho já bem conhecido neste trabalho - o poder da norma. Enquanto estivermos colocando a loucura como contraponto da razão, inserindo-a em sistema de regras que normatiza e estandardiza o comportamento dos

²² Serra Verde é uma clínica psiquiátrica localizada em Belo Horizonte/MG.

indivíduos, estaremos mais distantes de uma saída razoável para as questões levantadas acima. Foucault (1984, p. 208-209) nos diz que os

[...] graus de normalidade [...] são sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que têm em si mesmos um papel de classificação, de hierarquização e de distribuição de lugares. Em certo sentido, o poder de regulamentação obriga à homogeneidade; mas individualiza, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, fixar as especialidades e tornar úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras.

A questão da norma e da disciplina se estende, também, ao espaço urbano, aos locais públicos, onde a maioria das pessoas tem o direito de ir e vir. Pedro, um dos usuários do CAPS II, ao ser encaminhado para internação pelo fato de estar constantemente nas ruas, diz a seguinte frase – *“O fato de estar na rua, não quer dizer que sou louco.”* A afirmação de Pedro é pertinente ao assunto aqui tratado; a internação iria retirá-lo das ruas, mas o espaço urbano é reservado apenas às pessoas que não sofrem de um adoecimento psíquico?

O espaço urbano também não escapa às relações de poder e, conseqüentemente, de controle dos indivíduos. Foucault (2001b) diz que a noção de espaço na sociedade contemporânea ainda não está totalmente “dessacralizada”. Com isso, o autor apresentou interesse pela ideia de heterotopia ao procurar uma forma de classificação espacial que valorizava a presença de múltiplas representações conflitantes em uma mesma área. Para Foucault (2001b), existiriam certos espaços que, devido à concentração de atores e de significados, seriam caracterizados pela inversão, suspensão ou neutralização da ordem oficial.

A circulação desse enunciado, portanto, constrói cartografias que nos permitem pensar nos processos de exclusão/inclusão desses sujeitos no processo de territorialização da política. Circula no texto da política, um discurso contrário à internação. Entretanto, os prontuários analisados nos mostram a força desse discurso que continua a se produzir e a produzir, ao longo dos séculos, uma história da loucura. Não é mais, somente, a segregação do louco, como aquele que não pode viver no espaço público, mas é um discurso produzido no sentido da normalização, da contenção daqueles que, de algum modo, subvertem as ordens de convivência vigentes.

A cartografia, que se desenha a partir dos relatos constantes nos prontuários analisados, nos indica que a internação é uma forma de exclusão do louco frente à dificuldade de convivência com a família, o que fortalece a necessidade de atenção às famílias no processo de territorialização da política. Há o desafio de se conviver com alguém que subverte

a ordem estabelecida, mas que também representa “ameaças” à família, devido às condições precárias em que vivem.

Nas cartografias dos usuários, verificamos posicionamentos diferentes em relação à internação. Na maioria das vezes, eles a repudiam e, em outras, como no caso de Pedro, a solicitam pela dificuldade de viver com os outros e pela identificação com os loucos internados em hospitais psiquiátricos. Pedro nos leva a pensar no espaço público, como um espaço de tensões, um espaço conflituoso, um espaço de regulação, posto que, segundo a autora, “todos os espaços são, de algum modo, regulados socialmente, se não por regras explícitas (são proibidos jogos de bola, vagabundagem) (MASSEY, 2008, p. 217) – ou pela loucura, como evidencia Pedro, “*O fato de estar na rua, não quer dizer que sou louco*”, ou como ressalta a autora por outras regulações, como as de mercado. A autora nos desafia a pensar em outras relações sociais, pois “o acaso do espaço pode nos colocar junto ao vizinho inesperado. A multiplicidade e o acaso do espaço [...] nos fornecem [...] aquela inevitável contingência que é a base da necessidade da instituição social [...].” (MASSEY (2008, p. 215).

A internação é, pois, um dispositivo de poder que, atualmente, exclui o louco de um espaço onde não tem lugar para a heterogeneidade, apesar dos discursos que nele se difundem dizerem, por vezes, o contrário.

Mesmo assim, temos de continuar seguindo em frente e, como nos fala Foucault (1984, p. 334), “temos que ouvir o ronco surdo da batalha” nesta tessitura social que centraliza e submete corpos e forças por meio de complexas relações de poder. Com a frase anterior e com a que segue, finalizamos esta seção, demonstrando que, às vezes, o ronco surdo da batalha é ouvido:

Paciente apresentando bom nível de socialização. Comparece sistematicamente nas oficinas, é solidário com os colegas [...]. Quer comemorar seu aniversário aqui. Estabilizado, bem aderido ao Serviço, entendeu a importância da manutenção do seu tratamento e comemora um ano sem internação psiquiátrica.

4.3.3 Louco não é dono de sua própria vida

A liberdade é a possibilidade do isolamento. És livre se podes afastar-te dos homens, sem que te obrigue a procurá-los a necessidade do dinheiro, ou a necessidade gregária, ou o amor, ou a glória, ou a curiosidade, que no silêncio e na solidão não podem ter alimento. Se te é impossível viver só, nasceste escravo. Podes ter todas as grandezas do espírito, todas da alma: és um escravo nobre, ou um servo inteligente: não és livre. E não está contigo a tragédia, porque a tragédia de nasceres assim não é contigo, mas do Destino para si somente. Ai de ti, porém, se a opressão da vida, ela própria, te força a seres escravo. Ai de ti, se,

tendo nascido liberto, capaz de te bastares e de te separares, a penúria te força a conviveres. Essa, sim, é a tua tragédia, e a que trazes contigo.

Fernando Pessoa

Ao analisarmos os prontuários dos usuários do CAPS II e observando a trajetória de muitos deles, chegamos a triste conclusão de que a doença mental é vista por muitas pessoas com sentimentos de medo e aversão. Como se isto não bastasse, o louco é excluído da sociedade e do mercado de trabalho e, por sua vez, para ele, se espera uma inclusão, que poderíamos chamar de reclusão – o interior da casa e o internamento.

Essa visão pode ser explicada pela dificuldade de aceitação em aderir ao novo contexto da assistência psicossocial, especialmente com o advento da Reforma Psiquiátrica, com a proposta de fechamento dos hospitais psiquiátricos e com o atendimento na rede substitutiva, tendo em vista a inclusão do paciente em sua família e na sociedade.

Foucault (2010a), no seu livro “História da Loucura”, afirma que a estigmatização do louco prevaleceu ao longo dos tempos e levou a uma exclusão social desses indivíduos, fazendo-os viverem à margem da sociedade dita normal. “Exclusão, eis aí numa só palavra a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde os seus primórdios até os dias de hoje.” (RESENDE, 1994, p. 37). A exclusão do louco está relacionada, também, à falta de autonomia e a perda de liberdade. A vida desse indivíduo passa a ser gerida por familiares, cuidadores, técnicos da saúde mental e, até mesmo, por pessoas investidas da lei que, subtraem do louco a capacidade de responder por seus atos e fazer escolhas.

Vejamos como a perda de autonomia se operacionaliza nas relações dos usuários do CAPS II; relações essas, investidas de poder. Lúcio, um dos usuários do CAPS II, em uma de suas idas ao Serviço, diz o seguinte: “*O capitão Quinci fica falando na minha cabeça... Tentei suicídio três vezes por causa dele. [...] Agora meu cérebro virou cérebro de capitão [...]*”. As tentativas de suicídio não foram praticadas por ele, mas por um outro que, inclusive, toma conta de seu cérebro.

No relato da Assistente Social do CAPS II, a questão da perda da autonomia também é evidente.

Pedro demonstra desejo de voltar a ter direito de receber seu salário, que atualmente é recebido por sua irmã, via procuração. Deseja administrar o próprio salário e passar a morar em outro lugar, desvinculado da irmã, pois se sente explorado. [...] Não tenho direito de comprar nem uma roupa nova, só uso roupas velhas que ganho.

Pedro, além de não conseguir administrar o seu benefício, não consegue se livrar do uso frequente de drogas – *“Realizada visita domiciliar. Converso com a família de Pedro, eles dizem que ele continua a ter problemas com álcool e outras drogas, e o dinheiro que ele tem nas mãos é sempre gasto com os amigos em bares”*.

Ana, outra usuária do CAPS II, diz que *“De um lado a gente quer uma coisa, do outro a gente quer outra coisa. Queria ter um lugar para o meu filho ficar, tenho medo dele morrer, porque a gente morre mesmo. Minha mãe só fala em Deus. Fiquei na mão da minha mãe”*. Continuando, Ana fala que está *“[...] com medo de fazer alguma coisa errada, como matar alguém, por exemplo. Pede que eu a amarre para que não faça nada disto”*. A falta de um lugar para morar a deixa nas mãos da mãe, e, a própria Ana, solicita aos técnicos do CAPS II uma contenção diante da possibilidade de uma passagem ao ato²³.

Com o advento do Código Criminal Brasileiro em 1890, o louco continuou a ser visto como um indivíduo destituído de razão, com livre arbítrio e autonomia, porém os juristas entendiam que, mesmo louco, o indivíduo deveria ser responsável pelas consequências de seus atos, pois justificavam a loucura pela corrupção do senso moral e não pela desrazão (MACHADO, 1978). Essa foi uma questão complicada porque todos os atos desviantes da norma social (delitos, crimes, delírios, comportamentos bizarros etc.) passaram a ser considerados como corrompidos moralmente; fruto de degeneração hereditária ou adquirida por hábitos. Sendo assim, a loucura deixa de ser entendida como um comprometimento da razão, mas da moral. O louco seria o sujeito que não se adaptava às regras sociais, e, por isso, necessitava que alguém medisse a abrangência, estipulasse a duração e a possibilidade de sanar esse comprometimento.

No século XIX, esse lugar foi ocupado pelo saber médico, representado pelo psiquiatra e pelo perito. Coube ao perito decidir sobre a sorte de quem cometesse algum ato desviante, lhe imputando a responsabilidade penal e civil nas suas ações, bem como sua periculosidade.

Segundo Amarante (1995), mesmo com a Reforma Psiquiátrica, pouca coisa mudou no plano estatutário dos portadores de sofrimento mental. Desprovido de razão ou inadaptado moralmente, o louco continua sendo privado de sua autonomia, muitas sem que se recorra à

²³ Para Lacan (2005), a passagem ao ato é como um deixar-se cair, ou um sair de cena, como se houvesse um curto-circuito do objeto com o sujeito, sendo o sujeito quem cai, uma espécie de ruptura absoluta com o Outro e o sentido. Ao estabelecer uma conexão entre ato e angústia, afirma que *“agir é arrancar da angústia a própria certeza. Agir é realizar uma transferência de angústia”* (LACAN, 2005, p. 88).

internação, mas lhe negando o direito de gerir sua própria vida, cerceando-os da liberdade de escolha.

Reportando à Política, a questão da perda da autonomia também é abordada na mídia, no campo do Direito e da saúde mental, além de ser um assunto amplamente discutido nos meios acadêmicos. Estamos nos referindo à “Internação Compulsória” e à “Internação Voluntária”. Apesar da discussão estar mais voltada para os usuários de drogas, as pessoas com saúde com sofrimento mental também são alvo dessa prática imposta pela justiça.

No artigo 6º da Lei 10.216 está previsto os seguintes tipos de internação:

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e apedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2004b, p. 18).

Embora mantenha o recurso à internação involuntária e à internação compulsória – determinada pela Justiça – essa lei estabelece alguns parâmetros para regulação do seu uso e do funcionamento dessa modalidade terapêutica, incluindo, por exemplo, o Ministério Público como uma instância reguladora desse procedimento.

A internação deveria passar, portanto, de primeiro e principal recurso utilizado para uma ação estritamente emergencial, sendo acionada somente em último caso. Mas, o que está em jogo, neste caso, é a perda da autonomia diante da possibilidade de “escolha” pela internação psiquiátrica.

Apesar dos muitos conflitos vivenciados por Pedro, ele encontra uma saída, mesmo que provisória - *“Agora eu estou no descanso... estou deixando o conserto do mundo para os militares... o tempo de guerra acabou, agora é tempo de paz... os presos vão ser soltos, é tempo de liberdade”*.

Será que ainda viveremos no tempo a que Pedro se refere na sua fala? Tempo esse em que possamos descansar e dividir a responsabilidade de cuidar das pessoas com sofrimento mental com outros atores que fazem parte do processo de mudanças na assistência à saúde mental. Inclusive assegurando-lhes a autonomia para lidar com suas próprias questões.

Pedro se cansa diante da impossibilidade de exercer sua autonomia pelas imposições da família, pelo aprisionamento causado pelo uso de droga, e pelas tentativas de inserção no CAPS II, que são imperativas em muitos momentos de sua história. A paz, para Pedro, significa liberdade, poder fazer suas escolhas, mesmo que elas lhe tragam prejuízos. Seis dias

após ter dito a frase descrita acima, Pedro chega no CAPS II “mais organizado” e diz a seguinte frase: “*Agora já está tudo consertado*”.

Inspirados em Pedro, esperamos que as mudanças no campo da saúde mental possam garantir os direitos, a inserção psicossocial e a liberdade das pessoas com sofrimento grave, tornando-as sujeito de suas próprias histórias. Para que o sujeito protagonize sua própria existência, é necessário que se revele “[...] as multiplicidades coetâneas de outras trajetórias e a necessária mentalidade aberta de uma subjetividade espacializada.” (MASSEY, 2008, p. 94).

5 CONCLUSÃO

A partir da análise das obras de Foucault e de autores que trabalham com a abordagem do território, dos textos da Política Nacional de Saúde Mental e das narrativas construídas a partir dos prontuários dos usuários do CAPS II de Coronel Fabriciano, podemos afirmar que o binômio inclusão/exclusão que se fez presente na história da loucura, ainda se materializa na história dos usuários que deram vida a esta pesquisa.

Como desdobramento da análise dos prontuários, encontramos três enunciados que mostram como as situações de exclusão/inclusão são vivenciadas pelos sujeitos e como os discursos sobre a loucura – da medicalização, da hospitalização e da perda de autonomia – ainda são defendidos em nosso meio.

Assistimos os movimentos, os deslocamentos e, também, a estagnação e a inércia dos usuários no próprio CAPS, no hospital psiquiátrico, na família, na comunidade e tantos outros espaços – as heterotopias, como diria Foucault. As heterotopias, embora sejam efetivamente localizáveis, são espécies de lugares que estão fora de todos os outros; podem estar, ao mesmo tempo, representados, contestados e invertidos. Dessa forma, podemos dizer que a inclusão e a exclusão estão em todos os lugares, ou seja, nos diversos posicionamentos do indivíduo na sociedade que são colocados em funcionamento pelo próprio discurso.

O discurso da medicalização e da ciência realizam tentativas de tutelada vida dos sujeitos, tentando corrigi-la por meio da racionalização e da normalização e condutas. O discurso da saúde mental, por sua vez, critica o poder da medicina e da ciência, que controla e reprime a loucura e o louco, defendendo uma prática atravessada pelo discurso da humanização. Mas, se constata que a passagem do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos não garantiu a tão esperada desospitalização. Os usuários que frequentam o

CAPS II continuam sendo internados e, o que é pior, muitos deles acabam sendo segregados nos serviços abertos, longe de serem reinseridos socialmente.

As diretrizes e a rede de cuidados desenhada pela Política Nacional de Saúde Mental não conseguem garantir a inclusão dessas pessoas em função da multiplicidade de discursos que perpassam o tecido social e pela impossibilidade de criar lugares eternamente fixos, onde não se permite a movimentação no território.

Considerando as diretrizes da Política, territorialização dos usuários da saúde mental significa inserir em um serviço de saúde mental aberto, na família, na comunidade e usufruir de todos os direitos que garantem a cidadania desses usuários. Porém, como a história dos usuários do CAPS II e os enunciados nos mostraram que territorializar implica também desterritorializar e reterritorializar. Nessa perspectiva, podemos afirmar que, no campo da saúde mental, territórios são construídos, desconstruídos e reconstruídos, nos direcionando ao a uma multiplicidade de territórios e sua articulação na forma de territórios-rede (HAESBAERT, 2004).

O território, diferente da forma como é concebido no campo da saúde, não é fixo; nele, estão presentes os fluxos e os movimentos de coisas, pessoas, ideias e práticas. Os usuários circulam no território, ora incluídos em um lugar, ora excluídos desses mesmos lugares ou de outros novos, porque esses lugares são heterotópicos; eles são heterogêneos, complexos, passíveis de inúmeras relações que circunscrevem a totalidade daquilo que existe, abrangendo a malha de toda experiência possível, tanto interior como exterior.

Concluindo, a territorialização implica sempre a exclusão e a inclusão, concomitante ou simultaneamente; ela nos conduz para além dos muros das instituições, dos textos da Política, do ordenamento social e da individualidade. Ela é um processo inacabado, descontínuo e com rupturas. Novos saberes são produzidos acerca da loucura que, também, nos fazem erigir novas verdades sobre a concepção e o tratamento da loucura. O que prevalece nos dias atuais, no contexto da Política, é o discurso da desospitalização e da reinserção psicossocial. Porém, mesmo diante de novos saberes e novas verdades, não nos desprendemos de velhas concepções. Os enunciados que trouxemos nesta pesquisa nos mostraram que continuamos a produzir “histórias sobre a loucura” em busca de soluções que poderiam amenizar os efeitos do adoecimento psíquico no cotidiano das pessoas com sofrimento mental. Traçamos cartografias de sujeitos que se colocam em constante movimento, com histórias ainda inacabadas. Massey (2008, p. 161) diz que “Finalizações em aberto e histórias em curso são verdadeiros desafios para a cartografia”. Esses são desafios

também para gestores, profissionais, familiares e usuários da saúde mental que nos levam a debater e a construir uma política de saúde mental que ultrapasse as barreiras da exclusão.

Esta pesquisa não termina aqui. Ela é apenas uma ruptura entre um tempo vivido e outro, que está por vir. Assim como me aventurei neste caminho da interdisciplinaridade para discutir um tema que me tornou a profissional que sou hoje, continuarei me aventurando em busca de respostas, ainda que provisórias, para as minhas inquietações.

REFERÊNCIAS

ALBAGLI, Sarita. Território e Territorialidades. In: **Territórios em Movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva**. Brasília/DF: Relume Dumará Editora, 2004. p. 25-69.

AMARANTE, Paulo. *et al.* **Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.

_____. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

BARRETO, Francisco Paes. A Reforma Psiquiátrica de Minas. In: _____. **Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999. p. 193-194.

_____. A psiquiatria enquanto ideologia: conceitos sobre a dimensão negativa. 2003. Disponível em: <<http://www.dietanet.hpg.ig.com.br/npsiquiatria.htm>>. Acesso em: 22 out. 2011.

BARROS, Fernanda Otoni de .A hospitalidade e a rede de saúde mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Caderno Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. v. 3. 2010. p. 57-66.

BRASIL, Flávia de Paula Duque. Cidade, redes e política sociais. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato (Orgs.). **Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais, 2013. p. 93-108.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Saúde Mental, 1987. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsnm_relata_final.pdf>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2012.

_____. **II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde/ Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/ Coordenação de Saúde Mental, 1992. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208IIcnsnmr.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde / Coordenação de Saúde Mental, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsnm.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. **Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003.** Brasília: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. Código de Processo Civil. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2004a.

_____. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. In: **Legislação em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 17-19.

_____. Portaria SNAS nº. 189, de 19 de novembro de 1991. In: **Legislação em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 100-104.

_____. Portaria GM nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002. In: **Legislação em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 125-136.

_____. Portaria SNAS nº. 189, de 19 de novembro de 1991. In: **Legislação em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 237-242.

_____. Portaria SNAS nº. 224 de 29 de janeiro de 1992. In: **Legislação em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 243-251.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Portaria nº. 245, de 17 de fevereiro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1. Acesso em: 26 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde/ Coordenação de Saúde Mental, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reifinal_IV.pdf. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. Comitê Gestor para implantação do Decreto 7508/11. **Implantação do Decreto 7.508/11 e aprimoramento do Pacto pela Saúde.** Brasília/DF: Ministério da Saúde. 2011a. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_apresentacao_nov2011.pdf. Acesso em: 05 fev. 2012.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011:** regulamentação da Lei nº. 8.080/90/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Portaria n°. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília/DF: Ministério da Saúde. 2011c. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portaria-ms-gm-no-3-088-2011>>. Acesso em: 05 fev. 2012.

_____. Portaria n°. 1.615, de 26 de julho de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 26 dez. 2012.

_____. Portaria n°. 132, de 26 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 26 dez. 2012.

_____. Portaria n°. 148, de 31 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 26 dez. 2012.

CÂMARA, Fernando Portela. **Biografias** - Nise da Silveira (1905 - 1999). Museu da Psiquiatria Brasileira. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). 2010. Disponível em: <<http://www.museudapsiquiatria.org.br/home.php>>. Acesso em: 05 fev. 2012.

CANDIOTTO, Luciano Zanetti Pessoa. Uma reflexão sobre ciência e conceitos: o território na geografia. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. **Território e Desenvolvimento**: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004.

CARVALHO, Sandra (Org.). Direitos Humanos no Brasil: 2003. **Relatório Anual do Centro de Justiça Global**. Rio de Janeiro: Justiça Global, 2004, p. 111-120.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CORRÊA Roberto Lobato. Espaço, um conceito-chave da Geografia. In: CORRÊA, Roberto Lobato; GOMES, Paulo César; CASTRO, Iná. **Geografia**: Conceitos e Temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 15-48.

CRIME em Caicó. **Isto É**. ed. 1744 de 5 de mar. de 2003, p. 40. Disponível em: <http://www.istoe.com.br/reportagens/21844_CRIME+EM+CAICO>. Acesso em: 26 dez. 2012.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança Equilibrada** – cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DELEUZE. Gilles. **Foucault**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2005.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006. Disponível em:

http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/teses/mestrado_mariana.pdf. Acesso em: 28 dez. 2012.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1984.

_____. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001a.v. 1.

_____. Outros espaços. In: _____. **Estética: literatura e pintura, música e cinema - Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001b. v. 3. p. 411-422.

_____. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001c.

_____. **História da sexualidade: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002. v. 3.

_____. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003. v. 2.

_____. (1969) **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **História da Loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010a.

_____. **Estratégia, Poder-Saber - Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010b. v. 4.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

HAESBAERT, Rogério. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. In: HEIDRICH, A. L.; COSTA, B. P. da; PIRES, C. L. Z.; UEDA, Vanda (Orgs.). **A emergência da multiterritorialidade: a resignificação da relação do humano com o espaço**. Canoas: Ed. ULBRA; Porto Alegre: UFRGS Editora, 2004, p. 19 – 36.

_____. Território e Territorialidade: um debate. **GEOgraphia**, n. 17. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2007.

_____. Da Desterritorialização à Multiterritorialidade. In: _____. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. p. 337-362.

JUNQUEIRA, L.A.P. & INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária.** São Paulo, FUNDAP, 1997.

JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização e intersectorialidade na construção de um novo modelo de gestão. **Rev. Adm. Pública**, 1998.

LACAN, Jacques. **O seminário: a angústia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LAZZARIN, Joel Filipe. **Subjetividade dos excluídos em Michel Foucault: implicações jurídicas e desafios sociais.** 2007. 149f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Filosofia, Universidade do Vale dos Sinos, Porto Alegre, 2007.

LISPECTOR, Clarice. **A descoberta do mundo.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LOBOSQUE, Ana Marta. O sujeito, o singular e o espaço público. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato (Orgs.). **Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática.** Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais, 2013. p. 66-76.

MACHADO, Roberto. Aos loucos o hospício. In: MACHADO, Roberto. (Org.). **Danação da norma: Medicina social e constituição psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 423-492.

MAGALHÃES, Marcos. **Estrela de Oito Pontas: Uma experiência mental em animação.** Disponível em: <http://www.awn.com/mag/issue3.2/3.2pages/3.2diniz_port.html>. Acesso em: 07 fev. 2011.

MASSAGLI, Sérgio Roberto. **A Desmaterialização do Espaço: Um Estudo das Interfaces entre a Produção Ficcional e as Teorias da Pós-modernidade.** 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista *Júlio de Mesquita Filho*, Araraquara/SP, 2010.

MASSEY, Doreen. **Pelo Espaço: Uma Nova Política da Espacialidade.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: Atores, Processos e Trajetória.** 2003. 402f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2003.

MELLO, Luiz Carlos (Org.). **Encontros – Nise da Silveira.** Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009.

MENDES, E. V. *et al.* Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. *et al.* **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 166-169.

MORGAN, G. **Imagens da organização.** São Paulo: Atlas, 1996.

MUSEU DO INCONCIENTE. **O universo de Fernando Diniz.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/universo_fdiniz.pdf. Acesso em 18 de mai. 2012.

PESSOA, Elvira Lúcia; VALE, João Carlos. Controle Social e Saúde Mental: capacitando os Conselheiros Municipais de Saúde em Minas Gerais. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Caderno Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. v. 3. 2010. p. 137-141.

PESSOA, Fernando (1988-1935). **O Livro do Desassossego**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 253-254.

PINTO, Céli Regina Jardim. Foucault e as Constituições Brasileiras: quando a lepra e o poder encontram com nossos excluídos. In: Das Diferenças. **Revista Educação & Realidade**. Porto Alegre: Faculdade de Educação/UFRGS. v. 24, n. 2, p. 33-57. jul./dez. 1999.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 12, p. 4579-4589.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RATZEL, F. Geografia do homem. In: MORAES, A. C. R. (Org.). **Ratzel**. São Paulo-SP: Ed. Ática, 1990.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão da história. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 15-74.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

RIBEIRO, Carlos Eduardo. **Foucault: Uma arqueologia política dos saberes**. 2009. 289f. Tese (Doutorado) - Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

RIBEIRO, Claudete. **A fantasia de Fernando Diniz**. Disponível em <<http://www.artistapsicoarte.com.br/diniz01.html>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

RIBEIRO, Wallace de Lima. **Atenção Psicossocial: entre o Transtorno Mental e o Território**. 2009. 112f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, 2009.

_____. Uma insólita viagem à subjetividade fronteiras com a ética e a cultura. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/viagemsubjetic.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2012.

ROUDINESCO, Elizabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2000.

SANTOS, Milton. O Retorno do Território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A. e SILVEIRA, Maria Laura (Orgs.). **Território. Globalização e Fragmentação**. São Paulo, Hucitec-ANPUR, 1994. p. 15-20.

SAQUET, Marcos Aurélio. As diferentes abordagens do território e apreensão do movimento e da (i)materialidade. **Geosul**, Florianópolis, v. 22, n. 43, p. 55-76, jan./jun. 2007.

SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério. (Org.). **Territórios e Territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão** - análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 97-118.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Coronel Fabriciano: Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano, 2012.

SILVA, Janaína L. Penalva da. Eletroconvulsoterapia, Não. Eletrochoque. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 35-54, mar./ago. 2012. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_02_01/02-Eletroconvulsoterapia%20Nuo%20eletrochoque.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2013.

SILVA, Mozart Linhares da. Michel Foucault e a genealogia da exclusão/inclusão: o caso da prisão na modernidade. Disponível em: <<http://mozartls.blogspot.com.br/2008/10/michel-foucault-e-genealogia-da.html>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das imagens**. São Paulo: Ática, 2001.

_____. **Vida e Obra**. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/nise_da_silveira/legado_vida3.html>. Acesso em: 22 abr. 2012.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro. v. 9, n. 1, p. 25-59, jan/abr. 2002.

TÍLIO, Rafael de. A querela dos direitos: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. Ribeirão Preto: **Paidéia**. v. 17 n. 37, mai./agost. 2007, p. 195-206. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000200004>. Acesso em: 14 jan. 2012.