

## As forças do CAPS: uma experiência cartográfica

### The forces of CAPS: one cartography experience

### Fuerzas del CAPS: una experiencia cartográfica

Maria Cristina Campelo Lavrador<sup>1</sup>

Wallace de Lima Ribeiro<sup>2</sup>

Universidade Federal do Espírito Santo

#### Resumo

Este trabalho analisa os desafios contemporâneos do processo de desinstitucionalização da loucura na rede de relações de práticas sociais que envolvem um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Grande Vitória – Espírito Santo. Os CAPS surgem, a partir da Reforma Psiquiátrica, como estratégia inovadora de atenção à saúde. Eles são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que seguem a lógica manicomial. Para analisar suas práticas cotidianas, utilizamos a Cartografia como estratégia metodológica. Podemos acompanhar quais os modos de atenção psicossocial são engendrados e as linhas de força que atravessam o processo da Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil. Verificou-se que há, de um lado, uma linha de força biomédica. Por outro lado, existe uma linha de força que opera por codificação através dos aparelhos de Estado. Entre ela, passa uma linha de fuga escrita no território que requer uma luta para a mudança cultural, o direito à diversidade e cidadania para o paciente psiquiátrico, enfim, é uma linha traçada na cidade.

*Palavras-chaves:* Linhas de forças; Saúde mental; Reforma psiquiátrica.

#### Abstract

This paper examines the process of deinstitutionalization of madness in the network of relationships between social practices involving the Center for Psychosocial Care (CAPS) from the Vitória – Espírito Santo. CAPS system arises from the Psychiatric Reform as an innovative strategy for health care. They are replacement services to psychiatric hospital that follow the logic asylum. Cartography was used as a methodological resource to observe lines and trends of Psychiatric Reform processes. This resource helps us to reveal what psychosocial care modes are engendered and the power lines that go through the process of psychiatric reform in Brazil. It has been found that there is, on one hand, a line of biomedical strength. On the other, there is a line of force which operates via the coding state machines. Among them, pass an escape line written in the territory that requires a struggle for cultural change, the right to diversity and citizenship for the psychiatric patient, in short, is a line in the city.

*Key-words:* Power lines; Madness; Mental health; Psychiatric reform.

#### Resumen

Este trabajo analiza los retos actuales del proceso de desinstitucionalización de la loucura en la red de relaciones entre las prácticas sociales que implican un Centro de Atención Psicossocial (CAPS) de la grande Vitória-ES. Los CAPS surgen de la Reforma Psiquiátrica, como una estrategia innovadora para el cuidado de la salud. Ellos son servicios que sustituyen a los hospitales psiquiátricos que siguen la lógica de asilo. Para analizar sus prácticas cotidianas, utilizamos la cartografía como una estrategia metodológica. Hemos podido ver cuales son los medios de atención psicossocial que se engendran y cuales son las líneas de fuerza que pasan por el proceso de Reforma Psiquiátrica en marcha en Brasil. Se ha encontrado que hay, de una parte, una línea del fuerza biomédica. Por otra parte, hay una línea del fuerza que opera por codificación por medio de un aparato Estatal. Entre ella, pasa una línea de fuga escrita en el territorio que requiere una lucha por el cambio cultural, el derecho a la diversidad y la ciudadanía para el paciente psiquiátrico, en definitiva, es una línea trazada en la ciudad.

*Palabras-clave:* Líneas de fuerzas; Loucura; Salud mental; Reforma psiquiátrica.

#### Introdução

Este trabalho é o relato da pesquisa de campo realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da grande Vitória –ES, no período de 2008 a 2009. A Cartografia foi utilizada como estratégia metodológica para analisar as práticas que constituem o modo de atenção psicossocial. Assim, busca-se

tornar visíveis as linhas de força que estão em jogo na Reforma Psiquiátrica e na desinstitucionalização da loucura. O desafio é conhecer o que, em cada circunstância, o agenciamento dessas linhas de força coloca em funcionamento e o que podemos compor com elas.

No Brasil as práticas territoriais do CAPS estão contribuindo para consolidá-lo como um serviço substitutivo ao modelo psiquiátrico manicomial. Uma estratégia fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização da loucura.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se constitui como um movimento coletivo autêntico de luta pelos

Endereço 1: Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras | Vitória, ES -Brasil | CEP 29075-910

Endereço 2: Av. Marechal Campos, 1355 - Santos Dumont, Vitória - ES, 29040-091.

direitos humanos e contra a indústria da loucura que se instalava no país através dos hospitais psiquiátricos particulares, e conveniados ao governo federal, no final da década de 70, que produziam a cronificação da loucura. Uma indústria atravessada pelo poder da corrupção, com custos elevadíssimos de assistência psiquiátrica, indo de encontro às necessidades de saúde pública do país.

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

De acordo com Amarante (1998), a Reforma Psiquiátrica brasileira é um amplo processo que emerge a partir dos movimentos dos trabalhadores de saúde mental, desencadeando o amplo processo coletivo de discussão dos modelos de assistência psiquiátrica realizadas no país. Influenciados pela luta contra a ditadura militar, eles aliam-se a movimentos de familiares e usuários, a sindicatos e a outros movimentos sociais. Aos poucos, as mudanças das instituições Psiquiátricas foram acontecendo. Houve a humanização das enfermarias, trabalhos em grupo operativos e a substituição gradativa dos Hospitais psiquiátricos por serviços no território, com a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

As primeiras experiências de atenção psicossocial que surgiram com a Reforma Psiquiátrica em nosso país - os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos e o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo - produziram estratégias inovadoras e singulares de saúde.

Segundo Tenório (2002), em Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) eram serviços de referência de uma ampla rede de cuidados. Os NAPS eram dispositivos abertos, regionalizados, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias da semana, inclusive internação, cada unidade dispo de seis leitos, aproximadamente. O serviço oferecia o maior número possível de recursos diferentes e alternativos de cuidado, funcionando como hospital-dia, hospital-noite, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento e oferecendo desde consultas médicas e psicológicas às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar aos pacientes com os quais por algum motivo este fosse o único contato possível.

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

atenção psicossocial no Brasil.

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

As experiências de atenção psicossocial no Brasil foram inspiradas nos Centros de Saúde Mental de Trieste, que emergiram no processo da Reforma Psiquiátrica Italiana (AMARANTE, 1995). Em Trieste, o abandono do hospital psiquiátrico, a constituição dos Centros de Saúde Mental e a escolha do território como estratégias desencadeadoras do processo de desinstitucionalização da loucura, problematizaram no plano das práticas sociais modos de compreender a complexidade que existe no aparecimento da demanda psiquiátrica e, nessa demanda, a complexidade da crise psiquiátrica (DELL'ACQUA E MEZZINA, 2005).

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

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

Portanto, o modo de atenção psicossocial implica a construção de um saber que vê além do sintoma. Constitui-se como um modo de atuação que incide no campo de produção social e cultural. Envolve novas formas de intervenção e de relações humanas (Costa-Rosa, 2001). Mas afinal como traçar esta abordagem de atenção psicossocial?

Visando analisar as práticas cotidianas do CAPS seguimos o que é visível e dizível para acompanhar quais modos de atenção psicossocial são engendrados e, portanto, acompanhar as linhas de força que atravessam o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil em curso, a forma como essas linhas se sobrepõem umas às outras, como elas se

produzem simultaneamente, seu plano de imanência, constituindo os caminhos da desinstitucionalização da loucura.

A estratégia metodológica de análise emerge a partir das contribuições trazidas por Deleuze (1996) ao conceito de dispositivo. Para o autor, o dispositivo envolve uma multiplicidade de linhas forças de naturezas diferentes. No dispositivo, as linhas não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos por sua própria conta, como o objeto, sujeito, a linguagem, etc...mas seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam ora se afastam uma das outras. (DELEUZE, 1996,p.01)

Os dispositivos têm por componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjectivação, que se sobrepõem, por meio de variações ou mesmo mudanças de agenciamento. O conceito de dispositivo traz para o campo epistemológico duas conseqüências importantes. O autor repudia os universais. O Uno, o Todo, o Verdadeiro, o objecto, o sujeito não são universais, mas processos singulares de agenciamentos, de objectivação, de subjectivação imanentes em todo dispositivo. Para ele esses processos operam em devir, pois cada dispositivo é uma multiplicidade de linhas de força, com agenciamentos singulares, que não tem coordenadas constantes.

Para pensar a experiência empírica Deleuze (1997) fará uso do conceito de plano imanência. Segundo o autor, as experiências não dependem de objetos e de sujeitos, que seriam transcendentais a ela. Mas sujeitos e objetos emergem na imanência. A imanência não se relaciona a Alguma Coisa como unidade superior a toda coisa, nem a um Sujeito como ato que opera a síntese das coisas. Ela é a própria vida enquanto pura potência, pura possibilidade. Neste sentido o plano de imanência é um plano virtual, dado que os acontecimentos que o compõem são possibilidades. Mas é o plano de imanência que oferece aos acontecimentos virtuais uma plena realidade.

Portanto, este trabalho evidencia como no processo da Reforma Psiquiátrica os arranjos das linhas de força, que constituem seu plano de imanência, são sempre provisórios. A cada instante uma linha se sobrepõe a outras, de acordo com os acontecimentos, arrastando todo o agenciamento, gerando novas práticas sociais sobre a loucura.

Um CAPS da grande Vitória se constitui como o campo de pesquisa. É um CAPS II com atendimento diuturno, que funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, em um município de de 100 mil habitantes, segundo o censo de 2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

### **Linhas cartográficas**

A estratégia metodológica utilizada foi a Cartografia (Deleuze e Parnet, 1998, Rolnik, 2006) para a análise das práticas do CAPS e para a

elaboração desta experiência de pesquisa.

De acordo com Deleuze e Parnet, (1998), os dispositivos sociais podem ser cartografados porque são constituídos por linhas de forças, sempre em oposição e nem complementaridade, mas num plano de imanência, num contínuo processo de produção, onde a análise cartográfica permite evidenciar que direções elas produzem, qual linha se sobressai, quando e como se sobressai, qual a linha de maior declive e como ela arrasta as demais.

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

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

O dispositivo se constitui por um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, padrões arquitetônicos, regulamentos, medidas administrativas, leis, enunciados científicos, o que é dizível e visível. (Foucault, 2007)

Eles não são simples aparelhos de repressão do Estado, mas produtores de realidade. Não que o aparelho de Estado tenha deixado os aparelhos de repressão, mas o modo de funcionamento dos dispositivos é peculiar, visto que sobrecodifica todos os segmentos, ou deixa de codificar outros, determinando os que ele deixa dentro e os que ele deixa fora de si. Eles atualizam uma sutil relação de forças, uma certa manipulação das relações de força, pois estão sempre inscritos em um jogo de poder, ligados a configurações de saber que o condicionam mas que também dele emergem.

O Estado é uma mega-máquina que organiza os

enunciados dominantes e a ordem deles, os saberes dominantes, as práticas, conforme as suas máquinas de sobre-codificação e seus dispositivos. "... o aparelho de Estado é um agenciamento concreto que efetua a máquina de sobre-codificação de uma sociedade". (Deleuze e Parnet, 1998, p. 156)

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

Todavia, existe uma linha de outra natureza que atravessa os segmentos. É a linha de fuga. Ela leva a lugares imprevisíveis. Ela se destaca das outras, num fluxo de intensidade, arrastando-as para longe do indicado. Uma linha menos de codificação e mais de transmissão. A linha de fuga não possui território. Ela produz desterritorialização (Deleuze e Parnet, 1998, p.146). Os autores sugerem que é melhor defini-la como experimentação-vida. Logo, para seguir seu itinerário é necessário certo grau de prudência, pois não sabemos para onde ela nos levará. Esse grau de prudência chamamos de procedimento analítico, em que a análise é diferente de interpretar, é uma experimentação. "Eis a força do pensamento deleuziano: injeções de prudência nas efetuações de nossos experimentos." (LINS, 2008, p. 52)

O conceito de territorialização/desterritorialização/reterritorialização surge na obra de Deleuze e Guattari (1972, 1997) como instrumentos operativos em um projeto político de libertação dos desejos, do pensamento e da produção da subjetividade. A noção de território e de desterritorialização, se enquadram na proposta de pensamento que afasta o dualismo sujeito/objeto. Eles propõem um pensamento rizomático, onde "qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado com qualquer outro, e tem de sê-lo." (Deleuze e Guattari 1997, p. 25). Neste sentido os processos de subjetivação, não partem de um ponto central. Neles não há hierarquização. Eles funcionam por encontros, por agenciamentos de possibilidades, delineando um mapa de possibilidades, uma cartografia dos agenciamentos.

Portanto, a cartografia é procedimento de traçar um plano com essas linhas, de mostrar para onde as linhas de forças estão nos levando, quais territórios estas linhas fazem emergir, como elas desmancham as configurações destes territórios, como elas produzem ciclos de intensidades, abalos sísmicos, platôs. Na cartografia só há linhas e tendências transitórias, visto que os territórios estão sempre em movimento, sempre se modificando, num contínuo processo de territorialização-desterritorialização-reterritorialização.

As linhas sinalizam caminhos. São os circuitos do território. O cartógrafo registra essas linhas à medida que percorre um território, se aventura por novos

caminhos, segue seus declives e seus acidentes. Ele está engajado na construção de novos territórios, na criação de novos caminhos, pois analisa como as linhas de fuga desmancham os contornos dos territórios e criam novas entradas e saídas. Porém, sua implicação envolve em criar suportes de passagem para territórios mais potentes (Rolnik, 2006). Envolvido em sua saudável prudência, ele busca traçar com a linha de fuga um caminho comum, onde mais pessoas possam transitar. Sua prática de análise implica uma postura ética de afirmar a expansão da vida, a potência do desejo, seus movimentos multiplicadores de conexões.

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

Ao cartografar as práticas do CAPS buscou-se evidenciar as linhas de força que marcam suas tendências e possibilidades de atuação. Os operadores conceituais emergiram, ora de referências bibliográficas, ora de documentos, ora de entrevistas programadas, ora de conversas informais, ora de passeios pela cidade para conhecer as conjunções dessas linhas, o modo como elas traçam um plano de imanência da desinstitucionalização da loucura, colocando-a sempre em processo.

### **Percorso cartográfico**

Chegar ao CAPS foi fácil. Depois de uma caminhada pela BR que corta o litoral, seguimos para um pequeno vilarejo. De longe, avistamos a Unidade de Saúde. Ao nos aproximarmos dela, somos informados que o CAPS está a 200 metros, na parte alta do bairro.

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

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

Ao chegar ao CAPS, fomos recebidos pela coordenadora. Ela estava no balcão da farmácia. Nesse momento a coordenadora atendia duas moças que buscavam os remédios de seus familiares e nos pediu para aguardar um pouco. Eram onze horas da manhã. As atividades matutinas haviam terminado. Ocorria a

troca de turno. Uma das trabalhadoras de saúde mental estava chegando, enquanto outra se preparava para ir embora. Uma delas se aproximou. Logo, afirmamos nossa postura ética de estar no CAPS como aliados, para pensarmos em como construir práticas que possam potencializar nossas vidas, pois sabemos que trabalhar com saúde mental é um enorme desafio para todos. Ela se despede, nos convidando para participar das atividades que realiza. Agradecemos o convite e confirmamos nossa presença para o dia seguinte.

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

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

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

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

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

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

Podemos acompanhar que existe uma grande demanda de atenção psicossocial no município. Maior que a capacidade do CAPS para oferecer o serviço de qualidade ao qual se propõe. O modo de lidar com isso foi definir como critério de atendimento a posse do encaminhamento da Unidade de Saúde do bairro de residência, com o diagnóstico de transtorno mental severo e persistente. Convém lembrar que este critério é legitimado pela Norma Operacional que institui os procedimentos do CAPS, direcionando-o para atender pessoas com transtorno mental severo e persistente. As outras demandas são encaminhadas para a Unidade de Saúde que fica a 200 m do CAPS, onde há uma equipe de saúde mental para atender os casos de transtornos mentais leves e moderados.

Assim, o Programa de Saúde Mental do município está construindo uma rede territorial de serviços de saúde, no qual o CAPS é a referência de alta complexidade em saúde mental, pois conforme a **Portaria MS nº 336/02**, “ compete ao CAPS responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”. (BRASIL, 2002)

Contudo, a análise dos critérios de acesso às atividades do CAPS revela no agenciamento de linhas de força que produz a formação contemporânea das práticas sociais sobre a loucura, a existência de uma linha de codificação que opera a caracterização da loucura como transtorno mental severo e persistente, ao regulamentar o funcionamento do CAPS em sua três modalidades, CAPS I, II e III “§ 1º... e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial.”(BRASIL, 2002)

Este fator de definição do quadro clínico assistido pelos CAPS – instituindo a severidade e a persistência do transtorno – também revela os paradoxos enfrentados nos serviços públicos de saúde: definir critérios de demandas para o atendimento, garantir o cuidado das múltiplas demandas e a construção de uma rede de cuidados com a vida para promover a integralidade da atenção à saúde.

Como lidar com esse paradoxo: atender às demandas espontâneas e manter a funcionalidade do serviço? Talvez uma pista seja ampliar ainda mais o que se entende por práticas de cuidado e de atenção psicossocial.

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

UNI/UNESP, Vol. 13, Supl 1, 2009)

### **Plano de imanência da Reforma Psiquiátrica**

Ora, a Reforma Psiquiátrica reivindica a desinstitucionalização da loucura questionando os discursos, práticas e saberes que relacionam a loucura à doença mental. Porém, o surgimento de um dispositivo denominado de transtorno mental severo e persistente, dentro do próprio processo da Reforma Psiquiátrica, demonstra que nesse movimento há uma multiplicidade de linhas de força em jogo.

Dentre as linhas que traçam o plano de imanência da Reforma Psiquiátrica, emerge num primeiro momento, uma linha de fuga que arrasta as práticas de cuidado para agenciamentos coletivos de enunciação, nos quais há movimentos de transformação da percepção social da loucura como doença mental, incurável e perigosa.

Foucault (2006b), nos fez enxergar como a Psiquiatria exerceu a função de intensificação do real, pois fez o saber funcionar como poder. Como ocorreu com a transposição do saber psiquiátrico para o campo judiciário na caracterização da loucura como doença mental, e do louco enquanto personagem representante de periculosidade e risco social e o manicômio como espaço de tratamento.

Entretanto, no próprio processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, com os modos substitutivos de atenção psicossocial, essa linha que leva as práticas psiquiátricas para fora dos muros do manicômio foi codificada por uma linha clínico-biomédica que direciona a atenção para os sinais do corpo, classificando-os em sintomas, que produz o transtorno mental severo e persistente, que gera segmentaridades binárias mental/corporal, severo/moderado, persistente/leve - a linha da clínica biomédica - sobrecodificada pelas normas operacionais do Ministério da Saúde que direcionam os serviços do CAPS para o atendimento de pessoas com transtorno mental severo e persistente. “§ 1º... e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial.”(BRASIL, 2002)

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

Portanto, nesta pequena cartografia foi possível registrar uma multiplicidade de linhas de força que

atravessam o CAPS. Elas nunca estão sozinhas. Elas andam sempre juntas, num agenciamento que uma arrasta as outras, modificando todo o arranjo de produção. O desafio foi conhecer como cada linha opera como uma linha se desloca da outra, e acompanhar uma linha de fuga que passa entre os segmentos, produzindo um novo agenciamento.

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

Visto que a Reforma Psiquiátrica e a própria desinstitucionalização da loucura envolve um processo de institucionalização dos modos de atenção psicossocial, preferimos abordá-las em sua multiplicidade de linhas e tendências ao fazer uma Cartografia das práticas do CAPS.

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

### **Linhas de fuga inscritas no território**

Em conversa com os usuários do CAPS, eles dizem que em outros anos, a Semana Nacional da Luta Anti-Manicomial era marcada por uma intensa mobilização dos trabalhadores, usuários e familiares pela cidade. Eles saíam às ruas, iam à agência de televisão local, nas rádios, faziam passeatas, participavam do Fórum Estadual de Saúde Mental, enfim, eles ampliaram o alcance da atuação por todo o território, sensibilizando a cidade sobre a importância da desinstitucionalização da loucura.

Propomos, então, uma oficina de imagem no

CAPS com a equipe do Ponto de Cultura, que realiza atividades na comunidade. Os Pontos de Cultura são dispositivos que compõem a política pública federal denominada de “Cultura Viva”. A Política Nacional de Cultura Viva foi criada pelo Ministério da Cultura para garantir a ampliação do acesso da população aos meios de produção, circulação cultural, e em parceria com governos estaduais e municipais e por outras instituições, como escolas e universidades. Atualmente, atende iniciativas dos mais diversos segmentos da cultura: cultura de base comunitária, com ampla incidência no segmento da juventude, Pontos de Cultura Indígenas, Quilombolas, de Matriz Africana, a produção cultural urbana, a cultura popular, abrangendo todos os tipos de linguagem artística e cultural. (BRASIL, 2014)

Inicialmente, perguntamos que imagens as pessoas que frequentam o CAPS gostariam de registrar e quais mensagens elas gostariam de passar à sociedade. Falamos, também, que esta oficina visava produzir materiais de mídia para serem veiculados na televisão local e no cinema ao ar livre em uma praça pública da cidade. Em uma dessas conversas emergiram falas interessantíssimas, como: “eu gostaria de fotografar nossos passeios.” “Por que a gente não faz mais passeios?” “Eu queria mostrar que eu tenho família, que eu trabalho vendendo coxinha na praia, que sou capaz de trabalhar, de cuidar de meus filhos.”

Levamos a máquina fotográfica e a filmadora ao CAPS para que as pessoas experimentassem este processo de expressão através das imagens: imagem/movimento e imagem/som; e com isso embarcassem no processo de produção de suas singularidades em conexão com as máquinas sociais contemporâneas. As filmagens e fotografias foram realizadas na circulação do grupo pela cidade, como eles queriam, dentro do coletivo e nas ruas.

No entanto, realizamos apenas dois encontros. Esta atividade não prosseguiu. As pessoas que estavam envolvidas com ela não conseguiram se manter no município. Uns se mudaram, outros não tiveram seus contratos renovados.

Apesar de tudo, esta experiência, o contato com as pessoas que frequentam o CAPS, suas falas e suas histórias, e a política pública denominada de “Cultura Viva” instituída nos Pontos de Cultura, nos fez ver como a atuação territorial se configura como uma estratégia fundamental para esse processo de desinstitucionalização da loucura, dado que permite colocar em agenciamento novos elementos, novas forças e, assim, produzir eixos de coordenadas que possam ampliar o alcance desse movimento.

Articular-se com os Pontos de Cultura, com grupos que realizam atividades culturais na cidade é uma ótima iniciativa para delinear essa potente linha de atuação territorial. Nas manifestações culturais/artísticas, existe um espaço maior de liberdade; a cidade se torna um espaço mais democrático, um

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

Assim, seria interessante que na atuação territorial do CAPS houvesse a possibilidade de acompanhar as manifestações culturais, os componentes coletivos postos em jogo e os universos de referência de uma pessoa, de um grupo, de um bairro, de uma cidade, enfim, seria interessante uma análise que ultrapassasse o indivíduo e volta-se para estes componentes coletivos, mais humanos que individualizantes. Ao dar visibilidade ao agenciamento desses componentes, o que eles mobilizam, o que eles colocam em funcionamento, é possível utilizá-los para disparar processos de construção de territórios de vida mais potentes.

Visto que no município existe um número elevado de imigrantes de outras regiões do país, principalmente Bahia e Minas Gerais, e que muitos buscam os serviços do CAPS, a atenção psicossocial poderia ser construída utilizando, também, os componentes culturais e regionais dessa gente. Utilizar os componentes culturais de uma culinária e seus pratos típicos regionais, para compor as refeições realizadas no CAPS. As aulas de artesanato poderiam trabalhar com materiais regionais para disparar processos de territorialização, valorizando as histórias de vida, as misturas culturais, e assim, ser suporte do processo de produção de singularidades, compondo, assim, uma potência híbrida e antropofágica de diferenciações, típica deste país tropical.

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

### Conclusão

Este trabalho, que envolve uma cartografia das práticas de atenção psicossocial, evidencia como existem linhas e tendências de atuação, relações de forças, estratégias e modos de agenciá-las, ou seja, modos de subjetivação, sempre provisórios. Logo, preferimos demonstrar os resultados da pesquisa como tendências, mais do que verdades prontas e definitivas, pois não se sabe de antemão, quais linhas de forças vão entrar em jogo, qual linha de força vai arrastar as demais, nem o que vai bloqueá-la.

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

O modo de lidar com esta multiplicidade de linhas será decisivo para todos que estão implicados nesse amplo movimento pela desinstitucionalização da loucura. Portanto, devemos analisar nossas práticas, refletindo para onde estamos indo e como estamos indo, enfim, o que estamos produzindo. Isto envolve uma postura ética, em que é necessário se perguntar: com quais linhas vamos compor nossos discursos e práticas? Com quais linhas de força vamos construir o destino do CAPS? Quais linhas de atuação vamos traçar? Como vamos agenciá-las? Quais lutas essas linhas de forças vão travar? Lutas que não param de ocorrer em nós mesmos!

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P (Coord.) Loucos pela vida. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.
- \_\_\_\_\_. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- \_\_\_\_\_. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: QUINET, A. (org.). Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- \_\_\_\_\_. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: SCLiar, M.; et. al. (org.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.
- BARROS, D.D; NICÁCIO, F. & AMARANTE, P. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. IN: Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2, Ed. NAU, Rio de Janeiro, 2005. p. 195-214.
- \_\_\_\_\_. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2, Ed. NAU, Rio de Janeiro, 2005, p. 113-142.
- BRASIL. Portaria GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASL. LEI Nº 13.018, DE 22 DE JULHO DE 2014. Acesso: <http://www.cultura.gov.br/cultura-viva1>
- DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson flor do Nascimento. Acesso em <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/deleuze-gilles/o-que-e-um-dispositivo>.
- DELEUZE, G. E GUATTARRI, F. O Anti-Édipo — Capitalismo e Esquizofrenia Trad. Joana M. Varela e Manuel M. Carrilho. Assirio & Alvim: Lisboa, Portugal, 1972.
- DELEUZE, G. E GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 4. Trad. Suely Rolnik. São Paulo: Ed.34, 1997
- DELEUZE, G.; PARNET, C. Diálogos. São Paulo: Escuta, 1998, p. 93 – 170.
- DELL’ACQUA, G. & MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P. (Org.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau. p. 161-194. 2005.
- FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Roberto Machado (org.), Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979/2007, p. 243 – 276.
- \_\_\_\_\_. O nascimento da clínica, Rio de Janeiro, Ed. Forense, 2006a.
- \_\_\_\_\_. O poder psiquiátrico, São Paulo, Ed. Martins fontes, 2006b.
- \_\_\_\_\_. LINS, D. A alegria como força revolucionária In: FURTADO, B; LINS, D. (Org.) Fazendo rizoma: pensamentos contemporâneo. São Paulo, Hedra, 2008, p. 45 – 57.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: Cartografias do desejo. 7ª Ed. rev. Petrópolis: Vozes, 2005.
- MACHADO, L. A. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida in: Interface – Comunicação, Saúde, Educação (UNI/UNESP), São Paulo, Vol. 13, Supl. 1, 2009.
- ROLNIK, S. Cartografias sentimentais: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre, Ed. Sulinas, 2006.
- UNESCO. 33ª Conferência Geral da Unesco. Convenção sobre a proteção e promoção da diversidade das expressões culturais. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001497/149742POR.pdf>>. Acesso em 05 de maio de 2008.

Recebido: 05/08/2013  
Última revisão: 18/06/2015  
Aceite final: 25/06/2015



Sobre os autores

**Maria Cristina Campelo Lavrador** - Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo.

**Wallace de Lima Ribeiro** - Mestre em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo.