

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

Os itinerários terapêuticos de usuários de Centros de Atenção  
Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i)  
do município de São Paulo

RODRIGO PINTO PACHECO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil.  
Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis



São Paulo  
2009

É expressamente proibido a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço às mães dos usuários do CAPSi da Lapa e do CAPS Juventude de Santo Amaro que puderam me receber e dedicar parte de seu tempo para a realização das entrevistas. Pude perceber um pouco de suas dificuldades e sei o quanto as horas lhes são preciosas. Junto delas, agradeço também aos coordenadores de ambos os CAPS, Cristiana e Rafael, respectivamente, pois sem a concessão deles o trabalho não seria possível. A todos vocês, meus profundos agradecimentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis, coordenador do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC), psicanalista e companheiro de consultório. A minha inserção nesta Faculdade e no Laboratório se devem a você, que pôde me acolher e permitir que a minha vida enquanto profissional da saúde pública pudesse se iniciar, confluindo-se em diversos aspectos. O meu trabalho com as comunidades já existia, mas pôde tomar novos rumos a partir daí, integrando desejos que até então ainda estavam esparsos e confusos para mim.

Aos funcionários do Departamento de Aprimoramento, especialmente à Vânia e à Renilda, que sempre me receberam muito bem e sempre estiveram extremamente disponíveis aos meus pedidos.

À Silvia Teresa Collakis, amor da minha vida e companheira para qualquer hora. Sua beleza e presença em minha vida puderam me revitalizar nos momentos mais difíceis e trabalhosos. Estar com você é realmente um presente. Sem contar sua disponibilidade, alegria e extrema competência na revisão do meu texto. Sua facilidade com as letras é admirável.

À minha mãe, mulher especial e incrivelmente linda. Quanto mais passa o tempo, mais posso perceber o quanto você está interiorizada dentro de mim, me

servindo de referência até em momentos que não percebia. É impressionante a admiração que você causa a todos.

Ao meu pai, com quem compartilho inúmeras coisas. Sinto que, aos poucos, um novo relacionamento cresce entre nós, o que é de extrema importância para mim. Sua disciplina e coerência com seus desejos são raros.

Aos meus avós, Elza e Raul, presentes em todos os momentos de minha vida, mesmo nos últimos tempos, quando a distância física tentou nos separar. Devo o que sou a vocês. O gosto pelos estudos e leitura também se tornou referência para mim e a todos da família graças a vocês. A garra e competência profissional estão no meu horizonte pelo espelho que ambos servem para mim.

À Ana Laura, a quem aprendi a admirar, não apenas profissionalmente, pois neste chão nunca houve contestação, mas também de um outro lugar.

Ao meu irmão e a todos os meus primos, com quem muitas risadas foram dadas e momentos descontraídos pude passar, desde a tenra infância.

À minha família de Piracicaba, de onde a leveza da vida não poderia se tornar a mim mais clara.

Aos meus amigos, em especial a dois novos irmãos, Felipe e Bilé, com os quais convivi por mais de ano debaixo do mesmo teto. Os momentos lá vividos nunca serão esquecidos.

Ao Felipe Lessa e à Fabíola Zioni, por toda atenção e disponibilidade neste processo.

A todos os membros do LASAMEC, pois este trabalho faz parte de algo maior.

Pacheco, RP. Os itinerários terapêuticos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

O presente estudo teve por objetivo investigar os itinerários terapêuticos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi) do município de São Paulo. Os CAPSi são serviços da rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Oferecem atendimentos interdisciplinares e comunitários às crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Para a investigação, foi realizada uma pesquisa qualitativa composta de 8 (oito) entrevistas qualitativas semi-dirigidas com os chamados cuidadores informais destes usuários. Em todos os casos, estes cuidadores informais foram as mães dos usuários. O referencial teórico adotado foi fundamentalmente a obra de Milton Santos, embora tenham sido feitas articulações com a concepção psicanalítica de sujeito. A técnica de tratamento dos dados foi a análise de conteúdo. Os entrevistados abordaram: a) a descoberta do problema com a saúde mental da criança e o início do itinerário, enfatizando os sintomas que chamaram à atenção para um problema com a saúde mental da criança e o momento entre estes sintomas e os primeiros passos do itinerário; b) os encaminhamentos e caminhadas na busca por profissionais e serviços, ressaltando-se o modelo biomédico, as distintas especialidades e os excessivos deslocamentos e dificuldades nesta busca; c) as relações entre as mães (cuidadores informais), as crianças e os serviços, destacando-se a incondicionalidade do amor materno e, simultaneamente, a angústia e solidão dessas mães na procura pelos distintos tratamentos; e d) a chegada ao CAPSi e, a partir daí, a mudança da lógica pela qual vinham sendo desenhados os itinerários até então. Através da análise das entrevistas articulada à bibliografia de referência, pôde-se perceber que as dificuldades e barreiras encontradas na busca pelos cuidados e tratamentos em saúde mental se referiram a diversos fatores: grande valorização das especialidades profissionais na procura por tratamento; prestadores de serviços muito especializados e com dificuldades de lidarem com a integralidade em saúde e de maneira articulada com a rede e com outros profissionais, “encaminhando-se” os pacientes de profissional a profissional; barreira cultural e de linguagem entre usuários e servidores, criando-se uma distância na comunicação; poucos profissionais na rede pública frente à demanda, criando-se enormes filas de espera; grande dependência dos usuários ao SUS, ainda em fase de desenvolvimento; distanciamento entre periferia e grande parte dos recursos utilizados; insuficiência e alto custo do transporte público; condição estrutural precária das famílias, tanto pelo nível sócio econômico quanto por características psíquicas e emocionais específicas às famílias e usuários que demonstram problemas relacionados à saúde mental; supervalorização dos níveis superiores de atenção à saúde, em especial à atenção secundária e especializada.

Palavras-chaves: itinerários terapêuticos; saúde mental; território; acessibilidade

Pacheco, RP. The therapeutic routes of users of psychosocial care centers for children and adolescents (CAPS-i) in the city of São Paulo [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

The aim of this study was to investigate therapeutic routes of the users of psychosocial care centers for children and adolescents (CAPS-i) in the city of São Paulo. CAPS-I is one of the mental health facilities offered by the Brazilian public health system (SUS). This service provides care by different clinicians and it is open to the community, in order to treat children and adolescents with important mental disorders. In order to investigate therapeutic routes in CAPS-I, a qualitative research was conducted consisting of 8 (eight) semi-directed interviews with the so called informal caretakers of the users. All the interviews revealed that the mothers were the informal caretakers. The theory adopted in this study was that of Milton Santos, though it was linked up to the psychoanalytic conception of the subject. The data were analyzed through the discourse analyses technique. The interviewees talked about the following points: a) the discovery of the children's mental disorder and the beginning of the route, emphasizing the symptoms that first caught attention for a mental health disorder and the gap between these symptoms and the first steps towards the route; b) the guiding possibilities and the seek for professionals and services, standing out the biomedical model, the distinct specialties and the extreme displacements and difficulties in this search; c) the relations between the mothers (informal caretakers), the children and the services, being distinguished the maternal love which never ceases, and, simultaneously, the anguish and solitude of these mothers in the search for distinct treatments; and d) the arrival to the CAPSi and, from there, the change of the logic for which they had been drawing the itineraries until then. Through the analysis of the interviews articulated to the reference bibliography, it could be perceived that the difficulties and barriers found in the search for the cares and treatments in mental health were related to diverse factors: great valuation of the professional specialties in the search for treatment; health professionals very specialized and with difficulties to deal with the completeness in health and in articulated way with the net and other professionals, "directing" the patients from professional to professional; cultural and language barrier between users and servers, creating a distance in the communication; few professionals in the public net against its huge demand, culminating in a long time of waiting for consults; great dependence of the users to the SUS, still in development phase; the distance between periphery and great part of the used resources; insufficiency and high cost of the public transport; precarious structural condition of the families, as much as for the level of social economic as for the specific psychic and emotional characteristics of the families and users who demonstrate problems related to the mental health; supervaluation of the superior levels of health attention, specially to the secondary and specialized attention.

## ÍNDICE

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
1. 1. SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	5
1. 2. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIS (CAPSi) NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E O MODELO PSICOSSOCIAL.....	12
1. 3. O “LUGAR DO TERRITÓRIO” DENTRO DO TERRITÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA.....	20
1. 4. ACESSIBILIDADE.....	54
1. 5. OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E AS REDES SOCIAIS.....	60
<b>2. RECURSOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>75</b>
2. 1. MÉTODO, ABORDAGEM E CONCEPÇÃO DE SUJEITO.....	75
2. 2. TÉCNICA DE TRATAMENTO DOS DADOS.....	81
<b>3. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>83</b>
3. 1. A DESCOBERTA DO PROBLEMA COM A SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E O INÍCIO DO ITINERÁRIO.....	89
3. 2. APÓS O PRIMEIRO IMPACTO COM O PROBLEMA, ENCAMINHAR É PRECISO.....	100
3. 3. A RELAÇÃO ENTRE A MÃE, A CRIANÇA E A INSTITUIÇÃO.....	122
3. 4. A CHEGADA AO CAPSi: O FIM DO ITINERÁRIO?.....	146
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>152</b>
4. 1. SOBRE OS ENCAMINHAMENTOS E AS ESPECIALIDADES.....	152

4. 2. OS ITINERÁRIOS E AS MÃES: AS DIFICULDADES, DÚVIDAS E CONTRADIÇÕES APRESENTADAS NAS FALAS.....	156
4. 3. INFORMAÇÃO X COMUNICAÇÃO: OS ITINERANTES E OS SERVIDORES.....	160
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>164</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>169</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>174</b>
1. Roteiro de entrevistas.....	175
2. Currículo do pesquisador.....	177
3. Currículo do orientador.....	178



## APRESENTAÇÃO

Com os primeiros debates e transformações propiciados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental vêm se tornando, cada vez mais, objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde e outros órgãos responsáveis. Entende-se que somente uma rede articulada, com potencial de construção coletiva de soluções, pode ser capaz de dar conta da complexidade das demandas e de garantir resolutividade e promoção de autonomia e cidadania aos pacientes com transtornos mentais. Complexa, diversificada e de base territorial, a rede de saúde mental deve constituir-se como conjunto de referências para os usuários dos serviços (MS; 2003-2006). Dentre todos os serviços que compõem a rede, entretanto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) parecem ocupar um lugar de destaque neste início de século.

O primeiro CAPS criado no Brasil foi o Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, em 1986. Sua criação fez parte de um importante movimento social iniciado pelos trabalhadores de saúde mental que lutavam pela melhoria da assistência na área e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos (MS; 2004).

Nos diversos municípios em que vêm sendo implantados, os CAPS têm se consolidado como dispositivos eficazes na diminuição das internações e na mudança do modelo assistencial. Considerados estratégicos para organização e ordenação da rede de atenção à saúde mental em um determinado território<sup>1</sup>, a expansão destes serviços tem sido fundamental para a mudança de cenário e para a implantação de uma rede pública e articulada de serviços.

---

<sup>1</sup>Entende-se que a compreensão da noção de *território* é pré-requisito para um melhor desenvolvimento desta pesquisa. Por isso, optou-se por incluí-la como um dos capítulos.

O trabalho, porém, ainda está longe de ser considerado o ideal. Atualmente, encontramos-nos em um período de transição para uma mudança de estrutura. Após o período de implantação do novo modelo, as dificuldades ainda permanecem. Expandir e melhorar a qualidade dos serviços prestados nos CAPS; delimitar a atuação de cada componente da rede e fiscalizá-los; qualificar melhor os profissionais de saúde mental; discutir questões estruturais relativas à própria gestão das políticas de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS); afinar a relação entre demanda e oferta de serviços e cuidados da rede são algumas das metas que se almeja.

Assim, definir políticas e diretrizes para os diversos elementos componentes da rede em saúde mental não é tarefa fácil. Antes, torna-se necessário uma maior compreensão da necessidade da população alvo em relação aos cuidados e serviços e como estes últimos respondem a tais demandas.

Dentro desse amplo e complexo contexto, entende-se que a questão da acessibilidade da população em relação aos equipamentos e cuidados em saúde mental é um ponto central. O problema de pesquisa do presente estudo centra-se exatamente na determinação das rotas, ou “caminhos”, de pacientes que chegaram e estão sendo atendidos em um tipo específico de serviço, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). A intenção é poder reconhecer – através de entrevistas com os “cuidadores informais” (geralmente familiares) ou responsáveis por estes pacientes infantis – quais são os determinantes desta trajetória. Deve-se traçar e identificar quais são e como se dão as rotas de acesso (objeto de estudo) da população que chega ao serviço. Algumas perguntas orientam a busca desta pesquisa (vide também roteiro de entrevista): Como chegaram ao CAPSi? Quais os percalços, o que os influenciou, como foram superados na busca pelo serviço? A tipologia diagnóstica incide diretamente sobre a “peregrinação” dos pacientes em busca dos serviços? Quais os serviços e outros

tipos de assistência procurados neste percurso e suas características? Quais as crenças e desejos relacionados a estas escolhas? Espera-se que estas e outras perguntas, sobre o objeto de estudo, sejam respondidas com a pesquisa.

TRAVASSOS (2004) indica variáveis que afetam a utilização de serviços em saúde pela população sendo, portanto, determinantes da própria acessibilidade. São elas características relacionadas a: *os prestadores de serviços; a organização do serviço; a política; a necessidade de saúde; os usuários*<sup>2</sup>. Entretanto, apesar de a pesquisa atual buscar estabelecer uma articulação entre estas variáveis, focar-se-á a partir do ponto de vista dos usuários. São os “cuidadores informais” – portanto também itinerantes e sujeitos ativos e responsáveis pela escolha do itinerário – que irão descrever como estes e outros fatores acabaram por resultar na trajetória efetuada por eles próprios até a chegada ao CAPSi.

Esta é uma pesquisa, portanto, sobre itinerários terapêuticos – outro nome dado ao objeto de estudo – definido como a busca de cuidados terapêuticos, no caso, por cuidados em saúde mental (GERHARDT; 2006). O que também se busca aqui é compreender os processos de escolhas que desenham os itinerários terapêuticos.

Como explicitado mais adiante, a intenção não é apenas descrever os caminhos seguidos pelos itinerantes no que se refere à mera utilização dos serviços. Apesar desta pesquisa se referenciar aos pacientes que chegam a 2 (dois) CAPSi do município de São Paulo, o que se entende aqui por “terapêutica” é a busca por qualquer forma de tratamento, inclusive aqueles que possam ser exteriores aos setores biomédicos de enfrentamento de um problema de saúde, os chamados tratamentos alternativos ou não tradicionais. Esses itinerários podem perpassar por diversas interações que não estão

---

<sup>2</sup>Os fatores relacionados a esses determinantes estão mais bem caracterizados em capítulo posterior sobre “acessibilidade”.

unicamente relacionadas aos serviços de saúde ditos, antes ou simultaneamente à chegada a estes últimos.

Nota-se também que entrevistar os cuidadores dos 2 (dois) CAPS escolhidos – CAPSi Lapa e CAPS Juventude Santo Amaro – que possuem características diferentes permite coletar dados que podem ser trabalhados de um modo que seja possível destacar certos pontos. Parte-se da hipótese de que equipamentos situados em regiões centrais e outros situados em regiões periféricas podem demonstrar resultados diferentes em relação aos itinerários de seus pacientes, com seus respectivos territórios demonstrando redes sociais específicas.

É também importante frisar a escolha pela abordagem de Milton Santos – importante geógrafo conhecido mundialmente por suas articulações nos diversos campos de interlocução da geografia com as demais ciências humanas – para compreender e analisar as informações obtidas com a coleta de dados. O referencial psicanalítico também fundamenta a pesquisa enquanto concepção de sujeito adotada e é base para a análise do material coletado.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

“Reforma” e “Psiquiatria” são expressões que andam juntas desde o nascimento da própria psiquiatria (TENÓRIO, 2001; 2002). Foi durante a Revolução Francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais em que os loucos e outros marginalizados da sociedade se encontravam recolhidos.

Até o Renascimento, entretanto, nada de hospital ou de prisão para os loucos, que viviam soltos como errantes. Frequentemente vagando pelos campos quando expulsos das cidades, eram, muitas vezes, entregues aos comerciantes ou navegantes (FOUCAULT, 2004; MACHADO, 1988). A loucura era mostrada por muitos artistas da época como uma experiência fundamental, que traria à tona aquilo de mais essencial e secreto da natureza humana. De algum modo, até este momento a loucura era tida como um saber. Saber difícil, trágico, fechado, esotérico, que predizia o fim do mundo, a felicidade, o castigo. A loucura, enquanto experiência trágica, era vista como fundamentada na realidade. O que seria desvelado no delírio do louco já existia como verdade – inacessível e secreta para outros.

Por outro lado, uma nova consciência crítica tiraria da loucura essa sua “função” de saber. Sob este novo olhar, ela tornou-se ignorância, punição, desmoralização do saber. Ao contrário de significar uma relação tão profunda com o mundo que seria capaz de descobrir e revelar suas verdades mais secretas, a loucura passou a ser vista, então, como imposição de uma nova ordem subjetiva, um apego exacerbado à individualidade que se afastaria da ordem do mundo e a tornaria o outro lado da sociedade, da verdade, da razão. A loucura tornou-se, assim, o negativo da razão. Tendo

a razão enquanto juiz, tornou-se uma das formas, uma das forças da razão. Realidade não mais exterior, mas interior, a serviço da razão. Como enfatiza TENÓRIO (1988), “(...) a verdade de uma – loucura – é enunciar a verdade da outra.” (TENÓRIO, 1988, p. 60). Iniciou-se, assim, um processo de dominação da loucura pela razão, que foi decisivo para o estatuto que a loucura adquiriu na cultura ocidental.

Nesta época Clássica, porém, nem as instituições que recebiam loucos, os critérios de internação ou a designação de alguém como louco e sua conseqüente exclusão da sociedade dependiam ainda de uma ciência médica, mas principalmente de uma “percepção” do indivíduo como ser social. Esta “percepção social”, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade (polícia, família, justiça, Igreja), a partir de critérios que diziam respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade<sup>3</sup> (MACHADO, 1988).

É, principalmente, a partir da segunda metade do século XVIII que a teoria da medicina clássica, enquanto um saber que é poder, passa a permear mais enfaticamente os discursos sobre a concepção de loucura da época. A este novo tipo de reclusão e isolamento solitário do louco, somam-se as idéias de sua incapacidade para o trabalho e de uma impossibilidade de assistência a domicílio. Este novo tipo de reclusão passa a ter em si mesmo uma significação curativa. Em *História da Loucura*, FOUCAULT (2004) mostra de que modo o louco foi relacionado, neste momento, com o novo espaço de reclusão, com os seus guardiões e com a questão do crime no tribunal; três estruturas que vão constituir a loucura como interioridade psicológica através de um processo que a medicaliza, objetiva e inocenta. Contemporaneamente ao trabalho de fundação racional da subjetividade – do estabelecimento de uma hegemonia da razão na constituição do sujeito – ocorria o processo de exclusão social do louco pela chamada

---

<sup>3</sup>Vale lembrar, desde já, que a psiquiatria pretenderá abolir a distância entre percepção e conhecimento, transformando a percepção social em percepção médica.

“grande internação” (TENÓRIO, 1988). Desde o mercantilismo, os “incapazes” (órfãos, libertinos, aleijados) para a produção, o comércio e o consumo, dentre eles o louco, vinham sendo encarcerados. Ou seja, no plano das idéias o sujeito era associado à razão; no plano das práticas sociais o louco era encarcerado. Assim, o louco, desprovido de razão, era visto pelo novo referencial como incapaz de discernimento quanto ao contrato social. Uma inadequação que, teoricamente, não deveria ser mais punida, mas tratada. Isto acabou imprimindo às casas de reclusão um sentido terapêutico, resultando no modelo de tratamento dos hospitais psiquiátricos dos séculos XIX e XX<sup>4</sup>.

O modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, entretanto, acabou por evidenciar seus pontos de fragilidade e seus movimentos de ataque e resistência. Revelando as relações de poder e saber dentro do dispositivo psiquiátrico, FOUCAULT (2006) mostra o surgimento de um contra-poder em seu interior. Um destes pontos de resistência foi o germe do movimento de “despsiquiatrização”. Em certa medida, ocorreu um deslocamento do poder médico em favor de um saber supostamente mais avançado, com novos pontos de aplicação e abordagens.

As iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, visando fornecer orientação científica aos estabelecimentos especializados. Mas foi essencialmente na virada para o século XX que a reforma passou a se orientar por uma crítica mais contundente à insuficiência do asilo, promovendo uma luta contra e dentro

---

<sup>4</sup>Vale lembrar que, a uma boa parte destas instituições, associavam-se os ideais e práticas da Higiene Mental. Seus primórdios surgiram com a fundação do Comitê Nacional para Higiene Mental nos EUA, em 1909. Com objetivos como promover estudos sobre doença mental, reformular a legislação assistencial e fiscalizar hospitais, a Higiene Mental foi difundida em diversos países e exerceu forte influência até meados do século XX. Práticas disciplinares, corretivas e moralistas guiavam medidas profiláticas e pedagógicas no período da infância, já que, a esta fase, era associada uma maior possibilidade de prevenção. Para tanto, a Higiene Mental teve de atuar com práticas de cuidado – do núcleo familiar às instituições educacionais e assistenciais – propondo intervenções e ações no universo relacional que visavam à boa formação do caráter e da conduta e promovendo uma função social para a psiquiatria, baseada na eugenia. Após a Segunda Grande Guerra e as conseqüentes críticas à Higiene Mental, houve uma modernização de seus conceitos, buscando-se, dentre outras coisas, eliminar seus aspectos estigmatizantes. Dentro desta modernização, o próprio termo *Higiene* foi sendo, paulatinamente, substituído pelo termo *Saúde*, mais de acordo com uma psiquiatria preventiva (TELLES, 2006).

da instituição, pois seria nela que estariam contidos os mecanismos do poder psiquiátrico (TENÓRIO, 2001). Segundo FOUCAULT (2006):

(...) a crítica institucional – hesito dizer “antipsiquiátrica” –, enfim, certa forma de crítica que se desenvolveu a partir dos anos de 1930-1940 partiu, ao contrário, não de um discurso psiquiátrico que se supõe verdadeiro para dele deduzir a necessidade de uma instituição e de um poder médicos, mas sim do fato da instituição, do funcionamento da instituição, da crítica da instituição, para evidenciar, por um lado, a violência do poder médico que nela se exercia e, por outro lado, os efeitos de desconhecimento que perturbavam logo de saída a suposta verdade desse discurso médico. Portanto, podemos dizer que nessa forma de análise partia-se da instituição para denunciar o poder e analisar os efeitos de desconhecimento. (FOUCAULT, 2006, p. 19)<sup>5</sup>

Nas últimas décadas, a noção de *reforma* ganhou uma inflexão diferente. A crítica ao asilo deixou de visar, somente e essencialmente, o seu aperfeiçoamento ou humanização, passando a incidir, então, sobre os pressupostos da psiquiatria, na condenação de seus efeitos de normatização e controle. A reforma passou a se situar não apenas sobre a prática, mas também sobre o pensamento psiquiátrico, em torno de uma determinada relação de poder. O papel do psiquiatra, encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar, começou a ser questionado. A reforma – expressão utilizada, geralmente, como relativa às transformações superficiais, cosméticas, acessórias – buscou, a partir de então, transformações mais estruturais, radicais e de base (AMARANTE, 2001). Na tentativa de dar à loucura uma outra resposta social, um outro lugar social, a reforma psiquiátrica aparece aqui com um questionamento ao próprio objeto – *doença mental* – da psiquiatria clássica.

É nesse contexto de crise que surgiram as novas experiências, as novas psiquiatrias. Deslocando-se do tratamento da doença mental para a promoção da *saúde*

---

<sup>5</sup>A crítica à estrutura asilar, gerada no interior do hospício até atingir a sua periferia, iniciou-se com os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA), Psicoterapia Institucional (França), Psiquiatria Democrática (Itália) e Terapias de Família (AMARANTE, 2001).



*mental* – considerada pelo movimento de reforma como o novo objeto – as psiquiatrias alternativas (PORTOCARRERO, 1990) estenderam-se ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a almejada saúde mental. Procurou-se, a partir daí, realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico vigente – entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes –, disseminando-se uma série de novas teorias, propostas e estratégias. Tal movimento foi o marco para o estabelecimento de uma suposta mudança paradigmática ocorrida no interior da reforma psiquiátrica. Na luta antimanicomial, o dispositivo da alienação foi substituído pelo dispositivo de saúde mental. Mesmo sendo pouco definidas do ponto de vista epistemológico (PORTOCARRERO, 1990), as psiquiatrias alternativas – ou antipsiquiatrias – surgiram na tentativa de suprir uma demanda de solução dos problemas ocorridos na prática assistencial e da necessidade de uma intervenção mais eficaz em relação à população e ao sistema de saúde, considerando-se, dentre outras coisas, a minimização dos custos e uma maior produtividade dos serviços prestados.

Quando surgiu como novo objeto da psiquiatria, a noção de *saúde mental* ainda estava associada a um processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e à clínica em seu sentido mais generoso – heranças dos tempos da Higiene Mental. Já hoje, ocupa um lugar estratégico no discurso da reforma psiquiátrica, essencialmente sob dois aspectos: serve para denotar um afastamento da figura médica da doença que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e permite demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais. Enquanto um novo dispositivo produtor de saber e poder, as “novas psiquiatrias” reúnem em si todo um conjunto teórico e tecnológico que, composto por

uma variedade de disciplinas, institui novos equipamentos e novos programas de intervenção destinados à população<sup>6</sup>.

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que desenrolou-se, mais concretamente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins dos anos de 1970. A crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e, principalmente, a crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, caracterizam seus fundamentos dentro de toda movimentação político-social próprias à conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 2001). A partir da nova concepção de saúde mental, tornou-se necessário organizar uma equipe de trabalhadores que estivessem aptos em relação a suas respectivas funções e ações, formando-se a nova categoria dos trabalhadores de saúde mental. E foi exatamente o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que desempenhou, durante um longo período, o principal papel dentro do movimento da reforma psiquiátrica, tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas.

A reforma psiquiátrica brasileira – assim como em outros países – não chegou, entretanto, a constituir o que se pode chamar de uma “ruptura” com a psiquiatria clássica. Ocorreu um certo deslocamento em relação às justificativas cientificistas tradicionais, mas não se escapou inteiramente de suas determinações (CAYRES, 2006). A mudança seria, assim, mais teórica do que prática. Mesmo tendo como uma de suas marcas distintivas e fundamentais o reclame da cidadania do louco<sup>7</sup>, exaltando-se os direitos do “doente mental” enquanto cidadão, a reforma psiquiátrica brasileira ainda não conseguiu constituir uma rede assistencial em saúde mental eficiente e de acordo com seus próprios princípios. A própria estrutura disposta pelo Sistema Único de Saúde

---

<sup>6</sup>Destacam-se, aqui, equipamentos como: as comunidades terapêuticas; os utilizados pelos programas de intervenção da Psiquiatria Preventiva; e os próprios Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

<sup>7</sup>A importância analítica de localizar a cidadania como valor fundante e organizador desse processo decorre do fato de que a reforma psiquiátrica é, sobretudo, um campo heterogêneo, abarcando a clínica, a política e os âmbitos social, cultural e jurídico, sendo, portanto, obra de atores muito diferentes entre si.

(SUS), com princípios convergentes com os da reforma, ainda integra-se com um modelo assistencial nos moldes do antigo paradigma, com pouco incentivo a novos avanços e iniciativas técnicas.

Apesar de ainda existirem instituições de caráter asilar, percebe-se um gradativo fortalecimento das novas tecnologias de cuidado. Através das psiquiatrias preventiva e comunitária, a nova lógica da atenção psicossocial de cuidado e promoção à saúde mental vem tomando corpo dentro do movimento da reforma psiquiátrica.

## 1. 2. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIS (CAPSi) NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E O MODELO PSICOSSOCIAL

### 1. 2. 1. CAPS e o Modelo da Reforma Psiquiátrica

Com as transformações produzidas pela reforma psiquiátrica, foi estabelecido o novo paradigma da chamada psiquiatria reformada (COSTA-ROSA, 2000). Este paradigma, o modelo psicossocial, sustenta como principais parâmetros: as concepções do seu novo objeto – a saúde mental – e meios de trabalho; as formas de organização do dispositivo institucional e político; as modalidades de relacionamento com a clientela; e os efeitos de suas práticas em termos terapêuticos. Foi sob a égide deste novo ideário que se constituiu no Brasil a gestão da saúde mental no SUS, cuja responsabilidade principal é promover a efetiva substituição do antigo modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária.

Nesse contexto e de acordo com os parâmetros do modelo psicossocial, os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial – surgiram como instituições centralizadoras que têm como obrigação o acolhimento dos pacientes com transtornos mentais<sup>8</sup>. Constituindo a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica, têm como dever oferecer atendimento médico e psicológico a seus pacientes e apoiá-los em suas iniciativas de busca por autonomia (BRASIL, 2004). Sua principal característica é estimular a integração social e cultural dos usuários em um ambiente concreto; espaço da cidade

---

<sup>8</sup>As pessoas atendidas nos CAPS devem ser aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico que lhes impossibilita de viver e realizar seus *projetos de vida* – noção, esta, essencial à compreensão de *itinerários terapêuticos*, objeto de estudo desta pesquisa. São, preferencialmente, pacientes com transtornos mentais severos e/ou persistentes, pessoas com graves comprometimentos psíquicos, incluindo as psicoses, neuroses graves, transtornos relacionados às substâncias psicoativas e também aqueles relacionados às crianças e adolescentes.

onde se desenvolve sua vida cotidiana e de seus familiares, designado como seu *território*. E é partindo-se desta noção de *território* que se busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e às suas famílias e interessados. Aliás, rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel dos CAPS. Enquanto dispositivos estratégicos da reforma psiquiátrica, devem atuar no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital em direção à comunidade, de acordo com os critérios de inclusão social.

Para constituir a rede de atenção à saúde mental, “(...) todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc), econômicos (dinheiro, previdência etc), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (...)” (BRASIL, 2004). Dentro disto, os CAPS devem situar-se enquanto dispositivos articulados à rede de serviços de saúde<sup>9</sup>, necessitando, constantemente, de outras redes sociais – ou seja, de uma intersetorialidade – para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais. Porém, dentre toda a complexidade e resistência que caracterizam os nós que compõe a rede, os CAPS devem assumir um lugar de destaque e liderança. Não uma liderança hierarquizada nos moldes daquela sobre a qual recai a crítica da *genealogia* de FOUCAULT (2006), que denotaria um caráter de “chefia” e outros dispositivos de poder, mas uma liderança referente à noção de *território* aqui concebida – enquanto território dinâmico, com vários equipamentos, serviços e agentes. Assumindo o papel de ordenador no tecimento das

---

<sup>9</sup>A rede básica de saúde parece ocupar um lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de entendimento e de relação com os transtornos mentais. As unidades de saúde locais e equipes do programa de Estratégia de Saúde da Família são agentes que atuam diretamente com a atenção básica à saúde, seguindo uma certa lógica territorial. Assim, é função essencial dos CAPS – que, para além de agente, é um ordenador do território: conhecer e interagir com as equipes de atenção básica; estabelecer iniciativas conjuntas sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; realizar apoio matricial e supervisão a estas equipes; dentre outras.

redes, os CAPS devem cumprir suas funções na assistência direta e regulação das redes de serviços de saúde e na promoção da saúde na vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes (sociais, sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc). Enquanto organizadores da rede comunitária de cuidados, têm o dever de direcionar localmente as políticas e programas de saúde mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários; dispensando medicamentos; encaminhando e acompanhando usuários; assessorando e dando retaguarda ao trabalho de outros agentes da rede, especialmente das Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Para tanto, os CAPS devem conhecer claramente suas demandas, funções e, fundamentalmente, seu *território*, enquanto um lugar que produz sentidos, com identidade e cultura local e regional próprias.

A implementação dos CAPS enquanto uma política efetiva de assistência à saúde mental, integrada e convergente com os princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS)<sup>10</sup>, foi adotada oficialmente pelo setor de saúde brasileiro através das Portarias n. 224/1992 e n. 336/2202 (BRASIL, 2004). Vale lembrar que os CAPS têm como objetivo e responsabilidade incorporar o acolhimento de toda a sua área de abrangência<sup>11</sup>, o que não significa, necessariamente, atender no próprio equipamento todos os pacientes que buscam orientação. Enquanto pólo de encaminhamentos de demandas psicossociais de um determinado território, os CAPS têm, sim, a função de se incluírem no encaminhamento, orientando e acompanhando os pacientes nos diversos setores e pontos de articulação que formam as redes sociais de apoio e de serviços, responsabilizando-se pela organização, suporte e supervisão da rede básica nestes

---

<sup>10</sup>O SUS alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações; equidade; descentralização dos recursos; e no controle social exercido pelos Conselhos. Vale lembrar que estes princípios estão estritamente vinculados aos das reformas sanitária e psiquiátrica.

<sup>11</sup>É objetivo secundário desta pesquisa estabelecer uma relação entre a noção de *território* aqui apresentada e a área de abrangência estabelecida para os CAPSi pesquisados.

espaços. Devem se responsabilizar, portanto, pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhando o caso até seu novo destino. Muitas vezes, deve haver, inclusive, um trabalho mais próximo com o serviço para onde o caso foi encaminhado, mesmo posteriormente. Trabalho este que se insere na concepção e na construção da rede.

### 1. 2. 2. Os CAPSi e a Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil no Brasil

No início do século XX, através de uma lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, disseminou-se o discurso hegemônico da época sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana. Sob um ideário de proteção à infância, oficializou-se o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida, na época, pelo Estado: a deficiente social (pobre); a deficiente moral (delinqüente); e a deficiente mental (BRASIL, 2005).

A idéia de “infância moralmente abandonada” (ZUQUIM, 2002) passou a permear o imaginário das pessoas na virada do século XIX para o XX. A criança pobre, carente e abandonada começou a ser vista como uma criança anormal. Seguindo as palavras de CAYRES: “(...) *a criança anormal de ontem será o adolescente delinqüente de hoje e o adulto criminoso do amanhã*” (CAYRES, 2006). Considerada esta anormalidade de origem biológica ou ambiental, o fato é que a delinqüência passou a ser entendida como a loucura moral da infância e medidas profiláticas deveriam ser tomadas o quanto antes.

Dois dos principais resultados desse processo que visava assistir crianças e adolescentes foram a institucionalização do cuidado, no plano mais prático, e a

criminalização da infância pobre, no plano mais ideal<sup>12</sup>. O que se observa é que estes resultados também geraram movimentos opostos aos da assistência, como abandono e exclusão.

Na trama desses processos, onde o deficiente social (pobre) e/ou deficiente moral (delinqüente) eram os objetos dos primeiros movimentos da instituição jurídica da criança menor – datados no Código Penal em 1890 –, passaram “silenciosas”, mas não isentas de suas conseqüências nefastas, muitas crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Sob a classificação estigmatizante e excessivamente genérica de deficiente, também se transformaram em objeto de exclusão (BRASIL, 2005). Através do funcionamento de um sistema de reformatório e de uma ortopedia moral<sup>13</sup>, visava-se o treinamento e disciplina dos chamados deficientes, na busca de adaptá-los e torná-los cidadãos.

Apesar da existência de um movimento histórico em busca de tratamento da criança considerada anormal, notou-se, ainda no início do século XX, um considerável desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado e saúde. Muito se ganhou, nesta época, em relação aos direitos diferenciais na infância, no âmbito normativo-jurídico<sup>14</sup>. Mas com o aumento crescente da urbanização, da criminalidade na infância e dos problemas sociais no país, as questões relativas ao tratamento e ao próprio modo de se conceber a infância e seus problemas mentais ainda seguiam uma lógica adaptativa, higienista e eugenista (ZUQUIM, 2002). No início do século XX no Brasil, ainda não havia, sequer, a crença na existência da loucura na infância.

---

<sup>12</sup>Optou-se, aqui, pelas expressões “mais prático” e “mais ideal” por entender que é difícil separar os dois planos por completo.

<sup>13</sup>A lógica de funcionamento deste sistema permeava as diversas instituições destinadas ao tratamento de crianças e adolescentes, como: o Instituto Disciplinar; pavilhões-asilos; e pavilhões-escolas em manicômios como o Juqueri.

<sup>14</sup>Sobre isto, vale citar a criação de tribunais especiais destinados à infância, em 1924, e um conselho de assistência e proteção aos menores, em 1927.



Na década de 1940, surgiram os primeiros movimentos de constituição da psiquiatria infantil brasileira como uma disciplina mais sólida. Neste início, era intensamente próxima à deficiência mental. Liderada por Lefrève, começou, na década de 1960, a organização de um intenso intercâmbio de conteúdos ao redor do país (ASSUMPÇÃO, 1994).

Surgido no final da década de 1970, o amplo movimento pela redemocratização no país ampliou as condições de possibilidades para que questões mais estruturais e de base pudessem ser superadas. Resultado de um amplo debate pela sociedade brasileira, promulgou-se a Carta Constitucional de 1988. Marco da democracia e dos direitos, afirma a condição cidadã da criança e do adolescente, assegurando-lhes: *“o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação exploração, violência, crueldade e opressão”* (Carta Constitucional, 1988)<sup>15</sup>. Logo após, no ano de 1990, com Lei n. 89.06, ocorreu a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Mas, para que ocorresse uma mudança efetiva, às transformações no âmbito legal deveria somar-se a consolidação de um novo modelo de assistência, de base comunitária e não mais institucionalizante – de acordo com os princípios da reforma e da redemocratização, pelos quais crianças e adolescentes não são mais considerados “deficientes”, mas sujeitos de direito e responsabilidade (BRASIL, 2005). Daí a importância de movimentos influenciados por correntes mais humanistas<sup>16</sup>. As abordagens psicodinâmicas e sociais – orientadas por uma visão mais ampla da “doença

---

<sup>15</sup>Em relação à base normativa e política do atual campo da saúde mental, vale ressaltar: a importância de tentativas de construção de um novo patamar de ações para o cuidado de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, através da realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental; e a criação e instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil.

<sup>16</sup>Dentre aqueles que promoveram importantes contribuições, destacam-se: Haim Grünsbaum, Osvaldo Di Loreto e Amélia Vasconcelos (CAYRES, 2006).

psíquica”, a ponto de questionar a própria utilização do termo<sup>17</sup> – passaram a permear o movimento. As crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais passam a ser compreendidos de acordo com a singularidade de cada sujeito, o que acabou evidenciando uma nova concepção do próprio tratamento, com estratégia multidisciplinar<sup>18</sup>.

A política pública de assistência em saúde mental passou a apontar para a necessidade de destituir do lugar de referência e de modelo de cuidado e assistência as instituições baseadas na ideologia do reparo, de caráter excludente e isolacionista. O trabalho dos serviços de saúde mental infanto-juvenil passou a dever incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos equipamentos e atores – de natureza clínica ou não – que, de alguma forma, estivessem envolvidos na vida das crianças e adolescentes dos quais se tratava de cuidar. A intenção passou a ser a de manter abertos os canais de articulação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica de rede ampliada de atenção. As ações passaram então a se orientar de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, *“nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida”*<sup>19</sup> (BRASIL, 2005, p. 16).

Partindo-se desse modelo psicossocial de atenção à saúde mental, os CAPSi constituem-se em serviços de atenção diária, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos (psicoses, autismos, neuroses graves, dentre outros impossibilitados de estabelecer ou manter laços sociais). Enquanto

---

<sup>17</sup>Sobre o questionamento do termo e objeto da psiquiatria clássica *doença mental* e sua conseqüente substituição pela noção de *saúde mental* introduzida pela reforma, consultar o capítulo do presente projeto sobre “Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica”.

<sup>18</sup>Sob o viés dessa nova concepção, destacam-se instituições como A Casinha e Lugar de Vida.

<sup>19</sup>Os *trajetos de vida* delineados por cada sujeito parecem demonstrar estrita relação com as trajetórias pessoais – ou itinerários terapêuticos – em busca dos cuidados em saúde, no caso, em saúde mental.

a “encarnação” das diretrizes da política de saúde mental infanto-juvenil em determinado território, os CAPSi situam-se como ordenadores da rede e porta de entrada, como regentes de uma certa lógica de cuidado que deve prevalecer em toda a rede de atenção. Ao estabelecerem parcerias necessárias com as redes de saúde, educação, assistência social e demais redes comunitárias de colaboração solidária ligadas aos cuidados da população infanto-juvenil, os CAPSi devem situar-se como o *locus* primordial da ação de efetivação dessa lógica de atenção. Um trabalho clínico-institucional não pode deixar de ampliar-se também no entorno do serviço, de seus portões para fora, para a rede tecida pelos diversos fios, que inclui instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência dos sujeitos: o lar, a família, a escola, a igreja, o clube, a praça, o cinema, a casa dos colegas e vizinhos, o Conselho Tutelar, o posto de saúde, o hospital, o transporte, a lanchonete, o morro, a Vara da Infância, os abrigos, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, o Ministério Público, o próprio CAPSi e todas as outras cuja importância é função da relação do sujeito com cada uma delas, incluindo, centralmente, portanto, o próprio sujeito na construção do território.

Assim, a noção de rede implica, necessariamente, a dimensão da alteridade, havendo ou não outros serviços, além daqueles em que se processa determinado ato de cuidado. É regular e afinar a articulação entre os diversos atores deste ato, no território, é tarefa primordial dos CAPSi.

### 1. 3. O “LUGAR DO TERRITÓRIO” DENTRO DO TERRITÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA

O movimento da reforma sanitária no Brasil teve, e ainda tem, sua importância na arena de discussão de um país que passou a reorientar seus passos em direção a um processo de (re)democratização. Questionando-se sobre as práticas dos regimes autoritários e excludentes, os profissionais de saúde lutavam para discutir as políticas de saúde e as condições do trabalho e da assistência, enquanto apenas uma minoria tinha acesso garantido a esta última, via institutos criados pelas indústrias privadas (AMARANTE, 1998). Aliada a outros movimentos populares, os fóruns de discussão criados pelos profissionais de saúde permitiram que a sociedade organizada pudesse garantir condições para a constituição de um terreno fértil para importantes articulações, reorientando as ações em saúde. Neste âmbito, pode-se destacar: a Conferência de Alma Ata – realizada na então URSS, em 1978; a VIII Conferência Nacional de Saúde – realizada em 1986; o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde); e o REME (Movimento da Renovação Médica) (CERQUEIRA, 2003). A saúde pública pôde então ser discutida como prática social; o processo saúde-doença-cuidado passou a ser visto, prioritariamente, em seu nível local, valorizando-se a participação comunitária e as ações básicas de saúde implementadas no nível primário da assistência:

(...) o acesso ao nível de saúde mais elevado possível é um objetivo social extremamente importante, que interessa ao mundo inteiro e supõe a participação de numerosos setores socioeconômicos, e não exclusivamente daqueles ligados à saúde. (DUCHIADE, 1990, p. 14).

Nesse deslocamento das ações de saúde para o nível local, a interlocução com outras distintas áreas do saber ganhou um novo sentido. As ciências humanas e sociais

passaram a ocupar um lugar de diferente destaque no diálogo com as ciências da saúde, em especial com a saúde pública. Partindo-se deste campo, a geografia humana também conquistou o seu espaço, numa área que se sugere denominar *geografia em saúde pública* (UNGLERT, 1987).

Na formatação político-ideológica do projeto da reforma sanitária, não havia mais espaço para uma hegemonia estatizada. Havia, porém, a necessidade de um Estado responsável pelas políticas públicas de saúde e seus impactos na sociedade. O conceito de saúde foi então reforçado, ideologicamente, enquanto coletivo, em especial o coletivo “comum”, o coletivo comunitário, local. Daí a suposta preferência em se utilizar o termo *saúde coletiva*, ao invés de saúde pública. Evidenciou-se uma mudança do paradigma da assistência curativa-privatista, tecnologicamente equipada, para a concepção de saúde enquanto prática da sociedade. Vale enfatizar que a proposta de descentralização preconizada dentro dos princípios do SUS vai nesta mesma direção. A municipalização e regionalização da saúde são evidências desta nova concepção. Para os profissionais que atuam na rede pública de saúde, esta descentralização, que vai da partilha de recursos arrecadados pela União, em seu nível macro – enquanto Estado, enquanto Nação<sup>20</sup> – até a execução pelos municípios e seus respectivos parceiros regionais conveniados – as chamadas Organizações Sociais (OSs) –, torna-se mais clara<sup>21</sup>.

Partindo-se da configuração desse novo sistema – que privilegia a regionalização dos serviços de saúde, a participação comunitária e a integração das ações de saúde –, torna-se necessário, para a pesquisa em questão, a diferenciação de conceitos que passam a ser transportados da geografia humana para a saúde coletiva.

---

<sup>20</sup> Nota-se que, aqui, os esclarecimentos conceituais para o termo *território* também trará importantes contribuições.

<sup>21</sup> Aqui, cabe ressaltar que o pesquisador em questão integra os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) no município de São Paulo, contratado junto ao parceiro UNASP. Para mais informações sobre NASF, consultar a Portaria n. 154/09.

Nota-se que, dentre eles, o conceito de *território* passa a ser utilizado com frequência neste último campo, enquanto um ambiente social e cultural concreto; o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários dos serviços e redes de saúde e seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Observa-se, contudo, que um debate acadêmico-formal entre ambos os campos ainda carece de maiores esclarecimentos. A lógica implícita nesta nova concepção que o termo *saúde coletiva* traz imbuído consigo parece ir ao encontro das idéias trazidas por importantes autores do campo da geografia, com especial ênfase ao pensamento de Milton Santos. Como, porém, poder transformar esta promissora interlocução em um diálogo mais rigoroso e produtivo em termos conceituais para a saúde pública, coletiva e mental? Como estabelecer novos nexos entre os sujeitos e os espaços por eles vividos? Esta pesquisa tem como uma de suas pretensões – inclusive para poder melhor compreender seu objeto de estudo – contribuir com este debate.

### 1. 3. 1. Do *Território* ao *Lugar*, do *Lugar* ao *Território*: Diferenciando-se os Conceitos<sup>22</sup>

#### a) Um breve percurso histórico sobre a geografia e a construção da noção de território

Faz parte da geografia, enquanto ciência, trazer em seu bojo diversas concepções teóricas. No seu início, tudo aquilo que enfatizava as interações entre o Homem e a Natureza apresentava-se como questão predominante em seu desenvolvimento conceitual. Comparar o funcionamento espacial a um organismo vivo ou estabelecer relações entre as formas de comportamento e desenvolvimento das diferentes sociedades era prioritário dentro desta abordagem (IBAÑEZ & TOZI, 2009). Torna-se importante ressaltar, dentro disto, que o contexto em que tal saber se funda enquanto ciência, propriamente dita, é aquele da soberania dos Estados-Nação. A partir daí, diferenciar os conceitos e delimitar seu objeto de estudo torna-se tarefa fundamental.

Pode-se dizer que os 5 (cinco) principais conceitos para a geografia são: *espaço*, *território*, *região*, *paisagem* e *lugar*. A intenção, aqui, não é discorrer detalhadamente sobre todos estes conceitos; muito menos situar as diferentes correntes teóricas e como cada uma delas os concebe. Parece, entretanto, que uma breve contextualização, primeiramente, de como a noção de *território* surgiu e foi configurando-se em alguns autores até a utilidade que o próprio Milton Santos faz, pode ser útil ao propósito de esclarecer o uso do termo para a saúde coletiva. Em segundo lugar, ressaltou-se o

---

<sup>22</sup>Este título foi inspirado no trabalho, ainda em fase de publicação, *Do Território ao Lugar, do Lugar ao Território: caminhos da Ação para um Futuro mais Solidário*, dos colegas, e doutorandos da Faculdade de Geografia da USP, Pablo Ibañez e Fábio Tozi.

conceito de *lugar*, já que ele assume um papel dentro da obra deste autor que parece ser aquele que a nova concepção trazida junta das reformas sanitária e psiquiátrica pretende com o termo *território*. Vale enfatizar, porém, que, naquele tempo de construção de uma “nova saúde pública” para o Brasil, o conceito de *território* parece não ter sido utilizado ingenuamente por aqueles que participavam de um movimento tão importante e transformador. Este será outro ponto a ser destacado na discussão dos conceitos.

a. 1) O “*torre-tório*”: centralizar, controlar, dominar, apropriar-se

A noção de *território* é herdada da modernidade e do seu legado de conceitos puros, tantas vezes atravessando os séculos praticamente intocados. Mas é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social (SANTOS, 2005). Por se tratar de uma noção ou forma impura, carece de constante revisão histórica para que seja possível afastar-se dos riscos de alienação, de renúncia ao futuro e de perda do sentido de existência individual e coletiva. O único traço que esse conceito traz de permanente é o fato de ser o nosso “quadro de vida”, o “cenário” de nossa existência”. O texto *Geometrias Não São Geografias: O Legado de Milton Santos* (FLORENZANO, 2001) é iniciado exatamente com a frase “O território é o dado essencial da condição da vida cotidiana”. Mas como poder defini-lo de forma mais consistente neste percurso de delimitação do conceito e utilizar-se dele de uma forma mais precisa?

Etimologicamente, *território* deriva da palavra latina *territorium*, que significa o “lugar da terra”, o “lugar que a terra ocupa em sua extensão”. O sufixo do termo, em latim, vem de *torre*, de uma centralização, de um controle sobre determinada área;



transfere um tipo de domínio, de apropriação. Observando-se também as definições de *território* encontradas no dicionário (HOUAISS, 2001), a noção jurídico-política do conceito parece estar enraizada na própria palavra. Mas foi a partir do Estado Moderno e do Século das Luzes, com a instituição do Estado-Nação, que isto se tornou mais evidente. Naqueles tempos, o território passou a ser subordinado ao Estado. Ele era a base, o fundamento do Estado-Nação, que, ao mesmo tempo, o moldava; tinha uma dimensão dentro dos limites de uma jurisdição político-administrativa, do domínio de uma espécie ou povo. Na primeira definição de *território* encontrada no dicionário, ele aparece como uma “grande extensão de terra”. Outras definições, contudo, se seguem a esta. São algumas delas: “*área de município, distrito, estado, país, etc*”; “*área de uma jurisdição*” ou “*a própria jurisdição*”; “*extensão ou base geográfica do Estado, sobre a qual ele exerce a sua soberania e que compreende todo o solo ocupado pela nação (...)*”; “*área que um animal ou grupo de animais ocupa, e que é defendida contra a invasão de outros indivíduos da mesma espécie*” (HOUAISS, 2001, p. 2706).

Para outros autores, Ratzel, importante autor que se utilizou da noção de *território* na época, é um dos primeiros a transpor o conceito das ciências naturais para a geografia. Opondo-se aos pré-estabelecimentos desta primeira ciência naquele momento, pela qual se compreendia que eram essencialmente – em seu sentido mais fundamental e determinista – as condições naturais que determinavam as vidas dos homens, este autor transfere, através de uma nova utilização do termo *território*, os condicionamentos e contingências da vida humana do “domínio natural” para, a partir de então, o “domínio de um povo”. Associa conceito de *habitat* ao de *território* na tentativa de convergir a um ponto comum ciências naturais e sociologia; passa associar território e política. Utiliza-se do conceito de *espaço vital* para dizer de como o progresso de um povo estabelece a ligação entre o solo e a comunidade que o ocupa,

que é recebida por este solo. Relaciona, a partir daí, recursos de uma área natural e as técnicas de um grupo ou povo para garantir sua vida, sua reprodução, sua existência. Repousando-se na escala de Estado-Nação, isto que se pode denominar de antropogeografia da época passa a associar o território aos objetivos políticos de um povo organizado de determinada forma; uma organização social que tende para seu próprio controle e de seus limites e fronteiras, para sua delimitação. Ressalta-se, como dito, o contexto histórico da Era Moderna em que se inseriu essa conceituação. Ratzel era alemão e viveu em uma época em que se justificava e se fazia necessário tal delineamento da idéia de unificação de um Estado alemão<sup>23</sup>, ainda em fase de autoafirmação. Nota-se que esta conceituação de *território* carrega consigo traços mais positivistas, de acordo com o contexto em que se insere, tanto científico, como político.

## a. 2) A geopolítica e o território

Na transição do século XIX para o século XX, o termo *território* passou a engendrar-se mais profundamente nas questões geopolíticas, vigentes no momento. Dominar uma certa área ou simplesmente apropriar-se de um território passou a não ser mais suficiente. Estender territórios era preciso! Em um contexto em que estratégias para expansão dos Estados imperialistas tornaram-se mais evidentes junto ao processo crescente de industrialização, a geografia, como ciência, passou a redimensionar alguns valores. Vale notar que a expansão das áreas de domínio de uma Nação já vinha ocorrendo, de modo mais enfático, desde o período da colonização. Mas a abrangência

---

<sup>23</sup> A concepção de território trazido nesta fase não vinha apenas do Estado Alemão, que se unificou tardiamente. O próprio Tratado de Westfalia, ocorrido após a Guerra dos Trinta Anos (1648), já traz esta idéia de que a partir de um recorte de espaço é que se passa a ter soberania sobre ele; a idéia de um Estado-Nação com um monopólio de força sobre certo domínio, sobre certo limite.

que isto tomou no período imperialista nos fins do século XIX ganha outra dimensão. A concorrência por mercados consumidores, mão-de-obra barata e novas áreas de domínio tornou-se mais intensa, cruel e violenta e, dentro disto, a ciência não esteve livre de suas influências.

Como dito por alguns autores, Kjéller é um dos precursores do termo geopolítica. Outros se seguem: Haushofer, Mahan, Mackinder. Até meados do século XX, esta geografia se restringia muito às questões geopolíticas. Neste contexto, e com exceção de Gotman, boa parte da geografia francesa contemporânea a Ratzel deu ênfase às questões mais descritivas ou econômicas. A geografia teórica – quantitativa e matemática – demonstra, enquanto um dos modelos da época, uma conceituação do espaço basicamente a-histórica. MOREIRA (2007), quando fala sobre a geografia e o geógrafo na história, também parece referir-se a algo semelhante. Mesmo já dizendo da relação da geografia com outras ciências humanas, suas questões parecem se justificar, ainda, em um discurso estatista e ao que ele almeja:

O século XIX e as primeiras décadas do século XX são o momento de uma nova duplicação: de um lado surge a geografia da civilização (...) e de outro lado a geografia dos grandes arranjos. A necessidade de melhor conhecer os povos introduz como discurso o estudo da relação do homem com o seu meio como tema central das reflexões e do conhecimento. E a necessidade de melhor organizar o domínio dos territórios introduz o estudo da relação da sociedade com o seu espaço como esse tema. Nasce, assim, a dúplice função de por um lado o geógrafo lidar com o tema das civilizações (junto com o antropólogo) e por outro com o tema do arranjo racional dos espaços (junto com o economista)<sup>24</sup> (...) (MOREIRA, p. 15, 2007).

A era da mundialização da indústria, do imperialismo e dos territórios planejados e ordenados pela intervenção do Estado consagraram a geografia como ciência do espaço e o geógrafo como o especialista de sua organização. A isto não está descolada

---

<sup>24</sup> Neste sentido, é inevitável não se pensar, então, em qual a relação dos geógrafos e dos trabalhadores da área da saúde.

uma imagem pública de saber que diz respeito às representações de mundo que se referem a estas práticas de administração do Estado, dos governos e dos negócios, em suas necessidades de intervenção territorial. A ligação contemporânea das ciências e, no caso, da geografia com o Estado se torna tão forte que o destino deste passa a ser o seu próprio destino:

(...) para a indústria projetada em escala mundial já não basta mais localizar. É preciso fazer da precisão locacional e do âmbito de inscrição dos grandes arranjos de espaço basicamente o ponto de partida. Já nos começos do século XIX diferentes profissionais se lançaram à tarefa de formular teorias de localização com fins de racionalizar a organização do espaço segundo as necessidades de expansão da indústria, a ponto de sua formulação passar a ser um tema comum a geógrafos e economistas. Com o advento do planejamento estatal, essa teorização sai do ponto restrito de pensar o local para pensar o regional e o nacional à luz e segundo as dimensões da escala do espaço. É assim que vemos multiplicar-se no século XX o resgate e a atualização com os novos âmbitos das antigas teorias de localização<sup>25</sup> (...) (MOREIRA, 2007, p. 16).

Essa imagem de uma geografia que se reforçava com as necessidades de grandes arrumações territoriais advindas da revolução industrial nos Estados e governos, passou, contudo, a ser questionada por uma *nova geografia* proeminente. O geógrafo se encontrava, até então, numa identidade com o Estado na tarefa deste de planejar e articular os pedaços de espaço num todo integrado, seja este uma região ou o próprio Estado nacional unificado. Tornara-se, deste modo, num teórico e técnico do Estado; um especialista do planejamento que colocava a geografia como uma ciência de síntese com a finalidade de efetuar o plano dos grandes arranjos.

Para VALLAUX (1914) a noção de diferenciação de conteúdos de um espaço é fundamental para um entendimento do conceito de *território*. Para definir um território não bastava mais levar-se em conta apenas o domínio ou extensão espacial de um

---

<sup>25</sup> São alguns expoentes das teorias da localização: Thunen, Weber, Predohl, Palander, Chritaller, Losch, La Blache, Isard, Perroux.

Estado ou de uma jurisdição de governo, mas sim a diferenciação da apropriação. Nota-se que “(...) no início do século XX, a formação dos Estados-Nacionais, quanto à fixação de fronteiras, ainda não era tão rígida como hoje. A Europa, por exemplo, era dividida, em parte, por impérios, que alteravam sua conformação ao sabor do poderio das diferentes dinastias, enquanto continentes como a Ásia e a África ainda eram colônias.” (IBAÑEZ & TOZI, 2009).

Parece que, todavia, deixou-se de considerar aí os espaços como estruturas fluidas. Mais do que localizações permanentes, do que uma fotografia estática, a paisagem do mundo mais se parece com um filme animado de uma tela de cinema<sup>26</sup>. A partir da constatação de uma nova realidade que se caracteriza pela égide de uma incessante mobilidade territorial, – mobilidade esta que fluidifica o espaço em escala generalizada – esta *nova geografia* questiona o entendimento das espacialidades sob a lógica das localizações<sup>27</sup>. A localização não foi, no entanto, deixada de lado. Mas passou a ser tomada para referenciar o jogo do movimento dos “cheios” e dos “vazios”, como um sistema de distribuição das coisas (BRUNHES, 1962). Um mundo de permanências já não fazia mais tanto sentido e uma rede de circulação evidencia seu dinamismo e mutação constantes. Dentro disto, vê-se a necessidade de contemporaneizar uma leitura teórica que se aproxime das novas realidades do espaço, atualizando e inovando idéias e a linguagem cartográfica. À geografia coube unir-se às novas teorias que trouxessem sistemas de representações e imagens e experiências de espaço-tempo compatíveis com o mundo em mudança. Caberia, agora, ler o mapa das possibilidades de ocupação dos espaços com um recurso técnico mais desenvolvido,

---

<sup>26</sup> A isto se relaciona o fato de, a partir de meados do século XX, intensificar-se uma representação dos espaços criados pelos movimentos do capital, cuja lógica é migrar, deslocando-se e incorporando-se a novos lugares de modo a multiplicar-se cada vez mais rápido. Frente a isto, a lógica do planejamento estatal se vê abalada.

<sup>27</sup> BRUNHES (1962) já alertava para isto no início do século XX.

explicando e representando a paisagem<sup>28</sup> como um portador do visível e, ao mesmo tempo, do invisível. O visível como o plano perceptivo do arranjo, como o desenho configurativo que traz consigo a trama imediata das localizações, que são pontos de referência cartográficos necessários à compreensão do encadeamento da organização do espaço. O invisível como plano metafísico da estrutura das relações que se manifestam nos padrões formais do visível, acessível através do recurso do pensamento (MOREIRA, 2007).

### a. 3) *Uma geografia nova* e a historicidade e o dinamismo do espaço

A instauração de uma nova geografia humana chegou e impôs-se definitivamente. A geopolítica da virada do século XIX para o século XX deu mais espaço a uma renovação da geografia política, especialmente na França. Contrariando a geografia política clássica, pela qual o agente primeiro e quase exclusivo da política era o Estado-Nação, esta geografia política nova passou a enfatizar a ação de outros atores que também fazem política e estão associados às dinâmicas de poder no território. Nesta visão, o território deve ser concebido em sua constituição a partir do uso social que a comunidade que o ocupa faz. Autores com Claval, Sanchez e Raffestin são ícones nesta nova abordagem.

O território só passa a ter sentido em seu dinamismo, enquanto território dinâmico. Partindo-se, inclusive, de uma base filosófica e epistemológica diferente, pensa-se em uma intencionalidade relacionada a este território. É através dela que se dá a apropriação do território. Através da ação, o espaço abstrato é apropriado como

---

<sup>28</sup> Esse conceito de *paisagem* parece apresentar-se como um importante articulador para a compreensão que a *nova geografia* traz e sobre o redirecionamento dos próprios conceitos de *território* e de *lugar*.

território pelos atores de um “projeto” que é intencional e tem uma direção. Nota-se que esta territorialização do espaço também traz consigo uma idéia de apropriação, assim como em outros tempos da geografia. Mas a idéia de “exclusividade” do Estado neste papel é que é contestada. São os mais diversos grupos de uma sociedade que transformam espaços em sistemas territoriais, em campos de poder (RAFFESTIN, 1993). Por eles, os pontos, as linhas e as superfícies do espaço – sob um olhar da geometria euclidiana – transformam-se em nós, redes<sup>29</sup> e tessituras, respectivamente, do sistema territorial. Não se abandona, com este olhar, as idéias de limite e fronteira trazidas pela concepção de *território*. Elas são apenas concebidas de uma nova forma.

Pensando-se as tessituras como os “buracos” entre os nós e as redes, pode-se dizer que existem tessituras mais ou menos estáveis; dependem das características de seus processos históricos.

A partir disso, nota-se que a noção de historicidade do espaço é internalizada e o conceito de *espaço geográfico* ganha novo valor. A renovação da geografia traz, nesse âmbito, a recuperação das idéias marxistas para esta ciência, dominada, até então, por concepções anti-históricas. Alguns autores passam a deixar explícitas as aproximações de suas idéias com as de Marx<sup>30</sup> e com o materialismo-histórico. Destacam-se: Lacoste, Lefebvre, Quaini e, no Brasil – e diretamente para a intelectualidade mundial! – Milton Santos. A obra e afirmação de Lacoste de que *A geografia serve antes de mais nada para fazer a guerra* (LACOSTE, 1977) escancara e denuncia a chegada de uma renovação da geografia humana e política e do problema político-ideológico da questão do espaço. Consequentemente, transportar-se a um novo estatuto teórico que esmiúce os fundamentos da compreensão marxista do espaço – em que, em última

---

<sup>29</sup> Em capítulo posterior, serão articuladas as idéias de *rede* e de *território*.

<sup>30</sup> Sobre este aspecto, vale ressaltar que o grau de aproximação com as idéias marxistas varia de autor a autor e alguns não se pode nem considerá-los marxista, de um modo mais rigoroso. Não cabe aqui, entretanto, este papel de diferenciação mais minuciosa.

instância, equivale espaço e sociedade histórica – e que tome como ponto de partida as cidades, torna-se inevitável (LEFREBVE, 1973).

Vale ressaltar, entretanto, que uma vertente culturalista também permeava as idéias que viam uma renovação da geografia. Nesta geografia culturalista, símbolos e signos passam a transmitir uma certa ligação afetiva entre humano e espaço. Um viés cultural que enfatiza uma identidade grupal e as representações trazidas por determinados grupos e culturas<sup>31</sup>; uma identidade, pode-se por assim dizer, com o próprio território.

GOTTMAN (1952; 1973) também parecia acreditar em algo semelhante quando escreveu sobre o conceito de *iconografia*, aproximando-o às imagens, crenças de uma determinada cultura. Apresentaria as características mais fixas e estáveis, resistentes ao movimento, enquanto construções sociais enraizadas e preestabelecidas em determinado lugar (GOTTMAN, 1952; 1973). A circulação – de idéias e símbolos, inclusive – porém, moldaria a diferenciação dos espaços; trouxe consigo as idéias de instabilidade, mudança, fluxos, transformações. O passado político, a religião, as migrações, dentre outras características, em suma, a organização social de maneira geral caracterizaria o “modo de estar” do espaço, seu “jeito” particular; a individualização dos espaços vista como uma rede de circulação que possibilita modificar o território, integrando-se os lugares<sup>32</sup>. Mesmo submetidas a uma ordem superior<sup>33</sup> que valoriza certos espaços em detrimento de outros, as redes intercruzadas e os entroncamentos surgidos a partir dos mais diversos modos de apresentação da circulação permitiriam uma dialética entre a fixidez e a mobilidade dos espaços,

---

<sup>31</sup> A interface entre o pensamento geográfico e a psicanálise torna-se mais evidente sob este viés que articula conceitos como: *representações, símbolos, signos, cultura*.

<sup>32</sup> O conceito de *lugar* será melhor definido posteriormente.

<sup>33</sup> O que Milton Santos chamará da dialética entre os Circuitos Inferiores e Superiores também se articula a estas idéias.



denunciando os paradoxos, as ambivalências do território que não é fixo nem imóvel, mas sim “capenga”.

As redes<sup>34</sup>, enquanto elementos constitutivos e constituintes do território, podem evidenciar seus diversos e variados fluxos, e não apenas os do capital, que muitas vezes impõem-se com mais força. Produzindo circuitos espaciais que unem regiões e lugares, podem mostrar qual a participação de cada ponto por onde os fluxos se dão; como cada um dos lugares interage a partir dos diferentes processos pelos quais estariam submetidos.

Vale ressaltar que essas idéias já muito se aproximam do que será trazido no próximo capítulo sobre o pensamento miltoniano para, posteriormente, relacioná-las à saúde pública.

a. 4) Entre a *geografia histórica* e a *geografia do presente* de Milton Santos: repensando-se o dinamismo do território:

Apropriar-se do território sem, necessariamente, ter a exclusividade dele parece fazer parte também daquilo que Milton Santos trouxe no âmago de seu pensamento. Sem, entretanto, desprezar ou abandonar suas ideais marxistas e a descendência de sua escola científica, seu pensamento passa a articular, cada vez mais, outras concepções epistemológicas e ontológicas e a lidar com outras características da nova realidade do mundo globalizado contemporâneo. Entende-se que, aqui, será necessário começar a definir melhor os conceitos trazidos pela obra miltoniana e outras referências que a ela

---

<sup>34</sup> A noção de *redes* também será articulada ao *território* e ao *lugar* em outro momento do texto.

se articulam, buscando-se uma compreensão mais rigorosa que possa ser útil a uma aproximação profícua entre geografia e saúde pública.

#### a. 4. 1) O *espaço geográfico*

Primeiramente, é necessário expor que, para Milton Santos, a geografia apresenta um objeto de estudo definido: o *espaço geográfico*, como o espaço transformado pelo humano (SANTOS, 1996). Enquanto categoria interdisciplinar da geografia, revela seu caráter social (MOREIRA, 2007). Evidencia a inseparabilidade dos aspectos materiais e políticos – relacionados tanto às políticas de governo estatal ou de grandes empresas, quanto às do cotidiano – das reflexões espaciais. Traz o *espaço geográfico* como “(...) um conjunto indissociável e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá.” (SANTOS [1996] 2008, p. 101). Ao discorrer, porém, sobre a hibridez do *espaço geográfico*, Milton Santos refere-se sobre “(...) a inseparabilidade do sistema de objetos e do sistema de ações, que elegemos como dados centrais de uma definição do espaço geográfico.” (SANTOS, [1996] 2008).

Nota-se que a renovação trazida com a *geografia histórica* – da qual Milton Santos apresenta-se como ator protagonista – deu-se essencialmente sobre o conceito de *espaço*, num alcance limitado que, todavia, mexeu com os pilares básicos de um saber que anos a fio foi refratário às grandes mudanças. Neste contexto, o próprio discurso geográfico (o que é, para que serve e para quem serve a geografia) foi indagado sobre seu sentido e significado, “oficializando-se” uma renovação propiciada por uma *geografia crítica* que redescobriu-se a geografia (MOREIRA, 2007).

Sem dúvida, também preparou terreno para mudanças subseqüentes, para uma segunda fase desta renovação. Nela, na qual a própria definição de *espaço geográfico* citada acima se insere, outros temas passaram a necessitar de maiores esclarecimentos. Partindo-se de novos paradigmas e bases epistemológicas – como, por exemplo a fenomenologia – sem, no entanto, abandonar por completo a concepção materialista-histórica e dialética, Milton Santos repensou uma nova interação entre a linguagem conceitual e cartográfica, recolocando outros fundamentos para reformular uma constituição do sujeito; trouxe, assim, imbuída naquilo que ele tratou como *geografia do presente*, uma ontologia do espaço (SANTOS, [1996] 2008).

Aqui, inevitavelmente retorna-se à questão da inseparabilidade entre ação e objeto. Partindo-se de autores como Brentano, Husserl e Merleau-Ponty – todos eles enraizados nos fundamentos fenomenológicos –, Milton Santos utiliza-se do conceito de *intencionalidade* para indicar um elo constitucional entre objetos e ações (SANTOS; 1996). É através dele que se pode dizer da inseparabilidade entre os sistemas destes dois conjuntos. É por isto que Milton Santos referencia que:

(...) De acordo com Brentano (1935, p. 29), ‘não há pensamento sem um objeto pensado (...) ‘ter uma idéia é ter uma idéia de algo; toda afirmação é afirmação de algo: todo desejo é desejo de algo’. Por isso, a intencionalidade (...) ‘transforma a distinção, a separação, a contradição, em uma insuperável tensão entre o objeto e o sujeito’. (...) A própria consciência, diz Husserl, é intencional e ‘quando levamos a cabo um ato de conhecimento [...] quando estamos vivendo nesse ato de consciência, nós estamos lidando com a coisa objetiva que esse ato pensa e expõe, através, precisamente, do modo de conhecimento’ (...). (SANTOS, [1996] 2008, p. 89-90).

Enquanto uma noção que não é apenas válida para rever a produção de conhecimento, a *intencionalidade* é eficaz na contemplação no processo de produção; resultado da relação entre homem e mundo; entre homem e seu entorno. Parte-se de

uma consciência que age e escolhe, enquanto *presença* ou *existência*. Daí a utilização pelo próprio Milton Santos dos termos *geografia da presença* ou *geografia da existência*<sup>35</sup>.

Milton Santos começa a se questionar, junto a outros autores, sobre uma possível primazia da *ação* sobre a própria *dimensão espacial*. Ressalta, inclusive, as idéias de WERLEN (1993), autor que traz no bojo de seu pensamento a idéia de uma geografia social orientada pela ação. Ainda exagera, dizendo que a geografia não deve ser considerada uma ciência do espaço, mas uma ciência da ação, inclusive da ação subjetiva. SANTOS ([1996] 2008), porém, não segue estes passos. Critica WERLEN (1993), dizendo que ele trata objeto e ação:

“(…) como se a escolha de um excluísse, de plano, a relevância do outro. (…) As duas categorias, objeto e ação, materialidade e evento, devem ser tratadas unitariamente. Os eventos, as ações não se geografizam indiferentemente. Há, em cada momento, uma relação entre valor da ação e o valor do lugar onde ela se realiza; sem isso, todos os lugares teriam o mesmo valor de uso e o mesmo valor de troca, valores que não seriam afetados pelo movimento da história. Há uma diferença entre dizer que o espaço não é uma causa e negar que ele é um fator, um dado. Admitir a “existência” do espaço não é ser “geodeterminista”, como na crítica de Werlen (p. 6). Pois o valor do espaço não é independente das ações que ele é susceptível de acolher. (SANTOS, [1996] 2008, p. 98)

É essa a posição de SANTOS ([1996] 2008) ao tratar o *espaço geográfico* como um híbrido. Mesmo separando em duas esferas distintas sistema de ações e sistema de objetos, elas não devem ser tratadas dicotomicamente.

Cabe aqui dizer, entretanto, que mesmo no contexto em que *espaço geográfico*, humano e sociedade caracterizam-se, determinam-se e condicionam-se mutuamente, este primeiro conceito não pode ser colocado como uma sobreposição indiferente em relação ao sujeito. *Espaço geográfico* e *sujeito* são conceitos distintos, apesar de

---

<sup>35</sup> Sobre isto, o conceito de *Dasein* (o *ser-aí*) em Heidegger também parece ir de encontro a isto.

intimamente articulados sob este viés. Mas sabe-se também que, mesmo como um produto social, o *espaço geográfico* não pode ser considerado pura e simplesmente um “palco”, um cenário estático e coisificado.

#### a. 4. 2) Território e territorialização

Partindo-se, primeiramente, de seu objeto primeiro – o *espaço geográfico* -, pode-se agora situar a geografia miltoniana em relação ao conceito de *território* por ela compreendido.

Ultrapassando a concepção de uma mera diferenciação espacial ou de uma circunscrição administrativa de um Estado-Nação ou da jurisdição de um governo, a discussão trazida por SANTOS ([1996] 2008) concentra-se nas idéias de *uso do território* e de *território usado*. Reduzindo a noção de *território* ao espaço delimitado por uma jurisdição, não se associa a ela tudo aquilo que se relaciona com a construção dos lugares e seus destinos. É a idéia de um *território usado* que permite tirar a exclusividade do Estado como agente único ou primeiro, incluindo outros atores no processo de sua constituição e desenvolvimento (SILVEIRA, 2008), que pode resultar numa análise mais rigorosa.

Parece que, na obra miltoniana, não há uma definição claramente explícita e própria de *território* (IBAÑEZ & TOZI, 2009). O autor parece trabalhar mais numa linha que permite desconstruir o que se entendia por território anteriormente, sem uma preocupação em reconstruir o conceito pormenorizadamente. Implica-se mais na tarefa de incluir e articular ao pensamento geográfico os múltiplos vetores que “atravessam” a vida de uma nação; vetores estes que extrapolam aqueles político-governamentais e os

econômicos, evidenciando a necessidade de caracterizá-los em suas mais diversas facetas. Por isto, prefere direcionar-se sempre ao seu objeto primeiro, o *espaço geográfico*. Partindo-se dele, desmistifica a idéia de um território que seja apenas uma extensão, uma materialidade. Mais até do que uma dimensão política – que por si só já é fundamental para a compreensão que aqui se almeja – o território ganha, para Milton Santos, uma dimensão ética, a partir dos seus multifacetados usos estabelecidos numa determinada fração do espaço (IBAÑEZ & TOZI, 2009). Parece, contudo, que algo relativo às questões *normativas* permanece ao que se entende por território – em especial na obra *Natureza do Espaço* –, mesmo que extrapolando tal idéia.

Não se pode dizer, tampouco, que uma noção mais clara e precisa do termo *territorialidade* esteja detalhada na obra miltoniana. Para ele, a territorialidade não seria uma categoria em si:

Dir-se-ia que a existência de um país supõe um território e um Estado e, em decorrência, a idéia de soberania, mesmo quando possa existir uma nação sem território e sem Estado. Neste caso, a territorialidade não faltará pois o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence, embora permaneça apenas como reivindicação, sempre estará presente na idéia de nação. (SILVEIRA, 2008)<sup>36</sup>.

Entende-se, contudo, que as contribuições de Milton Santos permitem uma reflexão diferenciada sobre a realidade espacial, em seu sentido mais amplo, em um período de um mundo globalizado. Globalização e circulação de mercadorias, de pessoas, de informação, que se destaca por sua velocidade (quase que) instantânea. Neste novo contexto, o território também assume uma nova realidade: a de

---

<sup>36</sup> Sobre esse “sentimento de pertencimento”, articular-se-á a ela, em capítulo posterior, a concepção psicanalítica, a partir de textos freudianos, em especial aqueles conhecidos como os textos sociais de Freud. Destaca-se aqui o texto “Psicologia das massas”, que discorre sobre a noção de identificação a um grupo.

interdependência universal dos *eventos* e dos *lugares*<sup>37</sup>. Evoluiu-se da noção de Estado “territorial” para a noção pós-moderna de “transnacionalização do território” (SANTOS, 2005). Vale ressaltar que, para compreender geograficamente o mundo atual globalizado, o entendimento do texto miltoniano chamado *A Natureza do Espaço* é essencial.

Nesse longo texto, algumas oposições dialéticas colocadas por SANTOS ([1996] 2008), mesmo nos lugares onde hoje os vetores da mundialização são mais operantes e eficazes, o território não pode ser pensado e analisado apenas pelo seu viés “transnacionalizado”. Os diferentes territórios habitados também passam a criar novas sinergias. Seu caráter dinâmico e histórico não os deixa estagnar sob um ponto de vista somente. Podem fazer desabrochar o que há de essencial em seu pensamento. São algumas destas oposições: *universal x particular, totalidade x divisão, global x local, verticalidades x horizontalidades*. O que elas evidenciam, fundamentalmente, é que não se deve negar ou negligenciar a importância da tecnologia, da ciência e da informação nos dias atuais. Mas se existe o interesse em aprofundar o processo de conhecimento da realidade territorial, deve-se transcender a mera noção de “território globalizado”.

Segundo as próprias palavras de SANTOS (2005):

O território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado. Mesmo a análise da fluidez posta ao serviço da competitividade, que hoje rege as relações econômicas, passa por aí. De um lado, temos uma fluidez virtual, oferecida por objetos criados para facilitar essa fluidez e que são, cada vez mais, objetos técnicos. Mas os objetos não nos dão senão uma fluidez virtual, porque a real vem das ações humanas, que são cada vez mais ações informadas, ações normatizadas. (SANTOS, 2005, p. 255-6)<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> A relação entre eventos e lugares será melhor explorada em capítulo sobre o conceito de *lugar* na obra de Milton Santos.

<sup>38</sup> Vale notar que as idéias aqui apresentadas por Milton Santos vão ao encontro daquelas expostas no capítulo sobre “Os Itinerários Terapêuticos e as Redes Sociais”.

É a partir dessa realidade, que se encontram no território, hoje, novos recortes, resultado da nova construção do espaço e do novo funcionamento do território. A dialética enraizada na construção dos espaços, nos processos de totalização e destotalização; de territorialização e desterritorialização é o que faz do espaço realidade:

A totalidade é a realidade em sua integridade. (...) a realidade é a totalidade dos estados de coisas existentes, a totalidades das situações. A totalidade é o conjunto de todas as coisas e de todos os homens, em sua realidade, isto é, em suas relações, e em seu movimento. (...) O processo histórico é um processo de complexificação. Desse modo, a totalidade vai se fazendo mais densa, mais complexa. (...) Mas a totalidade é uma realidade fugaz, que está sempre se desfazendo para voltar a se fazer. O todo é algo que está sempre buscando renovar-se. Para se tornar, de novo, um outro todo. (...) O conhecimento da totalidade pressupõe, assim, sua divisão. O real é o processo de cissiparidade, subdivisão, esfacelamento. Essa é a história do mundo, do país, de uma cidade... Pensar a totalidade, sem pensar a sua cisão é como se a esvaziássemos de movimento. (SANTOS, [1996] 2008, p. 116-8)

#### a. 4. 3) O território e as categorias de análise: *horizontalidades e verticalidades*

Os conceitos de *horizontalidades* e *verticalidades* (SANTOS, [1996] 2008) podem oferecer elementos para uma melhor compreensão dos processos de territorialização. O uso de ambas as palavras tem antiga presença na própria geografia ou em outras disciplinas. Mas a concepção trazida por Milton Santos – e que dialoga com autores como JONG (1962), SOROKIN (1964), LEFEBVRE (1953) e LU (1984) – pode oferecer novos caminhos:



As segmentações e partições presentes no espaço sugerem, pelo menos, que se admitam dois recortes. De um lado, há extensões formadas de pontos que se agregam sem descontinuidade, como na definição tradicional de região. São as *horizontalidades*. De um outro, há postos no espaço que, separados uns dos outros, asseguram o funcionamento global da sociedade e da economia. São as *verticalidades*. O espaço se compõe de uns e de outros desses recortes, inseparavelmente. É a partir dessas novas subdivisões que devemos pensar novas categorias analíticas<sup>39</sup>. (SANTOS, [1996] 2008, p. 284).

As *verticalidades* podem também ser definidas como “*um conjunto de pontos formando um espaço de fluxos*” (SANTOS, 2000, p. 105). Permitem a compreensão de que “*há pontos no espaço que, separados uns dos outros, asseguram o funcionamento global da sociedade e da economia*” (SANTOS, [1996] 2008, p. 225). Este funcionamento torna-se gerador de interdependências que tendem a ser hierárquicas e portadoras de comandos, que se realizam através de ordens técnicas, financeiras, políticas, condição de funcionamento do sistema; um processo crescente de homogeneização, muitas vezes desintegrador das solidariedades locais, com possíveis perdas correlativas da capacidade de gestão da vida na localidade (IBAÑEZ & TOZI, 2009). As verticalidades criam interdependências, tanto mais numerosas e atuantes quanto maiores as necessidades de cooperação entre os lugares; interdependências que tendem a ser hierárquicas e seu papel de ordenamento – técnico, financeiro, político – transportar um comando. Destaca-se a informação como grande regedora das ações que definem as novas realidades espaciais. E ao Estado – elemento essencial dentro desta pesquisa – deve ser questionada e cobrada as informações ao seu serviço<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> *Horizontalidades e verticalidades* são duas categorias de análises utilizadas por esta pesquisa para analisar o material obtido com as entrevistas sobre os itinerários terapêuticos dos usuários dos CAPSi. O uso do território ou trajetória (caminho) percorrida sob o mesmo por cada entrevistado tem compreensão por este viés.

<sup>40</sup> Pensar qual o papel do Estado, enquanto detentor da informação e das condições de funcionamento que permitem as interdependências verticalizadas, frente aos itinerários percorridos pelos usuários de serviços de saúde é inevitável a esta pesquisa.

As verticalidades estão ligadas por pontos distantes uns dos outros, mas ligados por diversas formas e processos sociais característicos do período técnico-científico-informacional. E é essencialmente através da expressão *verticalidades* que a noção e a realidade das redes<sup>41</sup> pôde ganhar mais terrenos nas disciplinas territoriais. Para o sistema de objetos, a funcionalidade não é mais aquela que se adapta a um fim, mas sim uma ordem do próprio sistema. Nota-se que há uma alienação do processo, da ação de uma certa camada, em relação à finalidade e àquilo que a geografia da presença vai chamar de *intencionalidade*.

É importante ressaltar o importante papel que a informação exerce nesse processo todo. Ela está, sobretudo, ao serviço das forças econômicas hegemônicas e, mais importante ainda para esta pesquisa, ao serviço do Estado. Pode-se dizer que a informação é o grande regedor das ações que definem as novas realidades espaciais. Partindo-se disto, um incessante processo de entropia desfaz e refaz contornos e conteúdos dos subespaços, impondo novos mapas ao território. A tendência deste novo mapa, a depender de um processo de hierarquização crescente, é a homogeneização dos subespaços.

Em contrapartida e coexistindo aos pontos descontínuos, mas interligados, que definem um espaço de fluxos reguladores das verticalidades, está uma outra constelação de pontos contínuos. Pode-se dizer que as *horizontalidades* são os domínios onde os lugares vizinhos estariam reunidos por uma contigüidade, por um modo particular e direto de interação. Contrapondo-se a vetores de uma racionalidade superior e a um discurso meramente pragmático que tende a criar um cotidiano disciplinado e obediente, mas sem, entretanto, deixar de considerá-los, SANTOS ([1996] 2008) define:

---

<sup>41</sup>Ressalto aqui que a utilização da palavra *rede*, neste momento, se refere ao que SANTOS (2005) chama de lugares de rede, conceito estritamente vinculado à noção de *verticalidade*. Já o conceito de *redes sociais*, utilizado em outros pontos deste projeto, assume um significado diferente, que estaria referido também aos lugares contíguos.

As horizontalidades são tanto o lugar da finalidade imposta de fora, de longe e de cima, quanto o da contrafinalidade, localmente gerada. Elas são o teatro de um cotidiano conforme, mas não obrigatoriamente conformista e, simultaneamente, o lugar da cegueira e da descoberta, da complacência e da revolta. (SANTOS, [1996] 2008, p. 286).

IBAÑEZ & TOZI também enfatizam, utilizando-se do próprio Milton Santos:

Já a idéia de horizontalidades está relacionada às “zonas da contigüidade que formam extensões contínuas” em que todos “os agentes são, de uma forma ou de outra, implicados, e os respectivos tempos, mais rápidos ou mais vagarosos, são imbricados” (idem, 2008 [2000], p. 108). Seria uma aproximação de um espaço de todos, não apenas ligado a uma fração da sociedade e seus interesses. Nesse sentido é que acreditamos ser de fundamental importância o entendimento das horizontalidades como uma fonte propositiva de ações mais vinculadas com interesses comuns e ações solidárias. Também nos permite fugir de ações que não sejam “obrigatoriamente o resultado de pactos explícitos nem de políticas claramente estabelecidas” (IBAÑEZ & TOZI, 2009, p. 5-6).

Coexistindo paralelamente, como evidenciam as citações acima, forças centrífugas e centrípetas atravessam o território, enquanto tendências que são, ao mesmo tempo, confluentes e contrastantes, agindo em diversos níveis e escalas. As forças centrífugas conduzem a um processo de verticalização, as forças centrípetas conduzem a um processo de horizontalização. Elas sempre serão sobrepostas umas às outras:

As forças centrípetas resultam do processo econômico e do processo social, e tanto podem estar subordinados às regularidades do processo de produção, quanto às surpresas da intersubjetividade (grifo nosso). Essas forças centrípetas, forças de agregação, são fatores de convergência. (...) na cidade (...) são (...) fatores de aglomeração. (...) As forças centrífugas podem ser consideradas um fator de desagregação, quando tiram da região os elementos do seu próprio comando, a ser buscado fora e longe dali. Pode-se falar numa desestruturação, (...) de uma reestruturação. (...) Entre os fatores longínquos, causadores de uma tensão local, contamos (...)

as políticas públicas (grifos meus) as nas metrópoles (...). (SANTOS, [1996] 2008, p. 286-7).

Como enfatiza SANTOS ([1996] 2008), as cidades são, de um modo geral, o ponto de intersecção entre verticalidades e horizontalidades. Nelas, os mesmos espaços que trazem a noção de realidade das redes – que tendem a uma união vertical; a uma unificação que não sobrevive senão à custa de normas rígidas – também formam o “espaço banal”, entendido aqui como o espaço integrado e compartilhado por todos (SANTOS, 2005), mesmo tendo funcionalidades diferentes e, quem sabe, opostas. Mas, na verdade, tudo é o mesmo espaço, mesmo apresentando distintas dimensões. O “espaço banal” está para além e aquém das redes, já que o território não é constituído apenas pelos lugares de rede, mas também pelos lugares contíguos.

A simultaneidade das formas dos lugares (lugares de rede e lugares contíguos) permite novas possibilidades de solidariedades, apesar das diferenças. No processo de desterritorialização (IANNI, 1993) – meio por onde todos os níveis da vida, em alguma medida, são alcançados pelo deslocamento ou dissolução de fronteiras, raízes, centros decisórios, pontos de referências – o *acontecer solidário* não deixa de se apresentar. Que a desterritorialização tem acentuado e generalizado as condições da solidão, no que se refere às noções de espaço e tempo, não restam dúvidas. Na sociedade global, a solidão do indivíduo lança-se em dimensões jamais alcançadas, devido à revolução dos quadros de referência herdados da história, revolução das noções de espaço e tempo em que o indivíduo se formou. Em sua obra *A Sociedade Global*, IANNI (1993) entende que nestes tempos:

Indivíduos, famílias, grupos, classes e outros segmentos sociais perdem-se no desconcerto do mundo. Não só têm acesso escasso às informações, aos fatos em suas diversas articulações, mas ao mesmo tempo são continuamente bombardeados por mensagens, recados e interpretações distantes, díspares, alheias.

Simultaneamente, os sistemas mundiais mais ativos e poderosos articulam e rearticulam interesses e significados relativos à apropriação econômica e à dominação política, às condições de produção e participação na cultura. Desenvolvem-se as condições de alienação e, em consequência, acentuam-se as de solidão. (IANNI, 1993, p. 100).

A própria contradição vivida entre mundo transnacionalizado e lugar, porém, entre um mundo que acentua e aprofunda as hierarquias e desigualdades – inclusive as sócio-espaciais – e o território, também faz emergir o que o estudo de SANTOS (2005) propiciamente chama de o “grito do território”. Inaugura-se, então, a gestação de um novo tempo, denominado, aqui, de período popular da história, simultâneo e dialético ao período de uma sociedade globalizada. Período que se caracteriza pelo processo de resistência dos lugares às perversidades impostas a eles pelo mundo transnacionalizado. A percepção efetiva da história como movimento permite ao território impor uma revanche a este mundo. Mesmo compreendendo-se os desconcertos e desigualdades no que se refere ao acesso às possibilidades técnico-científico-informacionais, não se pode negar que a informação vem assumindo um papel de verdadeiro instrumento de união entre as diversas partes, as diferentes porções de um território, função desempenhada em um passado remoto pela energia elétrica. Nas áreas de produção homóloga, o território atual é marcado por um cotidiano compartilhado, mediante regras formuladas ou reformuladas localmente. Trata-se do uso de informação que tende a se generalizar a partir do local, dominado por forças localmente centrípetas – de dentro para fora –, oposta e simultaneamente a um acontecer hierárquico<sup>42</sup>, em que um cotidiano é imposto

---

<sup>42</sup>Sobre isto, SANTOS (2005) enfatiza que o acontecer solidário apresenta-se sob três formas no território atual: um acontecer homólogo, um acontecer complementar e um acontecer hierárquico. O acontecer homólogo seria aquele das áreas de produção (agrícola ou urbana) que se modernizam mediante uma informação especializada e levam os comportamentos a uma racionalidade presidida por esta mesma informação. Criaria, assim, uma similitude de atividades que gerariam contigüidades funcionais, permitindo o surgimento dos contornos e limites territoriais das áreas. Já o acontecer complementar seria aquele das relações entre cidades ou entre cidade e campo, consequência igualmente de necessidades modernas da produção e do intercâmbio geograficamente próximo. Finalmente, o acontecer hierárquico seria um dos resultados da tendência à racionalização das atividades e se faria sob um comando e uma

de fora (domínio de forças centrífugas), comandado por uma informação centralizada e privilegiada, uma informação que é segredo e poder.

Visto dessa forma, o que IANNI (1993) concebe por desterritorialização também acaba permitindo, por conseguinte, uma reterritorialização, como uma resposta do território à pós-modernidade global, o que permite novas formas de reestruturação. Assim, acentuam-se outras e novas possibilidades de ser, agir, pensar, sonhar, imaginar. Revelam-se condições desconhecidas, quando indivíduos, grupos, classes, movimentos sociais, partidos políticos, correntes de opinião pública, projetos de vida individual e coletiva<sup>43</sup>, estilos de pensamentos são lançados, simultaneamente, a lugares de rede e a lugares contíguos – que na realidade são duas dimensões de um mesmo espaço. Libertam-se horizontes desconhecidos, insuspeitados, escondidos. Novas condições de realização das diversidades, singularidades e universalidades são propiciadas. Os indivíduos, os grupos, as classes e todos os outros setores sociais adquirem distintas possibilidades de se desenvolverem e se expressarem. Deixam de estar vinculados a somente, ou principalmente, uma cultura, história, tradição, língua, religião, ideologia, crença ou utopia. Ocorre um desenraizamento<sup>44</sup>, pelo qual diferentes lugares e distintas condições sócio-culturais se vêem diante de novas, desconhecidas e surpreendentes formas, fórmulas, possibilidades e perspectivas.

---

organização concentrados e nos obrigariam a pensar na produção deste comando, desta direção, que também contribuiria à produção de um sentido impresso na vida dos homens e na vida do espaço. Na primeira e na segunda hipótese, temos a primazia das formas com a relevância das técnicas, já que estas, ademais, produzem as formas utilizadas. No caso do acontecer hierárquico, temos a primazia das normas, com relevância da política. As contradições ocorridas no uso do território evidenciam-se exatamente pela clara distinção e distância – inclusive sócio-espacial – entre a escala técnica e a escala política, misturadas na época de um Estado Territorial.

<sup>43</sup>Vale lembrar que os projetos de vida estão estritamente associados aos itinerários terapêuticos em saúde mental, que é interesse direto desta pesquisa.

<sup>44</sup>Este desenraizamento pode explicar os distintos desenhos e trajetos aos quais estão submetidos os mais variados itinerários terapêuticos. Diante de uma infinidade de possibilidades de tratamentos e bombardeados e atravessados por diversas crenças e formas de compreensão dos processos de saúde/doença/atenção, os itinerantes podem “experimentar”, aparentemente, uma gama de opções, que pode ir do modelo biomédico de tratamento às práticas espirituais não convencionais a um modelo tradicional.

O território – em sua dimensão transnacionalizada – se reafirma, dessa forma, pelo *lugar* e não apenas pelos novos fundamentalismos de um território fragmentado. Apesar da tendência atual dos lugares se unirem verticalmente, os mesmos também podem se unir horizontalmente, reconstruindo-se uma base de vida comum, susceptível de criar normas locais e regionais e de possibilitar a afirmação das formas de viver cuja solidariedade é baseada na contigüidade, na vizinhança solidária, isto é, no “território compartilhado”. Se essa convivência conhece uma regulação exterior, esta se combina com formas locais de regulação. E o conflito entre essas normas deve ser um dado fundamental de nossa análise.

#### a. 4. 4) O conceito de *lugar* em Milton Santos

O conceito de *lugar* parece ser de fundamental compreensão para poder se estabelecer um diálogo mais eficaz e rigoroso entre geografia e saúde pública. Sua delimitação é de grande utilidade para um entendimento do próprio termo *território*. Ambos os conceitos parecem evidenciar uma relação complementar e, ao mesmo tempo, dialética, propiciando novos horizontes através do contato com a obra de Milton Santos.

Em primeiro lugar – ou “em primeiro o *lugar!*” –, entende-se o *lugar* como escala espacial intrínseca da existência. É a partir do lugar que o mundo e a existência se realizam efetiva e concretamente. Mas, logo de saída, esta dualidade e, simultaneamente, oposição, entre mundo e existência (ou individualidade) se escancara. Neste ponto de vista, o lugar é compreendido como aquilo que faz intermédio entre o mundo e o indivíduo; entre a globalidade e a individualidade. Acontece, entretanto, que

esta realidade tensa, este dinamismo que se recria a cada momento, mostra-se como uma relação permanentemente instável, no qual globalização e localização, globalização e fragmentação são termos de uma dialética que se refaz frequentemente.

Deve-se tratar o lugar, sob essa perspectiva em uma era intensamente globalizada, como resultado e fundamento do mundo a partir das categorias de análise propostas acima – as verticalidades e horizontalidades:

(...) é necessário um aprofundamento da discussão do conceito de lugar como verticalidade e como horizontalidade (...). Faz-se ainda necessário, para uma contribuição mais profícua da Geografia, um exercício sistemático que permita desenvolver teórica e empiricamente elementos que partam do lugar como categoria de compreensão da realidade numa concepção renovada da disciplina, exigindo, dessa forma, uma atualização dos conteúdos dos conceitos, tornando-os categorias arraigadas à realidade contemporânea e capazes de dar subsídios a práticas sociais (...). Ao mesmo tempo propomos valorizar as práticas espaciais destacando os lugares como escalas privilegiadas da ação cotidiana dos agentes hegemônicos, uma vez que para aqueles hegemônicos, o planeta tornou-se passível do agir (...) (IBAÑEZ & TOZI, 2009, p. 5).

Existe uma multiplicidade de ações que fazem do espaço uma campo de forças multicomplexo e que levam a uma dissociação dos processos e subprocessos nele inseridos. A partir daí, cada lugar é, à sua maneira, o mundo. Mas, também, cada lugar irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo, torna-se exponencialmente diferente dos demais. A uma maior globalidade, corresponde uma maior individualidade. Para apreender a nova realidade do lugar, não basta adotar um tratamento localista, já que o mundo se encontra em toda parte. Deve-se, porém, ficar atento ao risco de se partir de uma noção de particularidade que apenas leve em conta os fenômenos gerais dominados pelas forças sociais globais – como já trabalhado em capítulos anteriores. Pode-se chamar este fenômeno de “glocalidade” (BENKO, 1990).



A história concreta do tempo atual repõe, deste modo, a questão do lugar numa posição central; uma redescoberta da dimensão local. Propõe-se a tarefa de, revisitando o lugar no mundo atual, encontrar seus novos significados. Considerando o *cotidiano* como categoria fundamental da existência que se presta a um tratamento geográfico do mundo vivido – em uma *geografia da existência/presença* – SANTOS ([1996] 2008) utiliza-se das variáveis: *objetos, ações, técnica e tempo*, para dar conta das questões relativas ao lugar. Lembra-se que o próprio espaço geográfico é definido como um conjunto indissociável entre sistemas de ações e de objetos. Mas a partir daí, torna-se necessária uma breve localização das variáveis da técnica e do tempo para melhor compreender o próprio conceito de lugar.

Durante muito tempo, a questão do tempo – que redundância! – pareceu tabu para a geografia, testemunhando uma frouxidão conceitual. Mas SANTOS ([1996] 2008), utilizando-se de outros autores, sejam geógrafos ou filósofos da existência<sup>45</sup>, procura minimamente “apertar” isto que se mostra frouxo. Para tanto, sente a necessidade de superar um discurso que trate tempo e espaço paralelamente. Destaca, num primeiro momento, um estudo da inter-relação entre período e *lugar*, no qual a periodização histórica poderia ser o instrumento adequado para enfrentar o tratamento do espaço em termos do tempo. Sem dúvida, a cada sistema temporal o espaço muda (SMITH, 1965). Mas a proposta de Milton Santos é tratar esta periodização para além da escala do mundo, do “tempo externo” a cada subespaço, porém sem negligenciá-lo; sua idéia é a elaboração de outras periodizações a escalas menores, agindo, por sua vez, sobre escalas espaciais inferiores, que tratem da questão de um “tempo interno” dos subespaços. Na proposta de *tempo espacial* miltoniana, insiste-se no fato de que tempo

---

<sup>45</sup> Dentre as principais referências de Milton Santos sobre o tema, destacam-se os autores da fenomenologia, como Sartre e Merleau-Ponty, Ullmann e, principalmente, Hågerstrand, com sua *geografia do tempo*.

e espaço reciprocamente se substituem, numa total integração. Critica uma outra abordagem:

(...) através da chegada de um novo item, numa determinada data, a um determinado lugar, era como se apenas o “tempo” fosse atravessando o “espaço”, mediante objetos e ações, passando mas não se misturando ao lugar. Não era atingindo o objetivo de prover, com um método, essa fusão do tempo e do espaço (grifos meus). (SANTOS, [1996] 2008, p. 52).

Nota-se que aqui já há uma proposta de integração das variáveis insinuadas acima<sup>46</sup>. Sistemas de objetos e de ações já não fazem mais sentido sem uma abordagem mais precisa de articulação entre tempo e espaço. Em uma *geografia do tempo*<sup>47</sup>, propõe-se incluir o esforço de mapear o tempo de uma realidade em movimento; busca explorar a noção de domínios, estudando a forma de utilização do território pelos diversos agentes de que resulta uma verdadeira compartimentação, no qual, a cada momento, o movimento do tempo e do espaço se dá de modo unitário. Esta unidade tempo-espaço obriga a tratá-los em termos de processo histórico, organizando-os; tempo e espaço podem assim medir-se mutuamente:

Tempo, espaço e mundo são realidades históricas, que devem ser mutuamente conversíveis, se a nossa preocupação epistemológica é totalizadora. Em qualquer momento, o ponto de partida é a sociedade humana em processo, isto é, realizando-se. Essa realização se dá sobre uma base material: o espaço e seu uso; o tempo e seu uso; a materialidade e suas diversas formas; as ações e suas diversas feições. Assim empiricizamos o tempo, tornando-o material, e desse modo o assimilamos ao espaço, que não existe sem a materialidade. A *técnica* entra aqui como um traço de união, historicamente e epistemologicamente (...), dão-nos a possibilidade de empiricização do tempo, (...) de uma qualificação precisa sobre a materialidade. (...) pode ser base de uma sistematização, solidária

<sup>46</sup>Nesta relação entre espaço e tempo, como colocado daqui a pouco, deve-se ressaltar as duas dimensões que a caracteriza: a *diacronia* (ou eixo das sucessões) e a *sincronia* (eixo das coexistências). Na primeira, o tempo é considerado como evolução; na segunda, como simultaneidade. A partir daí, formam-se as diferentes temporalidades, as diferentes formas de inserção no mundo, que resultam na “espessura” de determinado espaço, que só pode ser caracterizada através do tempo.

<sup>47</sup>*Geografia do tempo e geografia da existência* estão diretamente relacionadas.

com as características da época (...) É por intermédio das técnicas que o homem, no trabalho, realiza essa união entre espaço e tempo (SANTOS, 2009, p. 54).

Aqui, SANTOS ([1996] 2008) insere a última variável que propõe para o tratamento do espaço, do lugar e do cotidiano. As técnicas são datadas e incluem tempo, qualitativa e quantitativamente; são vistas, desse modo, como uma medida do tempo – o tempo do processo direto de trabalho; o tempo da circulação; o tempo da divisão territorial do trabalho; o tempo da cooperação. O espaço, por sua vez, – e igualando-se ao tempo – também é formado de objetos técnicos. E o conceito de lugar começa a assumir um lugar central, onde a técnica mostra-se como elemento unitário, capaz de assegurar a “equivalência” tempo-espaço:

O espaço distância é também modulado pelas técnicas que comandam a tipologia e a funcionalidade dos deslocamentos. O trabalho supõe o lugar, a distância supõe a extensão; o processo produtivo direto é adequado ao lugar, a circulação adequada à extensão (...) O espaço se impõe através das condições que ele oferece para a produção, para a circulação, para a residência, para a comunicação, para o exercício da política, para o exercício das crenças, para o lazer e como condição do “viver bem” (SANTOS, [1996] 2008, p. 55).

As técnicas, enquanto fenômeno histórico, identificam o momento de sua origem; uma datação que se torna possível tanto na escala do mundo, quanto do lugar. Ela é também possível à escala de um país, considerando-se o território nacional como um conjunto de lugares. Ela também evidencia o duplo movimento dos lugares – universal e local – colocados em uma centralidade.

O duplo movimento dos lugares também se revela em outro aspecto: o de ser simultaneamente alienação e libertação. Alienação, por ser o lugar receptáculo do mundo, daquilo que provém de outros lugares, dos lugares de onde se concentram os pontos normativos de comando; libertação, por ser o lugar impulsionador do

movimento do mundo, transformando a energia da força centrífuga em força centrípeta, em benefício de seu próprio benefício.

A localidade, assim, se opõe à globalidade, mas também se confunde com ela. Mas a partir daqui, é de interesse desta pesquisa começar a se realçar uma diferenciação mais contundente entre uma ordem global e uma ordem local; entre os dois pólos opostos desta relação dialética. Não na tentativa de negá-la, mas de poder propiciar uma posição mais rigorosa em relação a esses processos. O que a obra de Milton Santos vai indicando é uma *ação política* potencial *no e do* lugar que mostre uma resposta às verticalidades impostas. Parece querer demonstrar um caminho que tem um percurso claro, que vai “da ação globalizada como norma ao território local como norma” (SANTOS, [1996] 2008, p. 337), como enfatiza o subtítulo do autor.

O lugar é escala espacial do uso e da relação com os sistemas de objetos e de ações que configuram o espaço geográfico, como definido por SANTOS ([1996] 2008). Em contraposição, o mundo se faz totalidade em todos os lugares. Uma diferenciação fundamental, entretanto, entre mundo e lugar é colocada: o mundo deve ser visto como essência; o lugar como existência. Neste sentido, o conjunto de possibilidades que conformam o mundo se dá sempre de forma incompleta nos lugares, pois a essência assume sua forma somente pela existência, diferenciando as existências limitadas de cada lugar. Colocando o lugar num lugar central em sua relação com a temporalidade, novamente SANTOS ([1996] 2008) define:

A localidade se opõe à globalidade, mas também se confunde com ela. O Mundo, todavia, é nosso estranho. Entretanto se, pela sua essência, ele pode esconder-se, não pode fazê-lo pela sua existência, que se dá nos lugares. No lugar, nosso Próximo, se superpõe, dialeticamente, o eixo das sucessões, que transmite os tempos externos das escalas superiores e o eixo dos tempos internos, que é o eixo das coexistências, onde tudo se funde, enlaçando, definitivamente, as noções e as realidades de espaço e tempo. (grifos meus) (SANTOS, [1996] 2008, p. 322)

Continua:

No lugar – um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições – cooperação e conflito são a base da vida em comum. Porque cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a contigüidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa<sup>48</sup>, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade. (Ibdem).

---

<sup>48</sup> Mais a frente, são colocadas as diferenças que Milton Santos faz entre *informação* e *comunicação*.

## 1. 4. ACESSIBILIDADE

Pode-se dizer que a utilização dos serviços de saúde encontra-se no cerne do funcionamento dos sistemas de saúde. Entretanto, para que se possa compreender melhor este funcionamento e maximizar a utilização destes serviços – quantitativa e qualitativamente – a acessibilidade da população aos equipamentos aparece como uma questão central. Através do levantamento bibliográfico efetuado para a elaboração desta pesquisa, pôde-se compreender quais os significados e articulações que os termos *acesso* e *acessibilidade* adquirem para os diversos autores encontrados. Vale notar que alguns destes autores se utilizam de outros conceitos circundantes para poder melhor definir o que entendem por *acesso* e *acessibilidade*.

*Acesso* e *acessibilidade* são conceitos complexos, muitas vezes empregados de forma imprecisa e de maneira desconexa com o uso dos serviços de saúde. Variam de acordo com o contexto em que se inserem, ao longo do tempo e de autor para autor. Entretanto, o levantamento obtido permite uma categorização de determinantes (variáveis) da utilização dos serviços de saúde e, portanto, da própria acessibilidade a estes serviços. Como sugerem TRAVASSOS & MARTINS (2004), são determinantes os fatores que se relacionam a: (1) *os prestadores de serviços* – profissão, formação, forma de pagamento, características demográficas e psíquicas; (2) *a organização do serviço* – características da oferta, recursos disponíveis, acesso geográfico e social, forma de remuneração; (3) *a política* – sistema de saúde, distribuição dos recursos, legislação, regulamentação profissional e do sistema, financiamento, tipo e quantidade de seguros de saúde; (4) *a necessidade de saúde* – questões relativas à própria doença; (5) *os usuários* – características sócio-econômicas, culturais, psíquicas, geográficas e demográficas. Nota-se que a influência de cada um desses fatores pode variar de acordo

com o tipo de serviço – assistência domiciliar, hospital, atenção primária ou secundária – e com a proposta assistencial – cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Na bibliografia revista encontra-se tanto o próprio termo *acesso* – ato de ingressar; entrada; possibilidade de chegar; circulação, afluência, trânsito, passagem; possibilidade de alcançar algo – quanto o substantivo *acessibilidade* – “qualidade daquilo que é acessível” (HOUAISS, 2001, p. 52) – para falar sobre a utilização dos serviços de saúde. Alguns autores, inclusive, utilizam-se de ambos os termos invariavelmente, não se preocupando em distingui-los, referindo-os apenas ao grau de facilidade com que a população obtém os cuidados em saúde. Os enfoques dados aos conceitos por cada autor, porém, parecem indicar diferentes ênfases e olhares – ou, porque não, escolhas e preferências – sobre os possíveis determinantes citados acima. Parte dos autores foca-se nas características dos serviços; outros, nas características dos indivíduos que os utilizam; outros, ainda, exatamente na relação entre ambos (indivíduos e serviços).

Dentre os autores que tratam da questão da utilização dos serviços de saúde, DONABEDIAN (1973; 2003) foi o mais citado nos artigos encontrados<sup>49</sup>. Para este autor, *acessibilidade* é o aspecto da oferta de serviços que se relaciona à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Longe de associar o termo à mera disponibilidade de recursos, o autor foca relação entre as características dos serviços e o impacto que exercem enquanto produção de cuidados em saúde para a população que os utiliza. Pode-se dizer que DONABEDIAN (1973; 2003) centra-se nas questões mais relativas à oferta, mas essencialmente nas características da oferta de serviços que intervém (ou se ajustam) na relação entre as

---

<sup>49</sup>Referenciado no trabalho de OLIVEIRA, CARVALHO & TRAVASSOS (2004).

características dos indivíduos e o uso dos serviços. Sua intenção é poder compreender esta relação e, sabendo-se qual a relação desejada entre indivíduo e utilização de serviços, atuar sobre as características e fatores relacionados à oferta. Tendo em seu horizonte a equidade, no que diz respeito à acessibilidade dos serviços pela população, o autor entende tal conceito como essencial para poder explicar as variações nos usos de serviços de saúde por grupos populacionais.

Na tentativa de isolar as variáveis que se relacionam à oferta, DONABEDIAN divide o conceito de *acessibilidade* em *acessibilidade geográfica* e *acessibilidade sócio-organizacional*. Tomando-se como referência a categorização dos determinantes do acesso a serviços de saúde exibida anteriormente, percebe-se que a *acessibilidade sócio-organizacional* volta-se para as variáveis: (1) *prestadores de serviços*, (2) *organização do serviço* e (3) *política*, excluindo-se as características geográficas da organização do serviço. Um exemplo, aqui, seriam as políticas que selecionam os usuários por diagnósticos, condição social e econômica. Já a *acessibilidade geográfica* incluiria as próprias características geográficas da organização dos serviços. Vale notar que, ao associar a *acessibilidade geográfica* aos componentes do acesso que relacionam fatores da localização da oferta com fatores da localização dos usuários (meio de transporte, distância, tempo, custo e outras características do deslocamento), o autor acaba por considerar aspectos parciais da variável (5) *usuários*. Exclui, entretanto, os processos de tomada de decisão – incluindo-se características culturais e psíquicas – dos usuários e a variável (4) *necessidade de saúde* – relativa às características da doença.

UNGLERT (1987) utiliza o conceito de *cobertura* para demonstrar a necessidade de se tomar a acessibilidade ao sistema institucional de saúde sob diversas abordagens (geográfica, cultural, econômica, funcional), como sugerido na IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas. É exatamente este conceito que permite a



autora articular, de maneira dinâmica, de um lado, as necessidades e aspirações da população (demanda aos serviços) e, de outro, os recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais (oferta que intervém na demanda). Porém, no decorrer da descrição de suas pesquisas, pode-se perceber que UNGLERT (1987) preocupa-se primordialmente com as questões relativas à distribuição e deslocamentos dos usuários na busca pelos serviços (itinerários). A proposta da autora é mapear e detalhar a localização e distribuição geográfica dos usuários em suas mais diversas singularidades regionais ou territoriais e analisar os fluxos de deslocamentos dos usuários até os serviços, direcionando seu foco a aspectos da acessibilidade que relacionam mais diretamente características da organização dos serviços àquelas dos (5) *usuários*.

UNGLERT (1987) denomina as dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde de uma certa população de *barreiras geográficas*. São elas obstáculos, naturais ou gerados pela implementação urbana, que orientam a organização de fluxos de “freqüentação” e deslocamentos numa dada estrutura de circulação. Esta estrutura de circulação demonstra uma lógica e racionalidade estritamente dependentes da própria estruturação do tecido urbano, com todas suas funções e hierarquias, perfil populacional e adaptação relativa ao quadro natural preexistente. Uma lógica que determina fluxos espontâneos da população à procura de serviços. É a partir da caracterização da organização espontânea destes fluxos que se deveria determinar a área de influência dos serviços.

Sendo a acessibilidade aos serviços fator preponderante para a concretização da equidade na área da saúde, ela deve ser garantida, segundo UNGLERT (1990), sob os pontos de vista: (a) geográfico – através do planejamento da localização dos serviços de saúde; (b) econômico – através da remoção das barreiras derivadas do sistema de

pagamento ou contribuição pelo usuário; (c) cultural – através da adequação de normas e técnicas dos serviços aos mais diversos hábitos e costumes da população atendida; (d) funcional – através da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990).

A pesquisa evidenciou uma tendência de ampliação do escopo dos conceitos de *acesso* e *acessibilidade*. Na saúde pública, não se restringem apenas ao uso (entrada) dos serviços, mas passam a considerar também fatores contextuais e individuais mais complexos. Um olhar amplo sobre a questão da acessibilidade passa a se debruçar sobre a oferta de serviços, mas também sobre quem os procura e todas as influências e contingências relativas. A avaliação do impacto dos serviços de saúde na população também passa se voltar aos resultados (produção) dos cuidados recebidos e prestados, e não somente à oferta. Entende-se que a acessibilidade da população aos serviços de saúde é um pré-requisito de fundamental importância para uma eficiente assistência à saúde.

Nota-se que a questão referente à acessibilidade está diretamente associada aos itinerários terapêuticos e às redes territoriais. Segundo OLIVEIRA, CARVALHO & TRAVASSOS (2004), a constituição das redes territoriais podem determinar um maior ou menor empoderamento dos itinerantes em relação à acessibilidade aos serviços e cuidados prestados. As redes configuradas em árvore – as redes hierárquicas ou piramidais – caracterizam-se pelas limitações das conexões entre seus diversos ramos. Predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para o seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Já as redes organizadas em malha – em que cada nó se liga a vários outros – permitem percorrer caminhos variados entre os pontos, de modo que os diversos pontos da rede estão interconectados. Torna-se

claro, desta maneira, a relação intrínseca das redes com os itinerários terapêuticos, influenciando nas questões relativas à própria acessibilidade.

## 1. 5. OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E AS REDES SOCIAIS

Os enfrentamentos aos episódios de doenças, com seus respectivos tratamentos, são construções culturais, sociais e próprias a cada sujeito, fazendo parte da vida cotidiana nas mais diversas sociedades. É no próprio cotidiano, enquanto constituinte das inúmeras tramas sociais, que se encontra o cenário de base de estudo para os itinerários<sup>50</sup> terapêuticos. O processo de escolha que resulta num determinado percurso ou trajetória não é uma ação isolada. As interações dos sujeitos, nos seus mais diversos âmbitos, são demasiadamente influentes na busca pela cura de um “mal-estar”. As redes sociais às quais estão submetidos os sujeitos – a estrutura familiar, suas representações, a cultura local e macro-social em que estão inseridos – os afetam diretamente. Tomando-se o exemplo de MENENDÉZ (1992), ao situar a importância da família nesta rede de interações:

O sujeito, ao pensar um padecimento ou uma enfermidade, ao decidir o que fazer com ela, não atua isoladamente e sim como parte de uma micro/macro estrutura. A família constitui a micro estrutura que mais peso teria na constituição das representações e práticas dos sujeitos em relação ao processo saúde/doença/atenção. (MENENDÉZ, p. 5).

Para se compreender as formas de lidar com a doença e as escolhas terapêuticas, porém, a família, enquanto grupo social mais restrito, apresenta-se como um fator essencial, mas não como o único<sup>51</sup>. A rede de relações sociais mais ampla, mediada

<sup>50</sup>A expressão *itinerário* concerne a caminhos, trajetos, percursos percorridos ou a percorrer (NETO, 1998).

<sup>51</sup>Parece-me, entretanto, que, em relação aos pacientes atendidos nos CAPSi, as questões relativas às famílias e às mães dos pacientes são mais enfáticas e determinantes. Primeiro, logicamente, por se tratarem de crianças e ainda estarem em um período de extrema dependência em relação aos entes parentais. Segundo, por se tratarem de crianças com necessidades especiais (psicóticas e autistas, dentre outras), o que, para uma concepção psicanalítica – abordada aqui – já traz em seu âmago questões fundamentais na relação entre mãe, família e bebê. Segundo as palavras de MANNONI: “*Uma etapa angustiante no tratamento de uma criança débil é o momento em que a ‘cura’ pode ser vislumbrada. É a*

pela própria família e pelos sujeitos, também exerce influência fundamental. Segundo BARBOSA (2000), a rede de relações sociais:

(...) refere-se ao conjunto de pessoas em uma população e suas conexões. A análise de redes sociais baseia-se no pressuposto da importância das relações entre unidades que interagem, isto é, relações definidas como ligações entre unidades constituem componentes fundamentais das teorias das redes. (BARBOSA, 2006, p. 6).

Tomando-se as definições de doença como um mal-estar transformado em objeto socialmente aceito de conhecimento e intervenção (ALVES & RABELO, 1999) – ou como a resposta subjetiva do paciente e dos que o cercam ao seu mal-estar (HELMAN, 1994) – as relações entre saúde/doença, itinerários e redes sociais tornam-se mais clara. Para que seja possível compreender estas relações, deve-se estender o olhar sobre todo o campo de interações entre sujeitos, grupos, instituições e cultura subjacente; o cenário das relações, incluindo-se os hábitos e crenças culturalmente adquiridos, também deve ser considerado, portanto, como objeto no estudo dos itinerários terapêuticos.

De nada vale, entretanto, a compreensão desta rede de interações, se não retornarmos ao próprio sujeito. É isto a que remete NETO (1998) quando coloca as questões referentes ao itinerário como uma “confluência entre as atitudes individuais – às quais o pesquisador quase sempre recorre – e os processos sociais mais amplos” (NETO, 1998, p. 203). Antes mesmo de sua chegada a um serviço ou tratamento, o

---

*propósito desta possibilidade de saída feliz que tudo vai ser novamente colocado em questão” (MANNONI, 1999, p. 48). A partir disto, pode-se supor que um possível boicote familiar também ocorra no âmbito dos itinerários terapêuticos, resultando em uma excessiva e descontínua busca por cuidados em saúde mental em que tratamentos são freqüentemente interrompidos e as mães e seus filhos transitam de serviço em serviço. Sobre isto, MANNONI (1999) insiste: “Enquanto o insucesso de um tratamento pode ser imputável a alguém, a esperança subsiste. Curiosamente, é no momento em que tudo enfim parece possível (foram encontrados a escola ideal e o terapeuta) que a mãe se permite recuar e passa por um episódio depressivo, no decorrer do qual o Outro é visado” (MANNONI, 1999, p. 48). Como colocado mais a frente (vide análise dos dados), entretanto, supostos boicotes familiares não foram confirmados com a pesquisa.*

sujeito e aqueles que o cercam já estão “povoados” por uma série de crenças e expectativas diretamente relacionadas à aceitação e à aderência aos cuidados terapêuticos. Ele já tem construída uma narrativa pessoal sobre o seu problema de saúde e de suas inúmeras interferências. Traz consigo uma série de sentidos e significações que relacionam todo um contexto sócio-cultural a conceitos e elementos que a ele supostamente “explicam” a saúde/doença/tratamento<sup>52</sup>. Sobre este ponto, NETO (1998) também é enfático:

(...) falar em itinerários implica em definir a questão do lugar ocupado pela ação do indivíduo frente ao contexto social. Nem sempre é fácil, todavia, situar o movimento individual em meios aos trajetos já existentes, face à tensão entre, por um lado a, presença – visível ou invisível – dos que antes o percorreram e, por outro, as condições específicas às quais se sujeita a trajetória individual. (...) A pluralidade destas condições deve ser compreendida frente a um leque de escolhas cuja possibilidade ou viabilidade decorre de processos sociais mais amplos. Sem tal compreensão, torna-se impossível a generalização e a perspectiva da atuação num nível que transcenda o indivíduo. (grifos meus) (NETO, 1998, p. 203)

GERHARDT (2006), ao situar os sujeitos na busca por cuidados terapêuticos e considerá-los como atores sociais e definidos pelo espaço social, chama a atenção para uma *consciência de agir* dentro do território. Sua visão também extrapola uma abordagem centrada meramente no indivíduo, mostrando que as relações sociais exercem pressão (orientam, favorecem, penalizam) sobre as escolhas. Mas, para este autor, é inegável uma capacidade singular a cada sujeito de mobilizar recursos – inclusive subjetivos – e formular estratégias de enfrentamento de problemas e necessidades básicas, mesmo quando o contexto social se mostra similar ao de outros casos. Mas, logicamente, estas capacidades não deixam de ser modeladas por

---

<sup>52</sup>Na pesquisa em questão, os sujeitos privilegiados são os chamados cuidadores informais dos pacientes infanto-juvenis. O foco está em suas narrativas, nas suas significações e sentidos constituídos sobre a suposta doença de seus filhos e possíveis tratamentos.

características do contexto inter-relacional mais amplo, como: história de vida; experiências individuais e familiares; região da cidade e território; estrato sócio-econômico; a própria dinâmica individual a cada um, resultante do modo particular com que estas características interagem.

Para que se possa pensar, descrever e analisar os itinerários terapêuticos, o autor diz que:

(...) foi em termos de *situações de vida* que foram abordadas essas questões. Esta noção, central a este estudo, mostrou-se pertinente, pois associa a utilização que os atores sociais fazem de suas condições materiais e imateriais, em função das percepções que eles constroem dos problemas e dificuldades aos quais estão submetidos, recompondo e reinterpretando estes problemas. Além disso, tem o mérito de permitir o diálogo entre o que, na existência de um indivíduo – ou de um grupo – provém de fatores contextuais problemáticos, sejam eles materiais, sociais ou culturais e as interpretações e combinações que o indivíduo faz em função de suas próprias percepções, de seus objetivos e de sua capacidade em formular um projeto de vida. É justamente nesse contexto dinâmico que é realizada a hierarquia dos problemas. A noção de situações de vida assim definida permite conciliar a existência de fatores objetivos de vulnerabilidade (condições materiais e sociais de vida) e a ação do sujeito como intérprete do real, e se torna um instrumento interessante para a compreensão da vulnerabilidade, (...) procurando revelar não somente a diversidade e a pluralidade das escolhas, mas evidenciando as estratégias complexas dos atores sociais, a partir do universo sócio-cultural (individual e coletivo) em que se inserem e, sobretudo, do papel dos indivíduos enquanto sujeitos sociais (material e imaterial). (GERHARDT, 2006, p. 2452)

Parece-me, ao analisar a bibliografia consultada, que as questões semânticas – ou seja, aquelas relativas ao “fazer sentido” que certa compreensão de uma doença e do que a cerca faz emergir – são fundamentais para um melhor entendimento dos projetos de vida e processos de escolhas que cada pessoa ou família faz. GEERTZ (1978) argumenta que a cultura, como universo de símbolos e significados, permite aos indivíduos de um determinado grupo particular interpretar suas experiências e guiar suas ações. Os diferentes eventos podem se tornar inteligíveis através do manejo

peculiar que cada indivíduo faz de todo um aparato simbólico e significante advindo de sua inserção no mundo da civilização. A cultura é responsável por fornecer elementos para que as práticas cotidianas, inclusive as relativas à saúde, sejam aceitas e compreendidas. Como relatam LEITE & VASCONCELLOS:

(...) A cultura, desta forma, fornece uma maneira de entendimento do corpo e do seu funcionamento, e o indivíduo utiliza esse conhecimento para organizar as informações disponíveis e dar-lhes coerência. (...) O 'fazer sentido' é, pois, a congruência entre a base cultural do sujeito e o processo por ele desenvolvido para uma ação de saúde. Esse processo de escolha individual baseia as teorias (...) que procuram explicar os variados itinerários terapêuticos. (LEITE & VASCONCELLOS, 2006)

Discursando sobre o processo individual de escolha terapêutica, autores como BOLTANSKI (1989), ALVES & RABELO (1999) e PESCOSOLIDO (1992), enfatizam as estruturas cognitivas racionais nesse "fazer sentido". Estes autores, também pesquisados no estudo de LEITE & VASCONCELLOS (2006), exaltam que os saberes adquiridos na vida cotidiana – crenças, conhecimentos, valores construídos e transmitidos no âmbito cultural – estariam mais relacionados a uma racionalidade sobre os recursos disponíveis (materiais e imateriais). Defendem que as escolhas terapêuticas feitas pelos sujeitos seriam frutos de operações racionais, baseando-as, inclusive, numa lógica econômica, de avaliação de custo-benefício. Entretanto, parece-me que esta lógica racionalista acaba por deixar de lado uma outra lógica, que é a lógica do inconsciente, e que também permeia as escolhas de cada sujeito. Apesar de considerar a imersão do sujeito na cultura e de também enfatizá-la nos processos de decisão, o saber inconsciente extrapola o que se chamou de operações puramente racionais ou no nível da consciência somente. Observando alguns relatos de pessoas que falaram sobre seus itinerários terapêuticos (DALMOLIN, 2004), nota-se que existe algo neles que, apesar



de estar implícito nos discursos, escapa a uma apropriação mais direta ou consciente pelo sujeito<sup>53</sup>.

Assim:

(...) os itinerários terapêuticos (...) procuram explicar as ações relativas a partes ou ao conjunto dos usos de recursos terapêuticos em uma sociedade (...) Quando pensamos em itinerário, pensamos em um conjunto de planos, estratégias, projetos desenvolvidos pelos indivíduos com o objetivo de enfrentar o problema, mas será que os itinerários são planejados como uma seqüência de ações? E os hábitos, o acaso, os atos impensados, não constituem parte dos itinerários terapêuticos? (grifo meu) (LEITE & VASCONCELLOS, 2006, p. 125)

NETO (1998) também chama a atenção do leitor para a mesma questão:

Um mesmo local pode representar, assim, a confluência de itinerários de natureza diferenciada, estendendo-se pelas mais variadas escalas e agrupando indivíduos que se movam segundo diversas motivações. A situação daí resultante pode dar a impressão de aleatoriedade nos deslocamentos, e mesmo de uma massa composta por indivíduos cujo comportamento espacial não denota qualquer tipo de racionalidade. (grifo meu) (NETO, 1998, p. 214)

ORTIZ (1996), em seu texto *Um Outro Território – Ensaio sobre a Mundialização*, aborda o itinerário dos viajantes e sua relação com os processos de desterritorialização e reterritorialização, discutidos em capítulo anterior. Apesar de dizer sobre como no mundo atual as cartografias e estratégias de deslocamentos de viajantes itinerantes, quando interpretadas em termos de suas funcionalidades, têm minimizados seus riscos, não nega que por vezes os itinerantes “se perde” no emaranhado de seu trajeto, Mesmo preparando sua viagem de antemão, nem sempre

<sup>53</sup>Apesar de se utilizar nesta pesquisa referenciais da geografia – em especial a de Milton Santos – adota-se aqui uma concepção psicanalítica de sujeito, que tem como um de seus principais conceitos o de *inconsciente*. Nos textos de Milton Santos aqui abordados, entretanto, notou-se que o autor transita da teoria dialética marxista a uma concepção de sujeito fenomenológica e sartreana. Este assunto é melhor debatido no capítulo da Discussão desta dissertação.

consegue ter um conhecimento anterior de seu itinerário suficientemente para um melhor êxito em sua viagem<sup>54</sup>.

O itinerário terapêutico (caminho, trajetória em busca de cura) – enquanto um objeto “indisciplinado” que resiste às nossas tentativas disciplinares de enquadramento – envolve ações de distintas origens e finalidades. Em seu estudo sobre as trajetórias terapêuticas de pacientes de serviços psiquiátricos, ROCHA (2000), de algum modo, também considera a visão de mundo do sujeito como reflexo da cultura em que está inserido. Conclui que, apesar de no processo de decisão os sujeitos se defrontarem, nesta fase do mundo pós-moderno, com várias opções de escolhas, não há, necessariamente, uma oposição clara ou uma inviabilidade entre os diversos sistemas terapêuticos, como, por exemplo, práticas espirituais e psiquiatria. Mas é evidente que as percepções de um sujeito variam de acordo com as diferentes explicações etiológicas. Mesmo evidenciando-se uma inegável força do modelo biomédico no contexto atual, as terapias populares ainda fazem parte da busca por cuidados terapêuticos em diversos territórios – especialmente em países como o Brasil e grandes cidades como São Paulo, onde a miscigenação sócio-cultural e as migrações são realidades constantes.

Para LAPLANTINE (1991):

(...) enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra disposto a eliminar. (LAPLANTINE, 1991, p. 220)<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Analisadas as entrevistas, isto tornou-se mais claro e saliente quando se trata de itinerantes em busca de serviços em saúde mental.

<sup>55</sup> A pesquisa evidenciou, porém, que ainda existe uma excessiva procura e confiança no saber e modelo biomédico de tratamento. Este tópico é melhor trabalhado na análise dos dados.

A procura por cuidados terapêuticos por parte dos sujeitos e da família origina-se, assim, de situações diversas, desencadeando-se um processo complexo, influenciado não somente por fatores objetivos mas também pelas representações que interferem na explicação da doença, na opção por determinado recurso ou serviço e nos próprios itinerários em busca de cuidados em saúde mental<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup>Mas vale lembrar que essas “representações” serão analisadas, primordialmente, seguindo um viés essencialmente psicanalítico. Este ponto está melhor discutido no capítulo sobre o “Método”.

### 1. 5. 1. As Redes e o Território

Rede é um termo que pode ser encontrado nas mais diversas áreas do conhecimento. Pensando-se em uma conceituação mais genérica, pode-se entender as redes como estruturas de interconexão, constituídas por dois tipos de elementos: pontos (ou nós) e as ligações entre eles. A configuração das ligações revela a estrutura da rede (OLIVEIRA, CARVALHO & TRAVASSOS, 2004).

Considerando-se a geografia – ciência privilegiada nesta pesquisa junto às possíveis articulações com a saúde pública – a noção de rede também pode ser compreendida por diversos aspectos e autores. Nota-se, contudo, que se parte aqui essencialmente das articulações propostas por Milton Santos. Logicamente, estas articulações estabelecem diálogos com outras referências e autores.

Um ponto central dentro das teorias das redes é o dinamismo existente entre os espaços “cheios” e “vazios”, como dito em capítulo anterior. Os diferentes lugares e regiões caracterizam-se singularmente por uma certa distribuição destes “cheios” e “vazios”; “cheios” e “vazios” de pessoas, de equipamentos sociais, de serviços, de instituições, de produtos, de circulação e comunicação. Enquanto possibilidades de integração do espaço e dos lugares, as redes permitem modificar o território. E é esta territorialização do espaço, “humanizada” pelas relações entre os lugares e regiões, que transforma: os pontos em *nós*; as linhas em *redes*; as superfícies em *tessituras*<sup>57</sup> (RAFFESTIN, [1980] 1993). São os grupos humanos que transformam os espaços em sistemas territoriais – em campos de poder.

---

<sup>57</sup> O conceito de *tessitura* apresenta-se de grande importância para esta pesquisa. São elas os “buracos” entre os *nós* e as *redes*. Existem *tessituras* mais ou menos estáveis. Elas dependem das características particulares de seus processos históricos e dos modos de produção e distribuição.

Sobre isso, SANTOS ([1996] 2008) é enfático ao dizer que a existência das redes é inseparável da própria política. A questão que remete à distribuição do excedente de capital nos diversos pontos e ligações mostra-se como um dos principais fatores na diferenciação espacial e política, indicando funções distintas em cada lugar e ponto do espaço e diferentes graus de centralidade. As redes podem ser entendidas, inclusive, concomitantemente como condição e reflexo – ou causa e efeito, respectivamente – do processo de divisão territorial do espaço. Ao citar alguns outros autores, SANTOS ([1996] 2008) sugere que:

A existência das redes é inseparável da questão do poder. A divisão territorial do trabalho resultante atribui a alguns atores um papel privilegiado na organização do espaço. Segundo Martin Lu (...), esse papel de integração é funcional e territorial, sendo responsável pela intensificação das especializações, por novas divisões espaciais do trabalho, maior intensidade do capital, circulação mais ativa de mercadorias, mensagens, valores e pessoas, maior assimetria nas relações entre os atores. Para esse autor ‘a integração pode ser conceituada como um processo de unificação do espaço da decisão (...). Taylor & Thrift (...) apontaram um caminho interessante ao lembrar que os sistemas de poder inerentes à ação das grandes organizações têm um papel importante na construção das estruturas organizacionais. Faltava acrescentar que a própria estrutura do espaço constitui uma condição fundamental ao exercício do *poder* e à natureza local ou regional desse poder. A palavra *poder* deve ser (...) a capacidade de uma organização para controlar os recursos necessários ao funcionamento de uma organização. (grifo meu) (SANTOS, [1996] 2008, p. 270-1)

Não se pode, assim, pensar nas redes sem se pensar nas relações de poder. E não se pode pensar nas relações de poder sem se pensar em divisão territorial do trabalho, em especializações<sup>58</sup> e em hierarquias. Estas características das redes acabam por tornar o espaço heterogêneo e instável:

---

<sup>58</sup>O tópico das especializações – no caso desta pesquisa das especialidades dos distintos profissionais de saúde – é tratado na análise dos dados. Parafraçando a frase de SANTOS ([1996] 2008) de que as “regiões seriam vítimas do território reticulado” (SANTOS, [1996] 2008, p. 270), poder-se-ia dizer que as especialidades também seriam vítimas – e ao mesmo tempo agentes – do mesmo território reticulado.

(...) não existe homogeneidade do espaço, como, também, não existe homogeneidade das redes. Quando se fala de “distribuição homogênea” e de “serviços ubiqüitários, instantâneos e simultâneos (...), a referência é, sobretudo, às redes e serviços existentes, mas não, propriamente, ao território ou seus subespaços tomados como um todo. (...) a homogeneização é um mito, sua percepção sendo o resultado de um “delírio analítico” que associa à idéia de revolução espacial a existência de uma indiferença espacial. (...) o espaço continua diferenciado e esta é uma das razões pelas quais as redes que nele se instalam são igualmente heterogêneas. (...) nem tudo é rede. Se olharmos a representação da superfície na Terra, verificaremos que numerosas e vastas áreas escapam a esse desenho reticular presente na quase totalidade (...). Essas áreas são magmas, ou zonas de baixa intensidade. (...) E onde as redes existem, elas não são uniformes. Num mesmo subespaço, há uma superposição de redes, que inclui redes principais e redes afluentes ou tributárias, constelações de pontos e traçados de linhas. Levando em conta seu aproveitamento social, registram-se desigualdades no uso e é diverso o papel dos agentes no processo de controle e regulação do seu funcionamento. (Idem, p. 268)

SANTOS ([1996] 2008) parece se referir a questões semelhantes às de RAFFESTIN ([1980] 1993). As áreas que escapam ao desenho reticular seriam modos de *tessituras*, na conceituação deste último autor. As “zonas de baixa intensidade” dizem mais sobre os “vazios” e denunciam a diferenciação territorial e a não homogeneização.

Mesmo quando ambos os autores parecem se referir às redes mais amplas e globalizadas, suas teorizações parecem servir muito bem para as redes mais locais. A dialética entre as ordens Local x Global é, aliás, intrínseca a estas questões de rede.

CORRÊA (2006) conceitua as redes urbanas como conjuntos de centros urbanos funcionando articuladamente entre si. Estes centros acabam delimitando áreas de influência<sup>59</sup> aos seus redores, exaltando as desigualdades espaciais, mas também, paradoxalmente, seus modos de integração. Este autor compreende as redes urbanas

---

<sup>59</sup>O problema referente às áreas de abrangência e influência é caro à saúde pública. Os serviços em saúde buscam orientar seus fluxos através destes termos. Juntamente, pensar em áreas de influência de serviços em saúde em relação a uma determinada população não deve excluir uma reflexão sobre as relações entre centro e periferia (vide análise dos dados).

como meios por onde a produção, circulação, consumo e comunicação se dão. São elas que vão caracterizando e qualificando o território em uma dinâmica própria; é ela que dá a “cara” particular de certo espaço. E para compreender estes fluxos próprios de cada lugar e território é necessário compreender os processos e estruturas que determinam seus modos de funcionamento dentro da rede complexa e ampla e suas características fenomênicas. São as diferentes funções de cada elemento da rede que caracterizam sua posição no todo desta rede (CORRÊA, 2006).

A questão da circulação<sup>60</sup> mostra-se como elemento fundamental dentro das teorias de rede. Neste sentido, a compreensão dos fluxos e da fluidez das redes é fundamental. O próprio “padrão geográfico é definido pela circulação, já que esta, mais numerosa, mais densa, mais extensa, detém o comando das mudanças de valor no espaço” (SANTOS, [1996] 2008, p. 268). Para SANTOS ([1996] 2008):

Uma das características do mundo atual é a exigência de fluidez para a circulação de idéias, mensagens, produtos ou dinheiro, interessando aos atores hegemônicos. A fluidez contemporânea é baseada nas redes técnicas, que são um dos suportes de competitividade. Daí a busca voraz de ainda mais fluidez, levando à procura de novas técnicas ainda mais eficazes. A fluidez é, ao mesmo tempo, uma causa, uma condição e um resultado. (...) Criam-se objetos e lugares destinados a favorecer a fluidez: oleodutos, gasodutos, canais, autopistas, aeroportos, teleportos. Constroem-se edifícios telemáticos, bairros inteligentes, tecnopolos. Esses objetos transmitem valor às atividades que dele se utilizam. Nesse caso, podemos dizer que eles “circulam”. É como se, também, fossem fluxos. (...) O ritmo que se pede a cada objeto, para que participe eficazmente da aceleração desejada, supõe que se conheçam (*sic*) de antemão os tempos de seu uso, as velocidades que se podem alcançar, as frequências que permitem, os custos respectivos<sup>61</sup>. (Idem, p. 274)

---

<sup>60</sup>A esta pesquisa interessa, fundamentalmente, a circulação dos usuários na busca pelos serviços. Tangencialmente, a circulação dos diversos elementos da rede na busca pela constituição de um fluxo é também outro ponto que merece atenção para essa discussão.

<sup>61</sup>Uma pergunta que cabe aqui é: qual é a fluidez, a velocidade ou as frequências necessárias ao fluxo das redes de saúde, mais especificamente a de saúde mental?

Novamente, este autor parece estar se referindo mais diretamente a uma fluidez relacionada às questões econômicas mais amplas; uma rede técnico-informacional enfatizada mais pelo seu caráter universal ou global. Seguindo suas próprias palavras, entretanto, considera-se que as “redes são técnicas, mas também são sociais. Elas são materiais, mas também são viventes (...) como um sistema de ordem dupla, ao mesmo tempo estrutural e funcional” (Idem, p. 277). Considerando-se o movimento social como princípio dinâmico, ele inclui tanto dinâmicas próximas locais, quanto dinâmicas mais distantes, de ordem mais macro, movida por uma outra instância de organização<sup>62</sup>.

Para DIAS (1995), o conceito de *rede* vem dizer sobre uma redução das distâncias; sobre a instalação de uma ponte entre lugares (ou espaços) distantes<sup>63</sup>. Se em outro momento este conceito surgiu para dizer mais especificamente sobre questões econômicas, hoje o termo é utilizado em diversos campos disciplinares, tendo seu uso por autores coletivos e movimentos sociais: redes estratégicas, redes de solidariedade, redes de Universidades, redes de informação e, porque não, redes de saúde. O que se tem de comum e de essencial aí, contudo, é uma concepção de organização sob a forma de redes.

Historicamente, a redução das distâncias redesenhou-se com as inovações técnicas, essencialmente nos transportes e nas comunicações. Foi especialmente a partir daí que as redes passaram a refletir mais intensa, instantânea e simultaneamente os fluxos de informação e formação dos territórios. Com um papel primeiro de organização territorial, as redes passaram a criar, em um outro nível, condições sociais inéditas e a transformar consideravelmente os territórios (DIAS, 1995). Buscando

---

<sup>62</sup>Em relação a esta pesquisa, pode-se pensar nas decisões de fluxos na saúde mental ditadas pelo âmbito político mais amplo, como os advindos de diretrizes do Ministério da Saúde, das Secretarias do Estado e do Município, ou das Coordenadorias e Supervisões de Saúde.

<sup>63</sup>Reduzir distâncias, porém, não é o mesmo que reduzir espaços.



desfazer barreiras e obstáculos à circulação e à comunicação, acabaram por evidenciar seu duplo e paradoxal papel de integração e desintegração<sup>64</sup> do território:

Os estudos em andamento nos permitem avançar mais uma hipótese: as qualidades de instantaneidade e simultaneidade das redes de informação emergiram mediante a produção de novas complexidades no processo histórico. Muitas são as complexidades (...). Processos de múltiplas ordens: de integração produtiva, de integração de mercados, de integração financeira, de integração de informação. Mas processos igualmente de desintegração, de exclusão de vastas superfícies (...). Todos estes processos para serem viabilizados implicaram estratégias, principalmente estratégias de circulação e comunicação, duas faces da mobilidade que pressupõe a existência de redes, uma forma singular de organização. A densificação das redes – internas a uma organização ou compartilhadas entre diferentes parceiros – (...) surge como condição que se impõe à circulação crescente (...). Em outras palavras, a rede aparece como o instrumento que viabiliza exatamente essas duas estratégias: circular e comunicar. (...) as redes se adaptam às variações do espaço e às mudanças que advêm no tempo, (...) são móveis e inacabadas, num movimento que está longe de ser concluído. “A rede faz e desfaz as prisões do espaço tornado território: tanto libera como aprisiona. É porque ela é ‘instrumento’, por excelência, do poder” (...). (grifos meus) (DIAS, 1995, p. 146-7)

DIAS (1995) coloca como a primeira propriedade das redes a conexidade, enquanto qualidade de conexo, de ligação. Os nós da rede são assim lugares de conexão, o que também significa dizer que são lugares de referência, de poder (DIAS, 1995; RAFFESTIN [1980] 1993). É primeiro pela conexidade que a rede solidariza os elementos. Mas ao mesmo tempo em que tem o potencial de conectar e solidarizar, também tem de excluir. Os organismos de gestão da rede – gestão econômica, técnica ou jurídica – não são neutros. Eles colocam em jogo relações sociais entre os elementos solidarizados e aqueles que permanecem marginalizados (DUPUY, 1984).

Adianta-se aqui que pensar a constituição e fluxo das redes desenhadas pelos itinerantes nas buscas pelos serviços e tratamentos diversos foi tarefa desta pesquisa.

---

<sup>64</sup>Pensar a rede como desintegração, e não apenas como integração, é fundamental para um olhar mais abrangente sobre os serviços de saúde.

Mas também foi sua tarefa poder evidenciar as tessituras e nós entre os próprios serviços de saúde. Muitos dos fluxos evidenciados na rede de serviços em saúde parecem já definidos, mesmo quando não demonstram a efetividade desejada – como dito, a rede marginaliza simultaneamente que solidariza. Alguns fluxos apresentam-se mais cristalizados; outros mostram-se mais “frouxos”. Teve-se a intenção aqui de poder caracterizar estes fluxos e servir como diretriz para um pensamento que busque compreender as necessidades de frouxidão ou estreitamento nas distintas articulações da rede. A pesquisa deve servir como instrumento que permita de algum modo, mesmo que idealmente, a desconstrução de certos fluxos e, conseqüentemente, suas reconstruções<sup>65</sup> desejadas.

---

<sup>65</sup>Qualquer semelhança entre os termos *desconstrução/reconstrução* e *desterritorialização/reterritorialização* não é mera coincidência.

## 2. RECURSOS METODOLÓGICOS

### 2. 1. MÉTODO, ABORDAGEM E CONCEPÇÃO DE SUJEITO

O objeto de estudo desta pesquisa foram os itinerários terapêuticos em saúde mental – ou a busca por cuidados em saúde mental – de usuários que estão sendo atendidos em dois CAPS do município de São Paulo<sup>66</sup>. Não os itinerários terapêuticos em si, mas sim os relatos sobre eles: daqueles identificados como “cuidadores informais” das crianças atendidas, ou seja, os prestadores de cuidados, não técnicos e não remunerados, ao usuário (PEGORARO & CALDANA, 2006). São pessoas com quem a criança demonstra ter, geralmente, um laço afetivo e com quem pode contar para a superação dos obstáculos advindos do sofrimento mental, como, por exemplo, a busca por tratamento. Estas pessoas próximas à criança são consideradas como seus “familiares”, não necessariamente consanguíneos.

Realizou-se entrevistas semi-dirigidas (segundo Roteiro de Entrevistas – Anexo I) com esses cuidadores para que possam ser identificados os caminhos percorridos e delineados na busca pelos cuidados em saúde mental até e após a chegada ao CAPSi. Para tanto, as entrevistas visaram obter um relato de cada cuidador referido sobre os itinerários, desde a “descoberta” do problema em saúde mental da criança em questão, até os dias atuais. Foram entrevistados 4 (quatro) cuidadores informais de crianças e adolescentes de cada um dos 2 (dois) equipamentos escolhidos (CAPSi Lapa e CAPS Juventude Santo Amaro), totalizando-se 8 (oito) entrevistas. Entende-se que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, este é um número suficiente para obter-se um

---

<sup>66</sup> O CAPSi Lapa e o CAPS Juventude Santo Amaro, por apresentarem características distintas – em relação ao histórico da equipe profissional e ao território – oferecendo um melhor material para a comparação dos itinerários.

material relevante e que muito nos dirá sobre os itinerários em busca de cuidados em saúde mental, além de ser um número viável de se efetuar na prática. Após a entrevista com cada um desses cuidadores, houve um segundo momento com cada um deles, após uma primeira análise do material obtido. Entende-se que este segundo momento permite rever pontos que não se tornaram muito claros na primeira entrevista: dúvidas do pesquisador; complementos que o entrevistado queira fazer e que por algum motivo não o fez ou não pôde fazê-lo naquele momento; retificações de algum erro de compreensão por parte do pesquisador em relação à primeira análise das entrevistas. Este segundo momento permitiu também uma maior proximidade e interação com o entrevistado, resultando numa melhor e mais eficaz coleta de dados. Preferiu-se, deste modo, uma maior qualidade em cada entrevista do que um número maior de cuidadores (colaboradores) pesquisados.

Vale notar que a escolha dos cuidadores informais entrevistados em cada CAPS foi feita junto da coordenação destas instituições e outros profissionais do equipamento que tinham proximidade com os casos. Entende-se que a presença destes profissionais foi essencial para se estabelecer os contatos com os cuidadores e uma boa qualidade nas entrevistas.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa, fundamentando-se nos princípios que a norteiam. Este tipo de estudo se interessa por um nível de realidade que não pode ser quantificável, trabalhando com todo um universo de sentidos e significações; de desejos, crenças, valores, atitudes, motivações e aspirações, que correspondem a um espaço mais profundo das relações. O que se visa é conhecer o lado implícito de um determinado fenômeno humano em sua singularidade.

Como o objeto foi o relato dos cuidadores, considerou-se o caráter social e histórico das falas, que expressam as diversas relações que as permeiam e a estrutura

política de certo tempo, espaço e grupo. Evidenciam-se, deste modo, os conflitos e contradições nas/das próprias falas e da cultura na qual está inserida.

Os relatos dos referidos cuidadores evidenciaram as dinâmicas singulares daquilo que se considera como constituindo os territórios subjetivos ou existenciais. Sob este viés, a subjetividade deve ser pensada como um sistema complexo e heterogêneo, constituído não só pelo sujeito, mas também pelas relações que ele estabelece. Estas relações denunciam a “exterioridade” de forças que incidem sobre cada um, ligando processualmente a subjetividade às situações, ao coletivo, ao heterogêneo. O afetamento da subjetividade pelo que não é ela, pelas relações efetuadas, pela intersecção com o “fora”<sup>67</sup>, forma um agenciamento. Quando isto ocorre, linhas de fuga são construídas, convergindo em processos que trazem o novo (DELEUZE & PARNET, 1998). São processos coletivos, conectando-se ao que está aquém e além do sujeito e construindo novos territórios existenciais. A partir disto, pode ocorrer a realização de deslocamentos da subjetividade, possibilitando a ruptura e resignificação de sentidos.

Nessa perspectiva, através dos relatos livres dos cuidadores – obtidos através da aplicação das entrevistas – pesquisa-se qualitativamente os territórios existenciais, no sentido proposto acima. Pode-se delimitar um território existencial quando os elementos heterogêneos que compõem a subjetividade ganham alguma homogeneidade, uma determinada composição. Este território localiza-se na interface entre o que se repete e é conhecido e o que pode afetar, desterritorializar, produzir uma outra composição via agenciamentos, que podem operar por reterritorialização. Neste sentido, cada pessoa e família habita um meio, circula em formas de se relacionar, constituindo um território que envolve marcas, sons, silêncios, atitudes, comportamentos, crenças e segredos.

---

<sup>67</sup> Optou-se, aqui, em utilizar a palavra “fora” entre aspas na tentativa de se evitar uma oposição entre dentro x fora, ou sujeito x sociedade, já que a concepção de sujeito que será utilizada é a de um sujeito constituído a partir do campo do Outro: ou seja, distinto de uma mônada encerrada em algum tipo de “interior psicológico”, por oposição ao que seria uma exterioridade social.

Estas marcas ganham, por insistência, alguma homogeneização, conquistada pela repetição e comunhão desses elementos heterogêneos entre as subjetividades que integram o grupo (ROMAGNOLI, 2006). Assim, busca-se com esse estudo a compreensão dos caminhos e trajetos percorridos nos diferentes itinerários através do conhecimento e descrição dos territórios existenciais dos cuidadores de pacientes do CAPSi.

Apesar de ser esta uma pesquisa também descritiva, buscou-se uma análise dos dados que permitisse uma compreensão que ultrapasse os meros “desenhos” dos trajetos dos itinerantes. As perguntas que serviram de “leme” para as entrevistas semi-dirigidas (vide Roteiro de Entrevistas – Anexo I), tornaram possível a obtenção de um material que possibilitou uma posterior análise das contingências e singularidades destes itinerários. Mais do que me limitar ao conteúdo explícito nos enunciados dos relatos obtidos nas entrevistas, propôs-se a considerar também o que ultrapassa o âmbito das razões e intenções conscientes apresentadas pelos entrevistados. A concepção psicanalítica do sujeito (do inconsciente) que fala é de uma entidade que não tem uma essência pura em si, mas que é marcado por uma divisão fundamental e estrutural.

A pesquisa é uma dimensão essencial da práxis analítica, em função de sua articulação intrínseca, e não circunstancial, com o inconsciente. Sobre isto, em um de seus escritos técnicos, FREUD ([1913] 1969) recomenda: “*A psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem*” (FREUD, [1913] 1969, p. 152). Em relação ao passo inaugural da ciência clássica, a psicanálise opera um corte, um rompimento discursivo, para cujo entendimento da noção de sujeito é fundamental. O que a psicanálise reivindica é a reintrodução do sujeito na cena discursiva. O ponto central da questão metodológica é a necessidade de inclusão do sujeito (do inconsciente) em toda a extensão, e em todos os seus níveis –

saber teórico, prática clínica, atividade de pesquisa, etc – no campo da psicanálise (ELIA, 2000). O saber do inconsciente não é apreensível por uma mera aplicação do saber acumulado pelo cientista-analista, mas se coloca a cada vez inédito, único e singular, a ser lido segundo uma estrutura que, por sua vez, não coincide com o saber universal e genérico da ciência clássica, mas inclui, necessariamente, o real inapreensível pelo universal. Assim, toda e qualquer pesquisa em psicanálise é, necessariamente, uma pesquisa clínica, no que ela tem de essencial<sup>68</sup>. Mesmo situando-se fora de um espaço terapêutico, isto não invalida seu caráter clínico. O que há na psicanálise é um “campo de pesquisa” – o inconsciente – que inclui o sujeito. Por isso, a clínica, como forma de acesso ao sujeito do inconsciente, é sempre o campo da pesquisa (ELIA, 2000).

É interessante lembrar também, já que a noção de *território* é central a esta pesquisa, que os territórios existenciais<sup>69</sup> revelados pelos relatos também foram analisados, e não apenas suas formas. Tomando-se todo o cuidado em diferenciar as distintas conceituações, concepções e abordagens – com seus respectivos métodos e análises – de modo a não misturá-las a ponto de resultar em uma perda de rigor, o arranjo discursivo também teve seu conteúdo sob o foco da análise em questão. Aqui, as propostas de procedimento de alguns autores dedicados à análise de conteúdo de enunciados verbais foram úteis, sem que, no entanto, tenha implicado abrir mão da

---

<sup>68</sup>Ressaltar-se aqui que, apesar da proximidade que se estabeleceu entre os campos da pesquisa e da clínica, as possibilidades de se extrair uma significação inconsciente são consideravelmente mais amplas neste último campo. O material obtido com as entrevistas desta pesquisa aponta alguns lapsos, repetições, dificuldades e conflitos, o que uma escuta psicanalítica mais atenta poderá “denunciar”. Mas o material discursivo destas entrevistas, consideravelmente mais reduzido se comparado àquele obtido na clínica, oferecerá alcances e limites diferentes.

<sup>69</sup>Optou-se pela utilização do termo *territórios existenciais* por apresentar consonância com as noções utilizadas neste projeto, e não por questões mais propriamente ligadas ao método em si. Por isto, entende-se que não haverá problema e falta de rigor entre a utilização do termo (mais ligada à esquizoanálise) e uma compreensão de sujeito da psicanálise.

noção de sujeito abordada pela psicanálise e que, portanto, se incorresse em uma superestimação do que é possível obter a partir deste nível de análise (do conteúdo)<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup>Vale lembrar as duas concepções psicanalíticas do termo *conteúdo*: a de *conteúdo manifesto* e a de *conteúdo latente* (FREUD, 1900), que estão diretamente relacionadas à diferenciação que LACAN faz entre *sujeito do enunciado* e *sujeito da enunciação* (LACAN, 1998).



## 2. 2. TÉCNICA DE TRATAMENTO DOS DADOS

Na tentativa de adequar o método aos objetivos e objeto de pesquisa, vale lembrar que BARDIN (1977) propõe o método de Análise de Conteúdo, que consiste em uma pré-análise através de uma leitura flutuante do material para impregnação do pesquisador em relação aos seus conteúdos, definindo-se os conceitos teóricos e técnicos que orientarão a análise; a exploração do material, com a finalidade de atingir o núcleo de compreensão do conteúdo; e o tratamento dos dados obtidos e a interpretação, de acordo com o referencial adotado.

A Análise de Conteúdo proposta por BARDIN (1977), possibilita diferentes escolhas da técnica e do tratamento das informações. Permite, deste modo, uma confluência com a concepção psicanalítica de sujeito aqui adotada. Optou-se também pela Análise de Conteúdo por oferecer uma sistematização no tratamento das informações e uma modalidade mais simplificada, como a Temática. Possibilita também a compreensão de seus elementos mais particulares e viabiliza o entendimento de sua dinâmica interna.

Pode-se dizer que a Análise de conteúdo não é propriamente um instrumento, mas uma espécie de gama de modelos e opções técnicas, marcada por uma considerável disparidade de formas analíticas e adaptáveis a campos de aplicação bastante distintos. O analista pode, assim, criar um conjunto de técnicas parciais e complementares, que viabilize um “jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver” (BARDIN, 1977, p. 42). A intenção com este tipo de análise é a inferência – ou a dedução de maneira lógica – de conhecimentos relativos às condições de produção de um determinado conteúdo. A inferência pode, deste modo, indicar: aquilo que conduz a um determinado enunciado – aos antecedentes

ou causas desse conteúdo; e quais as contingências e efeitos que um certo enunciado pode fazer advir. A inferência constitui-se, para Bardin, uma etapa que se situa entre a categorização das características do conteúdo e a interpretação e significação destas características, a partir dos objetivos da pesquisa em questão e do referencial teórico que a sustenta.

Dentre as técnicas de análise na Análise de Conteúdo, optou-se, nesta pesquisa, pela Análise Categorical ou Temática, que consiste na descoberta de “núcleos de sentido” – ou temas – que se apresentam a partir do material analisado. Um “tema” é compreendido, desta forma, com uma “unidade de significação” que emerge do texto analisado a partir de certos critérios do referencial teórico adotado.

Propõe-se, aqui, dois critérios para categorização das unidades de significação: o de “repetição” e o de “relevância”.

### **3. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

A análise das entrevistas que aqui se apresenta está fundamentada, como dito, na Análise de Conteúdo Temática. A categorização escolhida baseia-se no critério de relevância. Nele, foi dado destaque a pontos relevantes à pesquisa, que de algum modo chamam à atenção por estarem diretamente relacionados ou condicionados aos determinantes dos itinerários descritos pelos entrevistados. Muitos deles relacionam-se a algumas hipóteses pensadas previamente à realização da pesquisa, confirmando-as ou refutando-as. Outros, puderam ser construídos a partir da bibliografia utilizada como referencial teórico, que também serviu de norte para a categorização. Vale notar que a repetição ou recorrência de temas, pontos, frases ou palavras no discurso dos cuidadores informais – em sua grande maioria as próprias mães das crianças e adolescentes usuários dos CAPSi – também serviram de critério para determinar a relevância do conteúdo, embora não fosse o único.

#### **3. 1. A descoberta do problema com a saúde mental da criança e o início do itinerário**

*Categoria:*

a) Sintomas.

*Sub-categorias:*

a.1) Sinais e comportamentos que chamaram à atenção;

a.2) Idade das crianças quando descobertos os primeiros sintomas;

a.3) O problema/ausência/demora da fala e da sociabilidade/interação como questões centrais;

a.4) Pessoa(s), profissional(ais) ou instituição(ões) que primeiro notou(aram) sintomas que indicavam problema com a saúde mental.

*Categoria:*

b) Entre os sintomas e os primeiros passos do itinerário.

*Sub-categorias:*

b.1) Negação/aceitação dos sintomas enquanto um problema com a saúde mental da criança;

b. 2) Os serviços públicos de saúde como primeiro acesso.

### **3. 2. Após o primeiro impacto com o problema, (en)caminhar é preciso!**

*Categoria:*

a) O modelo biomédico e as especialidades.

*Sub-categorias:*

a.1) As diversas especialidades por que passam os usuários;

a.2) A demanda/necessidade por vários especialistas;

a.3) A demanda/necessidade por exames;

a.4) A insuficiência do olhar do especialista: o todo como diferente da soma das partes;

a.5) As enormes filas de espera para as especialidades;

a.6) Tratamentos alternativos? Somente orações.

*Categoria:*

b) Os encaminhamentos.

*Sub-categorias:*

- b.1) O Posto de saúde como início;
- b.2) A ausência/restrrição/espera de vagas por especialidades;
- b.3) O “empurra-empurra” como impossibilidade de lidar com o problema;
- b.4) A falta/insuficiência de efetividade dos tratamentos;
- b.5) O “bate-volta” como característica dos desenhos dos itinerários;
- b.6) Os diversos níveis de tratamento;
- b.7) O problema do sistema de referência/contra-referência;
- b.8) A inexistência prática do conceito de co-responsabilidade e as falhas na articulação da rede de serviços;
- b.9) A dependência da rede pública de serviços (insuficiente) nos encaminhamentos propiciados aos entrevistados;
- b.10) A fragmentação do território e a fragmentação no tratamento;
- b.11) A dificuldade maior ainda de se encontrar serviços específicos à adolescência e, conseqüentemente;
- b.12) a questão da necessidade (ou não) da adolescência ser tratada atualmente em serviço distinto, conquistando um espaço – inclusive físico – próprio;
- b.13) as crises, os medicamentos e as internações como variáveis dos itinerários.

*Categoria:*

c) Deslocamentos e suas dificuldades.

*Sub-categorias:*

- c.1) As distâncias: da periferia ao centro;

c.2) O transporte público como fator determinante e sua rede de circulação;

c.3) O tempo gasto e os custos.

### **3. 3. A relação entre a mãe, a criança e as instituições**

*Categoria:*

a) A incondicionalidade do amor materno na busca por tratamentos e cuidados para seus filhos.

*Sub-Categorias:*

a.1) A predominância total de mães como cuidadores informais entrevistadas;

a.2) O amor que supera qualquer dificuldade;

a.3) A impossibilidade/incompatibilidade de poder trabalhar e de ser ao mesmo tempo itinerante na busca e continuação de tratamentos para seus filhos;

a.4) O prazer/necessidade/desejo/demanda (de quem?) de estar junto;

a.5) Poder-se-ia falar em boicote materno ao tratamento se seus filhos nestes casos?

*Categoria:*

b) As angústias das mães.

*Sub-categorias:*

b.1) A ausência de diagnósticos/nomeação;

b.2) A impossibilidade/incompetência dos outros poderem compreender/tratar seus filhos;

b.3) A incompatibilidade entre o problema da criança e a instituição/profissional que a trata;

- b.4) Os preconceitos com usuários de serviços em saúde mental no decorrer do percurso itinerante;
- b.5) A possibilidade/impossibilidade da cura, sua compreensão e a relação com o itinerário;
- b.6) A compreensão das causas do problema e sua relação com a escolha pelo itinerário específico;
- b.7) A confusão das mães em poder dizer sobre as temporalidades dos itinerários (duração, datas, sequência dos fatos e tratamentos, etc).

### **3. 4. A chegada ao CAPSi: o fim do itinerário?**

#### *Categoria:*

- a) O empoderamento dos usuários e o lugar.

#### *Sub-categorias:*

- a.1) A insistência e a crença no tratamento ou na cura;
- a.2) Os serviços e especialidades que transmitem o saber sobre o CAPSi e a casualidade;
- a.3) A ineficiência de pontos da rede pública que deveriam deter o saber sobre os CAPSi;
- a.4) A necessidade de continuidade com tratamentos e cuidados em instituições e serviços distintos dos CAPSi: a rede articulada;
- a.5) O CAPSi como possibilidade de articulação da rede e co-responsabilização: deslocar-se é diferente de não saber aonde e quando se vai chegar;
- a.6) A comunicação e a circulação de saber dentro do CAPSi;

- a.7) O sentimento de acolhimento propiciado pelo CAPSi;
- a.8) O CAPSi como aquele que nomeia;
- a.9) O CAPSi como aquele que propõe um tratamento contínuo e integral.



### 3. 1. A DESCOBERTA DO PROBLEMA COM A SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E O INÍCIO DO ITINERÁRIO

Um dos interesses da pesquisa foi poder saber como se iniciaram os itinerários; ou seja, a partir de que momento começou a busca por tratamentos e cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes? O que determinou/caracterizou este momento específico para o início do trajeto a ser percorrido? Quais os fatores que aí estiveram em jogo? Os pontos de investigação iniciais direcionaram-se mais a este propósito.

A partir daí, os entrevistados discorreram sobre: a) os sintomas<sup>71</sup> que marcaram o início de uma preocupação com a saúde mental da criança ou adolescente; e b) uma equivalência/diferença factual e cronológica entre a descoberta destes sintomas e os primeiros passos dos itinerários.

#### a) Sintomas

Observou-se distintos sinais e comportamentos que chamaram à atenção das pessoas que conviveram com a criança ou adolescente na época da descoberta do problema referente à saúde mental, como: excesso de irritação; excesso de nervosismo; excesso de agitação; excesso de choro; excesso de medos. Nota-se que, para estes sintomas, não está relacionada uma “anormalidade” em si, enquanto traços ou comportamentos exclusivos dessas crianças ou adolescentes ditos “problemáticos”. O que diferencia seus sintomas dos de outros sujeitos ditos “normais” é uma questão de

---

<sup>71</sup>Neste momento, opta-se aqui por uma definição de *sintoma* que indique qualquer manifestação, sinal ou comportamento, da criança ou adolescente, que represente para o cuidador informal algo relacionado a algum problema com a saúde mental.

excesso, de um “a mais”, algo que se manifesta demasiadamente. Parece, porém, que muitas vezes torna-se difícil uma diferenciação do que é excesso e o que não é; o que faz parte da singularidade saudável a qualquer criança e o que não faz. Delimitar as redondezas de um limiar que separe o saudável do patológico torna-se, em boa parte das vezes, tarefa árdua e para poucos.

Esse “a mais” pode estar tanto em relação a uma *comparação* com o nível (quantidade de vezes ou intensidade) em que isto se apresenta nas outras crianças e adolescentes; como associado a uma incapacidade dos cuidadores, e de quem está em volta, de lidar satisfatoriamente com a situação. Neste último caso, gera-se, na grande maioria das vezes, algum desconforto para as pessoas do entorno. Algumas falas demonstram o que foi dito:

*“Porque ele é muito agitado, elas descobriram por que ele é muito irritado. Ele tem algum problema. Aí que ela descobriu que ele precisava passar nos médicos. (...) Ele era muito irritado. Só chorava, na hora de fazer a terapia ele só chorava, ficava debaixo da mesa, eu tinha que ficar na sala com ele, ela não conseguia conversar com ele. Ele não conseguia fazer a terapia, aí foi que ela descobriu que ele tinha isso. (...) Aí, fez um teste com ele... disse que tinha medo da escada, dele subir e descer escada, que ele não ficava quieto, que ele mexia em tudo (...) Ele levanta cedo demais, ele toma calmante (...) Ele não pára, ele é elétrico, ele não pára em lugar nenhum. Dentro de casa é a mesma coisa, e da porta da frente... já quer tomar café... mexe, vai... liga a televisão e fica pulando, não deixa ninguém dormir, é assim o dia inteiro. Aí, eu tenho que sair para passear com ele na rua, eu vou pro parque”* (sujeito 2)

*“(...) ele ficou muito agitado em casa, né? Começava a andar no meio da casa, até hoje ele ainda anda”* (sujeito 4)

Também é importante ressaltar que algumas destas manifestações não se apresentaram, de início, como algo que indicava um problema especificamente relacionado à saúde mental; mas como algum problema ligado a outra questão mais geral de saúde:

*“Fui no HC, (...) procurei o CEAM onde ele fazia fisioterapia, que ele começou a fazer com os 10 meses. Ele fez fisioterapia no CEAM até os 4 anos, dos 10 meses aos 4 anos.” (sujeito 1)*

Muitas vezes, este foi o motivo da “demora” em se buscar algum tratamento específico na área. Somente depois, com o decorrer do itinerário, com a passagem por alguns tratamentos e profissionais e com a evolução dos sintomas é que se pôde associar essas manifestações às questões da saúde mental:

*“(...) eu percebi assim, que ele tinha um problema com 3 meses de vida (...) porque ele não ficava em pé, ele era uma criança muito hipotônica, tinha hipotonia muscular. Eu percebi que ele não era como minha filha (...) tinha entre 10 a 11 meses, ele não sentava... quer dizer ele começou a sentar com 10 meses (...) ele era uma criança que não conseguia ficar em pé. (...) Ele começou a andar... engatinhar com 10 meses, sentar também com 10 meses... teve um atraso motor. Então ele andou com 1 ano e 11 meses (...) Eu queria descobrir, eu como mãe fiquei preocupada em descobrir se ele tinha mais alguma coisa (...) O pescoço dele me chamou muito a atenção... a cabeça que ele não sustentava o pescoço... assim... ele era muito, muito molinho mesmo (...) Eu colocava ele entre as minhas pernas em pé, igual a gente pega um bebê pelos dois braços e ele dobrava o joelho, ele não se sustentava foi isso que me chamou a atenção, desde bebê mesmo, desde os 3 meses de vida. Por que eu comecei a perceber que ele não era uma criança normal, que ele ia precisar de certos cuidados. (...) eu já tinha uma outra filha que era normal... mas, era um bebê, pra mim ele era mole porque era bebê (...) não demorou<sup>72</sup> pra mim perceber isso. Que ele era especial.” (sujeito 1)*

*“Então, quando ela nasceu os médicos, lá na Sorocabana, achou que ela tinha alguma fratura na bacia (...), ele mandou tirar raios-X, tiramos não deu nada. Mas, com um ano e meio acompanhava ela, ali no Posto Mandaqui com a Dra., ela ainda não andava e ela perguntou: Por quê? Eu falei: Não, ela não anda, ela só fica em pezinha” (sujeito 5)*

Nota-se, assim, que o itinerário já pode se iniciar antes mesmo da busca específica por um serviço, tratamento ou cuidado em saúde mental. Muitas vezes,

<sup>72</sup>Apesar do sujeito dizer, na penúltima frase, não ter demorado para perceber que o filho era “especial”, seu discurso apresenta também outros indícios – como o fato de dizer que “pra mim ele era mole porque era bebê”. Relatos internamente contraditórios, aliás, ocorreram com frequência.

devido à apresentação destes primeiros sintomas que não são exclusivos aos problemas referentes à saúde mental, os itinerários iniciam-se através de outras áreas da saúde<sup>73</sup> e especialidades<sup>74</sup>, como, por exemplo, a pediatria.

Analisando os trechos acima, percebe-se, novamente, a comparação entre crianças. O saber popular e a experiência de uma mãe com seus outros filhos, por exemplo, permitem-na comparar as fases comuns do desenvolvimento de uma criança com outra. Alguns sinais – como sustentação do pescoço, sentar, engatinhar, ficar em pé, andar – e sua relação com a idade da criança podem indicar às mães, ou às outras pessoas que estejam presentes na vida da criança, “algo de errado”. Perceber, por exemplo, que com quase dois anos de idade uma criança ainda não sabe andar é certamente um indicativo de algum problema. Outras vezes, entretanto, muitos destes possíveis “atrasos”<sup>75</sup> só se manifestaram em características que comumente evidenciam-se em momentos mais tardios do desenvolvimento:

*“Desde bebê que eu passava nos pediatras dele, quando ele tinha convênio ....eu pagava convênio nessa época que eu ganhei ele, eu tinha pediatra... Quando ele nasceu o médico lá do São Leopoldo fez exames, diz que ele era normal... não tinha nada. Se é normal não tem nada mesmo, então... eu passava ele todo mês no médico, no pediatra... ele era normal. (...) Até os 4 anos ninguém notou nada, se ele tinha alguma coisa, doença mental ninguém descobriu, foi descobrir depois (...).”(sujeito 2)*

*“Eu vi que tinha alguma coisa de errado. Porque ele não era assim... ele se dedicava só na escola. Ai, também, foi desligando da escola, não quis mais ir, deixava o caderno na calçada da escola e ia pra aula, chegava lá ficava sem querer fazer as atividades que a professora passava e foi indo não queria mais*

<sup>73</sup>Como colocado posteriormente nesta pesquisa, enfatiza-se, a partir dessa constatação, a necessidade e importância fundamental da transmissão do saber dos profissionais e setores de saúde aos usuários, principalmente daqueles referentes à rede de serviços e cuidados. Muitas vezes, os próprios profissionais e instituições não detêm este conhecimento, trabalhando de forma fragmentada.

<sup>74</sup>Optou-se, nesta pesquisa, em tratar as questões referentes às especialidades na saúde como categoria específica para a análise das entrevistas, tamanha a relevância do tema, observado nas falas coletadas.

<sup>75</sup>É interessante notar que a suposta “anormalidade” sempre se relaciona a um *excesso* ou a uma *ausência* (atraso) de determinada função ou manifestação.

*estudar. Ai veio embora... não passou no ano (...). Ele começou muito nervoso, mesmo. Irritado e ele falava sozinho, colocava as mãos na cabeça e ficava dizendo que ia se matar, que ia se matar... que ele não agüentava a vida que ele tava vivendo. 'Vou me matar. Vou me matar'. Eu falava : meu filho, por favor, diz que.... 'minha mente, minha mãe, não tá... não tô aguentando, eu quero estudar, mas não consigo estudar'. Ele tinha vontade de estudar, mas ele disse que não consegue estudar.” (sujeito 4)*

Dentre os atrasos ou ausências de funções que se esperava aparecerem em fases anteriores do desenvolvimento da criança, destacam-se a *fala e a aquisição da linguagem*. Em relação às outras funções ou características citadas anteriormente e ligadas mais às questões motoras, a manifestação da fala e a aquisição da linguagem surgem posteriormente (mas nem tanto). Com dois anos a criança já “deveria” estar dizendo algumas palavras, como diz o saber popular. Mas, novamente, muitas mães parecem não saber distinguir muito ao certo: o que e quanto se deveria estar falando; a partir de quando pode ser considerado um atraso preocupante para se buscar ajuda; e qual a diferença entre normal e patológico. Um acompanhamento mais próximo de um pediatra, por exemplo, poderia ser a solução; mas, devido à grande demora que existe no sistema público de saúde às consultas com especialistas<sup>76</sup>, esta solução mostra-se, para muitos, insuficiente.

As ausências, atrasos ou problemas relacionados à fala e à aquisição da linguagem – evidenciados mais ou menos tardiamente para as famílias e mães – aparecem, contudo, como um momento mais enfático e incisivo para a vida destas famílias; é a partir daí que os itinerários começam a se direcionar para os tratamentos mais específicos à saúde mental ou, ao menos, às especialidades<sup>77</sup> que já possuem um conhecimento mínimo sobre a área e a rede de cuidados:

<sup>76</sup>Ponto citado mais à frente no texto.

<sup>77</sup>Como pode ser observado nas citações a seguir, a *fonoaudiologia* pareceu ocupar, para esta pesquisa, um lugar de destaque frente aos encaminhamentos para os tratamentos em saúde mental. Boa parte dos

**“Porque ele ainda não fala. Ele não fala ainda... ele falou mamãe e papai com um ano e meio e parou de falar; e já falou aba, que era água ... e parou de falar. Aí foi o que me fez procurar fono para ele. (...) Aí foi que eu fui em um outro Posto de Saúde e a fono me deu uma carta para mim estar passando aqui no CAPS.”**  
(sujeito 1)

**“(...) eles receitaram... assim, ele não falava muito, chorava muito, que não gostava muito de criança mesmo. Eles mandaram aqui no Posto de Saúde, porque tinha uma fono e mandaram pra eles avaliarem (...) me ligaram e falaram que eles tavam procurando uma vaga na Santa Casa, para passar ele na fono, porque a dificuldade de falar... ainda não tava falando muito bem (...) ele tava aprendendo a falar um pouco aos dois anos... mamãe, papai... depois dali não falou mais nada (...) o problema dele é que ele não fala, é esse o problema dele. (...) toda criança, eu tenho criança, ele falou e... chegou um ano ele não falou. Mas, o primo tem que falar o mesmo, um ano ...dois anos, mas ele estava demorando por isso eu falei para ela levar no médico. Encaminhava para algum lugar, para fono.”** (sujeito 3)

**“Aí eu me preocupei, pensava assim, por que antes dele ficar doente, ele não estava falando muito bem, falava muito pouco, mas eu pensava “menino demora para falar”, então a principio tava tudo bem, mas depois dessa infecção que ele teve, nos dois ouvidos e urinaria, eu pensei ah! Ele não estava ouvindo por isso que não tava falando (...)”** (sujeito 7)

**“(..) ele aprendeu a andar cedo, falar ele não falava muitas coisas, ele falava tudo enrolado, a gente ria dele ... ele começou a ser curioso com as coisas...só olhava, olhava... daí ele começou a ler sozinho, acho que lentamente ... daí que eu descobri que ele lia sozinho. Ele lê muito, mesmo, ele tem muita revista, muito jornal...ele lê jornal, ele lê revista. Ele lê gibi, ele lê tudo. Até em inglês ele lê. (...) Lê tudo, agora a professora falou assim que não sabe ainda ... não descobriu se ele lê... se ele entende o que ele lê ou se é só por ler. Ela ainda não descobriu isso.”** (sujeito 2)

**“Aí na idade de 7 anos para entrar na escola que eu fui perceber que ela tinha dificuldade na aprendizagem. (...) Ela não aprendia a ler, não aprendia copiar a lição da lousa, não aprendeu a escrever, nada”** (sujeito 6)

---

filhos(as) das pessoas entrevistadas tinha problema com a fala – como também indica o bom número de mães de autistas como sujeitos da pesquisa. Um primeiro encaminhamento, se dirigia, assim, a estes profissionais, que, por sua vez, encaminharam para serviços em saúde mental. Como detalhado mais à frente, alguns profissionais desta área se mostraram essenciais para a chegada de uma parte considerável dos entrevistados aos próprios CAPSi.

Mesmo as falas que tentam evidenciar que o desenvolvimento lingüístico está adequado, demonstram que ele serve como parâmetro de medida para um possível problema com a saúde mental.

Junto à questão da linguagem e da fala, outro ponto também merece ocupar um lugar de destaque, citado, inclusive, no trecho acima: a *sociabilização e interação* com outras pessoas e crianças. Algumas falas mostram, inclusive, como este ponto está diretamente relacionado à questão da fala, da linguagem e da comunicação:

*“(...) como (...) é portador de autismo eu não percebia coisas diferentes nele. A única coisa que me chamou muita atenção é que ele não brincava, não interagia com as crianças, ele não olhava muito pra gente, os familiares dele. Ele não interagia muito e foi o que me chamou a atenção. (...) eu vi que ele não brincava, não interagia com as outras crianças, não era de pegar brinquedos para brincar. Ai, eu comecei a passar ele no HC.” (sujeito 1)*

*“(...) ele tava se isolando um pouco, por que aqui ele tava aprendendo a falar um pouco aos dois anos nas; consultas ele não queria que ninguém mexe com ele (...) falava muito, chorava muito, que não gostava muito de criança (...) depois que tava com as crianças, ele não gostava que as crianças mexiam com ele. Ele não gostava que as crianças encostava.... ele não gostava nem de brincar com as crianças. Então... o Carlos, o que ele tem agora... gosta de brincar, ele indica tudo que ele quer. Às vezes ele fala e quando a gente percebe,... fala de novo (...)” (sujeito 3)*

*“Ela tinha medo de ficar perto das outras crianças da idade dela, de brincar, ela se escondia. Ai ela foi pro prezinho e lá ela fez os dois anos de pré e quando chegou na primeira série que já encontrei dificuldade (...)” (sujeito 6)*

Os problemas relacionados ao isolamento, à sociabilização e ao modo específico (ou não) de laço social que muitas destas crianças demonstram também se evidenciaram como um sinal importante para as mães e outros responsáveis de que algo relacionado à saúde mental daquele sujeito estava colocado em jogo ali. Quem são, contudo, as pessoas que primeiro notam estes sinais e que algo dizem de íntimo sobre o sofrimento e a estrutura alheia?

Algumas entrevistas mostraram que parte destas mães notou manifestações ou comportamentos que indicavam algo de diferente com seus filhos.

*“eu percebi assim: que ele tinha um problema com 3 meses de vida... (...) Eu percebi que ele não era como minha filha (...) me chamou muita atenção é que ele não brincava (...) eu vi que ele não brincava (...) Quem identificou os primeiros problemas (...) Sem dúvida eu mesma, porque aos 3 meses de vida ele não ficava em pé (...) Por que eu comecei a perceber que ele não era uma criança normal (...) foi eu mesma que percebi que ele tinha esse problema. (...) eu demorei um pouquinho pra ver (...) Porque eu não percebi que (...) era especial com um mês, dois meses por que era um bebê” (sujeito 1)*

*“(...) eu fui perceber que ela tinha dificuldade” (sujeito 6)*

Na maior parte dos casos, porém, o início de uma busca por um cuidado mais diferenciado em saúde mental se deu somente quando uma outra pessoa vinha alertar estas mães sobre seus filhos. Mesmo quando parte considerável delas notava estes primeiros sinais, eles ainda não se mostravam, na maioria das vezes, suficientes a ponto de fazer com que estas mães fossem procurar algum tipo de ajuda mais específica. O que se pôde notar foi que, mesmo quando algum sintoma “incomum” já havia sido observado pela mãe, foi outra pessoa que lhe sugeriu buscar um tratamento diferenciado. Preferiu-se, aqui, separar estas outras pessoas em três grupos distintos: a) familiares e amigos próximos, que convivem minimamente com a criança e podem acompanhar, de algum modo, seu desenvolvimento; b) as escolas, creches e professoras, que também aparecem num lugar de destaque frente a isto<sup>78</sup>; c) profissionais da saúde, em sua maioria especialistas, já que a demanda inicial parece, em grande parte, se dirigir a eles:

<sup>78</sup>A importância das parcerias e articulações entre o setor de saúde mental e escolas parece ser essencial, sendo estas últimas não somente pólos detectores e encaminhadores de possíveis pacientes, mas fundamentais ao diálogo no decorrer do tratamento das crianças.



*“quando ele freqüentou na creche, eles receitaram...assim, ele não falava muito (...) Eles mandaram aqui no Posto de Saúde, porque tinha uma fono e mandaram pra eles avaliarem (...) eu não percebia, pra mim era tudo normal. Eu não vi...na creche que eles detectaram, mesmo... que ele tava se isolando um pouco (...) a gente não percebia, mas sim a irmã (...) falava, percebeu que ele não falava e ela dizia para gente (...) a diretora da escolinha que ele está agora não entendia o que ele tinha, por que ele se jogava no chão, chorava, não queria ficar e ela pensava que era manha dele, que a gente mimava” (sujeito 3)*

*“uma psicóloga (...) passou ele no Posto, ele passa também com a pediatra (...) Ela tem um relatório dele (...) elas descobriram porque ele é muito irritado. Ele tem algum problema. Aí que ela descobriu que ele precisava passar nos médicos (...) ela não conseguia conversar com ele. Ele não conseguia fazer a terapia, aí foi que ela descobriu que ele tinha isso (...) Pra mim eu nunca descobri que ele tinha nada, não. Só descobriu mesmo na faculdade (...) Fizeram o relatório dele, aí descobriram (...) ninguém notou nada, se ele tinha alguma coisa, doença mental ninguém descobriu, foi descobrir depois na faculdade (...) A primeira vez foi quem percebeu foi o próprio pediatra, (...) estava em uma consulta rotina e a pediatra e a psicóloga notaram” (sujeito 2)*

*“Eu descobri, porque desde três anos atrás, ele começou andando... assim, sem destino na rua. Ele começou a sair e andava, andava bastante, depois chegava todo vermelho do sol, eu perguntava: Onde você vai? Resposta: Mãe, eu tô andando por aí. Deixou... Aí ficou, né? As minhas amigas falavam tudo para mim, assim: (...) a senhora não sabe que seu filho tá diferente?” (sujeito 4)*

## b) Entre os sintomas e os primeiros passos do itinerário

A discussão sobre a descoberta dos primeiros sinais indicativos de um possível problema com a saúde mental de uma criança é um ponto que merece atenção especial. Parece ocorrer, em parte dos casos, uma certa negação inicial do problema por parte das mães. O que aqui está se chamando de sintomas são, muitas vezes, descobertos ou realçados pelo olhar atento destas mães. Mas uma possível preocupação inicial logo se

acoberta; logo é transformada em algo sem muita importância; algo não muito relevante, que diria apenas sobre a singularidade de cada sujeito. Um atraso em qualquer função, por exemplo, passa a evidenciar somente o fato de que “cada um tem o seu tempo”. Outras vezes, a questão parece ser ainda mais séria e preocupante. Nestas ocasiões, o *não dito* parece funcionar de modo a poder simular ou escamotear algo, como se nada estivesse errado, como se, ao contrário, alguns sintomas, inclusive, ao invés de indicar algum problema, sinalizassem para uma supervalorização da criança. Isolar-se num quarto e aprender a ler precocemente, abdicando da interação e brincadeiras com outras crianças, por exemplo, significa, para algumas mães, que seu filho é superdotado. Este parece ser um ponto muito importante e que a psicanálise tem muito a contribuir.

A partir daí, é inevitável a esta pesquisa pensar se esta suposta negação das mães em relação aos indicativos de um problema com seus filhos remete a um perfil específico de um tipo de relação mãe-criança<sup>79</sup>. Supõe-se que boa parte dos usuários cujas mães foram entrevistadas apresenta uma estrutura psicótica ou autista. Existe uma bibliografia em psicanálise, a qual trata especialmente da constituição da subjetividade na psicose e o laço social, que muito pode ser útil a esta discussão.

Não se pode negar, entretanto, a dificuldade e o sofrimento quase inerentes a mães de crianças que necessitam de cuidados especiais como os em questão. Muitas das entrevistadas demonstraram um lado duro da realidade do cotidiano com seus filhos e o impacto gerado, principalmente pela notícia, compreensão e experiência iniciais. Alguns trechos das entrevistas apontam tanto para este aspecto como, concomitantemente, para uma suposta negação inicial do problema:

---

<sup>79</sup>As questões mais próximas à relação entre as mães entrevistadas e seus filhos mereceram um item à parte no momento da separação das categorias.

*“no primeiro momento que eu percebi que o Caíque tinha problema, assim... não foi um choque desde que ele tinha 3 meses. O meu choque mais assim, o susto que eu levei, foi quando eu cai na realidade, que eu percebi mesmo que (...) era uma criança especial, que ia precisar de cuidados especiais e mais atenção, né? Foi quando eu cai na realidade, foi mais forte prá mim. (...) sempre foi muita dificuldade, porque não é fácil, quem tem um filho especial, não é fácil. (...) eu como mãe... como eu já tinha dito antes, é muito ruim a gente ter um ser assim... que a gente tanta ama, que tem um problema. A gente não sabe o que ele precisa, o que a gente tem que fazer... de um trabalho assim para melhorar, pra fazer por ele, né?” (sujeito 1)*

*“(...) tem gente que você fala das coisas que acontece com a criança e ninguém entende, as pessoas de fora mesmo. O que vai entender de criança especial, que tem problema? Ninguém entende. Só a gente mesmo que esta por dentro das coisas e que entende. Eu mesma, no começo, não queria acreditar. Nossa! Eu até briguei com os psicólogos da faculdade, não aceitava... não acreditava que ele era assim ...pra mim ele era uma criança normal, como todas as crianças. Mas, depois, que eu vi o relatório, que passei numa outra psicóloga, conversei com ela. E ela me explicou que era assim,... era assim,... eu aceitei (...)” (sujeito 2)*

*“Não, eu não percebia, pra mim era tudo normal. Eu não vi... na creche que eles detectaram, mesmo (...)” (sujeito 3)*

*“‘Eu não passei, não vou passar, meu filho não tá maluco não tem nada, então não vou’ (...) ela veio falar que ele era autista, mesmo assim eu não acreditei. ‘Meu filho não é autista’, ela falando comigo numa boa e tal, eu não acreditei (...)” (sujeito 7)*

*“Por que eu me vi desesperada, por que eu queria uma resposta, até então eu queria ver algo do meu filho que eu não, no momento, eu não aceitava” (sujeito 8)*

Após esse momento crucial da descoberta do problema de saúde mental que afeta seus filhos, essas mães logo são convocadas a iniciar o seu percurso em busca de cuidados e tratamentos. De cara, as entrevistas já mostram que o serviço público apresenta-se como pólo inicial dos itinerários. Afinal de contas, o CAPSi também é um serviço público. Seus usuários, em boa parte, encontram-se na categoria de SUS-dependentes, dependendo exclusivamente do sistema do SUS para utilização de serviços de saúde no geral, inclusive das especialidades encontradas como ponto de partida dos itinerários.

### 3. 2. APÓS O PRIMEIRO IMPACTO COM O PROBLEMA, (EN)CAMINHAR É PRECISO!

#### a) O modelo biomédico e as especialidades

Uma variedade de especialidades foi citada pelas mães entrevistadas. Profissionais distintos, como: *pediatra, neurologista, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta*, apresentaram-se como peças importantes no itinerário dos usuários entrevistados nesta pesquisa, seja no início ou no decorrer mais tardio do percurso. Poucas destas citações se referiram a profissionais especialistas que trabalhassem em alguma equipe interdisciplinar ou que estabelecessem algum diálogo mínimo em relação ao sistema de referência/contra-referência. A grande maioria das referências foi aos especialistas que trabalham em ambulatórios da atenção secundária e que tendem a isolar ou fragmentar o tratamento em um problema de saúde específico. Não é intenção desta pesquisa negar a importância de todos os níveis de atenção em saúde, mas apontar uma excessiva carga depositada pelos usuários à atenção secundária e às suas distintas especialidades; atuam e dirigem suas expectativas e seus próprios itinerários – principalmente no início de suas trajetórias, quando ainda estão no começo de um processo de empoderamento em relação às questões referentes à saúde mental – demasiadamente às consultas individualizadas e especializadas dos diversos ambulatórios, como mostram as falas as seguir:

*“ele tinha 3 meses de vida, fui no Posto de Saúde , conversei com a pediatra falei como ele era. Ai foi onde ela me encaminhou para eu estar passando num neurologista, num outro Posto de Saúde que tem várias especialidades (...) A neuro pediu alguns exames para ver o que ele tinha (...) Fui no HC, procurei fonos, procurei o CEAM onde ele fazia fisioterapia, que ele começou a fazer com*

*os 10 meses. (...) foi um acontecimento que a T.O. colocou ele de castigo (...). Conversei com a assistente social (...) fui em vários lugares, postos de saúde, procurar fono para ele. (...) Ele chegou a passar na neuro do HC, mas foi poucas vezes, ele já tinha dois anos de vida. Então, a neuro que acompanha ele desde de bebê até hoje. (...) Então... exame fonoaudiológico, o único assim que eu posso falar que ele fez... foi porque para ele fazer uma fono ele teria que passar num otorrino. O otorrino pediu o exame do BERA que ele fez e deu normal, foi feito esse exame para poder passar na fono, foi só isso... (...) passou na neuro do Posto de Saúde que tem especialidades (...) então... eu fui nesse mesmo posto, eu procurei uma fono, né? Uma fono não, na verdade eu procurei uma psicóloga .” (sujeito 1)*

*“Primeiro eu comecei no Posto, passei na psicóloga. A psicóloga me deu uma carta, descobriu o que ele tinha (...) eu passei na faculdade, ele fez 3 anos de terapia na faculdade (...) é uma psicóloga (...) que passou ele no Posto, ele passa também com a pediatra que é dele (...) ele faz uns tratamentos no Morumbi na psiquiatria infantil (...) Faz tratamento no Morumbi no psiquiatria, faz tratamento de pele também... ele pegou uma alergia no corpo, faz tratamento de pele com o dermatologista. Ele tem dentista lá, ele tem esse médico psiquiatra, tudo lá no Morumbi (...) É um hospital ... Darci Vargas... que só faz tratamento de criança especial (...) ele tem três consulta no Darci Vargas. Do dentista, do médico de regime (...)” (sujeito 2)*

*“o lugar que a gente vai para pegar uma vaga no fono, ou outro médico especialista de tratamento (...) acho que é hospital, mesmo, de Saúde Mental, Psiquiatria (...) Se o médico fala que é isso, eu vou fazer isso, não vou fazer outra coisa que eles não acham bom (...) por isso eu falei para ela levar no médico. Encaminhava para algum lugar para fono (...)” (sujeito 3)*

*“(...) ele saiu do hospital, aí eu passei numa pediatra particular (...) chegando lá a pediatra me passou uma lista de vários especialistas, psicólogos, fonos e vários... acho que uns três especialistas (...)” (sujeito 7)*

*“(...) eu corri bastante fui em fonoaudióloga particular, psicóloga particular (...)” (sujeito 8)*

O dilema da necessidade x demanda<sup>80</sup> parece estar colocado aqui. Esta oposição pretende evidenciar que nem sempre aquilo que o paciente demanda pode ser o que um determinado setor da saúde pode ou deve oferecer. Muitas vezes, uma demanda pode

<sup>80</sup>Apesar do dilema *demanda x necessidade* na saúde pública não estar fundamentado na teoria psicanalítica, a distinção dos conceitos de *desejo*, *demanda* e *necessidade* oferecidos por Lacan parece ser de grande contribuição ao entendimento destas questões.

encobrir uma necessidade em saúde que não será satisfeita ou saciada através de uma resposta simples e direta daquele pedido específico. Muitas vezes, o pedido tem de ser questionado, desnudado e reconstruído junto ao usuário, evidenciando o que ele tem de mais essencial. A resposta mais eficaz à necessidade real latente pode ser, por vezes, distinta daquilo que é demandado pelo usuário/paciente. Quando observada a grande demanda dos entrevistados por especialidades na área da saúde, isto não significa que a necessidade real que vá dar conta do sofrimento daquela criança ou família sejam as consultas especializadas de um psiquiatra ou de um neurologista do AMA, por exemplo. Novamente, a atenção secundária oferecida pelos especialistas tem muito a contribuir com a saúde mental de um território. Mas sozinha, isolada de um tratamento que abarque uma rede de atenção mais articulada, não tem a capacidade de ofertar um cuidado mais integral<sup>81</sup> à saúde destes usuários.

Nota-se que esta demanda trazida pelos usuários entrevistados também se coloca em relação aos exames (vide entrevistas), frente à possibilidade que eles parecem trazer aos pacientes de dar uma resposta ou uma nomeação ao problema suposto<sup>82</sup>. Muitos usuários agem como se os resultados dos exames fossem uma espécie de salvação; como se, depois dos exames, o problema já estivesse detectado e “só” faltasse agora tratá-lo.

Parece que esta idolatria em relação aos exames está diretamente relacionada à ênfase dada às consultas especializadas. A maioria dos exames é pedida pelos próprios especialistas. Cabe analisar, porém, como as especialidades na saúde foram ganhando tal espaço. Logicamente, questões que perpassam pela intersecção entre os campos do *saber* e do *poder* são de grande valia a uma análise mais pormenorizada.

---

<sup>81</sup>O conceito/princípio de *integralidade* no SUS é de fundamental importância a qualquer debate sobre saúde mental e saúde pública.

<sup>82</sup>A questão da angústia criada pelo diagnóstico ou pela falta de nomeação do problema é analisada mais profundamente como uma categoria distinta.

Existia uma hipótese inicial desta pesquisa de que, paralelamente aos tratamentos médicos e especializados buscados pelos usuários, os itinerários indicariam uma procura por tratamentos alternativos aos do modelo biomédico e especializado. No mundo contemporâneo, os sujeitos se defrontam com várias opções de escolhas em relação aos diversos sistemas terapêuticos. Partindo-se da bibliografia referida e da idéia de itinerário terapêutico enquanto um objeto indisciplinado que resiste às tentativas disciplinares de enquadramento, pensou-se na possibilidade da superposição de terapias populares e práticas espirituais junto aos cuidados oferecidos pelo modelo biomédico, dada, inclusive, a crença religiosa da população, no geral, em relação com as explicações etiológicas (LAPLANTINE, 1991; ROCHA, 2000). Sobre a saúde mental, devido às circunstâncias e contingências inerentes a ela que a atrelam a uma certa obscuridade do conhecimento, pensou-se que os sistemas terapêuticos alternativos seriam uma procurada “alternativa”.

O que as entrevistas acabaram evidenciando, entretanto, foi, ainda, a inegável força do modelo biomédico no contexto atual. Foi comum às entrevistas os sujeitos citarem algo que indicava sua crença em alguma religião e uma possível associação à etiologia da suposta doença mental. No momento de buscar um tratamento para seus filhos, porém, estas mães demonstraram que, na hora que “o bicho pega”, na hora de direcionar suas energias a um cuidado que possa dar conta de seus sofrimentos, as especialidades mostraram-se como a solução imediata. A confiança para resolver problemas tão difíceis e importantes ainda parece se alojar no saber médico e especializado; no “doutor”, que fez faculdade e sabe das coisas. A Deus, seja ele qual for, cabe somente orações e pedidos para que a situação se resolva da melhor forma possível:

***“Só Deus mesmo. Deus. Eu tenho fé em Deus.(...) só mais oro por ele, pra ele ser cada dia mais independente, que ele aprenda... Que ele desenvolve, esse problema que ele tem...que ele melhora, né? Que ele tenha melhoras a cada dia, a cada tratamento.”*** (sujeito 1)

***“Ele não gosta de ir pra católica, igreja católica.... eu levo, às vezes, ele pra igreja de crente, tem uma igreja que eu sempre vou, ele volta com dor de cabeça... aí eu não levo. Essas coisas de religião eu não levo ele não (...) só faço tratamento médico. Tudo é médico.”*** (sujeito 2)

Apesar das especialidades e a atenção secundária se apresentarem como pólo primeiro e hegemônico para os entrevistados, as vagas oferecidas pelo SUS não condizem com a busca. O sistema público não tem, há tempos, a capacidade de ofertar serviços em saúde no mesmo ritmo da procura, tornando a questão da acessibilidade um tema central. A demanda espontânea ou dirigida pelos especialistas nos ambulatórios é extremamente elevada quando comparada à capacidade destes últimos em absorvê-la:

***“Aí... até teve um intervalo que alguns meses, até que consegui passar ele na neurologista, aí ele já tava entre 9 ou 10 meses de idade (...) marquei uma neuro pra ele. Assim, demorou porque até eu passar, ele tinha 3 meses quando eu conversei com a pediatra sobre ele... eu consegui passar ele com a neuro com 9 meses, entre 9 e 10 meses. Porque eu dependo do SUS, eu não tinha convênio, ainda não tenho até hoje. Então o SUS é sempre um pouco mais demorado pra gente conseguir uma consulta, né? E, principalmente, essas mais especializadas assim (...).”*** (sujeito 1)

***“(...) porque tinha um fono (...) falaram que precisava de muito tempo, que não podia fazer um...direito, tinha que consultar vários médicos. (...) passou três meses, acho que eles fizeram... me ligaram e falaram que eles tavam procurando uma vaga na Santa Casa, para passar ele na fono (...) eles estavam com dificuldade de pega vaga na Santa Casa, aí a minha tia que é agente de saúde, que ela também ajudou um pouco ali. Mas passou um ano inteiro prá conseguir essa vaga. (...) eles falaram pra mim que tinha que esperar vaga, a gente foi no Conde de Lara e no Conde de Lara eles falaram que não tinha vaga. Que não tinha como encaixar (...) foi na Santa Casa quando ele tinha três anos, até esse momento ele não tinha tratamento, não tinha nada mesmo (...) Eles me ligaram da Santa Casa, que eles falaram pra mim que tinha vaga, esse dia eu senti o dia mais feliz, por que era uma luta para consegui uma vaga, assim... Não tinha como conseguir, mas quando conseguiu... (...) porque ali não tinha como tratar... um especialista (...) um “chico” assim. Eles tratavam mais com***



*“pessoas mais grande, adolescente... eles não tinha pessoa lá (...). Não ter vaga... tá tudo cheio... que eles falam que não tem vaga, que tem que esperar um ano, como eu esperei (... ) eles falam: esperam vaga, esperam vaga (...)”* (sujeito 3)

## b) Os encaminhamentos

O problema que tange os encaminhamentos e que é marca característica e essencial dos itinerários pesquisados, parece não se dar somente pela ausência/restrrição/espera de vagas por especialidades. Mesmo quando os usuários conseguem a tão almejada vaga com o especialista, logo são indicados a outro especialista ou serviço:

*“(...) até liguei nas Clinicas, no HC, para ver se eu conseguia alguma fisioterapia lá para ele,... foi no tempo que me encaminharam para o CEAM (...) Por que assim que a pediatra me deu encaminhamento, do postinho de saúde, me deu encaminhamento para mim estar passando ele na neuro, eu em seguida, na mesma semana já fui procurei a neuro... marquei uma neuro pra ele. Assim, demorou (...). Primeiro (...) passou na neuro do Posto de Saúde que tem especialidades, eu mesma que fui com a guia da pediatra, com encaminhamento do pediatra (...) fui no HC, e queria passar (...) numa neuro... na fisioterapia lá, em alguma coisa, assim...né? Que eles fizessem alguma coisa de fisioterapia. Aí, a... como eu já tinha dito antes, a moça que faz fisioterapia lá, em criança...da AACD me deu um papel, um endereço pra mim tá passando no CEAM.(...) A médica que deu alta pra ele, que cuidou dele no HC com esse problema renal, me deu vários encaminhamentos pra mim tá passando ele...procurando... Médicos... pra eu tá passando ele, foi aí que eu consegui passar no HC. Ela...então... a médica que deu alta pra ele, que ficou lá ...que deu alta pra ele do HC, me deu os encaminhamentos pra mim tá passando ele no otorrino, que foi onde ele fez o BERA, foi no HC só que num outro setor, que tinha que ligar para marcar, porque tem os dias certo. Me deu encaminhamento, também, pra mim tá passando no neuro de lá de dentro do HC... e foi isso...por isso que eu consegui passar ele no HC. Só que até aí, ele já passava com a neuro que eu tinha procurado, do Posto de Saúde de Pinheiros. (...) deu alta, junto com esses encaminhamentos, prá mim tá procurando outros recursos pra ele. (...) Aí...essa fono de lá me deu um*

***encaminhamento pra mim tá passando em uma outra fono (...)***  
(sujeito 1)

***“A psicóloga me deu uma carta, descobriu o que ele tinha. Eu fui ... ela mandou ir lá no... na Santa Cruz procurar o Objetivo, uma escola especial. Não consegui achar a escola especial. Ai eu fui no Morumbi... (...) fizeram uma carta, um relatório completo do que ele tinha. Ai que mandaram eu vim pra cá (...) através do Posto de Saúde, me deram uma carta e eu fui procurar a faculdade, aí encontrei (...) Eu cheguei lá através do Posto, também... da psicóloga do Posto, que me deu uma carta e eu fui lá no Morumbi. (...) Na faculdade eu tive primeiro um rapaz, depois tive duas moças, depois mais três... depois mais uma, depois a última que passou (...) quando eu descobri que (...) era assim (...). Do Posto me encaminhou para o Morumbi, passo ele no Morumbi todo mês ele tem o médico (...) depois passei na psicóloga do Posto, aí ela achou melhor procurar mais tratamento, pra ele (...)***” (sujeito 2)

***“Eles mandaram aqui no Posto de Saúde, porque tinha um fono (...) tava ali mesmo na Santa Casa e eles me mandaram na Vila Mariana, na Saúde mental da Vila Mariana (...). Às vezes minhas amigas...elas também esperaram, ainda elas fizeram caminham mais longe que mim, elas foram em hospital que mandaram para outro, que mandaram para outro. Eu caminhei até pouco, pelo que elas me falam... elas caminham demais... demoraram 5 anos (...)***” (sujeito 3)

***“Com uns 4 e meio, beirando os cinco, já. Não consegui nas Clínicas, me mandaram também para a Dr. Arnaldo, fui atrás também e lá , quem me atendeu na época foi a neuro e ela falou que ele não apresentava nada neurológico, ele era uma criança bem e mandava para outro lugar, aí mandaram lá para Santo Amaro e eu fui, correndo atrás (...), tudo pelo SUS (...) eu naquele corre-corre , mandava aqui, mandava acolá eu sempre tava correndo. Pra mim chegar até o CAPS, não foi tão fácil (...)***” (sujeito 8)

É impressionante como a palavra *encaminhamento* e seus diversos sinônimos se repetem nos relatos. O jogo com as palavras utilizado no subtítulo tenta mostrar como estes encaminhamentos resultam num “caminhar” quase sem fim dos itinerantes. A leitura das entrevistas evidencia o quanto que se caminha e encaminha; o quanto estes usuários são colocados como “joguetes ao Deus dará”. Caminham de um lado para o outro sem saber ao certo se haverá vaga e se serão atendidos. E mesmo quando são, em

pouco tempo sua sina de eterno itinerante se reestabelece frente a um novo encaminhamento.

O início dos itinerários ocorreu, em sua maioria, em serviços do sistema público. Após a descoberta do problema, o primeiro passo se dá, por vezes, com o médico generalista; mas, na maioria dos casos aqui apresentados, o primeiro “encaminhador” foi um especialista da atenção secundária do SUS – um pediatra, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um neurologista. Geralmente, iniciou-se o percurso em uma consulta com um deles. A partir daí, os encaminhamentos são seguidos de especialista a especialista, até que a “rodada” se complete. Ocorre, entretanto, que ela nunca se completa. Primeiramente, porque a oferta de especialidades não é suficiente, dada a abundante demanda. Depois, porque o que fica evidenciado neste processo é uma impossibilidade dada já de saída. As especialidades isoladas, ao fragmentarem a saúde e o corpo humano em “compartimentos”, não são capazes de oferecer soluções satisfatórias aos problemas expostos pelos itinerantes. Pensando-se, ainda, na complexidade das questões relativas à saúde mental e todo o aparato de recursos (humanos, infraestruturais, medicamentosos, etc) necessário aos cuidados destes pacientes, as especialidades se tornam ainda mais insuficientes.

Observa-se, muitas vezes, que os itinerantes são encaminhados de um profissional para outro de uma mesma especialidade – de um neurologista para outro; de um fonoaudiólogo para outro (vide entrevistas acima). Isto acaba demonstrando uma incapacidade das especialidades em dar conta das questões em saúde mental isoladamente.

Um dos pontos relativos à fragmentação nas especialidades é referente à polêmica da questão medicamentosa. Muitas mães encontraram-se numa posição muito

sofrida frente a um fracasso no ajuste da medicação, que era supervalorizada por boa parte delas próprias:

*“(...) ele foi pro Grajaú quando ele tomou... quando ele foi lá primeiro, aí ele tomou o remédio do médico de lá do Campo Limpo que fez ele ficar desse jeito... torto, ele chegou a andar todo torto, né? E não falava, com a língua enrolada, por causa dos remédios que foi muito forte. Aí, o pai dele pegou o vizinho e levou ele lá no Hospital Parelheiros, né? Levou ele lá e chegou lá falaram que era melhor levar pro Grajaú. Aí levou ele no Grajaú e chegou lá deram essa injeção de Fenegram nele, para tirar o efeito do remédio. Aí deram essa injeção nele e deixaram ele no soro, aí ele voltou para casa. (...) Ele ficou todo torto, meu filho ficou todo torto. Ele ficou torto, o pai dele ficou nervoso, não vou dar mais esse remédio para o meu filho. Aí levou no Hospital Parelheiros ficou lá no soro, aí não deu jeito lá. Para tirar o efeito do remédio que ele tinha tomado, né? Aí levou lá no Hospital Grajaú, chegou lá no Hospital Grajaú o médico deu uma injeção (...)”* (sujeito 4)

*“Acho que ela não se deu com o medicamento, ela ficava apagando, desmaiando, só queria deitar. Ela levantava, corria dizia: “Me leva pra cama”. Ela não conseguia chegar na cama, ela apagava. Apagava assim... depois... depois acordava como se nada tivesse acontecido, depois... Falei, “Isso não é normal”, é do medicamento.”* (sujeito 5)

*“Ia piorando, piorando... e eu não via assim, uma solução, né? Eles aumentaram muito a dose do remédio dela, ela ficou toda torta, ficou horrível... então, eu não queria uma filha dopada. Eu não vou querer ficar com uma pessoa que só dorme, levanta e ...nada. Era difícil (...) Dra. (...), ela é muito boa, que ela não gosta de encher os pacientes de medicamento, então ela falou: “Ela não pode ficar nessa situação. Ela tá muito dopada. O jeito dela, o jeito de andar. Ela tá muito dopada” Eu falei: realmente, ela tá dopada demais de medicamento. Aí, foi tirando, aí veio a melhora (...)”* (sujeito 6)

O ajuste do medicamento também parece ser um ponto importante. Se, por um lado, evidencia a insuficiência da terapia medicamentosa frente à grandeza e complexidade de um problema na saúde mental; por outro, o seu “acerto” – o que os psiquiatras chamam de “pegar a mão do remédio” – juntamente de um tratamento que extrapole à bioquímica dos remédios, parece ser de grande eficácia na prevenção de novas crises ou surtos. Nas entrevistas, medicamentos e internações formam pontos que

apareceram entrelaçados. Como as internações também são variáveis dos itinerários terapêuticos na busca por cuidados em saúde mental, uma adequação no ajuste dos medicamentos e ,conseqüentemente, das crises, também o são:

*“Era horrível, ela ficava presa dentro do quarto, ela não queria que abrisse a janela. Ela queria ficar cheia de cobertor, ela dizia que sentia um frio muito grande. Teve um tempo que ela ficava de meia no pé e não tirava de jeito nenhum. Ficava isolada, não queria ver ninguém, ela gritava como que os outros estava batendo nela, mas não tinha ninguém agredindo, ela falava que tinha gente batendo, empurrando, beliscando. E depois teve um tempo que ela começou a falar sozinha, falava muito , parecia que tinha alguém falando...e cada vez que passava ela ficava pior. Ia piorando, piorando ... e eu não via assim, uma solução, né? Eles aumentaram muito a dose do remédio dela (...) acho que piorava, porque faltava o medicamento, não sei. Eu cheguei um tempo em pensar em até internar ela. Eu falei: Acho que vou ter que internar, por que não tem melhora. (...) Então eu tinha medo de deixar ela lá e acontecer alguma coisa dela... sei lá, ter um surto de ficar lá sozinha ‘Cadê minha mãe?’. Eu não, tá. Então eu procurava o máximo não internar, eu achava que ia ser pior pra ela, por que ela é muito apegada a mim.” (sujeito 6)*

*“Aqui, nesse Pronto-Socorro, na primeira vez ele ficou 8 dias. Ele chegou aí, ele começou a... ficou até amarrado. Ficou amarrado viu... era injeção... o médico dava injeção nele, os enfermeiro... para ele poder acalmar ele voava em cima de mim, lá dentro do hospital. Eu ficava dia e noite com ele lá. Não ia....não saia...não ia nem para casa, porque não tinha com quem deixar ele. Por que lá tem que fica de acompanhante junto no quarto com ele, né? (...) Aí, ficou 8 dias a primeira vez que ele ficou internado, depois foi pra casa, a médica liberou, deu alta pra ele. Depois ele deu crise de novo aqui dentro... (...) quando ele foi lá primeiro, aí ele tomou o remédio do médico de lá do Campo Limpo que fez ele ficar desse jeito (...) por causa dos remédios que foi muito forte. Aí, o pai dele pegou o vizinho e levou ele lá no Hospital Parelheiros, né? Levou ele lá e chegou lá falaram que era melhor levar pro Grajaú. Aí levou ele no Grajaú e chegou lá deram essa injeção de Fenegram nele, para tirar o efeito do remédio. Ai deram essa injeção nele e deixaram ele no soro, aí ele voltou para casa. Depois é que ele teve a crise, de novo (...)” (sujeito 4)*

Observando a dificuldade que se tem para a estabilização das crises dos usuários da rede em saúde mental e, conseqüentemente, para tornar menos arduos os itinerários

no momento em que são postas em jogo as questões relativas às internações, a necessidade de que o trabalho parta da lógica do *território* torna-se fundamental.

Sabe-se que a regulação que determina as marcações de consultas oferecidas pela atenção secundária aos pacientes e às Unidades Básicas de Saúde (UBS) tenta atender a esta lógica. Mas na prática, dependendo da especialidade exigida<sup>83</sup>, os pacientes têm de se deslocar através de grandes distâncias para conseguir o atendimento. Parecem “baratas tontas” que batem e voltam em todos seus pontos de encontro, especialmente no trecho mais inicial dos itinerários. *Mesmo quando podem se estabelecer num tratamento, o que se nota é a impossibilidade de uma realização minimamente satisfatória do sistema de referência/contra-referência. A articulação entre os diversos elementos da rede de cuidado – tão necessária à área da saúde mental – dadas as enormes distâncias e fragmentação entre seus distintos pontos, fica completamente comprometida.*

O conceito de *co-responsabilidade* – ou *responsabilidade compartilhada*, pelo qual a responsabilidade pelo paciente é dividida entre diversos profissionais, equipes ou serviços de saúde – parece ser pouco executado na prática do sistema de saúde evidenciado pelos itinerantes entrevistados. Os encaminhamentos são fragmentados. Um especialista não conhece o outro; não conversam entre si. Não há um *projeto terapêutico singular* e comum àquela família e que seja de conhecimento dos profissionais envolvidos.

Sobre esse ponto, a questão da intersetorialidade e da articulação dos três níveis de atenção do sistema de saúde é um componente chave para se tratar de modo eficaz a acessibilidade aos serviços. A responsabilidade pelos usuários dos serviços e cuidados em saúde mental deve ser compartilhada, na atenção básica, entre equipes da Estratégia

---

<sup>83</sup>Especialidades como neurologia e psicologia (vide entrevista do sujeito 6, por exemplo) mostram uma espera por vagas enormes. Destacam-se também: cardiologia, ortopedia e dermatologia.

Saúde da Família (ESF) e equipes responsáveis pela saúde mental no território, com a ênfase atual dada às equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>84</sup>. A regulação que trate das vagas aos ambulatórios deve, por sua vez, estar articulada à própria demanda e necessidade advinda da atenção primária. As consultas e tratamentos oferecidos pelo setor secundário devem ser regulados, de alguma forma, por aquilo com que se defronta a “porta de entrada” dos serviços, ou seja, as UBS e as ESF.

Em relação ao setor terciário, como verificado pela análise do material coletado no campo, enfatiza-se o papel dos Pronto-Socorros (PS) oferecido pelos Hospitais Gerais. Hoje, o processo de desinstitucionalização no Estado de São Paulo tem um caminho claro a seguir. Nele, as internações não devem ocorrer mais em Hospitais Psiquiátricos, mas em leitos oferecidos pelos próprios Hospitais Gerais. Sabe-se, entretanto, que neste processo paulatino de fechamento dos leitos de Hospitais Psiquiátricos – concomitantemente à abertura dos leitos em Hospitais Gerais, dos CAPS III e das Residências Terapêuticas – os surtos e crises de pacientes psiquiátricos não dão trégua e continuam a se manifestar num ritmo ainda frenético quando comparado à capacidade de absorção das instituições especializadas. Cabe, porém, o estabelecimento de um diálogo minimamente satisfatório com os outros níveis da atenção, especialmente com a atenção básica, em seu papel de articuladora primeira da rede de cuidados. Não basta o rápido preenchimento de um prontuário – que normalmente não é escrito claramente, prejudicando a intenção em poder oferecer aos outros profissionais que trabalharão no caso um breve histórico e função de diagnósticos e procedimentos – ou um encaminhamento feito somente através de uma ficha de referência /contra-referência. Um diálogo mais próximo se faz extremamente necessário no tratamento

---

<sup>84</sup>As equipes do NASF surgiram a partir do modelo psicossocial que possa dar conta da questão da *integralidade* à saúde, especialmente através da articulação da rede e de conceitos e propostas como: *apoio matricial, apoio técnico-pedagógico, apoio assistencial, consulta compartilhada* (vide Portaria 154 do Ministério da Saúde), dentre outros.

para a saúde mental. Dá a importância de espaços como os Fóruns Municipais de Saúde, com ênfase especial dada por esta pesquisa ao Fórum Municipal de Saúde Mental da Criança e do Adolescente.

Em outros espaços que se estendem a partir disto, privilegia-se a discussão de casos com a inclusão de todos os profissionais, instituições e outros parceiros, quando possível, que tratam do projeto terapêutico específico e integrado no território. Aqui, os CAPSi mostram-se como outro articulador essencial à base territorial de cuidado, junto à atenção básica. Exercer sua dupla função de atendimento especializado e integral e, ao mesmo tempo, ordenador da rede em saúde mental no território é seu grande desafio. Com a tendência de que a “porta de entrada” para a saúde mental passe, cada vez mais, para as mãos da atenção primária – para as ESFs e NASFs – a idéia é que os CAPSi possam, progressivamente, desempenhar este seu papel mais fundamental. Reside a possibilidade de trazer ao diálogo os Pronto-Socorros mais procurados pelos usuários da comunidade moradora da área de abrangência, não deixando que eles se isolem no seu trabalho na atenção terciária e propiciando que algo de mais contundente e contínuo seja proposto a estes pacientes recém saídos de graves crises. No atletismo, só para oferecer uma imagem, sabe-se da importância do momento da passagem do bastão que um atleta faz ao outro da mesma equipe na prova de revezamento. Se este momento estiver bem sincronizado e trabalhado, as chances de um grande êxito para a continuidade da corrida tornam-se mais reais. Analogamente, se a passagem do paciente recém saído de um surto ou crise no Pronto-Socorro ou de uma internação breve para o CAPSi for bem trabalhada, através de um diálogo e continuidade de um projeto comum, a sequência do tratamento tem boas possibilidades de se efetuar positivamente.

Um dos CAPS escolhido para o levantamento de itinerantes que chegam a estes equipamentos, como colocado anteriormente, foi o CAPS Juventude de Santo Amaro.



Na grande maioria dos casos, os CAPS Infanto-Juvenis não segmentam em instituições diferentes o tratamento de crianças e adolescentes. Por mais que os projetos terapêuticos sejam pensados singularmente – e dentro disto considerando-se, minimamente, a fase de desenvolvimento e a idade dos usuários –, os CAPSi atendem, na maioria das vezes, crianças e adolescentes na mesma instituição.

No caso do distrito de Santo Amaro, existem instituições distintas para o tratamento dessas duas fases consideradas diferentes: crianças com até 12 (doze) anos são atendidas no CAPSi (CRIA); enquanto que os adolescentes de 12 (doze) aos 18 (dezoito) anos devem frequentar o CAPS Juventude.

Analisadas as entrevistas das mães (ou cuidadores informais) de usuários dessa instituição, nota-se que tal particularidade exerce influência em relação ao desenho exibido pelos itinerários. Principalmente quando os usuários já estavam com uma idade mais próxima dos 18 (dezoito) anos, idade na qual uma transição para um CAPS adulto já deve estar sendo supostamente pensada. Mesmo antes dos itinerários chegarem ao próprio CAPS Juventude, os percursos já indicavam algumas barreiras e zigue-zagues referentes à esta questão:

*“mas lá falaram assim: ‘Mãe, se sua filha tivesse 12 ou 10 anos, mas com 15, 16 anos não tem como ficar aqui.’ A gente discutiu por causa disso, também, porque ele achou que eu não tinha ido lá, que era conversa minha, que todo mundo ia e conseguia e eu não. (...) falaram que era só infantil, coisa de criança lá. Então como ela já tinha um tratamento começado no Darcy, tinha quer ser feito lá. Por que lá tem tudo e me mandavam de volta (...) com outro encaminhamento. Como ela foi, ela era de lá, lá tinha tudo que ela precisava e me mandaram de volta (...) por causa da idade. Quando você vai com a criança bem pequena é mais fácil, quando chega numa certa idade fica mais difícil (...) Foi encaminhamento do CAPS juventude, eles ficaram me jogando para tantos lugares, pra arrumar um lugar mais fácil pra mim ir, que não fosse tão longe... (...) Eles me acolheram, depois que ela melhorou e saiu daquela crise dela, ele começaram junto comigo, eles viram meu cansaço, começou a me ajudar, a achar um lugar mais próximo (...). O CAPS me encaminhou pro Barueri, aqui. Lá no Barueri eles falaram que não tinha vaga, eles lidavam com*

*gente mais adulta de meia-idade (...) mas lá também não deu, aí eles me mandaram pra cá, na Estação Ciência, disseram que ia ser melhor pra ela, com pessoas no nível dela, da idade dela. Mas, aí lá eu não consegui (...) voltei pra lá, aí elas continuaram a pesquisar e encontraram o de Santana e o da Freguesia do Ó (...).” (sujeito 5)*

A questão da segmentação da criança e do adolescente em dois públicos a serem tratados por instituições distintas é polêmica. Parece que, por um lado, esta situação sinaliza que a inserção dos adolescentes nos serviços de saúde, em especial os de saúde mental, também requer a conquista de um espaço próprio, assim como ocorreu com a infância num passado recente (ÁRIES, 1978) – muitos profissionais da área, inclusive, entendem que se trata de duas clínicas diferentes ou que, no mínimo, exigem uma forma de comunicação e de instrumental distinta (CAYRES, 2008). Mas as entrevistas também evidenciam como esta segmentação pode resultar numa falta de clareza que coloque alguns sujeitos em um terreno frágil, instável e volátil; ser considerado um adolescente pode significar, inclusive para alguns profissionais e serviços da saúde, que não se pertença nem a um lado nem a outro; nem criança, nem adulto; situado em uma “terra de ninguém”. Uma hora, não pode frequentar um serviço pois já passou da idade; em outra, porque ainda não tem a idade suficiente. Em certos casos, essa segmentação pode ser utilizada como uma desculpa consciente que venha justificar uma ausência de vaga ou uma incapacidade/não querer lidar com um grave problema; o clássico caso do “empurra-empurra” a que são submetidos estes pacientes.

Parece que adotar uma abordagem que justifique a essa segmentação duas clínicas distintas, que apresentem também distintas patologias, é radicalidade demasiada. Excluir pacientes adolescentes do acesso a algum tratamento por considerar que nestes casos necessita-se de uma experiência ou instituição específica não deve ser norma. Mas alguns profissionais dos CAPSi mostram dificuldade no momento de juntar

crianças e adolescentes num mesmo serviço, como se fosse “colocar os pés em dois barcos” (CAYRES, 2008, p. 129) ao mesmo tempo.

Nota-se que esta discussão tem possivelmente uma origem histórica, pois muitos dos CAPSi tiveram sua origem em Hospitais-Dia ou em outros equipamentos de saúde que já vinham de uma tradição e trabalho que atendiam à população infantil (até 12 anos) somente.

### c) Deslocamentos e suas dificuldades

A dificuldade em poder se deslocar na busca pelos tratamentos é também ponto chave desta pesquisa. Neste sentido, confirmou-se a hipótese inicial de que, numa metrópole com a grandeza do município de São Paulo, a população que mora na periferia fica marginalizada ou excluída de boa parte dos serviços oferecidos, inclusive os da área da saúde, muitos deles concentrados no centro da cidade:

Com diferença de grau e intensidade, todas as cidades brasileiras exibem problemáticas parecidas. Seu tamanho, tipo de atividade, região em que se inserem etc. são elementos de diferenciação, mas, em todas elas, problemas como os (...) dos transportes (...) e saúde são genéricos e revelam enormes carências. Quanto maior a cidade, mais visíveis se tornam essas mazelas. (...) a urbanização corporativa (...) constitui um receptáculo das conseqüências de uma expansão capitalista devorante dos recursos públicos, uma vez que estes são orientados para os investimentos econômicos, em detrimento dos gastos sociais. (...) quanto mais populosa e mais vasta, mais diferenciadas a atividade e a estrutura de classes, e mais o quadro urbano é composto, deixando ver melhor suas diferenciações. (SANTOS, [1993] 2008, p. 105)

A organização interna das grandes cidades revela, assim, sua estrutura desigual e caótica, expondo seus vazios e diferenciações espaciais:

As cidades, e sobretudo as grandes, ocupam, de modo geral, vastas superfícies entremeadas de vazios. (...) há interdependência do que podemos chamar de categorias espaciais relevantes desta época: tamanho urbano, modelo rodoviário, carência de infra-estruturas, (...) problemas de transporte, extroversão e periferação da população, gerando, graças às dimensões da pobreza e seu componente geográfico, um modelo específico de centro-periferia. (...) As cidades são grandes (...) há vazios e vice-versa; porque há vazios as cidades são grandes. (...) o déficit de residências também leva à especulação, e os dois juntos conduzem à periferação da população mais pobre e, de novo, ao aumento do tamanho urbano. As carências em serviços alimentam a especulação, pela valorização diferencial das diversas frações do território urbano. A organização dos transportes obedece a essa lógica e torna ainda mais pobres os que devem viver longe dos centros, não apenas porque devem pagar caro seus deslocamentos como porque os serviços e bens são mais dispendiosos nas periferias. É isso fortalece os centros em detrimento das periferias, num verdadeiro círculo vicioso (...). Criam-se sítios sociais, uma vez que o funcionamento da sociedade urbana transforma seletivamente os lugares, afeiçoando-os às suas exigências funcionais. É assim que certos pontos se tornam mais acessíveis, certas artérias mais atrativas e, também, uns e outras mais valorizadas. (SANTOS; p. 106; idem)

A exclusão e a diferenciação do espaço se evidenciam ainda mais quando a maior procura por tratamento se concentra, principalmente, no início dos itinerários e em um momento de menor empoderamento dos usuários sobre a rede de cuidados em saúde mental, nas consultas especializadas, como já analisado em categoria anterior.

A Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e demais ambulatórios de especialidades do sistema público de saúde não conseguem dar conta da demanda do local onde estão inseridos. Existem ambulatórios de referência a cada UBS, que tentam seguir a lógica do território. Devem orientar-se através dos fluxos de “frequênciação” e deslocamentos em uma dada estrutura de circulação que demonstre lógica e racionalidade dependentes da estruturação do tecido urbano, com todas suas funções e hierarquias, perfil populacional e adaptação relativa ao quadro natural preexistente. Uma lógica que determine fluxos espontâneos da população à procura de serviços. É a

partir da caracterização da organização espontânea destes fluxos que se deveria determinar a área de influência dos serviços, respeitando-se as *barreiras geográficas* – vide capítulo sobre *acessibilidade* (UNGLERT, 1987).

Ocorre, porém, que os serviços localizados nas periferias ainda são insuficientes em relação à procura local. Além do mais, quando já colocado como pressuposto que os serviços oferecidos no centro da cidade são, na sua maioria, de melhor qualidade que os oferecidos na periferia, parece inevitável que a organização espontânea dos fluxos na busca de atendimentos especializados em saúde se dirija à região mais central. Nas entrevistas, pode-se observar como em todas elas, em algum momento, aparecem, nos itinerários desenhados, consultas a especialistas em grandes centros de referência de saúde – geralmente hospitais e outras instituições conceituadas – localizados fora da área de abrangência da comunidade daquele usuário:

*“Fui no HC, procurei fonos , procurei o CEAM onde ele fazia fisioterapia (...) me encaminhou ele para esse CEAM, quem me deu a carta para mim tá procurando o CEAM foi a moça que faz fisioterapia no HC, só que (...) não se enquadrava lá, porque lá só atende pessoas... crianças da AACD, e não era o caso (...) Ele chegou a passar na neuro do HC (...).”* (sujeito 1)

*“(...) ela fez um ano e pouco de tratamento de psiquiatria, que era lá na Ana Rosa (...). Era convênio do meu esposo (...) eu procurei a APAE (...) Na Santa Cruz... (...), mas lá também não tive retorno nenhum com ela. Eles não me deram nem oportunidade. (...) Então, ela ficava assim, não fazia um tratamento certo, por que a minha esperança era na APAE, mas lá eu não consegui, nada (...).”* (sujeito 6)

*“(...) ir lá no... na Santa Cruz procurar o Objetivo, uma escola especial. Não consegui achar a escola especial. Aí eu fui no Morumbi... (...) eu passei na faculdade, ele fez 3 anos de terapia na faculdade (...) FMU da Santo Amaro (...) faz tratamento de pele com o dermatologista. Ele tem dentista lá, ele tem esse médico psiquiatra, tudo lá no Morumbi (...). É um hospital ... Darci Vargas... que só faz tratamento de criança especial (...). Do Posto (...) Indicaram o Morumbi e a FMU (...) deram o endereço lá pro Parque Previdência (...) que vem da USP... da faculdade (...).”* (sujeito 2)

*“Aí, ela achou melhor encaminhar ela pro Darci Vargas. Aí, eu fui, passei com neuro (...) Aí a gente ficou de um hospital pro outro (...) Aí, depois a gente foi pro Rio de Janeiro. No Rio de Janeiro ela ficou num hospital muito bom (...) Menino Jesus (...) Ela passava com uma neuro, uma psicóloga, fazia fono. (...) Passou com uma psiquiatra. (...) mandaram a gente pro Hospital das Clinicas, eu não consegui vaga e aí me encaminharam pra Santa Casa, mas eu não consegui vaga em nenhum deles (...). No Mandaquí, mas não consegui vaga. (...) o Dr. (...) me encaminhou pro Hospital das Clinicas de volta, para o Instituto do Coração, ele trabalha lá inclusive. (...) esses outros que eu fui, ali em Santana e na Lapa ... (...) era não sei o que Ciência... (...) me encaminhou pro Barueri, aqui. Lá no Barueri eles falaram que não tinha vaga (...)” (sujeito 5)*

*“(...) me ligaram e falaram que eles tavam procurando uma vaga na Santa Casa, para passar ele na fono. (...) eles falaram pra mim que tinha que esperar vaga, a gente foi no Conde de Lara e no Conde de Lara eles falaram que não tinha vaga. (...) lugar que a gente vai para pegar uma vaga no fono, ou outro médico especialista. (...) tava ali mesmo na Santa Casa e eles me mandaram na Vila Mariana, na Saúde mental da Vila Mariana. (...) Eu acho que é hospital, mesmo, de Saúde Mental, Psiquiatria (...). No CEU da Lapa, tem um CEU na Lapa que tem dentista (...). Agora que ele pegou uma vaga no Heliópolis (...)” (sujeito 3)*

*“Aí levou no Hospital Parelheiros, ficou lá no soro, aí não deu jeito lá. Para tirar o efeito do remédio que ele tinha tomado, né? Aí levou lá no Hospital Grajaú (...) teve uma crise, daí foi pro Hospital Campo Limpo (...) vai ter que ser transferido para lá. Para o Hospital Pinel. (...) Lá em Pirituba (...)” (sujeito 4)*

*“A gente tratou, ele ficou internado no Hospital das Clinicas, né? Ficou internado mais ou menos uns três dias (...) e logo depois, ele saiu do Hospital Cotoxó” (sujeito 7)*

O problema das distâncias dos usuários a esses serviços em saúde, para onde, ao menos em um primeiro momento, os itinerários acabam se dirigindo, não deve ser menosprezado. Mesmo observando que em alguns casos estes serviços, como grandes hospitais, se localizam na mesma região de moradia dos usuários, isto não significa dizer que estas distâncias não são consideráveis a ponto de não causarem transtornos e dificuldades. Primeiramente, porque a imensidão física, geográfica e mesmo populacional do município de São Paulo tornou necessária à administração pública a

divisão de seu território em 5 (cinco) regiões administrativas<sup>85</sup> e, portanto, em 5 (cinco) regiões de saúde<sup>86</sup>. Não suficiente, estas regiões ainda foram divididas em 24 (vinte e quatro) supervisões técnicas de saúde, que agrupam os quase 100 (cem) distritos do município. Considerando-se apenas a região Sul, existe uma população de aproximadamente 2.600.000 (dois milhões seiscentos) habitantes (CEINFO, 2008). Deslocar-se, deste modo, do distrito de Campo Limpo ao distrito do Grajaú e, depois, aos distritos de Santo Amaro e de Parelheiros, por mais que todos pertençam à mesma região Sul do município, não é pouca coisa. De acordo com a preconizada “lógica do território”<sup>87</sup>, as distâncias não deveriam ser tão “distantes” assim.

O que deve ficar claro aqui é que quando se está dizendo distância, não se pensa somente na distância física, mas na própria *acessibilidade*, termo tão caro à saúde pública. Na obra *Espaço dividido*, SANTOS ([1979] 2004) torna esta diferenciação clara:

A palavra periferia pode ser utilizada em diferentes acepções. Cada disciplina científica pode lhe atribuir um significado próprio. Em termos geográficos, a periferia não será definida pela distância física (...), mas antes em termo de acessibilidade. Esta depende essencialmente da existência de vias e meios de transporte e da possibilidade efetiva de sua utilização pelos indivíduos, com o objetivo de satisfazer necessidades reais ou sentidas como tais. Mas a incapacidade de acesso aos bens e serviços é, em si mesma, um dado suficiente para repelir o indivíduo (...) a uma situação periférica. (...) Os elementos que nos interessam são a localização da produção, a organização dos transportes e a acessibilidade física e financeira dos indivíduos aos serviços e bens desejados. É a partir desses elementos que se poderá definir uma situação periférica ou de “marginalização geográfica” (...). (grifos meus) (SANTOS, [1979] 2004, p. 290-1).

<sup>85</sup>O conceito de *região* tem uma definição clara para a geografia, mais ligada às questões de diferenciação de produção e, portanto, econômica. Como uma das propostas desta pesquisa é tentar estabelecer um diálogo mais rigoroso entre a saúde pública e a geografia sobre o conceito de *território*, outra pesquisa que propusesse o mesmo com o conceito de *região* também poderia trazer contribuições interessantes à integração das duas áreas da ciência.

<sup>86</sup>O CAPSi Lapa faz parte da região Centro-Oeste e o CAPS Juventude Santo Amaro faz parte da região Sul.

<sup>87</sup>Aqui novamente se coloca a questão da necessidade de diferenciação entre *território* e *lugar*. Por que não se pensar numa lógica do lugar?

A relação entre periferia e acessibilidade torna-se clara: a primeira é determinada e definida pela segunda, e não simplesmente pela sua localização física. Além do mais, o problema dos transportes parece central na discussão sobre acessibilidade:

Se nos países desenvolvidos as populações distanciadas dos grandes centros têm diferentes acessos aos transportes, esse fenômeno é bem mais significativo nos países subdesenvolvidos, onde os recursos levam a uma escolha estreita em matéria de investimento (...). Tudo isso lhes deixa poucos recursos para a instalação de uma rede de transportes e reduz ainda mais a acessibilidade (...) aos centros de comercialização, abastecimento e serviços, o que equivale a um empobrecimento. Por toda a parte, estar distante é sinônimo de ser prejudicado; nos países subdesenvolvidos, estar distante é ainda pior; é se condenar a ser pobre. O termo distância deve ser tomado numa acepção sócio-econômica que caracteriza a situação geográfica das periferias; não é uma questão de distância física, mas de acessibilidade. (...) difícil acesso aos serviços privados e públicos, tudo isso caracteriza um *capitis diminutio* do indivíduo em função de sua localização no espaço. (...) O problema da “marginalização geográfica” constitui um aspecto extremo das desigualdades regionais. (grifos meus) (SANTOS, [1979] 2004, p. 291-3).

Os custos e tempo despendidos nos deslocamentos na busca pelos cuidados em saúde também demonstram uma precária acessibilidade e, assim, evidenciam a situação periférica da população de usuários de CAPSi. Sabe-se que a rede pública de transportes – e aqui as entrevistas mostraram que este é o meio de circulação utilizado por todos os sujeitos da pesquisa – é ainda muito insuficiente e ineficaz. A população utiliza predominantemente em seus deslocamentos o transporte viário, pela insuficiência de outros meios, como o metrô. A reduzida frota de veículos frente à necessidade da população e o trânsito caótico da cidade, só para citar duas das variáveis das dificuldades de deslocamento, já fazem desta locomoção um martírio. Mesmo com algumas facilidades, como o “bilhete único” e o não pagamento das tarifas de transporte público municipal para certos pacientes que apresentam determinados transtornos mentais e seus acompanhantes, isto não torna seus itinerários muito menos dolorosos.



Vale lembrar também que as rotas dos ônibus do transporte viário também não facilitam o acesso a certos locais. No caso dos dois CAPSi, eles se localizam em locais onde confluem um considerável número destes veículos. Mas como os itinerantes utilizam, na grande maioria das vezes, mais de um ônibus, a necessidade de algumas baldeações resultam num percurso mais prorrogado.

Mesmo quando dizemos de deslocamentos de um bairro como Jardim Ângela até o Hospital Regional Sul em Santo Amaro ou o Hospital Campo Limpo, pode-se falar em uma “distância” entre periferia e centro. Pois a grandeza do município de São Paulo faz de alguns “pequenos” pólos comerciais e de circulação de pessoas “novos centros”. É o caso da região central do distrito de Santo Amaro e do histórico Largo Treze. A própria história e processo de conurbação acabou agregando o então município de Santo Amaro ao município de São Paulo. Mas o Largo Treze já era o “centro” de Santo Amaro.

### 3. 3. A RELAÇÃO ENTRE A MÃE, A CRIANÇA E A INSTITUIÇÃO

A relação singular que se dá entre cada mãe e seu filho, como previa a hipótese desta pesquisa, caracteriza o modo peculiar com que cada itinerário se desenha. Mas alguns aspectos pareceram repetir-se no decorrer da análise das entrevistas. O primeiro é em relação a) à incondicionalidade do amor materno na busca por tratamentos e cuidados para seus filhos. Nota-se, como observado mais a frente, que esta incondicionalidade de algum modo está relacionada às próprias questões relativas à saúde mental da criança. O segundo, e que está relacionado ao primeiro, é sobre as angústias reveladas pelas mães em relação aos itinerários.

#### a) A incondicionalidade do amor materno na busca por tratamentos e cuidados para seus filhos

A primeira questão a ser notada na análise das entrevistas foi que, em todas elas, as cuidadoras informais das crianças usuárias do CAPSi e do CAPS Juventude, ou seja, a principal pessoa responsável pelos cuidados com a saúde mental das crianças e adolescentes e que as acompanhou nos itinerários, foram as mães. Em todos os casos, as pessoas a serem contatadas, através da indicação da própria equipe técnica do CAPSi, foram essas mães das crianças.

Em apenas um dos casos, verificou-se que a mãe “biológica” da criança era irmã da pessoa entrevistada e identificada como cuidadora informal. Nota-se, porém, através das informações relatadas por esta cuidadora, que a mulher que gerou a criança nunca esteve à frente dos cuidados da menina. Desde o início, foi esta suposta tia – que, aliás,

é chamada pela criança ora de mãe, ora de tia – que foi à busca dos cuidados. Em outro caso, percebeu-se, através do relato da mãe, que o pai exerceu influência mais próxima sobre os itinerários; mostrou participação ativa na busca pelos cuidados, especialmente nos períodos mais turbulentos, que foram os das crises e surtos, e na busca momentânea por locais que pudessem internar o adolescente. Nestes momentos, parece que sua presença foi importante frente à gravidade do problema e ao “não dar conta sozinha” da mãe.

No restante dos relatos, entretanto, *os pais (homens), ou outras pessoas e familiares que poderiam estar ajudando nos itinerários, mal foram citados. Essas mães parecem assumir para si enorme responsabilidade perante seus filhos. Este fato em si não chama a atenção; o que se destaca nisso tudo é a quase que ausência de uma outra figura que pudesse dividir estas responsabilidades e energia despendida. O próprio sofrimento relativo à problemática com esses filhos e os respectivos itinerários parecem mal ser dividido com alguém mais próximo.* A primeira pessoa do singular – o pronome *eu* – ao se falar da busca pelos cuidados e tratamentos é predominante nas entrevistas coletadas:

*“(...) eu percebi assim. que ele tinha um problema com 3 meses de vida (...) fui no Posto de Saúde , conversei com a pediatra falei como ele era. (...) Ai...fui que eu procurei vários lugares para ver o que ele tinha (...) Eu queria descobrir se ele teria outro problema de saúde ou não. Sempre correndo atrás de melhoras para ele, de tratamentos, de profissionais,... e até liguei nas Clinicas, no HC, para ver se eu conseguia alguma fisioterapia lá para ele (...)” (sujeito 1)*

*“Ela era muito apegada comigo, como ela tinha esse problema eu não, jamais deixava ela andar em lugar nenhum sozinha. Então era só a mãe, mãe... então quando ela viu que tinha que ficar aqui , acho que isso pra ela foi difícil. Ela pensava que eu ia abandonar ela, não sei (...) eu mesma que arriscava. Isso vai dar certo, aí eu corria atrás (...)” (sujeito 6)*

*“Não...porque antes eu não sabia, né? Depois que eu descobri tudo, eu faço o que eu posso, né? Faço o que posso por ele, tudo*

*que me indicam, eu vou atrás... eu faço. (...) em casa, também, é só eu que cuido dele, por que minha irmã não cuida, minha irmã trabalha, o pai, as vezes bebe... enche o saco, aí eu não deixo cuidar dele é só eu mesma. (...) quem cuida mais dele sou eu mesma. Pra médico, dentista é tudo eu... tudo é eu... (...). É, pra dar banho, pra dar comida pra tudo. (...) Aí foi quando ela me deu a carta e eu fui na faculdade, **consegui na faculdade.** (...) na hora de fazer a terapia ele só chorava, ficava debaixo da mesa, **eu tinha que ficar na sala com ele** (...) Então eu falei pra ela que ele sabia ler (...). **Que eu pus ele na escola, eu falei assim... quero que ele entre na escola... eu sei que tem um monte de escola lá** (...)" (sujeito 2)*

Muitas das mães demonstram enfaticamente quem conseguiu aquele tratamento, quem correu atrás daquele outro: "eu!". O apego entre mães e filhos também aparece como fator importante que caracteriza essas relações e acaba por resultar neste "fazer de tudo" na busca pelo tratamento de seus filhos. Como citado na pesquisa de FALAVINA & CERQUEIRA (2008), intitulada *Saúde Mental Infantil: perfil dos usuários e acesso aos serviços de saúde*:

Os relacionamentos familiares são outro aspecto afetado pelo contexto da doença mental. As relações são ambíguas, ora tendendo para a superproteção e a preocupação extrema, ora apontando para a indignação, o cansaço, a raiva, a culpa. O cuidado passa a ser um fardo pesado para ser carregado e vivido solitariamente pelas mães, principais responsáveis pelos filhos. Essa soberania materna pode reforçar demais os laços, levando, muitas vezes, a uma simbiose entre mãe e filho. (FALAVINA & CERQUEIRA, 2008, p. 32)

Essa incondicionalidade parece, assim, ter o seu preço. Na intenção de amenizar ou curar o sofrimento de seus filhos, outros sofrimentos se iniciam: os sofrimentos das dificuldades e percalços encontrados nos desencontrados itinerários. Os tratamentos demoram a começar e, quando iniciados, muitos deles não alcançam os resultados esperados pelas mães. Somado a isto, o fato de boa parte das famílias que procuram tratamentos ser consideravelmente carente, tanto sócio-economicamente quanto afetivamente. Esta questão se relaciona com o problema, colocado em capítulo anterior,

da demanda dos usuários, como refere CAYRES (2008), em sua pesquisa sobre os projetos terapêuticos em CAPSi no município de São Paulo:

Na análise das entrevistas também se observou a presença frequente da palavra *demanda*, o que pode representar o dilema necessidade x demanda (...). Tal termo apareceu como um além, nunca tangível (que inclusive é próprio do significado da palavra), combinado com a idéia de que o sofrimento psíquico que acomete uma criança ou adolescente (que seria a própria necessidade) está atrelado a outros problemas de ordem social (o que está além do trabalho clínico oferecido). Este aspecto vincula-se quase sempre à idéia de que as crianças, os adolescentes e suas famílias, que freqüentam o CAPSi, encontram-se numa situação vulnerável de pobreza (...). Esse contexto, reforçado pela pobreza, possivelmente propicie um direcionamento do olhar (...) para as famílias dos usuários dos CAPSi (...) Quando são feitas referências em relação ao cuidado, um dos principais temas que surge é a família. Termos como “famílias carentes”, “famílias pobres”, “famílias desestruturadas”, “famílias comprometidas”, “famílias ausentes”, “famílias não-aderentes”, “famílias que boicotam” (...). Há uma escala gradual de causas (uma possível “culpabilização”?) que oscila entre uma vertente associada a uma privação ou falta de caráter mais sócio-econômico e para um comprometimento emocional da família, como uma patologia familiar que pode ser a base do problema que a criança ou adolescente apresenta. (CAYRES, 2008, p. 120-2).

As famílias e mães parecem ser colocadas como causa do sofrimento psíquico e pela própria não adesão ou boicote ao tratamento. A pesquisa sobre itinerários, entretanto, não forneceu elementos suficientes que permitissem responder de maneira mais contundente a esta questão. De qualquer modo, a psicanálise traz pontos interessantes que podem dizer algo sobre a relação entre a família, a mãe e a criança. Sobre um possível boicote ou dificuldade de adesão ao tratamento por parte da família ou da mãe, MANNONI (1999) é enfática ao dizer que a possibilidade da cura no tratamento de uma criança pode ser, contraditoriamente, sofrida e angustiante. Consiste em “uma etapa angustiante no tratamento de uma criança (...) o momento em que a ‘cura’ pode ser vislumbrada. É propósito desta possibilidade de saída feliz (...) tudo vai ser novamente colocado em questão” (MANNONI, 1999, p. 65). A partir disto, poderia

se supor que um possível boicote familiar também ocorra no âmbito dos itinerários terapêuticos, resultando em uma excessiva e descontínua busca por cuidados em saúde mental em que tratamentos são freqüentemente interrompidos e as mães e seus filhos transitam de serviço em serviço. Sobre isto, MANNONI (1999) continua:

Enquanto o insucesso de um tratamento pode ser imputável a alguém, a esperança subsiste. Curiosamente, é no momento em que tudo enfim parece possível (foram encontrados a escola ideal e o terapeuta) que a mãe se permite recuar e passa por um episódio depressivo, no decorrer do qual o Outro é visado (MANNONI, 1999, p. 48).

Mesmo na impossibilidade de afirmar que se evidenciaram boicotes das mães aos tratamentos apresentados nos itinerários, arriscar-se-ia dizer que, nos casos colhidos em campo, não percebido nenhum boicote explícito. Um tratamento eficaz mostrou-se mais valorizado, na maioria das vezes, do que “boicotado”. O que se pode notar, entretanto, é uma certa ambivalência no sofrimento dessas mães. Pois ao mesmo tempo em que se queixam do cansaço, falta de apoio e extrema dificuldade na busca pelos cuidados na saúde mental de seus filhos, seus relatos também desvelam um certo “orgulho”; um *frisson* em dizer que estão aí “pro que der e vier”; que a incondicionalidade de seu amor supera qualquer barreira. Como exemplo, seguem alguns comentários:

*“Eu falei que não ia me desesperar que tinha tropeços e segui nesse caminho. Eu vou ir até o fim (...). eles me ligaram da Santa Casa, que eles falaram pra mim que tinha vaga, esse dia eu senti o dia mais feliz (...)”* (sujeito 3)

*“Correndo atrás, porque, às vezes as pessoas, às vezes assim, a gente chega prá procurar acha que é falta de interesse da gente. ‘Tanta mãe consegue, por que você não consegue?’ (...). Olha, eu acho que através do sofrimento dela, você cria força que ...você tem que ajudar ela, você tem que arrumar um jeito de ajudar a sua filha, então não tem solução, você tem que levantar e ir. Não tem*

**que achar que vai... tem que levantar e ir, a força vem de dentro, mesmo (...)" (sujeito 5)**

**"Eu acho que é muito difícil as pessoas lidar com pessoas que tem assim problema... só quem tem, entende, mas quem não tem, tem hora que fala assim: "É manha, é frescura... e porque você não corrige." Então, as pessoas não entendem, só que pra gente que é mãe, só a gente sabe o sofrimento de procurar uma ajuda e não encontrar, é muito difícil (...). Eu sempre... tô correndo atrás, né, pra ver se ele melhora cada vez mais desse problema dele (...) porque assim, eu cuidando (...) para mim eu estou cuidando de mim mesma. É um amor assim tão grande, tão forte... que eu buscando melhoras, trabalhos para ele, bons profissionais para ele e como se fosse para mim, como se for para mim mesma, independente de ter dificuldade ou não... é isso (...) por que o amor que eu sinto por esse menino supera qualquer dificuldade, qualquer transtorno, qualquer coisa... é um amor, assim, tão grande que às vezes a dificuldade se torna... prazeroso... é isso (...) Ele tinha 10 meses, foi em seguida... que eu passei ele na neuro e em seguida eu já procurei tratamentos pra ele. Eu fazia de um tudo (...)" (sujeito 1)**

**"(...) até aonde Deus me dê vida eu vou continuar até (risos)... até chegar lá... eu continuo (...). Prá mim tá bom. Não, eu não acho difícil, não. É tratamento dele, não é? Eu tenho que fazer, pode ser lá do outro lado de São Paulo eu tenho que ir. Eu não tenho preguiça de andar não, eu vou até o fim. Até a onde Deus me dê vida, eu com ele, vou fazer de tudo por ele (...) não tem ninguém para ir, só eu (risos)... não tem ninguém para ir... só eu que vejo as coisas, as necessidades... o que precisa, o que não precisa. Os outros não sabem, não adianta explicar que ninguém entende. Só eu que já entendo, já to por dentro da situação, já tem tantos anos que eu estou lutando com ele, pra ver se ele sara (...) passei na faculdade, passo no Morumbi, até hoje, não posso faltar, né? (...) eu falei assim pra minha irmã se eu tivesse dinheiro eu ia embora pra os Estados Unidos, pra tratar ele nos Estados Unidos... ficava um tempão lá..ele voltava bonzinho.a gente pensa em tanta coisa pra um filho. Podia sarar, ficar bom, não sei, né?" (sujeito 2)**

A incondicionalidade do amor destas mães acaba demonstrando que, sem desconsiderar a extrema urgência da necessidade do tratamento de seus filhos, a demanda de ter de sempre estar junto nos itinerários e ambientes onde as crianças e adolescentes são tratados acaba sendo, também, delas mesmas. Há uma certa dificuldade das mães em conseguir se separarem de seus filhos, mesmo quando eles estão em seus espaços mais privativos de cuidado no tratamento. E aqui a psicanálise, preferencialmente a laciana, parece muito útil enquanto uma teoria do sujeito e do

afeto que permita a compreensão da relação especial que estas mães estabelecem com suas crianças. Estas últimas, demonstram estar potencialmente expostas às capturas fantasísticas das primeiras, ocupando uma posição de objeto, mais propriamente de *objeto a* – conceito tão caro à Lacan. No texto *Alocução sobre as psicoses da criança*, é isto o que Lacan enfatiza, quando diz ser a criança “(...) movida, justamente, por funcionar o objeto *a* como inanimado, pois é como causa que ele aparece na fantasia. (...) Causa em relação ao desejo do qual a fantasia é montagem” (LACAN; 2003; p. 366).

O conceito de *objeto a* se faz necessário para também transmitir aquilo que é da ordem do estrutural no humano, ou seja, sua relação com a questão da falta-a-ser que lhe é inerente. Pôde ser elaborado a partir do conceito de *objeto transicional*, trazido por outro importante psicanalista, D. W. Winnicott. Como apresentado no mesmo texto citado acima, o “(...) importante, contudo, não é que o objeto transicional preserve a autonomia da criança, mas que a criança sirva ou não de objeto transicional para a mãe” (LACAN, 2003, p. 366). É ocupando uma posição de objeto perante a fantasia da mãe que essas crianças podem servir de obturação no que diz respeito à falta estrutural materna:

O valor da psicanálise está em operar sobre a fantasia. (...) Onde se afirma, atentando unicamente para isso, que a fantasia constitui o enquadre da realidade: isso é aí evidente! (...) E seria também impossível de deslocar, não fosse a margem deixada pela possibilidade de exteriorização do objeto *a*. (...) Se fosse tão fácil falar dele, nós lhe daríamos outro nome que não objeto *a*. (...) Um objeto que exige a retomada de todo o discurso (...). a psicanálise constrói às pressas, com folclore, uma fantasia postiça – a da harmonia instalada no habitat materno. (...) é o preconceito irredutível de que é sobrecarregada a referência ao corpo enquanto o mito que abarca a relação da criança com a mãe não for suspenso. (...) Produz-se uma elisão que só pode ser notada a partir do objeto *a*, embora seja precisamente esse objeto que ela subtrai de qualquer apreensão exata. (...) Digamos, pois, que ela só é compreendida ao se opor a que seja o corpo da criança que corresponda ao objeto *a* (...). (LACAN, 2003, p. 364-6)



E aí se estabelece toda a relação do próprio sintoma apresentado pela criança, como resposta a certa estruturação familiar, com sua posição de objeto na fantasia materna ou de representante da verdade do casal familiar. A partir do texto *Nota sobre a criança*, do mesmo autor, pode-se pensar que, no caso das crianças e adolescentes filhos das mulheres entrevistadas, a primeira posição parece ser a decorrente de seus sintomas:

Ao que parece, ao ver o fracasso das utopias comunitárias (...) É por tal necessidade que se julgam as funções da mãe e do pai. Da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas. Do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei do desejo. (...) o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar. (...) O sintoma – esse é o dado fundamental da experiência analítica – se define, nesse contexto, como representante da verdade. (...) O sintoma pode representar a verdade do casal familiar. (...) A articulação se reduz muito quando o sintoma que vem a prevalecer decorre da subjetividade da mãe. Aqui, é diretamente como correlata de uma fantasia que a criança é implicada. (...) A distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela se torna o “objeto” da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto. (...) A criança realiza a presença do que (...) designa como objeto a na fantasia. (...) Ela satura, substituindo-se a esse objeto, a modalidade de falta em que se especifica o desejo (da mãe), seja qual for sua estrutura especial: neurótica, perversa ou psicótica. (...) Ela aliena em si qualquer acesso possível da mãe a sua própria verdade, dando-lhe corpo, existência e até a exigência de ser protegida. (...) Em suma, na relação dual com a mãe, a criança lhe dá imediatamente acessível, aquilo que falta ao sujeito masculino: o próprio objeto de sua existência, aparecendo no real. Daí resulta que, na medida do que apresenta de real, ela é oferecida a um subornamento [*subornement*] maior na fantasia. (grifos meus) (LACAN, 2003, p. 369-70)

Essas mães acabaram, contudo, abrindo mão de espaços e dimensões importantes de suas próprias vidas em prol dos cuidados e tratamentos para seus filhos; não conseguem criar, muitas vezes, ambientes próprios que não digam, de algum modo,

respeito às suas crianças. Neste contexto, o trabalhar/não trabalhar foi ponto tocado em várias entrevistas:

*“(...) daí eles fizeram um relatório e começou a minha luta. Aí eu fui, né? (...) Minha vida agora é pra ele, eu até trabalhava, parei de trabalhar... porque as meninas achavam que não dava tempo de fazer as coisas com ele e trabalhar, em casa (...) até chegar lá ...eu continuo. Eu não posso trabalhar mesmo, com quem ele vai ficar, se eu for trabalhar? Não dá, né? (...)”* (sujeito 2)

*“(...) ficava dia e noite com ele, lá. Não ia... não saía... não ia nem para casa, porque não tinha com quem deixar ele (...). Ele tá em tratamento aqui, por que não é fácil pra mim. Porque eu fico aqui o dia todo, eu preciso fazer outra coisa. Por exemplo eu faço... eu tenho que fazer outras coisas em casa e não faço por que tenho que tá com ele, né? (...)”* (sujeito 4)

*“O problema é que eu não posso trabalhar, por que tem que tá mais atento a ele, que tem que levar, perco um dia inteiro... porque tem que tá lá... um dia inteiro mesmo. Só isso o problema de trabalhar. Eu não trabalho como antes eu trabalhava, eu deixava ele na creche, trabalhava e depois ia, trabalhava mais um pouco, tudo normal, mas agora é diferente, tenho que tá mais tempo com ele, que a doutora falou que tenho que tá mais tempo com ele.”* (sujeito 3)

*“(...) por que eu trabalhava muito na época, não tinha com quem deixar ela, então ela ficava sozinha, quando eu chegava à noite ela estava pior. Sentada só no cantinho, paradinha, se debatendo (...) antes a gente tinha um certo conforto, né? A gente tinha... ela sempre gostou de coisas que eu podia comprar, como eu tive que parar de trabalhar . Aí ficou mais difícil, uma época muito difícil... no início, mesmo, foi muito difícil , mas depois que ela começou a melhorar eu voltei a trabalhar, só final de semana (...) não trabalho todos os finais de semana, por que no final de semana que a gente sente que ela tá querendo sentir essas tonturas, então eu não vou trabalhar, a gente sempre fica para evitar que ela fique sozinha. Por que quando ela tá em crise, ela só quer a mim. Ela só quer que eu fique perto dela. Aí eu não trabalho.”* (sujeito 5)

## b) As angústias das mães

As angústias dessas mães na busca por cada tratamento ou no decorrer de cada um deles foi um ponto que se revelou importante na análise das entrevistas.

Primeiramente, algumas das causas geradoras de angústias mais evidentes nos relatos analisados foram aquelas relativas à ausência ou indefinição de um diagnóstico ou nomeação mais precisos sobre os problemas relativos à saúde mental das crianças e adolescentes. Saber precisar um diagnóstico se mostrou de extrema importância para as mães, como se, com isto, algo pudesse ser desvelado, o que supostamente revelaria a elas e aos próprios profissionais dedicados à cura ou ao tratamento dessas crianças e adolescentes um caminho mais seguro e previsível no cuidado com elas. Parece haver uma associação direta, subentendida pelas mães, entre um suposto diagnóstico e os promissores prognósticos e possibilidades no tratamento. Além do mais, segundo enfatiza MANNONI (1999), em seu texto *A criança retardada e a mãe*, no capítulo sobre o lugar da angústia no tratamento do débil, o “(...) que caracteriza a situação de angústia é a impossibilidade, para o sujeito, de utilizar a palavra como mediadora. Quando consegue traduzir em palavras o que sente, já não há verdadeiramente angústia: uma comunicação pôde ser estabelecida. (...)” (MANNONI; 1999; p. 61). Alguns relatos revelam exatamente isto:

*“Eles não me deram diagnóstico de nada, não falava nada e assim foi passando o tempo (...) eu só tenho ela e um rapaz de filho, pra mim era muito difícil entender que ela tinha algum problema. Ai eu procurei a APAE, mas lá também não tive retorno (...) Por que quando ela nasceu não me falaram nada, pra mim entregaram como se fosse uma criança normal e depois, que ela foi crescendo que foi chegando nessa parte. Então, era muito difícil pra mim entender. Até hoje eu ainda tô tentando entender. (...) Nunca ninguém me falou nada. Isso é que era o difícil (...). Aqui, eles não têm um diagnostico certo (...). Agora que eu consegui levar ela, mas quando eu fui lá não consegui nada. Só (...)consegui agora que eles mandaram um encaminhamento, então dia 26 ela vai passar para fazer um... para eles darem um laudo, pra mim saber o que ela tem. Até hoje eu não sei (...). Eles falam que é F71, o senhor deve entender. Eu não sei (...). Acho que é esse aí que está marcado no papel dela. Eu uma vez perguntei se não tinha um diagnostico certo, eles achavam que era esquizofrenia, mas não sei. Quando terminar essa, que ela vai fazer o laudo, até eu preciso saber. Por que nem eu ainda não sei. (...) eu saía angustiada, do jeito que eu entrava eu saía, porque eu*

*não via assim uma solução pra eles ajudar. (...) ninguém nunca me falou nada e aquele exame do pezinho ninguém me deu uma resposta, se tinha algum problema se não tinha. Eu fiquei, assim, sem noção do problema dela.”* (sujeito 6)

*“Lá a medica falava um monte de coisa mas não falava diagnostico nenhum (...)”* (sujeito 8)

*“(...) aí ele falou pra mim, que ela ia ser sempre uma criança, pediu outros exames, mas os exames dela nunca deram nada, só uma Síndrome de Capulk (sic). (...) Ela falou: ‘Essa menina tem algum problema, mãe. Eu ainda não sei o que é, mas ela tem algum problema.’ (...) É assim uma doença que vem dos macacos, mas não explicou uma coisa certinha, pra eu entender o que era, falou que era uma síndrome e que era mental. (...) Eu não entendi nada, eu não entendi. Eu queria que conversasse, explicasse o que é que tem, por que tem aquele médico maravilhoso que você senta na mesa e ele fala com você, explica. É fácil pra quem estudou entende, essas coisas assim de medicina, mas pra gente que nunca leu nem um livro, tem palavras, meu amigo, que é sinistra... se não for explicado você fica no ar, fica perdida. Então a palavra vem e fica... (...) que falou pra mim que ela tinha síndrome e que ela ia ser sempre uma criança. Ainda falou; ‘Mãe, você se prepare que sua filha será sempre uma criança. Ela tem deficiência mental.’ Essa Síndrome de Cabulk (sic), não foi ele que me falou, só falou que era uma doença mental e que ela ia ser sempre uma criança, pra eu me preparar. Quem deu esse diagnóstico de Síndrome de Cabulk (sic) (...). Falavam que tinha um retardo mental, só isso.”* (sujeito 5)

*“Aí, o médico fez lá os exames lá e disse: ‘Não, o menino tá bem. Você não vai ter problema nenhum, né? Ele não vai ter problema nenhum’. Mas, no dia de eu ganhar ele, que eu fui ganhar ele, aí o médico...eu fiquei três dias sem ver ele, eu perguntei por quê...e tanto que eu já trouxe até o exame do pezinho (...). O exame do pezinho eu trouxe para as meninas verem, mas elas disseram que não entenderam muito o que aconteceu, por que ele nasceu assim (...) O médico falou que: ‘Olha, dona (...), seu filho não veio pra senhora da de mamar pra ele por que ele nasceu com um problema, né? Até que rasparam a cabeça dele agora o que colocaram eu não sei (...). Eu não sei o que foi, eu me esqueci o nome. (...) Foi um problema... sei que tava raspada a cabeça dele aqui assim, agora o que era, eu não sei.(...)”* (sujeito 4)

*“Eles passaram com ele, olharam nele, fizeram o que me mandaram. Não falaram nada que ele tinha, que estava acontecendo com ele. (...) que eles não falavam nada mesmo, assim... procurei... eu falei pros médicos que ele tinha... eles não me falava nada... até agora não tenho nada com certeza o que ele tem. O problema dele, que a doutora me falou, é um retardo que ele tem. (...) Fala que ele tem um retardo mental (...)”* (sujeito 3)

*“Eles passaram um relatório, terminou o tratamento dele e eles descobriram que ele tinha um grau de autista (...) ele tem um grau de autista, só isso...um grau só... (...) Diz que é um retardo mental*

*no cérebro dele, que é alguma coisa que não completou no cérebro... então ficou assim. Eu não sei... só os médicos é que sabem .. eu mesmo não entendo.(risos) É tanta coisa, só médico é que pode entender (...)" (sujeito 2)*

*"(...) fui que eu procurei vários lugares para ver o que ele tinha, se ele tinha mais alguma coisa, mais algum problema, além dessa hipotonia. (...) até aí eu não sabia o que era hipotonia, nunca tinha ouvido falar a palavra hipotonia, não tinha idéia do que seria e... eu queria descobrir, eu como mãe fiquei preocupada. (...) foi aí que ele fez uma avaliação aqui no CAPS de 5 semanas e elas deram um diagnóstico... como autismo, porque até aí eu nem... nem o HC soube me dar essa resposta. (...) Só que até aí, ninguém soube me dar a resposta do que ele tinha, além dessa hipotonia, foi só o CAPS que me deram esse diagnóstico de autismo, que ele é portador de autismo. (...) no HC fez vários... todos os exames que poderiam para ter um quadro dele, ele fez... não achou nada, por que todos os exames, sempre, deu normal. Todos os exames que ele fez deu normal, por isso que eles não souberam me dar essa resposta que eu tanto queria (...) Os exames que ele fez foi o BERA, de audição, tomografia de crânio, fez eletro de coração, para ter um quadro completo dele. (...) os exames dele, Eletro encefalograma e deu todos normais. Só o CAPS mesmo eu trouxe todos esses exames que eu já tinha em mãos. Trouxe e as profissionais que fizeram avaliação com ele, durante as 5 semanas, falou que era autismo... e... então eu fiquei sem dúvidas se era autismo ou não. Por que os exames deu normais. (...) essa foi minha dificuldade até o momento que eu não sabia o que ele tinha, além daquela hipotonia. (...) Só que eu queria descobrir o que (...) tinha, eu tinha aquela expectativa de mãe pra saber o que ele tinha. O que eu poderia ajudar, no que eu poderia ajudar. (...) às vezes eu procuro não ficar perguntando o porquê... Se eu ficar perguntando o porquê, eu vou procurar resposta onde eu não vou achar, né? Porque eu não sei. Porque assim... os médicos... os exames que (...) tinha que ter feito, ele fez todos... todos os exames ele fez, não acusaram... não achou o porque... da onde o porquê dele ter esse problema, mas, assim, eu não sei a causa." (sujeito 1)*

Saber a causa da suposta doença parece ter relação direta com o saber o diagnóstico. Muitas vezes, inclusive, uma coisa se confunde com a outra nos relatos apresentados. E do mesmo modo que o não saber sobre o diagnóstico gera angústia, o não saber a causa também. Logicamente, saber a causa pode ajudar no prognóstico e no tratamento. Mas, novamente, isto parece estabelecer maior relação com um apaziguamento propiciado simplesmente pela explicação em si e pelo alívio momentâneo que esta nomeação, que esta colocação em palavras, pode gerar.

Supor um saber ao profissional que trata da criança através de uma explicação causal sobre o problema referente à saúde da criança ou adolescente – especialmente aquela explicação que traz um vocabulário e nomenclatura mais herméticos, que distanciam os usuários do contato com os problemas que lhes dizem respeito, evidenciando ainda mais o abismo entre o saber médico e a apropriação do conhecimento em saúde pela população no geral – é uma tendência revelada pelos entrevistados. Por outro lado, a não compreensão dos usuários escancarada por esse distanciamento entre os saberes e os vocabulários de profissionais e usuários é também fator de geração de angústia (vide, por exemplo, depoimento acima do sujeito 5). Dentre os vários obstáculos ao acesso aos serviços de saúde e aos cuidados, FALAVINA & CERQUEIRA (2008) enfatizam:

Outro ponto central da análise foi as barreiras encontradas no acesso aos serviços de saúde, que se referem a todos os obstáculos que impediram ou dificultaram as mães de consumir tais serviços, em grande parte oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. (...) o obstáculo cultural se relaciona à impossibilidade das famílias compreenderem os termos técnicos, de se colocar e se expressar nas consultas com os profissionais de saúde. (grifos meus) (FALAVINA & CERQUEIRA, 2008, p. 33)

É importante dizer, entretanto, que a compreensão da causa da suposta doença e as escolhas e contingências ligadas aos itinerários desenhados parecem estabelecer uma certa correspondência. Mas a correspondência que se percebe é exatamente uma errância demasiada pela busca tanto de diagnóstico, como da causa. Enquanto não são descobertos, a busca errante continua.

Observa-se, contudo, que, sobre as causas, pouco as mães puderam dizer. Geralmente, tentaram reproduzir algo que havia sido dito pelos diversos especialistas e tratamentos pelos quais seus filhos passaram. Explicações, porém, como dito acima, que não lhes fizeram sentido. Este saber sobre a causa parece ficar jogado às mãos de Deus ou dos médicos e especialistas. As mais diversas explicações encontradas nos muitos

pontos de tratamento também parecem causar extrema confusão para estas mães; as explicações podem ser várias, muitas são as hipóteses, mesmo quando pessoais e quando dizem respeito às histórias e fantasias singulares a cada família e sujeito.

Os itinerários parecem sofrer as conseqüências pela busca por uma causa, mais do que pelo saber da causa em si. Outras vezes, nem a causa lhes é importante.

Os trechos a seguir, recortados dos relatos demonstram esses diversos aspectos relacionados às causas:

*“Diz que é um retardo mental no cérebro dele, que é alguma coisa que não completou no cérebro... então ficou assim. Eu não sei... só os médicos é que sabem... eu mesmo não entendo.(risos) É tanta coisa, só médico é que pode entender (...) Eu sei que eu vou nos tratamentos... (...)” (sujeito 2)*

*“(...) também por causa... depois da separação o pai dele bebia muito, também. Chegava em casa bêbado, caindo e me xingando, xingando ele também... tanto que a internação dele, foi mais por causa desse problema de bebida. Ele chegava em casa me agredindo, me chamando de... esculhambando comigo, falando um monte de coisa desagradável comigo, dizendo que ia me matar. O pai dele bêbado, né? (...) A separação da gente foi por isso: ele foi e arrumou outra e levou na minha casa e apresentou ela pra mim. Ai não agüentei isso, eu vou correr.... ele estava bem, até ai. ‘Mãe você vai aceitar isso?’. Ai correu atrás da advogada para separar, ele mesmo, ele que teve essa atitude, não foi nem eu. (...) por causa do que eu falei, ele se criou muito só, é único e não tinha amigo. Minhas amigas falavam assim; ‘você acha que esse menino vai se criar, criança tem que ter amizade’. Eu: ‘Olha eu não atrapalho de ele brincar com ninguém, e ele quem decidiu, não quis brincar’. Ter amizade, né? Ai elas falavam assim: ‘Nunca vi criança que... criança criada desse jeito, né?’. Que as crianças da rua sempre fala muito palavrão e ele não gostava disso, né? Então, ai ele ficou assim, sozinho. De casa para a escola, de casa para a escola. Na escola até agora, até esses dias eu tenho falado pra ele. Ele começou a gostar de uma menininha lá na escola, foi desde esse tempo, também que ele começou... (...) Porque ele não chegou junto dela pra conversar, pra desabafar o que ele sentia por ela, eu acho que foi isso (...). Tem outra coisa, também, eu senti, também... é muita coisa, que eu senti também que ele ficou assim mais, foi depois que ele chegou na igreja. Há muito tempo eu tô na igreja, a Igreja Universal (...). Ele falou: ‘É, é o que eu mais quero’. Ele falou para o Pastor. Ai se batizou, desde esse dia que ele também, ficou assim. Mexeu muito também com ele, agora o porquê eu não sei. (...) Parou de ir na igreja, mas só que eu digo: ‘meu filho vamos na igreja’. (...)” (sujeito 4)*

*“(...) a doutora é que ele tem um retardo... porque assim... eu... acontece... a médica... que eu não fiz pré-natal, tudo ...desde que ele nasceu, quando estava ainda no hospital acho que é esse o problema que aconteceu com ele e passou para ele, né? (...) Eles falam também, que tem um, como se fala... um premido (uma palavra provavelmente em espanhol) que a doutora me falou que tem (...) língua... que eles falam que pode cortar é que ele vai poder falar (...). minhas amigas que eles olham... faz isso... eu não quero fazer isso com ele (...). Elas que falam... fala pro médico cortar... fala para ele cortar, ele faz... e ele vai falar logo. Tudo assim que elas me falam, falam disso (...). Se o médico fala que é isso, eu vou fazer isso, não vou fazer outra coisa que eles não acham bom. Porque eu também perguntei para a doutora, ela me falou que não é isso aí. Que o problema dele é outra coisa (...).”*  
(sujeito 3)

*“(...) eu nem conhecia o que era autista, nem sabia disso. Até por que não fazia questão, também, nem sei o que era na verdade. Eu não tinha muita informação, na verdade.”* (sujeito 7)

*“(...) o Dr., ele falou que era uma síndrome, uma coisa genética, de macaco não sei o que, não sei o que... aí eu, também, deixei varar. Esse negócio de macaco não é meu (risos), não é possível... (...). É assim uma doença que vem dos macacos, mas não explicou uma coisa certinha, pra eu entender o que era, falou que era uma síndrome e que era mental. (...) Eu não entendi nada, eu não entendi. (...) O problema dela, eu acho que é a mente dela. Mental, porque a mente não desenvolve. Você faz uma coisa com ela agora e você fala, fala, fala ela vê que tá errado mas faz a mesma coisa, como se não tivesse noção daquilo que tá fazendo, né? Noção daquele perigo ali. (...) Olha, eu num sei, mas eu acho que é de família. Porque eu descobri, depois... fui me informar sobre a família do pai dela e eu descobri que tem mais duas crianças assim. Já adultos, mas totalmente criança que faz coisas de criança, igual a ela.”* (sujeito 5)

*“(...) às vezes eu procuro não ficar perguntando o porquê... Se eu ficar perguntando o porquê, eu vou procurar resposta onde eu não vou achar, né? Porque eu não sei. Porque assim... os médicos... os exames (...) tinha que ter feito, ele fez todos... todos os exames ele fez, não acusaram, não achou o porquê... da onde o porquê de ele ter esse problema, mas, assim, eu não sei a causa.”*  
(sujeito 1)

É comum a alguns relatos citados acima uma certa coexistência de compreensões; um embaralhamento de explicações simultâneas como causa. Pode-se dizer, inclusive, que esta mistura de explicações denuncia, por fim, uma não



compreensão das causas. O máximo que algumas mães podem aferir é uma relação entre os primeiros sintomas e alguns eventos que os anteciparam.

Pensando nas próprias explicações etiológicas advindas das mais diversas abordagens – científicas ou não – relacionadas à saúde mental, não existe um consenso. Muitas vezes, inclusive, existe uma divergência clara e oposta. A complexidade dos fenômenos e questões relativas à saúde mental – para não dizer do próprio tratamento – faz com que o máximo de convergência se exprima numa certa falta de rigor e precisão sobre as origens dos problemas, como, por exemplo, remetê-los à noção de “bio-psico-sociais”. Segundo SARACENO (1999):

Na falta de inovações substanciais no que se refere às teorias da psicopatologia ou aos conhecimentos etiológicos das doenças mentais, é natural que a comunidade psiquiátrica se apaixone periodicamente por qualquer novo fragmento de teoria ou de prática e o “capture” na própria “ordem” conceitual, que é em si mesma algo fragmentário e constituído de conhecimentos “paralelos” mais do que integrados: o freqüente recurso que tudo explica da bem conhecida noção “bio-psico-social” testemunha esse paralelismo, uma vez que aquilo que não se explica com o “bio” se explica com o “psico” e/ou com o “social”. Isso nada mais é do que uma espécie de ilusão, segundo a qual o apelo à complexidade abranda o desconforto do não saber e da impotência terapêutica. (...) Realmente, à riqueza dos modelos e das subdisciplinas não corresponde uma igual riqueza das respostas que são dadas às demandas dos pacientes. Aquilo a que se assiste é uma curiosa fratura entre articulações teóricas, sofisticadas diagnósticas, abundância de modelos e tecnologias, por um lado e, por outro, a modéstia e a repetição das práticas terapêuticas assistenciais reais e a substancial parada no tempo dos sucessos terapêuticos. (grifos meus) (SARACENO, 1999, p. 20)

A partir disso, saber a causa do problema referente à saúde mental da criança ou adolescente também pode gerar angústia, dada a possibilidade da causalidade familiar, como fator “social” micro. Retomado MENENDÉZ (1992) ao situar a importância da família nesta rede de interações, entende-se que o sujeito mostra-se como parte de uma micro/macro estrutura, e a família constitui a micro estrutura que mais peso tem na constituição

das representações e práticas dos sujeitos em relação ao processo saúde/doença/atenção. A partir disto, algumas mães podem saber – apesar de não encontrado explicitamente na análise das entrevistas – da importância do ambiente familiar e da relação entre mãe e criança na constituição do sujeito. Por isso, muitas vezes, não saber das possíveis causas pode ser menos angustiante e culpabilizador.

Outra questão que também pareceu ser importante na análise dos dados foi as mães remeterem, frequentemente, a uma incompetência ou incapacidade de outras pessoas no lidar com o problema de seus filhos. Sejam estes os pais, demais parentes próximos, ou até mesmo os profissionais – de saúde ou na escola – que tratam de seus filhos, mostram-se como incapazes de ajudar nos cuidados e trato com essas crianças e adolescentes, como demonstram alguns trechos:

*“(...) não tem ninguém para ir... só eu que vejo as coisas, as necessidades... o que precisa, o que não precisa. Os outros não sabem, não adianta explicar que ninguém entende. Só eu que já entendo, já tô por dentro da situação (...), tem gente que você fala das coisas que acontece com a criança e ninguém entende, as pessoas de fora mesmo. O que vai entender de criança especial, que tem problema? Ninguém entende. Só a gente mesmo que está por dentro das coisas é que entende. (...) Eu até briguei com os psicólogos (...)”* (sujeito 2)

*“Ela passava com uma neuro, uma psicóloga, fazia fono. A gente..., ela estudava numa escola especial. mas eu não sentia melhora nela, porque eu trabalhava muito na época, não tinha com quem deixar ela, então ela ficava sozinha, quando eu chegava à noite ela estava pior (...), a gente sempre fica para evitar que ela fique sozinha. Porque quando ela tá em crise, ela só quer a mim. Ela só quer que eu fique perto dela. (...) a gente tem que ficar lá esperando, a gente tem que ficar com ela , entra às 8hs e sai às duas e meia, então tem que ficar lá. Não tem como deixar ela lá e procurar alguma coisa pra se fazer. Ai, à tarde, como fica só nós duas aqui, não tem como ela ficar sozinha, eu tenho medo de deixar ela sozinha”* (sujeito 5)

*“(...) muito apegada comigo, como ela tinha esse problema eu não, jamais deixava ela andar em lugar nenhum sozinha. Então era só a mãe, mãe... então quando ela viu que tinha que ficar aqui, acho que isso pra ela foi difícil (...). Eu acho que é muito difícil as pessoas lidar com pessoas que tem assim problema... só quem tem, entende, mas quem não tem (...) só que pra gente que é mãe, só a*

*gente sabe (...). Eu mesma que arriscava. Isso vai dar certo, ai eu corria atrás, mas não que ninguém me indicava nada (...)* (sujeito 6)

*"(...) levei pessoalmente para assistente social essa carta da minha reclamação, para ela tá passando para o chefe, que era o diretor... a minha reclamação (...)"* (sujeito 1)

Não dá para saber precisamente até que ponto essa incompetência referida pelas mães é verdadeira ou não. Mas parece haver certo exagero em algumas falas no que se refere à dependência destas crianças às suas mães, como se mais ninguém pudesse exercer cuidados às primeiras. Não se trata de questionar a verossimilhança do discurso, mas este deve ter sido algo constituído através da história de um relacionamento singular à mãe e seu filho<sup>88</sup>. Muitas vezes, esta dependência suposta inicial pode ser desengessada através da circulação da criança ou adolescente em outros espaços, sejam eles escolas ou CAPSi.

Muito se pensou se essa subcategoria deveria ser colocada na categoria anterior sobre a incondicionalidade do amor materno ou nesta sobre a angústia das mães, dado seu caráter ambivalente. Mas preferiu-se colocá-los aqui, por ser difícil de dizer até que ponto essas mães, de algum modo, "rejeitaram inconscientemente" alguma ajuda ou realmente aquilo que lhes foi ofertado não lhes serviu. A angústia gerada parece ser menos contestada.

Em outros momentos de suas falas, porém, evidencia-se mais claramente uma certa incompatibilidade entre os cuidados ofertados por algumas instituições ou outros espaços de tratamentos e as necessidades das crianças e adolescentes itinerantes. Logicamente, isto faz com que os itinerários se mostrem ainda mais cansativos e prolongados. Bater com a cara em portas que já se mostram, desde o primeiro contato, fechadas para esses usuários, traz angústia e desolamento. Perguntas como: "O que há

---

<sup>88</sup>Sobre isto, as formulações psicanalíticas citadas anteriormente muito podem ser úteis.

de tão errado ou diferente conosco?” ou “Será que este problema é tão grave assim a ponto de não haver nenhum tratamento que possa nos servir?” surgem nestas ocasiões.

A seguir, alguns exemplos:

*“(...) ela fez um ano e pouco de tratamento de psiquiatria, que era lá na Ana Rosa. Ai eu não acertava... (...) ela ficou muito ruim com os remédios que ela tomava. E cada vez que eles mudavam, ela ficava pior e eu entrei em desespero (...). Eu sempre levei eles no médico, toda a vida, né? Quando ela precisava, para pesar, medir, mas a gente não encontra, é muito difícil encontrar um profissional que ajude a gente, é difícil (...). Do pré, que é dos 5 até os 6, depois foi pra escola com 7 anos, ai eu tirei... porque eu tinha medo dos outros judiar dela, eu mesma por mim, não foi ninguém que mandou. Eu tirei ai depois falaram que ela não podia ficar sem escola, eu paguei uma escolinha particular (...)” (sujeito 6)*

*“Ai aconteceu um probleminha no CEAM, eu acabei tirando ele. Por opção minha, opção de mãe. (...) a T.O. colocou ele de castigo, um castigo que eu não achei adequado para uma criança que estava fazendo tratamento lá. E tirei ele (...). Você tem que correr atrás, né? De tudo, bons profissionais de lugar sério... de tudo... assim... que se enquadre no problema dele pra tá ajudando ele e ajudando a mim também. Porque fácil não é mas... a gente procura (...) depois eu vi que era mais estagiária, era mais umas meninas...as estagiárias ficavam um certo tempo depois saiam, e eu não tava vendo resultado. (...) às vezes elas forçavam, a criança não queria fazer...eles queriam tipo forçar... a criança às vezes chorava, não tava afim, eles não olhavam muito pra isso, eles queria que fazia (...). Da psicóloga me passou para uma fono, só que a psicóloga desse posto viu ele duas vezes e a fono, também, viu ele duas vezes, fez uma avaliação com ele duas vezes, só que ele não se enquadrava nesse... nessa fono desse Posto, porque era para... ela trabalha com crianças que já fala, mas fala errado, que troca as palavras, que não era o caso dele (...). Ai... marquei nessa fono e fui, só que ela também só viu ele duas vezes e ele não se enquadrava, também no trabalho dela, dessa outra fono, desse outro posto.” (sujeito 1)*

*“(...) mas lá falaram assim: “Mãe, se sua filha tivesse 12 ou 10 anos, mas com 15, 16 anos não tem como ficar aqui.” A gente discutiu por causa disso, também, porque ele achou que eu não tinha ido lá, que era conversa minha, que todo mundo ia e conseguia e eu não. (...) É, mas eu não consegui. O CAPS me encaminhou pro Barueri, aqui. Lá no Barueri eles falaram que não tinha vaga, eles lidavam com gente mais adulta de meia-idade. (...) mas lá também não deu, ai eles me mandaram pra cá, na Estação Ciência, disseram que ia ser melhor pra ela, com pessoas no nível dela, da idade dela. Mas, ai lá eu não consegui: “Olha, aqui é para pessoas que sofreram um trauma, acidente que*

*tem que se habituar com...". Ai não deu, voltei pra lá, aí elas continuaram a pesquisar e encontraram o de Santana e o da Freguesia do Ó (...)" (sujeito 5)*

*"(...) falaram que precisava de muito tempo, que não podia fazer um... direito, tinha que consultar vários médicos (...). vai amanhã ao dentista, que ele... não querem fazer curativo com nosso dentista e precisa ir em um especial e o CAPS conseguiu vaga pra nós. É muito difícil também pegar uma vaga com dentista (...). No Posto de Saúde é muito difícil, quando a gente foi lá, a Doutora que mandou no Posto de Saúde, mandou para olhar mas a médica não quis olhar ele por causa que ele é especial. Eles falaram: não, é caso especial você tem que ir no CEU da Lapa. (...) a diretora da escolinha que ele está agora não entendia o que ele tinha, porque ele se jogava no chão, chorava, não queria ficar e ela pensava que era manha dele, que a gente mimava muito porque ele fazia tudo isso. Então quando o laudo que e enviou, que a médica da Lapa, do CAPS, mandou... ela agora entende, porque ele fazia tudo isso (...)" (sujeito 3)*

*"Ele ficou uns 2/3 meses... depois ele não quis vir, porque tem que vir... tem que marcar e ele tem que vim os dias que as psicólogas fala pra ele vim. Ele não quis vim. Aí, ela falou: então nós vamos dá como abandono (...)" (sujeito 4)*

Em alguns trechos, pode-se notar também como algumas mães discordam de procedimentos e atitudes tomados para com seus filhos. Uma dúvida quase que onipresente sobre os cuidados em relação às suas crianças e adolescentes parece não deixá-las sossegadas e tranqüilas. Isto pode ser percebido não apenas pelos conteúdos apresentados em algumas entrevistas, como também pela ansiedade de algumas falas, como evidenciado em certos trechos. E novamente não se pode definir claramente até que ponto os profissionais realmente demonstram incompetência no lidar com os problemas e com a própria criança ou se são as mães que tendem a enfatizar uma dependência exclusiva de seus filhos por elas e uma culpabilização dos profissionais pelos supostos insucessos. De qualquer modo, cabe aqui colocar as possibilidades e as articulações teóricas que busquem uma compreensão.

MANNONI (1999) cita três momentos de surgimento de angústias na busca pelos cuidados de uma criança, dedicando, inclusive, um subtítulo diferente a cada uma

deles. São eles: a) a angústia no tratamento; b) a angústia na interrupção do tratamento; e c) a angústia na cura. Sobre o primeiro, diz que “(...) O que acontece no decorrer do tratamento do débil *sem* angústia? Quem vai suportar essa angústia e qual será o papel dela na relação transferencial analista-sujeito-pais? (...) O que caracteriza esse tipo de pacientes é que eles existem apenas como testemunhas de uma angústia que provocam.” (MANNONI; 1999; p. 62). Mas em relação ao aspecto colocado no parágrafo anterior, parece de mais valia o que MANNONI (1999) diz sobre o segundo momento:

Foi a mesma angústia insustentável que a analista<sup>89</sup> fez surgir, quando declarou a uma mãe (...): ‘Acho que cheguei a um limite.’ Ela revelava a sua própria dúvida, a dúvida da mãe quanto à curabilidade do filho. (...) a intervenção (...) que não tinha uma fé à altura dos pais provocou o abandono no tratamento. O que a mãe vinha pedir era uma certeza, isto é, a afirmação, no discurso do Outro, da mentira dela. (...) Colocar em questão o que devia, do ponto de vista da mãe, ficar fora de alcance, só podia desencadear a fuga de sua parte; ela recuava diante de uma imagem que não podia reconhecer sem se sentir, ela própria, imediatamente em perigo, a um nível narcísico. (...) Serena, esta mãe desejava continuar a sê-lo – com a condição de que o analista assumisse sozinho o peso da dúvida e do medo. O seu papel, nos casos de crianças muito atingidas, é verdadeiramente o de assumir a angústia dos pais. Esta angústia é misturada com *culpabilidade* – por acaso não é preciso um *culpado* para explicar a anomalia do filho? (grifo meu) (MANNONI; 1999; p. 64-5)

Por outro lado, sobre a possível incapacidade dos profissionais no lidar com as questões da saúde mental dessas crianças e adolescentes, *mais uma vez exalta-se a fragmentação em relação aos tratamentos, caracterizada por um cuidado que privilegia atendimentos por especialistas, isolados de um contexto e interlocução mais amplos, que possam dar conta das questões da integralidade em saúde.* Nota-se que nem sempre é necessário que os diferentes profissionais solicitados aos cuidados desses pacientes estabeleçam um diálogo. Muitos desses casos exigem, inclusive, a presença de

---

<sup>89</sup>A palavra analista pode ser substituída por qualquer outro profissional que trate ou cuide da saúde mental da criança ou adolescente.

vários profissionais. O que deve ser destacado, entretanto, é que a fragmentação não deve ser pensada apenas sob este aspecto da interlocução entre os profissionais e no sistema referência/contra-referência, mas essencialmente sob a própria noção que muitos especialistas têm sobre a concepção de sujeito e, conseqüentemente, a partir do tratamento que ele mesmo realiza.

A pretensa incompetência dos profissionais, suposta pelas mães, também pode estar relacionada a outros aspectos, como a própria incapacidade dos primeiros em suportar a culpabilização e angústia “jogadas” pelas mães em suas costas, como citado no trecho acima por MANNONI (1999). Poder lidar com esta sobrecarga não é fácil, o que acaba resultando, muitas vezes, numa interrupção ou abandono do tratamento.

Pensar sobre esse ponto também acaba por evidenciar o aspecto da preparação e, conseqüentemente, da formação dos profissionais para tratar desses pacientes. Muitos casos demonstram uma gravidade extrema e complexa. Trabalhar isoladamente com isto, sem sequer realizar uma supervisão clínica, discussão de caso ou capacitação continuada, aumenta em muito a probabilidade de insucesso. Ainda mais considerando os salários dos profissionais da rede pública e seus despreparos. Nota-se que, sobre isto, em uma instituição como o CAPSi, com diversos profissionais, poder oferecer suporte mútuo uns aos outros e fazer circular a palavra, angústias e saberes sobre os complexos casos, sobressai-se perante outros cuidados.

Outro ponto que apareceu em alguns relatos foi um descontentamento de algumas mães com uma suposta desconfiança de certos profissionais ou atendentes em relação a um, também suposto, descuido ou negligência delas em relação aos seus filhos; como se elas não estivessem muito preocupadas ou estivessem supervalorizando uma problema que não fosse tão sério. Sobre esta incompreensão alheia:

*“Muito difícil, por uma parte, porque a gente é boliviana. Às vezes eles ignoram, faz um lado... pensam que a gente não precisa, faz um caso mesmo. Por que a gente só no olhar... quando eles me ligaram de lá da Santa Casa, pra aqui... quando eu falei eles me ligaram que tinha vaga, eles me olharam de uma maneira muito, como disse... ligaram a você?!!!! Como ignorando (...). a diretora da escolinha que ele está agora não entendia o que ele tinha (...) ela pensava que era manha dele, que a gente mimava muito por que ele fazia tudo isso.” (sujeito 3)*

*“(...) porque, às vezes as pessoas, às vezes assim, a gente chega prá procurar acha que é falta de interesse da gente. ‘Tanta mãe consegue, por que você não consegue?’ (...). A gente discutiu por causa disso, também, porque ele achou que eu não tinha ido lá, que era conversa minha, que todo mundo ia e conseguia e eu não.” (sujeito 5)*

*“(...) quem não tem, tem hora que fala assim: ‘É manha, é frescura... é porque você não corrige.’. Então, as pessoas não entendem, só que pra gente que é mãe, só a gente sabe o sofrimento de procurar uma ajuda e não encontrar, é muito difícil.” (sujeito 6)*

O preconceito na busca por cuidados para seus filhos e no lidar com a saúde mental foi assunto presente, como mais um fator sentido como desamparo e dificultante dos itinerários:

*“(...) não deixa de ser um susto pra gente, que tem um filho especial, fora os **preconceitos**, que a gente tem que levar. Saber viver, aprendendo a cada dia como lidar com os **preconceitos das pessoas, do mundo**. Assim... dificuldades, já passei por muitas, muitos momentos difíceis, até hoje (...). Pra ele não sofrer tanto com os **preconceitos**, que a gente vai ter que enfrentar... do próximo.” (sujeito 1)*

*“(...) mas a médica não quis olhar ele por causa que ele é **especial**.” (sujeito 3)*

Outra característica das falas também salta aos olhos quando analisados os relatos dessas mães. Diz respeito a uma certa falta de lembrança e de rememoração demonstrada por algumas delas no discorrer sobre os acontecimentos. A sequência dos eventos não era clara para muitas delas; a cronologia dos fatos transmutava-se no decorrer das falas; contradições ou dúvidas ocorriam com certa frequência. Sobre isto,



suspeita-se que os tumultuados trechos percorridos na busca pelos cuidados, características quase que inerentes aos itinerários analisados, exercem função predominante sobre as confusões dessas mães. São tantas idas e vindas, tantos profissionais, especialistas, escolas, hospitais, outras instituições, que torna difícil saber o que antecede o quê, quanto tempo durou cada etapa, cada tratamento. Ressalta-se as confusões em períodos e momentos de busca na qual a necessidade pelo cuidado era considerada mais urgente, especialmente nas crises e surtos e procura por internações:

*“Eu descobri, porque desde três anos atrás (...). eu tô percebendo isso. Ai elas falavam: ‘É bom você procurar um médico para seu filho’. (...) eu tava vendo que estava demais...o pai dele resolveu trazer ele aqui nesse hospital aqui. Pronto Socorro de Santo Amaro. (...) ai lá ele encaminhou para cá, pro CAPS. (...) Ai fomos lá no Capão... como é que chama? Campo limpo, passamos lá com o médico (...) Ai levou no Hospital Parelheiros (...). Ai levou lá no Hospital Grajaú. (...) foi tudo junto, não demorou muito. Foi primeiro lá no Campo Limpo... primeiro... a primeira veio procurar socorro pra ele (...). Tudo isso... dois anos. E se for contar direitinho, eu tô esquecendo um monte de coisa, né? Mas se for conta direitinho, não tem dois anos, não (...). A primeira vez mesmo... que ele veio procurar o médico pra ele? Ele veio para esse... (...)” (sujeito 4)*

*“Acho que era uns 14 anos, mais ou menos, eu fui lá, levei um... não foi nem eles, eu que procurei... Minha sobrinha que procurou, acho que pela Internet (...). Se eles tivessem falado pra mim desde que ela nasceu, era mais fácil pra mim aceitar a doença, mas eu não sei que idade que ela tava quando começou ocorrer isso. Até hoje eu não sei se foi quando nasceu, se foi depois de grande, se foi depois de adolescente, eu não sei (...)” (sujeito 6)*

### 3. 4. A CHEGADA AO CAPSi: O FIM DO ITINERÁRIO?

#### a) O empoderamento dos usuários e o lugar: informação x comunicação

Apesar de todos os percalços encontrados nos itinerários, chama a atenção como essas mães não desistem de buscar cuidados que realmente possam tratar de maneira mais efetiva os problemas de seus filhos. Já foi discutido, em categorias anteriores, como nas falas delas um discurso de “estou aqui pro que der e vier” acaba se repetindo. Elas se orgulham em poder dizer que seus filhos dependem delas; que somente com a presença delas o itinerário pode se tornar promissor; que abrem mão de diversas coisas em suas vidas para poderem ajudar a lidar com o sofrimento de seus filhos. Às vezes, este discurso pode soar um pouco exagerado, como tratado anteriormente. Mas não se pode negar que de tanto procurarem; de tanto insistirem; de tanto acreditarem que algo a mais pode ser feito na busca por cuidados para a saúde de seus filhos, mesmo com todas as complicações e dificuldades, acabam por conseguir, muitas vezes, o que queriam de um tratamento. A crença em uma cura ou, ao menos, em uma considerável melhora em alguma função específica; ou mesmo a retirada de um sintoma que elas entendem como algo que traz sofrimento à criança ou adolescente, faz com essas mães procurem insistentemente os mais diversos tratamentos e encontrem algo efetivo:

*“(...) já tô por dentro da situação, já tem tantos anos que eu estou lutando com ele, pra ver se ele sára (...). Eu sei que eu vou nos tratamentos... eu quero ver ele sarado... agora, eu só não sei até quando. Quero que ele sare, Deus ajude que ele sare, né? Eu não sei... (...) eu falei assim pra minha irmã se eu tivesse dinheiro eu ia embora pra os Estados Unidos, pra tratar dele nos Estados Unidos... ficava um tempão lá... ele voltava bonzinho. (...) Não sei... a gente pensa em tanta coisa pra um filho. Podia sarar, ficar bom, não sei, né? (...) Eu não tenho preguiça de andar não, eu vou até o fim. Até aonde*

*Deus me dê vida, eu com ele, vou fazer de tudo por ele (...). É... porque quando a criança começa novinha tem chance de ficar bom, né? Agora, quando a criança começa tarde, aí... eu acho que não tem chance não (...)* (sujeito 2)

*"(...) através do sofrimento dela, você cria força que... você tem que ajudar ela, você tem que arrumar um jeito de ajudar a sua filha, então não tem solução, você tem que levantar e ir. Não tem que achar que vai... tem que levantar e ir, a força vem de dentro, mesmo (...)"* (sujeito 4)

*"(...) eu buscando melhoras, trabalhos para ele, independente de ter dificuldade ou não. Eu sempre... tô correndo atrás, né, pra ver se ele melhora cada vez mais desse problema dele. (...) Sempre correndo atrás de melhoras para ele, de tratamentos, de profissionais... (...) às vezes a dificuldade se torna... prazeroso (...). Eu fazia de um tudo. (...) eu só mais oro por ele, pra ele ser cada dia mais independente, que ele aprenda... que ele desenvolve, esse problema que ele tem... que ele melhora, né? Que ele tenha melhoras a cada dia, a cada tratamento (...)"* (sujeito 1)

*"Eu falei que não ia me desesperar (...). Eu vou ir até o fim (...). Quero só mesmo que ele fale, se ele falasse ficava tudo normal, pra mim (...)"* (sujeito 3)

Após passarem por diversas especialidades e outros tratamentos ou tentativas de cura para seus filhos, em um determinado ponto do percurso estas mães se depararam com algum profissional ou instituição que acaba por lhe indicar um tratamento no CAPSi. Este momento do itinerário mostrou-se de extrema importância. É nele em que de um ponto se faz um nó; é um momento em que a fragmentação do território pode transcender e integrar seus "cacos"; a rede pode se fazer rede local:

No meio local, a rede praticamente se integra e dissolve através do trabalho coletivo, implicando um esforço solidário dos diversos atores. Esse trabalho solidário e conflitivo é, também, co-presença num espaço contínuo, criando o cotidiano da contigüidade. A esse recorte territorial, chamamos de *horizontalidade* (...). Nesses espaços da horizontalidade, alvo de freqüentes transformações, uma ordem espacial é permanentemente recriada, (...) encontram, a cada momento, uma lógica interna própria, um sentido que é seu próprio, localmente constituído. (SANTOS, [1996] 2008, p. 334)

Mesmo quando esses pólos de indicação para os CAPSi não se apresentam em local próximo, no que diz respeito a uma distância física, destes últimos, o que interessa aqui é que podem unir os pontos através de uma contigüidade. É a partir disto que se faz o território local como norma e integrado.

Nota-se, porém, que estes pólos, importantes à rede de serviços em saúde mental, têm sua presença e função destinadas, basicamente, à casualidade. *Não há uma integração da rede planejada pelo poder público; as instituições de saúde – como as UBS/ESF; as AMA; os Pronto-Socorros de hospitais; os ambulatórios de especialidades, dentre outras – não têm organização suficiente que propicie um conhecimento uns dos outros. Os itinerantes passaram por vários cuidados da rede pública sem que ninguém lhes indicasse ou lhes desse a possibilidade do CAPSi. Estas instituições e profissionais podem, inclusive, nem sequer saber da existência deste tipo de serviço. Dependem do conhecimento casual e de interesse próprio de poucos profissionais da rede, que por algum motivo, que independe de uma formação ou capacitação disposta pelo poder público sobre a rede de cuidados, conhecem um serviço específico em saúde mental como o CAPSi. Estas indicações deveriam ocorrer já na atenção básica, para que se evitasse toda essa errância desnecessária. Mas acabam dependendo de pontos aleatórios e específicos no itinerário:*

*“Então... no CAPS... (...). É por que em Pinheiros, nesse mesmo Posto, nessa unidade que só tem especialidades, que ele passa na neuro desde bebê. (...) então... eu fui nesse mesmo posto, eu procurei uma fono, né? (...) Ai... essa fono de lá me deu um encaminhamento pra mim tá passando em uma outra fono, ali na rua Cotoxó. Eu fui na rua Cotoxó com Alfonso Bovero, nas Perdizes (...) dessa outra fono, desse outro posto. Ai foi onde que ela falou vai no CAPS, eu vou te dar o endereço e fala que você que passar no acolhimento, que elas vão te acolher. E foi aonde ela me deu uma guia, me passou o endereço e me falou que era pra mim falar que queria passar no acolhimento. Ai eu vim, marquei uma data para mim tá passando no acolhimento. Foi daí pra cá que (...) fez uma*

*avaliação em 5 semanas com as profissionais daqui. Aí, ele começou a passar aqui e está até agora (...)*” (sujeito 1)

***“Era do Cotoxó (...) eu marquei uma consulta com a fono, ela é daqui (do CAPSi) hoje, até então ela tava lá no Cotoxó. Marquei uma consulta com ela, aí comecei a fazer fono. Essa fono conversou comigo e tal . A ela que esta aqui até hoje (...). ela me indicou aqui o CAPS, depois de um tempão.”*** (sujeito 6)

***“Ficou internado mais ou menos uns três dias, depois foi encaminhado pro Cotoxó (...)***” (sujeito 7)

***“(...) foi depois do Posto de Saúde aqui perto de casa que me indicou pra outro Posto de Saúde na Pompéia, foi de lá que me encaminharam pro CAPS. (...) Foi através da Vila Ipojuca aqui, eu trouxe todos os exames, porque os médicos pediram, passei por neurologista, de novo, pra mostrar os exames e foi do Posto da Vila Ipojuca que mandaram uma carta me encaminhando para o Posto dali da Cotoxó, na Pompéia (...). foi através do Posto de Saúde da Cotoxó que me encaminharam pro CAPS, a partir de lá. (...) fomos encaminhados para a assistente social do Cotoxó e foi a assistente social do Cotoxó que encaminhou a gente pro CAPS aqui da Lapa (...). depois eu passei no neuro da Cotoxo foi que eu fui pro CAPS. Eu passei nuns três neuro diferentes, porque eu não sei (...)***” (sujeito 2)

***“Fui no Posto de Saúde da Vila Ipojuca , onde a gente mora, foi lá que a médica me deu encaminhamento pra mim ir lá na Pompéia, através da Pompéia é que eu parei no CAPS (...) e foi do Posto da Vila Ipojuca que mandaram uma carta me encaminhando para o Posto dali da Cotoxó, na Pompéia”*** (sujeito 8)

Em relação à possibilidade de integração do território local propiciada pelo trabalho do CAPSi, isto pode ser evidenciado pela efetividade encontrada no tratamento oferecido por estes serviços. *A recorrência nas falas de que, após a chegada no CAPSi, uma melhora considerável e perspectiva para o tratamento das crianças pôde ser claramente observada pelas mães evidencia a função de integração que a indicação a esta instituição promove a estas famílias; integração do território; integração da rede; integralidade no tratamento e no cuidado da saúde mental desta população.*

*“Ele não gostava que as crianças encostava... ele não gostava nem de brincar com as crianças. Então... (...) o que ele tem agora... gosta de brincar, ele indica tudo que ele quer. Às vezes ele fala e quando a gente percebe... fala de novo... (...). Mas tá melhorando (...). a doutora que mandou no Posto de Saúde, mandou para olhar (...) mas a médica não quis olhar ele (...). Esse é o problema, a doutora brigou com eles e falou: deixa, eu vou conseguir vaga pra você. A doutora está ajudando muito, muito (...) ela ajuda muito a gente. Agora que ele pegou uma vaga no Heliópolis que a gente amanhã vai (...) ela tá ajudando muito a gente, ela ajuda, pergunta: (...) tá bem, não tá faltando nada. Ela sempre pergunta, a doutora. Mais que doutora ela é amiga mesmo, por que ela ajuda muito (...), é assistente social do CAPS (...)” (sujeito 3)*

*“(...) lá no Juventude, lá foi muito bom pra mim e pra ela, só lá que eles me ajudaram! Lá eles fazem uma reunião, quando eu cheguei lá, nossa! Muito bom, eles me ajudaram muito. Não só a ela como a mim. Tiraram ela da crise, e a crise de mim, foi muito bom lá (...). Fácil pra mim, só foi, depois que eu conheci o CAPS, através do CAPS as portas se abriram para mim. Eu consegui as coisas com facilidade, né? Inclusive o melhoramento dela, mas antes disso nunca tinha vaga (...)” (sujeito 5)*

*“(...) aí, ela ficou um tempo aqui, ela não acostumava e eu resolvi levar no psiquiatra lá de novo, mas foi pior ainda, foi muito difícil, aí eu falei: ‘Não. Eu vou ter que voltar pro CAPS, e ver o que eles podem me ajudar’. Aí, ela começou a vir todo dia aqui, todo dia, todo dia, todo dia à tarde e agora que ela tá... eu acho assim que ela melhorou muito, muito... Até a parte assim, que ela tem um pouco de dificuldade... como é que se fala... para se mover assim... Ela diz que dança aqui, que faz capoeira então isso eu acho que tá melhorando bastante, bastante mesmo (...). essas atividades está fazendo ela melhorar muito. Novo contato que ela tem, com outras pessoas que tem aqui, então, com outros jovens, então um ajuda o outro. Eu acho que é muito importante.” (sujeito 6)*

*“(...) agora ele tá com 11. Nossa, o meu filho... depois que nós chegamos no CAPS, agradeço a Deus porque foi tudo. O CAPS, encontrei psicólogo, psiquiatra, fonoaudióloga (...)” (sujeito 8)*

Mesmo quando o tratamento não funcionou logo de início, com um pouco de insistência e duração as mães já podiam notar os resultados com os tratamentos do CAPSi. Antes da chegada ao CAPSi os itinerários mostravam-se desintegrados e sofrendo os efeitos de uma desterritorialização, devido a motivos já explicitados em outros tópicos. Quando iniciado o tratamento lá, entretanto, este serviço parece

funcionar como importante articulador da rede de cuidados em saúde mental. Diferentemente de outros pontos dos itinerários, ao chegar-se ao CAPSi, os deslocamentos em busca de cuidados parecem ficar mais “tranqüilos”, menos “afobados”. Os profissionais do CAPSi podem acolher de outro modo os usuários.

Sobre o acolhimento diferenciado propiciado pelo CAPSi aos usuários, destaca-se a questão da nomeação do problema e do diagnóstico. A partir disto, os usuários se sentem aliviados e podem dar um rumo para seus itinerários e tratamentos. Mesmo quando o impacto primeiro com uma notícia de se ter um filho autista choca demais essas mães, um caminho mais conhecido e compartilhado pode ser trilhado de outra forma:

*“Só que até aí, ninguém soube me dar a resposta do que ele tinha, além dessa hipotonia, foi só o CAPS que me deram esse diagnóstico de autismo, que ele é portador de autismo. (...) por não ter um entendimento melhor dos problemas,... dos lugares que têm um recurso pra ajudar a gente que é mãe, que tem filhos especiais e foi aí que ele fez uma avaliação aqui no CAPS de 5 semanas e elas deram um diagnóstico... como autismo, porque até aí eu nem... nem o HC soube me dar essa resposta.” (sujeito 1)*

*“(...) eu marquei uma consulta com a fono, ela é daqui hoje, até então ela tava lá no Cotoxó. Marquei uma consulta com ela ,aí comecei a fazer fono (...). Essa fono conversou comigo e tal. A fono que está aqui até hoje (...) conversou comigo que ele é autista. (...) ela veio falar que (...) era autista, mesmo assim eu não acreditei. ‘Meu filho não é autista’, ela falando comigo numa boa e tal, eu não acreditei. Passou um tempo ela me indicou aqui... depois de uns bons meses (...)” (sujeito 7)*

## 4. DISCUSSÃO

### 4. 1. SOBRE OS ENCAMINHAMENTOS E AS ESPECIALIDADES

Antes da realização das entrevistas e da análise dos dados, esperava-se encontrar uma superposição de diversas formas de tratamentos buscados pelas famílias das crianças e adolescentes que apresentam problemas relativos à saúde mental. Supunha-se que, ao se depararem com uma variedade de opções e escolhas em relação a diferentes sistemas terapêuticos, os itinerantes poderiam unir formas mais tradicionais de tratamento a outros tipos de cuidados oferecidos pela própria comunidade e pelas redes sociais e de solidariedade. Sabe-se que as percepções dos sujeitos variam de acordo com as diferentes explicações etiológicas (LEITE & VASCONCELLOS, 2006). Mesmo evidenciando-se uma inegável força do modelo biomédico no contexto atual, pensou-se que as terapias populares ainda fariam parte da busca por cuidados terapêuticos – especialmente numa cidade como São Paulo, onde a miscigenação sócio-cultural e as migrações ocorrem em um grande nível. Como muitas das medicinas populares associam respostas mais integrais às insatisfações com a saúde, incluindo, inclusive, questões espirituais e religiosas às causas e ao próprio tratamento, pensou-se que, ao menos, alguns tratamentos alternativos poderiam compor parte dos itinerários (LAPLANTINE, 1991). Mas não foi o que se observou.

A questão da crença em alguma religião ou espiritualidade esteve presente em quase todas as entrevistas. Mesmo sabendo-se que a procura por cuidados terapêuticos origina-se de situações diversas, desencadeando-se um processo complexo que é influenciado pelas representações que cada família apresenta, a crença no modelo biomédico e especializado mostrou-se predominante nos itinerários terapêuticos em



saúde mental. Ao se defrontarem com o problema de seus filhos, as mães e famílias sentem-se desamparadas frente a questões tão complexas e dificultosas. Não se sentem capazes, na sua maioria, de poder oferecerem explicações para as supostas doenças de seus filhos. Quem deve fazer isto são os profissionais especialistas que cuidam deles. Mesmo aparecendo orações e “pedidos a Deus” para curarem ou ajudarem no tratamento das crianças e adolescentes, isto pouco ou nada influenciou nos itinerários.

O que influenciou, e muito, os itinerários foi a busca pelas diversas especialidades que pudessem dar conta dos problemas da saúde mental das crianças. A grande diversidade de profissionais pelos quais os itinerantes acabaram passando isoladamente, na tentativa de fazerem da soma das partes – as especialidades como: fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, neurologistas, dentre outros – uma atenção integral à complexa saúde destes pacientes, foi fator essencial no vai-e-vem dos usuários na tentativa de dar conta dos problemas.

Entende-se que a crença nas especialidades como possibilidade de cura da suposta doença mental está enraizada em uma ideologia dominante; ou seja, a busca por estes tipos de tratamentos por parte dos itinerantes não está relacionado a apenas escolhas pessoais e singulares. Processos sociais mais complexos e abrangentes influenciam, de algum modo, os processos de escolha dos itinerantes. Ocorre uma transmissão dos valores da ideologia dominante para os sujeitos – que, no caso da saúde, valoriza a fragmentação dos processos de saúde/doença e do corpo doente, resultando, conseqüentemente, na cisão dos tratamentos.

O termo “encaminhamento” parece ser umas das questões centrais na discussão desta pesquisa. Sem poder lidar suficientemente com os problemas com a saúde mental encontrados, restava aos especialistas encaminharem os pacientes a outros especialistas, fazendo dos itinerários uma busca desgastante e cansativa. Dentro disto, a falta e

demora na obtenção de vagas em consultas também tornou esta busca ainda mais duradoura. É possível ainda dizer que as especialidades e suas contingências são vítimas e, simultaneamente, agentes do território reticulado; são ao mesmo tempo conseqüências e causas da fragmentação do território e da divisão social e espacial do trabalho.

Outro ponto importante foi relativo às questões relacionadas às internações. As crises e surtos destas crianças e adolescentes apresentaram-se como momentos difíceis na hora de procurar por ajuda e tratamento. A urgência de tal situação evidenciou como aí os itinerários tornam-se ainda mais caóticos, velozes e fragmentados. Deslocar-se de Pronto-Socorro a Pronto-Socorro de diversos hospitais a cada crise apresentada parece uma sina de muitas famílias e mães. A insuficiência do cuidado oferecido naquele difícil momento, seja pela complexidade do problema ou pela falta de recursos e excesso de demanda ao serviço característico a este tipo de atenção, também acaba por resultar em encaminhamentos. Nos Prontos-Socorros só se atende o paciente em crise. Depois, ele é encaminhado a continuar o tratamento em outros serviços. Nota-se que alguns hospitais preferiram encaminhamentos também para profissionais especialistas. Poucos conheciam ou consideraram o CAPSi como serviço possível ao cuidado destas crianças.

Pode-se concluir que a fragmentação trazida por uma crença excessiva no tratamento pelas especialidades – tanto por parte dos usuários, mas especialmente pelos próprios servidores “encaminhadores” de casos – é fator de desterritorialização. Pode-se considerar a supervalorização do modelo biomédico que acredita que consultas individualizadas e isoladas vão dar conta da saúde mental como uma verticalidade, enquanto uma norma desterritorializadora que fragmenta o território; uma ordem que busca impor, a todos os lugares, uma única racionalidade (SANTOS; [1996] 2008); fazem do espaço e dos itinerários uma não contiguidade, formada por pontos isolados e

separados. Logicamente, a falta de equipamentos e serviços e os problemas na rede também são fatores desta desterritorialização.

## 4. 2. OS ITINERÁRIOS E AS MÃES: AS DIFICULDADES, DÚVIDAS E CONTRADIÇÕES APRESENTADAS NAS FALAS

A relação estabelecida por cada mãe com seu filho e com os tratamentos procurados foi fator relevante apresentado nas entrevistas. Foi possível perceber como, na maioria das vezes, elas são as principais, para não dizer as únicas, responsáveis pelos tratamentos destas crianças e adolescentes. Apresentaram-se como suas eternas companheiras; são as verdadeiras itinerantes, os sujeitos ativos na busca por cuidados. Logicamente, como discutido no capítulo anterior, são influenciadas por diversos aspectos, inclusive pelas indicações dos muitos profissionais por que passam os tratamentos de seus filhos. Mas não somente. A complexidade das mais distintas posições assumidas por elas nos diferentes momentos das falas pôde ser observado.

Em determinados recortes e análises de trechos das entrevistas, notou-se referências das mães quanto à extrema dificuldade e solidão nas quais entendem permanecer nos mais distintos momentos dos itinerários. Angustiam-se com: as crises de seus filhos; com a suposta incapacidade dos diferentes profissionais e instituições no lidar com os problemas; com a ausência de outras pessoas que pudessem participar junto delas nos itinerários terapêuticos; com as ausências de diagnósticos e causas mais claras que explicassem os problemas referentes à saúde mental de seus filhos; com os longos caminhos a percorrer; com a não aceitação de seus filhos por parte de certos profissionais, tratamentos, escolas e outras instituições; com os muitos preconceitos suportados nesta trajetória toda.

Além do mais, as particularidades e problemas do sistema público de saúde do país e a insuficiente formação dos profissionais nesta área também comprovam as dificuldades relatadas por essas mães.

Por outro lado, pareceram também se colocar numa posição de quem deve ou tem de exercer tal papel ou função. Segundo seus relatos, somente elas mesmas poderiam estar presente nestes momentos tão difíceis e especiais. Suas relações com os filhos demonstraram um estreitamento no vínculo e uma dependência mútua. Muitas falas acabaram mostrando não somente uma grande dependência, mas uma dependência exclusiva da mãe pela criança ou adolescente; como se, na ausência da primeira, seus filhos logicamente não poderiam ter sucesso no tratamento. Isto parece ir ao encontro do que MANNONI (1999) coloca sobre a angústia materna no tratamento e na cura. Um filho representaria para estas mães algo que lhes foi perdido na infância tenra. Tão ardentemente desejado, este filho, ao nascer, isto é, quando a demanda se realiza, criaria para a mãe a sua primeira decepção: separa-se dela, decepcionando seu sonho de fusão. A partir deste momento, com o filho separado dela, a mãe tentaria reconstruir seu sonho primeiro (MANNONI, 1999). E aqui se enfatiza a relação específica que cada mãe pode estabelecer com seu filho. De alguma forma, a grande maioria das mães entrevistadas acabou demonstrando esta relação ressaltada por esta autora. Como citado na própria análise dos dados, a conceituação lacaniana de *objeto a* também mostra sua utilidade para tentar articular estas questões (LACAN, 2003).

As dúvidas evidenciadas nos relatos também puderam mostrar algumas contradições nos discursos destas mulheres. Contradições que disseram respeito às próprias dificuldades decorrentes dos obstáculos e barreiras de ordens econômicas, funcionais e geográficas (FALAVINA & CERQUEIRA, 2008; UNGLERT, 1987; 1990), mas também aos obstáculos culturais e emocionais.

Sobre as contradições, ressalta-se a característica do pensamento dialético de Milton Santos como possibilidade para tratar dessas questões. Entende-se que ele tenta buscar na *Geografia da Presença* uma concepção de sujeito – no caso um sujeito da

fenomenologia, o prático-inerte de Sartre – que seja compatível com a sua idéia de *espaço geográfico* como um espaço essencialmente humano (SANTOS, [1996] 2008; IBAÑEZ & TOZI, 2009). O autor parte da concepção de um humano primeiro que é uno e indiviso – o indivíduo. Mas sem conseguir dar conta, utilizando-se apenas desta concepção de sujeito, das contradições inerentes às mais diversas existências do humano no espaço, não consegue abrir mão de suas oposições dialéticas. A dialética e a divisão parecem ser assim, em última instância, constitutivas do humano<sup>90</sup>. A própria noção de território na obra de Milton Santos, que enquanto unidade e contiguidade não consegue se tornar um substantivo permanente, sobrando-lhe apenas a utilidade de poder se estabelecer enquanto um processar-se contínuo – num eterno desterritorializar-se e reterritorializar-se – parece evidenciar esta posição em sua obra<sup>91</sup>. E aqui o próprio itinerário terapêutico, enquanto um objeto indisciplinado que resiste às tentativas disciplinares de enquadramento (LEITE & VASCONCELLOS, 2006), também pode denunciar isto.

Essas mães e os itinerários por elas desenhados na busca por cuidados para seus filhos, contudo, também acabam por evidenciar as contradições humanas e de seus espaços. Para além das oposições colocadas mais evidentemente por Milton Santos, como: Global x Local, Tecnosfera x Psicosfera, Universalidade x Localidade, Totalização x Totalidade, Universal x Particular, Sistema de Objetos x Sistema de Ações, Cidade x Periferia, Circuito Inferior x Circuito Superior, Informação x Comunicação, Verticalidades x Horizontalidades, Mundo x Lugar, Territorialização x Desterritorialização (SANTOS, [1979] 2004; [1993] 2008; [1996] 2008), o que os

---

<sup>90</sup>Vale lembrar que a concepção de sujeito utilizada por esta pesquisa é a psicanalítica. Neste sentido, a psicanálise já traz no bojo de seu arcabouço teórico um sujeito estruturalmente cindido e conflituoso.

<sup>91</sup>Nota-se que para se chegar a uma conclusão mais precisa e rigorosa sobre este aspecto da obra de Milton Santos seria necessário um maior mergulho e aprofundamento no assunto. Entende-se, porém, que as referências citadas e o contato ocorrido com sua obra permitem considerar o que aqui foi posto, mesmo não sendo este o objetivo da pesquisa, mas apenas uma constatação secundária.

relatos destas mães parecem evidenciar é a existência de uma contradição e conflito que são particulares do próprio humano; o sujeito, em toda a sua complexidade, é diverso e cindido; mostra a dupla faceta de seu discurso e ações.

A oposição, deste modo, seria inerente à própria concepção de sujeito; é inerente à própria concepção de unidade (SAFATLE, 2006). Daí a preferência em utilizar-se, nesta pesquisa, uma concepção de sujeito psicanalítica na tentativa de articulá-la com à de Milton Santos.

#### 4. 3. INFORMAÇÃO X COMUNICAÇÃO: OS ITINERANTES, OS SERVIDORES E A REDE

A apropriação e o empoderamento das diversas possibilidades oferecidas pela rede de atenção à saúde mental é uma questão crucial para o problema da acessibilidade a estes serviços e cuidados, tanto no que diz respeito aos usuários – ou itinerantes – quanto aos próprios servidores e profissionais da saúde, em especial os da saúde coletiva. A relação estabelecida é diretamente proporcional: quanto maior a apropriação sobre a rede, maior a acessibilidade. Mas o que é estar apropriado ou empoderado? A dialética *informação x comunicação* trazida por SANTOS ([1996] 2008) parece oferecer elementos importantes para esta discussão.

É possível que possamos transmitir informação sem criarmos ou alimentarmos quaisquer laços sociais. Para que haja experiência comunicacional, devem intervir processos de interlocução e interação que restabeleçam os laços sociais e a sociabilidade entre sujeitos e grupos sociais e partilha de um mesmo quadro de experiências, identificando mesmas ressonâncias (SANTOS, [1996] 2008). Comunicar significa pôr em comum. O mundo ganha sentido através de um objeto comum, alçado através das relações de reciprocidade. A territorialidade pode ser, assim, considerada como compartimentação da interação humana.

*Nota-se, entretanto, que os itinerários mostraram diversos pontos da rede onde seus nós não transmitiram comunicação. Agiram como arcos de transmissão desconexos, fragmentados. Entende-se que o sistema de saúde coletiva e os profissionais de saúde mental têm grande responsabilidade nisto. Existem apenas pontos casuais onde se ativaram realmente os nós, as redes e as tessituras capazes de integrar as ações e o próprio espaço. Foram estes os únicos pontos que permitiram*



*uma reterritorialização*. Estes nós casuais da rede – como um profissional isolado encontrado em determinada Unidade Básica de Saúde que sabia da existência do CAPSi e pôde indicá-lo aos usuários – são insuficientes para que a rede esteja integrada e contígua. É sob este aspecto que se pode dizer sobre as zonas de baixa intensidade ou “vazios” que caracterizam as tessituras. De algum modo, estas zonas remetem a uma certa fragmentação e descontinuidade; remetem a uma ausência ou falha na comunicação.

A partir disso, o problema da fluidez e velocidade dos fluxos da rede também se torna importante. A urgência para com os cuidados com os usuários dos serviços em saúde mental requer uma rede menos fragmentada e mais fluida. Fluidez, entretanto, não quer dizer necessariamente velocidade. Com exceção dos momentos de surtos e crises, em que os pacientes e itinerantes necessitam de um cuidado mais urgente e sem demora, o problema da velocidade não parece ser central no tratamento destes usuários. Logicamente, quanto antes for identificado o problema com a criança ou adolescente e mais rapidamente possa se iniciar o tratamento, melhor. Mas a rapidez e velocidade em questão não é a mesma quando se tratam de outros fluxos, como aqueles regidos pela lógica do mercado. Os serviços em saúde, especialmente em saúde mental, devem priorizar a qualidade e o acolhimento do usuário. Uma rede fluida deve priorizar a contiguidade e a intensidade da rede, e não a sua pura e simples velocidade ou aceleração. Estas últimas características não podem tornar a rede menos eficiente; não se deve encaminhar pacientes às pressas, de especialista a especialista, de serviço em serviço, sem que haja resolutividade. Traçar um projeto terapêutico singular eficaz requer paciência e articulação dos servidores nos distintos nós da rede. É necessário distinguir “entre aqueles que criam fluxos e aqueles que criam massas, isto é, geram volumes, mas não têm a força de transformá-los em fluxo” (SANTOS, [1996] 2008, p.

275). Para tanto, torna-se importante um “sistema de normas, adequadas aos novos sistemas de objetos e aos novos sistemas de ações, e destinados a provê-los de um funcionamento mais preciso. (...) trata-se de normas constituídas em vários subsistemas interdependentes” (Ibdem).

Através da análise dos itinerários, pôde-se concluir com a pesquisa como as redes são, ao mesmo tempo, concentradoras e dispersoras, condutoras de forças centrípetas e de forças centrífugas. Concentradoras nos pontos de chegada. Dispersoras quando evidenciam a incapacidade destes pontos no lidar com o tratamento dos usuários itinerantes, submetendo-os, rapidamente, às novas errâncias<sup>92</sup>.

Os nós das redes podem ser, assim, “lugares de conexões, lugares de poder e referência. É antes de tudo pela conexidade que a rede solidariza os elementos” (DIAS, 1995). Mas as redes também excluem. Certas situações dinâmicas, ao invés de levar a um equilíbrio, provocam uma evolução caótica e imprevisível, como no caso de vários dos itinerários.

Quando os pacientes chegam ao CAPSi, porém, pode-se dizer que a desterritorialização influenciada pela insuficiência de comunicação e pela desordem característica da rede ganha novo horizonte. Seu lado ordenado mostra sua cara, pois, de algum modo, este paciente chegou ao CAPSi. Os caminhos sinuosos e turbulentos têm sua redenção. Nota-se que, apesar dos complicados e desordenados itinerários, em algum momento encontra-se um elemento que possa exercer a função de ordenador. Ordenação que também é função do CAPSi, mas que antes da chegada do usuário ao serviço não pode ser exercida. Necessita, deste modo, de outros elementos que possam antecipá-lo nesta função, mesmo que provisoriamente.

---

<sup>92</sup>A chegada ao CAPSi foi considerada aqui como força concentradora.

Nesse sentido, pode-se dizer que um evento é causa de outro evento. Apenas a totalidade em movimento cria novos eventos. Mas esta totalidade também inclui as ações tornadas possíveis em um lugar particular, a partir de qual acabam por influenciar outros lugares. E “as ações não são indiferentes à realidade do espaço, pois a própria localização dos eventos é condicionada pela estrutura do lugar” (SANTOS, [1996] 2008, p. 160).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que os diferentes territórios habitados também criem novas sinergias, as redes devem ser articuladas através da apropriação da comunicação. Seu caráter dinâmico e histórico não deve deixá-los estagnar sob um ponto de vista somente, fazendo com que os lugares também possam se refortalecer horizontalmente, reconstruindo, a partir das ações localmente constituídas, uma base de vida que amplie a coesão da sociedade civil, a serviço do interesse coletivo. Interesses em comum podem criar uma solidariedade ativa, manifestada em formas de expressão comum, gerando, assim, uma ação política. Forças oriundas do local e das horizontalidades se antepõem às tendências meramente verticalizantes:

(...) Essa ação política pode, em muitos casos, ser orientada, apenas, para um interesse particular e específico, frequentemente o da atividade hegemônica do lugar. Mas este é, apenas, um primeiro momento. As atividades que, complementares ou não, têm uma lógica diversa da atividade dominante, provocam, a partir do seu conflito de preocupações, um debate que acaba por interessar ao conjunto da sociedade local. E o resultado é a busca de um sistema de reivindicações mais abrangente, adaptado às contingências da existência comum, no espaço da horizontalidade. (SANTOS, [1996] 2008, p. 288)

A fragmentação dos espaços propiciada pelas forças centrífugas das verticalidades pode ganhar unicidade e continuidade a partir do lugar. O mundo é totalidade; um país ou Estado – enquanto uma formação socioespacial que representa um território – também é uma totalidade que resulta de um contrato e é limitada por fronteiras; mas o lugar também o é, onde fragmentos de rede ganham uma dimensão única e socialmente concreta, graças à ocorrência, na contiguidade, de fenômenos sociais agregados, baseados num acontecer solidário – que é fruto de um acontecer

repetitivo e que não exclui a surpresa (SANTOS, [1996] 2008). As redes são, deste modo, o veículo de um movimento dialético, que de uma parte opõe território e lugar; de outra, confronta o lugar ao território tomado como um todo. Como colocado anteriormente, a existência das redes é, assim, inseparável da questão do poder.

Conhecer a rede e articulá-la é poder transformar a divisão e fragmentação dos espaços, organizando-os. Organizá-los é promover integração, papel que se torna funcional e territorial. A integração pode, assim, ser conceituada como um processo de unificação do espaço; daí a noção de territorialização como um processo e não um conceito que remeteria a um substantivo mais estático.

A apropriação dos usuários em relação ao conhecimento e à rede de cuidados em saúde mental é, portanto, fator de territorialização do espaço. A partir dela, podem agir politicamente frente à fragmentação e descontinuidade dos espaços na cidade, promovendo integração e contiguidade espacial. E a isto está relacionada toda a questão da acessibilidade. Tornar uno e contíguo o espaço, ou seja, reterritorializá-lo, quer dizer o mesmo que torná-lo acessível. E a ordem local é responsável por este processo. A ordem do espaço banal, do espaço irredutível, enquanto aquele que reúne em uma mesma lógica interna os seus diversos elementos: homens, instituições, formas sociais, jurídicas e geográficas (SANTOS, [1996] 2008) é aí determinante. Ordem que significa interdependência entre seus elementos, condicionados mutuamente, e cujas interações tornam possível o surgimento de novas modalidades de relações com aquilo que, sem isolar, inscreve seus próprios ritmos e mudanças no curso do mundo, remetendo à emergência de um tipo de estruturação da realidade sob formas geradoras de características irredutíveis (TINLAND, 1994).

O território como um todo se torna um dado da harmonia forçada entre lugares e agentes nele instalados. Uma inteligência maior, porém, deve ordenar suas funções.

Esta inteligência maior situa-se nos centros motores de informação e é responsável por tratá-las, classificá-las, valorizá-las e hierarquizá-las. Nota-se que o Estado e seus agentes têm esta função. Mas aqui cabe as perguntas: como pode o Estado transmutar esta informação em comunicação? Como pode ele empoderar os possíveis e supostos itinerantes em relação à rede de serviços e tratamentos em saúde mental? Qual deve ser o trabalho do Estado? Como pode ele atuar no sentido das horizontalidades?

O trabalho local depende das estruturas localmente existentes e do processo nacional de divisão. Mas estas também sofrem influência de um trabalho nacional, de grandes escolhas produtivas e socioculturais, o que implica uma repartição subordinada de recursos, competências e oportunidades e a submissão às normas geradoras de relações. Mesmo podendo os lugares se refortalecerem horizontalmente, reconstruindo, a partir das ações localmente constituídas, uma base de vida que amplie a coesão da sociedade civil, o território local como norma não deixa de se evidenciar. O Estado aparece sobre tudo como norma, ensejando a espacialização, em diversos pontos, dos seus vetores técnicos, econômicos, informacionais, políticos, sociais e culturais. Através das construções propostas por SANTOS ([1996] 2008), pode-se considerar estas “ações ‘desterritorializadas’, no sentido de teleagidas, separando, geograficamente, a causa eficiente e o efeito final” (SANTOS, [1996] 2008, p. 337). O sistema público deve propiciar que o conjunto de possibilidades efetive-se enquanto oportunidades oferecidas pelos lugares. Neste sentido, o exercício desta ou daquela ação passa a depender da existência, neste ou naquele lugar, das condições locais que garantam eficácia aos respectivos processos. Como ressaltado por SANTOS ([1996] 2008):

Mais do que a formação socioeconômica é a formação socioespacial que exerce esse papel de mediações: este ao território

em si, mas ao território e seu uso, num momento dado, o que supõe de um lado uma existência material de formas geográficas, naturais ou transformadas pelo homem, formas atualmente usadas e, de outro lado, a existência de normas de uso, jurídicas ou meramente costumeiras, formais ou simplesmente informais. (...) E ainda que não se formulem outras normas escritas ou consuetudinárias de seu uso, o território nacional, ou local, é, em si mesmo, uma norma, função de sua estrutura e funcionamento. (Ibidem)

A norma desterritorializada, em um primeiro momento, advinda da regulação estatal ou pública, deve, deste modo, efetivar-se – e porque não se territorializar – no território local normativo. Entende-se que o “*universal* é (...) uma situação não-espacial, mas que cria e recria espaços locais; o *particular* é dado pelo país, isto é, o território *normado*; e o *individual* é o lugar, o território *como* norma. (...) Em todos os casos há combinações diferentes de normas e formas.” (SANTOS, [1996] 2008, p. 338).

Os itinerários terapêuticos daqueles que buscam serviços e tratamentos em saúde mental infanto-juvenil constituem-se, fundamentalmente, pela ordem<sup>93</sup> local. Esta ordem, entretanto, é também regulada por instâncias maiores, como: Ministério da Saúde, Secretária Municipal de Saúde, Coordenadorias e Supervisões. Estes níveis superiores devem propiciar aos itinerantes uma rede e um fluxo eficazes, fundados no cotidiano. Este, por sua vez, tem como parâmetros a “co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação, e a socialização com base na contiguidade” (Idem, p. 339). É sob estes parâmetros que a ordem local pode re-unir o centro da ação e a sede da ação. Esta “ordem local, que ‘reterritorializa’, é a do espaço banal, espaço irreduzível (...) porque reúne numa mesma lógica interna todos os seus elementos: homens, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas. O cotidiano imediato, localmente vivido, traço de união de todos esses dados, é a garantia de comunicação” (Ibidem).

<sup>93</sup>“Ordem significa, aqui, interdependência entre elementos que se condicionam mutuamente e cujas interações fazem aparecer modalidades novas de relações com aquilo que, sem o isolar, inscreve seus próprios ritmos de mudança (...)” (TINLAND, 1994, p. 27).

Integrar as diversas instâncias na conjunção de uma rede<sup>94</sup> local que supra as carências em serviços de saúde mental não é tarefa fácil. Para tanto, a comunicação e articulação entre os diferentes níveis de atenção devem estar sincronizadas. Vale aqui ressaltar a importância de alguns elementos que constituem alguns dos mais importantes nós do fluxo: Equipes Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), da atenção primária; Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Ambulatório de Especialidades, da atenção secundária; Hospitais Psiquiátricos e Pronto-Socorros e Internações de Hospitais Gerais, da atenção terciária; Residências Terapêuticas; Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO); e demais equipamentos sociais do território. É deste modo que, “no meio local, a rede praticamente integra e dissolve através do trabalho coletivo, implicando um esforço solidário dos diversos atores. Esse trabalho solidário e conflitivo é, também, co-presença num espaço contínuo, criando o cotidiano da contigüidade. A esse recorte territorial, chamamos de *horizontalidade*, para distingui-lo daquele outro recorte, formado por pontos, a que chamamos de *verticalidade*” (SANTOS, [1996] 2008, p. 334). Nesse espaço da horizontalidade, alvo de frequentes transformações, uma ordem espacial é permanentemente recriada, onde os objetos se adaptam aos reclamos externos e, ao mesmo tempo, encontram, a cada momento, uma lógica interna própria, um sentido que é seu próprio, localmente constituído.

---

<sup>94</sup>“A rede não substitui nem os territórios, nem os lugares: ela se insere, acentua as polarizações, as interconexões, acrescentando o deslocamento em tempo real dos fluxos de informação aos deslocamentos físicos dos homens e das mercadorias. Conviria falar, no sentido próprio, de ‘território de duas velocidades’” (MUSSO, 1994, p. 256).



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M. “Significação e metáforas na experiência da enfermidade”. RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Orgs.). In: *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 171-86.

AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ÀRIES, P. *História Social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

ASSUMPÇÃO JR, F. B. “Pequena história da psiquiatria infantil: aspectos críticos”. In: *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Santos/Maltese, 1994.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BECKETT, S. *Molloy*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

BENKO, G. B. “Local versus global in social analyses: some reflexions”. In: *Globality versus Locality*. Warsaw, Institute of Space Economy/ University of Warsaw, 1990.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sócios e o Corpo*. São Paulo: Graal, 1989.

BRASIL. *Carta Constitucional*. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção – Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRUNHES, J. *Geografia Humana*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1962.

CAYRES, A. Z. F. *O Projeto Terapêutico na Assistência em Saúde Mental: um Estudo acerca das Impressões dos Integrantes das Equipes de Saúde nos CAPSi do Município de São Paulo*. São Paulo: Projeto para Dissertação de Mestrado da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. *Projetos Terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPS-i) do Município de São Paulo na Perspectiva dos Trabalhadores de Saúde Mental*. São Paulo: Dissertação de Mestrado da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2008.

CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática, 1995.

CORRÊA, R. L. *Estudos sobre a Rede Urbana*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

DALMOLIN, B. M. *Esperança Equilibrista: Cartografias de Sujeitos que Vivenciam o Sofrimento Psíquico em uma Comunidade Urbana*. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, p. 144-170, 1998.

DIAS, L. “Redes: emergência e organização”. CASTRO, I. E. (Org.). In: *Geografia: Conceitos e Temas*. Rio de Janeiro: Bertrand, p. 141-62, 1995.

DONABEDIAN, A. *Aspects of Medical Care Administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.

\_\_\_\_\_. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.

DUPUY, G. “Villes, systèmes et réseaux – le rôle historique des techniques urbaines”. In: *Les Annales de la Recherche Urbaine*. n. 23-4, p. 231-41, 1984.

ELIA, L. (Org.); ALBERTI, S. *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FLORENZANO, T. G. *Geometrias Não São Geografias: o Legado de Milton Santos*. InfoGeo. ano 3, n. 20. 2001. Endereço eletrônico: [www.docentes.puccampinas.edu.br/ceatec/lucasm/textos/programa\\_aluno\\_g\\_eoprocessamentoI\\_22007.doc](http://www.docentes.puccampinas.edu.br/ceatec/lucasm/textos/programa_aluno_g_eoprocessamentoI_22007.doc).

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2004.

\_\_\_\_\_. *O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FREUD, S. “Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade”. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, [1905] 1969.

FREUD, S. “Recomendações aos médicos que praticam a psicanálise”. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, [1913] 1969.

GERHARDT, T. E. “Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade”. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: p. 2449-2463, nov., 2006.

GOTTMAN, J. *La Politique des États et leur Géographie*. Paris: Librairie Armand Colin, 1952.

\_\_\_\_\_. *The Significance of Territory*. Charlottesville: The University of Virginia Press, 1973.

HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- HOUAISS, A. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- IANNI, O. *A Sociedade Global*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira S. A., 1993.
- IBAÑEZ, P.; TOZI, F. “Do território ao lugar, do lugar ao território: caminhos da ação para um futuro mais solidário”. No prelo.
- LACAN, J.. O Seminário – Livro 17: *O Averso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2003.
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. “Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. São Paulo: v. 13, n. 1. p. 113-128, jan./mar., 2006.
- LU, M. *Os Grandes Projetos da Amazônia: Integração Nacional e (Sub)Desenvolvimento Regional?* São Paulo: FIPE/FEA-USP, mai., 1984.
- MACHADO, R. *Uma Arqueologia da Percepção*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- MANNONI, M. *A Criança Retardada e a Mãe*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- MENENDÉZ, E. L. “Grupo doméstico e proceso salud/enfermedad/atención. Del ‘teocentrismo’ al movimiento continuo” In: *Cuadernos Medicos Sociales*. v. 59, p. 3-18, 1992.
- MINAYO, M. C. S. (Orgs.) *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MOREIRA, R. *Pensar e Ser em Geografia*. Rio de Janeiro: Contexto, 2007.
- MUSSO, P. *Communique Demain: Nouvelles Technologies de L’Information et de la Communication*. Paris: L’Aube/Datar, 1994.
- NETO, H. P. “Itinerários da mobilidade garimpeira”. SERVIÇO PASTORAL DOS MIGRANTES (Org.). In: *O Fenômeno Migratório no Limiar do Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998, p. 203-24.
- OLIVEIRA, E. X. G. de; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. “Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar”. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 2004, p. 386-402.
- PAIS, J. M. *Vida Cotidiana: Enigmas e Revelações*. São Paulo: Cortez, 2003.

PEGORARO, R. F. & CALDANA, R. H. L. "Sobrecarga de Familiares de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial". In: *Psicologia em Estudo*, Maringá: v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez., 2006.

PELBART, P. P. *A Vertigem por um Fio: Políticas da Subjetividade Contemporânea*. São Paulo: Iluminuras, 2000.

PESCOSOLIDO, B. A. "Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help". In: *American Journal of Sociology*. v. 97, n. 4, 1992, p. 1096-1138.

PORTOCARRERO, V. M. *O Dispositivo da Saúde Mental: uma Metamorfose na Psiquiatria Brasileira*. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 1990.

RAFFESTIN, .C. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, [1980] 1993.

ROCHA, R. M. "Trajetórias terapêuticas de usuários de serviços psiquiátricos e adeptos de umbanda: um estudo sobre pluralismo terapêutico". In: *Revista de Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro: v. 8, n. 2, 2000, p. 73-77.

ROMAGNOLI, R. C. "Famílias na Rede de Saúde Mental: um Breve Estudo Esquizoanalítico". In: *Psicologia em Estudo*. Maringá: v. 11, n. 2, p. 305-314, mai./ago., 2006.

SAFATLE, V. *A Paixão do Negativo*. São Paulo: 2006

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M. "O retorno do território". In: *Territórios e Movimentos Sociais*. n. 16, p. 255-260, abr., 2005.

\_\_\_\_\_. *O Espaço Dividido*. São Paulo: Edusp, [1979] 2004.

\_\_\_\_\_. *A Urbanização Brasileira*. São Paulo: Edusp, [1993] 2008.

\_\_\_\_\_. *A Natureza do Espaço*. São Paulo: Edusp, [1996] 2008.

SMITH, C. T. "Historical geography: current trends and prospects". In: CHORLEY; HAGETT (Orgs.). *Frontiers in Geographical Teaching*. Londres: Methuen, 1965.

SOROKIN, P. *Comment la Civilisation se Transforme*. Paris: Marcel Rivière, 1964.

TELLES, H. P. R. S. *Infância e Saúde Mental: Teoria, Clínica e Recomendações para Políticas Públicas*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2006.

TENÓRIO, F. *Breve História da Reforma Brasileira*. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2001.

TENÓRIO, F. "A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: História e Conceitos". *História, Ciência e Saúde*. Rio de Janeiro: v. 9, p. 25-59, jan./abr., 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS M. "Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde". In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: n. 20, 2004, p. 190-198.

UNGLERT, C. V. de S. "Acesso aos Serviços de Saúde: uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública". In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: v. 21, p. 439-446. 1987.

\_\_\_\_\_. "O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde". In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: v. 24, p. 445-452, 1990.

VALLAUX, C. *El Suelo y El Estado*. Madrid: Daniel Jorro Editor, 1914.

VINCENTIN, M. C. G. "Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada". In: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. São Paulo: v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr., 2006.

ZUQUIM, J. "Pequenos Psicopatas: Infância, Criminalidade e Loucura na Primeira República". Em: ANTUNES, E. H.; BARBOSA, L. H. S & PEREIRA, L. M. F. (Orgs.). *Psiquiatria, Loucura e Arte: Fragmentos da História Brasileira*. São Paulo: Edusp, 2002.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Primeiramente, foram anotados os dados de caracterização do cuidador informal entrevistado (sexo, idade, estado civil, religião, ocupação, vínculo com o usuário). Depois, para que fosse possível compreender os itinerários terapêuticos em saúde mental – ou os caminhos percorridos na busca por cuidados em questão – e os pontos circundantes que os caracterizaram, pediu-se a cada entrevistado: “Conte a história da criança – sob a qual é responsável e está sendo atendida no CAPSi – desde a descoberta do problema referente à saúde mental dela, até sua chegada ao CAPSi”. Para tanto, alguns pontos de investigação nortearam a entrevista, sendo perguntados aos entrevistados, caso estes não os desenvolvessem em seus relatos livres. Foram eles:

- O que o trouxe até aqui?
- Qual o intervalo de tempo entre a descoberta do problema referente à saúde mental e a chegada ao CAPSi? Por que demorou este tempo?
- Quais outros tratamentos e serviços foram procurados? Quanto tempo durou cada um deles? Tiveram continuidade? Se não, por quê?
- Qual o tempo entre a descoberta do problema referente à saúde mental e a procura por qualquer tratamento?
- Como percebeu tal problema pela primeira vez?
- Quem o identificou?
- Qual é o histórico dos sintomas?

- Quais as dificuldades e facilidades na busca pelos cuidados e serviços? Como foram superados, se é que foram?
- Quais as crenças e desejos relacionados às escolhas em relação aos diferentes tratamentos?
- De que modo o problema citado e a busca pelos cuidados afetaram as vidas da criança e de quem está à sua volta?
- Quais os cuidados necessários em face da crise do usuário?
- Qual a compreensão que o entrevistado e as outras pessoas que estão envolvidas com a criança têm do problema?



## Rodrigo Pinto Pacheco

possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004), ensino-fundamental-primeiro-grau pela Escola Experimental Vera Cruz (1993) e ensino-medio-segundo-grau pela Escola de 1 e 2 Graus Logos (1996). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social. (Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

**Links para  
Outras Bases:**  
[Diretório de grupos de](#)

[pesquisa](#)

Última atualização do currículo em 24/10/2006

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/1662810695928173>



### Dados pessoais

**Nome** Rodrigo Pinto Pacheco

**Nome em citações  
bibliográficas** PACHECO, R. P.

**Sexo** Masculino

### Formação acadêmica/Titulação

- 1998** Graduação em andamento em Economia .  
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP, FEA-USP, Brasil.  
*Título: incompleta.*
- 2000 - 2004** Graduação em Psicologia .  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
- 1994 - 1996** Ensino Médio (2º grau) .  
Escola de 1 e 2 Graus Logos, LOGOS, Brasil.
- 1986 - 1993** Ensino Fundamental (1º grau) .  
Escola Experimental Vera Cruz, VERA CRUZ, Brasil.

### Formação complementar

- 2006** Seminário de Formações Clínicas do Campo Lacaniano. (Carga horária: 80h).  
Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano de São Paulo, EPFCL-SP, Brasil.
- 2005 - 2005** Políticas Públicas na Grande São Paulo. (Carga horária: 60h).  
Cáritas Arquidiocesana de São Paulo e Instituto de Estudos Especiais da PUC, PUC-SP, Brasil.
- 2005 - 2005** Introdução ao Acompanhamento Terapêutico. (Carga horária: 40h).  
Instituto A Casa, A CASA, Brasil.
- 2003 - 2003** Extensão universitária em Introdução Ao Pensamento de D W Winnicott. (Carga horária: 38h).  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
- 2002 - 2002** Extensão universitária em Fundamentos Para a Compreensão da Psicoterapia Das. (Carga horária: 40h).  
Associação Brasileira de Daseinsanalyse, ABD, Brasil.
- 2000 - 2000** Extensão universitária em O Inconsciente e o Social. (Carga horária: 12h).  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

### Atuação profissional

## Alberto Olavo Advincula Reis

Possui graduação em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971), mestrado em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Atualmente é professor doutor da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Criança do Adolescente e do Jovem, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, adolescência, psicanálise, sexualidade e saúde pública. Coordenador do Laboratório de Saúde Mental Coletiva - Grupo de pesquisa CNPq. LASAMEC (Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 30/09/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>



Certificado  
pelo autor em  
30/09/09

### Links para Outras

#### Bases:

[Diretório de grupos de](#)

[pesquisa](#)  
[SciELO - artigos](#)  
[em texto](#)

[completo](#)

### Dados pessoais

**Nome** Alberto Olavo Advincula Reis

**Nome em citações bibliográficas** REIS, Alberto Olavo Advincula

**Sexo** Masculino

**Endereço profissional** Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.  
Av. Dr Arnaldo 715 2º andar  
Cerqueira Cesar  
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil  
Telefone: (11) 30667126 Fax: (11) 30850240  
URL da Homepage: [www.fsp.usp.br](http://www.fsp.usp.br)

### Formação acadêmica/Titulação

- 1989 - 1993** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .  
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.  
*Título:* O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescente Grávida: Avatares, *Ano de Obtenção:* 1993.  
*Orientador:* Augusta Thereza de Alvarenga.  
*Palavras-chave:* Gravidez na adolescência; Análise institucional; Desenvolvimento e crescimento.  
*Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.  
*Setores de atividade:* Cuidado à saúde das populações humanas.
- 1974 - 1977** Mestrado em Psicologia .  
Universite de Paris VII - Université Denis Diderot, U.P. VII, França.  
*Título:* Analyse d'une institution: L'établissement de Bienfaisance Nationale de Saint-Maurice-Charenton; le service de psychiatrie infantile., *Ano de Obtenção:* 1977.