



Universidade Federal de Sergipe
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social
Mestrado em Psicologia Social



REGIANE LACERDA SANTOS

**MODOS DE SUBJETIVAÇÃO E SAÚDE MENTAL: A CONSTRUÇÃO DO
CORPO NOS DISPOSITIVOS CAPS II E CAPS AD EM VITÓRIA DA
CONQUISTA**

São Cristóvão - Sergipe
Setembro de 2015

REGIANE LACERDA SANTOS

**MODOS DE SUBJETIVAÇÃO E SAÚDE MENTAL: A CONSTRUÇÃO DO
CORPO NOS DISPOSITIVOS CAPS II E CAPS AD EM VITÓRIA DA
CONQUISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Processos de Subjetivação e Política
Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira

São Cristóvão – Sergipe
Setembro de 2015

COMISSÃO JULGADORA

Dissertação da discente Regiane Lacerda Santos, intitulada: **Modos de subjetivação e saúde mental: a construção do corpo nos dispositivos CAPS II e CAPS AD em Vitória da Conquista**, julgada em 24/06/2015, pela Banca Examinadora constituída pelos Professores Doutores:

Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira
(Presidente – UFS/UFRN)

Prof^a. Dr^a. Heliana de Barros Conde Rodrigues
(Membro Externo/UERJ)

Prof^a. Dr^a. Liliana da Escóssia Melo
(Membro Interno/NPPS-UFS)

Prof. Dr. Marcelo de Almeida Ferreri
(Membro Interno/NPPS-UFS)



Esta pesquisa foi realizada com o apoio financeiro do *Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico*.

*Ao movimento, que de uma só vez revira o estomago, a cabeça e o coração, por fazer
do aqui sempre lugar de passagem e do próximo passo sempre um novo passo*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana e Bernardo, pelo apoio e por acreditar.

A Murilo, por desempenhar de forma excelente o papel de irmão mais velho, me ensinando possibilidades de subversão.

A Cheslley por todo carinho, compreensão e alegria.

A Marilda e Monaliza por ser a família sergipana mais linda que alguém poderia ter.

A Lucas, Denise e Keren pelos sorrisos e por Karina Burh.

A Eder, Cecilia e Erika pela intensidade e alegria dos encontros.

A Danilde e Fernanda pela partilha das experiências.

Ao LAPSO, em nome de Kueyla, por todo aprendizado.

A Marcelo pela generosidade tão bela.

A Teresa pela orientação e paciência.

Ao GEPEC, PROSAICO e ONIBUS pelas vivências compartilhadas.

A equipe e aos usuários dos CAPS II e AD pela disponibilidade e atenção.

RESUMO

Este trabalho tem como proposta analisar a produção dos discursos que atravessam e constituem o corpo dentro das políticas públicas de saúde mental no município de Vitória da Conquista, tendo o Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD utilizados como recorte. A problemática, gira em torno, do seguinte questionamento: como ocorre a produção dos modos de subjetivação e corpo na política pública de saúde mental, localizada enquanto dispositivo biopolítico? Para tal realizaremos uma discussão teórica a partir de algumas obras de Michel Foucault. Partindo da perspectiva de que os corpos são constituídos por emaranhados de questões discursivas atreladas a conjunturas biopsicossocial, econômicas e políticas, na qual o discurso produz práticas subjetivas e objetivas (modos de subjetivação) que produzem sujeitos e, portanto corpos. O objeto-sujeito adotado na pesquisa são os *regimes de verdade* e no que concerne a estratégia metodológica elegemos a história oral, onde os procedimentos utilizados foram as narrativas cotidianas, seja em reunião de equipe, em oficinas terapêuticas, em assembleias, etc., como também lançamos mão de entrevistas semi-estruturadas. As categorias de análise, referente ao corpo, adotadas são: o corpo-política, o corpo-especialista e o corpo-usuário, para tanto, como discursos que atravessam e constituem o corpo dos sujeitos inseridos nessa política atualmente temos a localização destes serviços enquanto instituições de saúde, e isto implica em uma estruturação por meio de diretrizes e normas da política nacional de saúde, bem como a perspectiva que a reforma psiquiátrica ainda está em construção, dessa maneira as formas de cuidado em saúde mental podem ser repensadas, refeitas todos os dias, o que evidência que os serviços substitutivos fazem parte de um processo em construção, e por fim, a tentativa de se evitar a repetição de uma lógica manicomial.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Mental; CAPS; Corpo; Modos de subjetivação.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the production of discourses that cross and constitute the body within the public mental health policies in Vitória da Conquista city, and the Psychosocial Care Center II - CAPS II and the Psychosocial Care Center Alcohol and other Drugs - CAPS AD used as clipping. The issue revolves around, the following question: how does the production of forms of subjectivity and body in public mental health policy, while bio-political device located? To do this we will have a theoretical discussion from some works of Michel Foucault. From the perspective that the bodies are made up of tangled essay questions linked to situations biopsychosocial, economic and political, in which the discourse produces subjective and objective practices (subjectivity modes) that produce subject and thus bodies. The object-subject adopted in research are the regimes of truth and in what concerns the methodological strategy electoral history, where the procedures used were the daily narratives, whether in team meeting in therapeutic workshops, in assemblies, etc., as also we lay hold of semi-structured interviews. The categories of analysis, covering the body, adopted are: the body-politics, the body-expert and body-user, therefore, as speeches crossing and constitute the body of the subjects inserted in this policy now have the location of these services while health institutions, and this implies a structure through guidelines and national health policy standards and the prospect that the psychiatric reform is still under construction, thus forms of mental health care can be rethought, redone all day, what evidence the substitute services are part of an ongoing process, and finally, the attempt to prevent a recurrence of mental institutions.

LISTA DE SIGLAS

ANSIVA – Agência Nacional de Saúde e Vigilância Sanitária
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS IA – Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial para Adulto
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool de outras Drogas
CT – Comunidade Terapêutica
FJT – Faculdade Juvêncio Terra
GEPEC – Grupo de Estudo e Pesquisa em Exclusão, Cidadania e Direitos Humanos
HPAP – Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto
PMVC – Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede da Atenção Psicossocial
SM – Saúde Mental
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPA – Substância Psicoativa
TO – Teatro do Oprimido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFS – Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

Introdução – Das experiências que produzem movimento	11
Capítulo I – Dos modos de subjetivação	28
1. O renascimento e o poder soberano.....	30
2. A idade clássica, o poder disciplinar e o controle	34
3. A modernidade e o sujeito do conhecimento.....	37
Capítulo II – Da Municipalização da Saúde	42
Capítulo III – Da construção dos corpos	53
1. O Corpo-política	55
2. O corpo-especialista e O corpo-usuário.....	63
2.1 O corpo e as práticas educativas.....	65
2.2 O corpo e a desobediência	66
2.3 O corpo e periculosidade	67
2.4 O corpo e o esquecimento	68
Considerações finais	69
Referências	72
Anexos	76

Parte I - Das vivências que promovem movimento



Nós não vivemos em um espaço neutro, plano. Nós não vivemos, morremos ou amamos no retângulo de uma folha de papel.

Michel Foucault, 1966.

Vamos conversar no nível da merda¹

Se fosse possível atribuir um ponto de partida para a minha constituição enquanto alguém que questiona, seguramente as coisas começaram lá. “Lá” é o lugar de ajuda, de cuidado, de disciplina, de respeito, especialmente um lugar de produção de limpeza construído para orientar e disciplinar pessoas, enfim, lugar de cuidado e promotor de oportunidades para todos aqueles no qual as instituições família e sociedade não conseguem entender, cuidar e principalmente conter. “Lá” é um lugar privilegiado, onde há tratamento, alimentação e hospedagem por um ínfimo de dinheiro. Porém, a partir do momento em que percebemos as miudezas, sutilezas e disfarces é possível ver que “lá” também é onde os corpos engolem a podridão da comida, dos discursos e dos fazeres. Onde os muros cerceiam não apenas a entrada e a saída, mas a possibilidade de novas formas de existência. Onde o cheiro de putrefação e o som ensurdecedor do silêncio machucam os corpos. Corpos estes que são amarrados em palavras, em olhares e em camas, dessa forma, eles são impedidos de falar, de olhar e de urinar em algo que não seja as próprias roupas. Lugar de salvação para todos, onde aqueles que estão lá dentro agradecem pelo trabalho forçado, pela comida podre, pela punição dos pecados, enfim, agradecem pela violência transvestida de cuidado, agradecem principalmente por acreditarem que merecem aquilo. Já os corpos que estão aqui fora agradecem por haver corpos lá dentro. Eu que não fui amarrada à uma cama, eu que não precisei comer alimento podre, eu que não disse: “a gente passa por tudo isso aqui dentro para poder dar valor ao que tinha lá fora”, eu que não esperei por anos uma visita e não obtive resposta, eu que não passei mal e ouvi dizer que isso era a purificação do meu corpo, eu que não precisei trabalhar em nome de uma ressocialização, carregando as marcas de todas essas vivências no corpo.²

¹ Fala de um usuário do Centro de Atenção Psicossocial em um dos atendimentos. Segundo ele era preciso abandonar o discurso do politicamente correto ou do aceitável e conversar no nível da merda, segundo Antonin Artaud, conversar no nível do Ser.

² Registro, realizado por mim, sobre a experiência na disciplina *Estágio Supervisionado Básico I* da grade curricular do Curso de Psicologia, da Faculdade Juvêncio Terra na cidade de Vitória da Conquista – Bahia, realizada em uma Comunidade Terapêutica, em 2010 (Diário de campo, 19/05/14).

Onde estou sentada é possível ver o céu completamente azul, o sol radiante sorri com vinte e oito graus Celsius em direção a mim, mas afastando os meus olhos da paisagem evidenciada pela janela, que me convida sem pudor a sair, me volto para a página em branco a minha frente, esta por sua vez, me convoca a ficar e revira sem nenhum cuidado o meu, já minguido, sossego. Neste instante, me proponho a folhear coisas, tenho feito muito isto ultimamente, em um caderno antigo, que foi comprado para anotações em geral, mas que foi reaproveitado para anotações da vivência de *estágio em docência*³ e por fim reutilizado novamente para anotações da pesquisa, encontro algo, uma pergunta que preciso compartilhar e mais, faço dela o disparador para construirmos uma escrita sobre a política pública de Saúde Mental e a produção dos modos de existir sob o viés do pensamento produzido por Michael Foucault. Então, “como a linguagem produz práticas?”⁴. Há meses, sem muito sucesso, venho ensaiando um começo para esta pesquisa-escrita, agora que ela finalmente se faz possível, preciso dizer que não se enganem, isto aqui até pode parecer um início, mas é na verdade, um lugar qualquer do caminho, onde o começo, o meio e o fim se encontram e se distanciam, se solidificam e se dissolvem com certa frequência. E que fique claro que, falar da construção de uma trajetória teórica e prática⁵ de pesquisa é, antes de tudo, falar das inscrições na própria carne, portanto, não haverá aqui calmarias, certezas e neutralidades.

Era outono de 2010 quando, enquanto estagiária, estive em contato com uma Comunidade Terapêutica - CT⁶, que de acordo com a Portaria nº 856 do Ministério da Saúde, deveria ser um serviço de atenção em regime residencial e transitório que oferecesse atenção e cuidado a adultos com necessidades em decorrência do uso ou abuso de álcool e outras drogas, que apresentassem quadro clínico estável e que o atendimento fosse vinculado a outros serviços de atenção em saúde. Porém, o que nós vimos é que nem sempre era um lugar transitório, nem sempre o *sofrimento psíquico* era em decorrência do uso ou abuso de substâncias psicoativas - SPAs, nem sempre o quadro clínico estava estável, muito menos a rede de atenção psicossocial ou a atenção

³ *Estágio em Docência na Graduação I*, componente da grade curricular do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – NPPS da Universidade Federal de Sergipe.

⁴ Frase retirada de um caderno (2013) que tem por função guardar escritas e ser reutilizado, ainda que um dia lhe falte folhas em branco, na qual, remete a um pensamento sobre práticas discursivas em Foucault.

⁵ Teoria e prática entendidas não estando em contraposição, mas em relação. Não é um cenário dual, é uma coexistência, onde uma perpassa a construção da outra de modo recíproco.

⁶ Localizada em Vitória da Conquista, interior da Bahia.

básica faziam parte desse acolhimento. É uma instituição não governamental que se mantém com a mensalidade dos internos, doações e venda de materiais produzidos pelos próprios internos, e essa venda entendida como parte do tratamento, é o que eles muitas vezes denominavam de reinserção social. O tratamento de caráter religioso não havendo um cuidado em saúde, sem condição de moradia ou alimentação adequada. Era e ainda é, embora hoje tenha se reestruturado para atender as demandas burocráticas e institucionais do politicamente correto, um lugar construído para colocar pessoas indesejadas e angariar votos, disfarçado pela lógica de cuidado.

*Escuridão, pessoas e gritos. Quem sou? Onde estou? A mulher amarrada na cama ao meu lado pede por ajuda, diz que precisa ir ao banheiro, ela quer mijar, mas as pessoas em pé ao lado da cama não permitem, dizem que ela está mentindo. Ouço mais gritos. Sinto-me incapaz de fazer qualquer coisa, não consigo sequer olhar ao meu redor sem me sentir angustiada, desrespeitada e fraca. Sinto o gosto de lágrimas e o cheiro de urina.*⁷

Neste mesmo ano surgiu a oportunidade de participar de uma capacitação em Teatro do Oprimido - TO, que é outra perspectiva de entender o teatro e a relação elenco/plateia, e o tema CT acabou aparecendo quando fomos encenar o teatro fórum, nessa modalidade uma história real é encenada, mas não é feito um fechamento pelos atores, a plateia é quem vai construir um final para o enredo. Nós encenamos uma experiência vivenciada na CT onde os estagiários presenciaram uma forma de tortura, no qual, eu fiz o papel de uma das internas. Foi a partir desse momento, de construção do personagem, de posicionamento em cena, que comecei a me perguntar como aquela pessoa, que era real, se colocava no ambiente, o que ela sentia? O que ela pensava? Como aquele sofrimento atravessava o seu corpo? Foi nesse cenário que surgiu a questão disparadora para a pesquisa que só aconteceria anos depois⁸, foi, portanto, a partir desse momento que comecei a perguntar como ocorre a constituição/produção de

⁷ Registro sobre a capacitação em Teatro do Oprimido, realizada em 2010 (Diário de campo, 19/05/14).

⁸ O projeto de dissertação teve origem no Grupo de estudos sobre Foucault da Faculdade Juvêncio Terra, em 2012.

corpo dentro desses serviços de saúde mental? O que nós estamos chamando de cuidado?

Em 2011, por meio do Laboratório de Psicologia Social, fizemos uma pesquisa de mapeamento das CTs em Vitória da Conquista, fazendo um paralelo com o documento da Agência Nacional de Saúde e Vigilância Sanitária – ANVISA que regulamenta o funcionamento de tais serviços. Percebemos que das seis comunidades visitadas nenhuma atendia a todos os critérios propostos pelo documento, e que as coisas aconteciam desde má higiene do local e falta de profissionais até possível trabalho escravo. Aqui surge outro questionamento: se esse não é o lugar de produção de cuidado e autonomia, que lugar como estudante ou profissional eu preciso fortalecer? Neste mesmo ano iniciei o *estágio curricular*⁹ no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPSad, convicta de que a Política Pública de Saúde Mental seria esse lugar de produção de cuidado, contudo, percebi que a lógica de organização social e de instituições, não apenas em saúde, é algo muito mais complexo. Até que ponto o nosso fazer, também reproduz uma lógica de exclusão nos serviços de atenção psicossocial? É em 2013 através do mestrado que proponho pensarmos como o corpo está sendo produzido no dispositivo da política pública de saúde mental. E a decisão pela Universidade Federal de Sergipe - UFS e pelo Grupo de Estudo sobre Exclusão, Cidadania e Direitos Humanos - GEPEC ocorreu pela possibilidade de um espaço para pensar os modos de vida enquanto produção política.

*Depois disso, lembro-me do sol aquecendo meu corpo, da água salgada do mar e da pele, dos pássaros presos em gaiolas e nós presos em fazeres acadêmicos, do sotaque forte, do aperto do ônibus e do coração, das palavras cuspidas e das palavras-silêncio, dos olhares cúmplices, dos constrangimentos, do café requentado, das ordens dadas e esquecidas, das decisões baseadas no medo ou na resistência, dos textos não lidos ou nos textos lidos mais de uma vez, das pequenas generosidades e de alguns sorrisos.*¹⁰

⁹ *Estágio Supervisionado Específico I* da grade curricular do Curso de Psicologia da Faculdade Juvêncio Terra, início em 2011.1 e término em 2012.2.

¹⁰ Registro sobre a experiência de mestrado (Diário de campo, 19/05/14).

O projeto intitulado “Modos de subjetivação e saúde mental: a construção do corpo nos dispositivos CAPS II e CAPS AD em Vitória da Conquista” tem como proposta analisar a produção dos discursos que atravessam e constituem o corpo dentro da política pública de saúde mental no município de Vitória da Conquista, interior da Bahia. Para tanto, foi realizado recorte para dois serviços substitutivos, o Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD. A problemática, gira em torno, do seguinte questionamento: como ocorre a produção dos modos de subjetivação e corpo na política pública de saúde mental, localizada enquanto dispositivo biopolítico? Isto por que considerando que as políticas de saúde mental formaram-se a partir de determinados *jogos de saber-poder* que as tornaram possíveis e as legitimaram enquanto necessárias, pretendo problematizar os processos de subjetivação que se refletem na forma de pensar e agir dos e sobre os sujeitos inseridos nessa política.

De forma que os objetivos específicos são: Circunscrever a política pública de saúde mental enquanto dispositivo biopolítico, analisar os discursos que sustentam/legitimam a existência e as práticas desenvolvidas no CAPS II e CAPS AD em Vitória da Conquista e delinear os discursos que atravessam e constitui o corpo-usuário e o corpo-especialista.

Entendemos por políticas públicas um conjunto de ações, metas e planos governamentais, em todas as suas esferas de poder - legislativo, executivo e judiciário - voltadas para responder aos problemas sociais (LOPES; AMARAL; CALDAS, 2008). Como produto histórico-político, as políticas públicas transbordam uma suposta neutralidade técnico-científica, sendo compostas por práticas políticas de investimento sobre a vida, tais políticas formam uma tecnologia de intervenção sobre os corpos, configurando uma sociedade normalizadora. Dessa forma, os dispositivos biopolíticos são arranjos de saber-poder que agenciam implicações subjetivas normalizantes (FOUCAULT, 1988). As políticas públicas de saúde mental, enquanto tal, se utilizam de técnicas sobre o corpo e a saúde do sujeito em sofrimento psíquico para controlar sua existência e moldá-la ao modo de vida legitimado pelo poder econômico, político e social.

Analisar estas políticas enquanto *dispositivos biopolíticos* contemporâneos permitirá compreender como o corpo associado a categoria “doença mental” é (re)construído através de uma lógica de cuidado, partindo de uma perspectiva de sujeito

que não está centrada em um viés biologicista ou psicologicista, mas que é subjetivamente constituído no contexto político, histórico e cultural, permeado por práticas de domesticação dos corpos. Estes dizem respeito a tecnologias de poder que incidem sobre os corpos dos sujeitos, monitorando seus gestos e suas atividades, enfim sua vida cotidiana, e representa uma das características fundamentais da biopolítica, que é a existência de um controle sobre o corpo por parte do saber-poder médico-jurídico. Frente a isso, o estudo sobre o corpo faz-se significativo na medida em que ele é atravessado e constituído por diversos saberes e práticas, sendo objeto de inúmeras tecnologias políticas. Nesse sentido, ele é produto de investimento tanto de poder como de enunciação, que produzem, através de discurso, modos de existir.

Para Foucault, em *História da sexualidade I: A vontade de saber*, foi a partir do século XVIII que ocorreu uma transformação nos mecanismos de poder, onde o poder soberano de causar a morte ou de deixar viver, passa a ser substituído por “um poder que gera a vida e a faz se ordenar em função de seus reclamos” (1988, p. 128). O poder se apropria dos processos biológicos para controlá-los e modificá-los, encarregando-se da vida, mais do que a ameaça da morte.

*Experiência. Desconcertante. Uma “experiência desconcertante!”. Duas palavras que juntas despertam inquietação. Esta frase utilizada por um dos profissionais para descrever, até aquele momento, sua vivência no CAPS, diz também da minha vivência em campo.*¹¹

Quando propus realizar esta pesquisa, inicialmente o campo eram os serviços em saúde mental, existentes em Vitória da Conquista, cidade do interior da Bahia com aproximadamente 350 mil habitantes, neste caso, o Centro de Atenção Psicossocial para adultos – CAPS II, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas - CAPSad, o Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência – CAPS IA e o Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto – HPAP. Contudo, posteriormente fiz um recorte e optei por abarcar apenas as políticas voltadas para o público adulto, entendendo que o CAPS IA se configura de forma diferenciada por estar voltada para crianças e adolescentes, e que sua inclusão delongaria as possibilidades de análise, então para não

¹¹ Diário de campo, 17. 09. 14.

correr o risco de ser superficial nas discussões, resolvi realizar este novo recorte do campo.

A inserção no campo não passa apenas por intervenções acadêmicas, mas também por intervenções político-institucionais que regulam o acesso às políticas públicas, desta maneira antes de ir a campo o projeto de pesquisa precisou ser aprovado por uma comissão de ética, presente no núcleo de educação permanente da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista – PMVC. Após o aceite da pesquisa, foi liberado o acesso ao CAPS II e ao CAPSad, contudo o HPAP por ser de regência estadual e não municipal como os dois serviços anteriores, o processo para acesso ao serviço passou pela autorização da diretoria do hospital.

Inicialmente o acesso ao HPAP também foi autorizado, no entanto, várias questões foram sendo levantadas e impossibilitando de fato o início da pesquisa neste espaço, primeiro a justificativa passava pela troca dos profissionais, depois por não haver um profissional que pudesse acompanhar o processo, e por fim, acidentalmente parte do muro do hospital foi destruída e o discurso era que não poderiam receber pesquisadores porque todos os esforços estavam direcionados para a reconstrução física do espaço. Desta maneira, por meio de uma indefinição do acesso e por saber que o mestrado possui um tempo delimitado para ser realizado, fez-se necessário fazer um novo recorte, neste fiz uso apenas do CAPS II e CAPSad.

Assim, como nada até aqui esteve estático, houve um processo de construção da estratégia metodológica, ela foi por certo a que mais precisamos repensar, reestruturar, remoldar, conforme foram sendo vivenciadas as limitações e ampliações da pesquisa e do campo e a consequente mudança no sujeito-objeto da pesquisa.

O objeto de pesquisa pensado no início também se diferencia do utilizado atualmente, as análises seriam feitas a partir de prontuários de pacientes do CAPS II, CAPSad e HPAP, visando a apreciação de aspectos antes e após a Reforma Psiquiátrica, no intuito de analisar e problematizar a memória discursiva que atravessa e constitui o corpo da pessoa em sofrimento psíquico e as formas de cuidado. Para tanto, o período de abrangência dos documentos que seriam analisados eram do período de 1966 a 2013. No decorrer ficaram evidentes dois entraves para realização da pesquisa colocada da forma acima, primeiro a quantidade muito extensa de prontuários, por volta de 50 mil, e mais do que isso os dados contidos nesses documentos não abarcavam de forma satisfatória os objetivos da pesquisa, ou seja, os dados presentes nos prontuários diziam

mais sobre um perfil de usuário do que regimes discursivos que constituíam o corpo deste usuário.

No processo de orientação optamos por adotar as histórias de vida como estratégia metodológica por entender que esta atenderia melhor aos objetivos escolhidos, contudo após o encontro de pré-qualificação, com a mudança do objeto-sujeito da pesquisa, que agora passa a ser os *regimes de verdade* e não apenas os discursos dos usuários, que embora também enunciem *regimes de verdade*, por ser um dos discursos que atravessa e constitui a SM e os corpos dos sujeitos, acreditamos ser importante analisar o discurso dos profissionais, pois estes também servem de sustentação para a política pública de saúde mental. A partir de então elegemos a história oral para conseguir abranger estes outros discursos dentro desses serviços, onde os procedimentos metodológicos utilizados foram as narrativas cotidianas, seja em reunião de equipe, em oficinas, em assembleias de familiares e usuários, etc., como também lançamos mão de entrevistas semi-estruturadas.

a História Oral é uma metodologia de pesquisa e de constituição de fontes para o estudo da história contemporânea surgida em meados do século XX, após a invenção do gravador à fita. Ela consiste na realização de entrevistas gravadas com indivíduos que participaram de, ou testemunharam acontecimentos e conjunturas do passado e do presente. (ALBERTI apud SILVEIRA, 2007, p.38).

As narrativas produzidas pela história oral são narrativas de memória, entendendo assim a história oral como regate da memória, porém não de uma memória estática e de reprodução. E neste sentido, este texto é em parte a atualização do passado no presente, uma vez que, vasculho na memória, oral e escrita, o trajeto que me trouxe até aqui. Partindo deste aspecto, a memória não diz respeito a uma reprodução do passado, mas a uma reconstrução deste passado através de experiências no presente, em outras palavras, a memória é a atualização dos *acontecimentos*¹², está mais na ordem de um reconstruir permanente do que de um reproduzir automático. E o corpo será o território de inscrição desses acontecimentos, visto que a memória está imbricada nos modos de subjetivação e objetivação que produzem os modos de vida e formas de organização social, onde por sua vez a história produz memórias.

¹² Noção de acontecimento como “irrupção de uma singularidade histórica”. (FOUCAULT apud REVEL, 2005, p.14)

A história oral, buscando ouvir as narrativas, desvia de uma história oficial como afirma Silveira

O uso da História Oral, bem como das narrativas que dela se originam, estimulam a escrita de uma História que não é uma representação exata do que existiu, mas que se esforça em propor uma inteligibilidade, em compreender a forma como o passado chega até o presente. (2007, p.41)

Essas reestruturações na pesquisa passam pelo amadurecimento acadêmico, como também por uma modificação do campo, isto porque na época em que a pesquisa foi pensada o campo era diferente do encontrado na efetivação da mesma, pois com a realização de um concurso municipal, houve modificação das equipes de toda a rede de serviços sócio-assistenciais, psicossociais e educacionais. Nos serviços de saúde mental com a troca dos profissionais contratados para a entrada dos concursados, entre 50% a 80% da equipe foi refeita, porém permanecendo a coordenação geral de saúde mental. Este processo além de provocar um momento de instabilidade e desconforto tanto para os profissionais como para os usuários dos serviços, fez com que grande parte das atividades, como novos acolhimentos, grupos e oficinas ficassem suspensos por determinado período. Outra modificação encontrada em campo foi a ampliação dos serviços de saúde mental, agora estamos, enquanto município, vivenciando o processo de transição do CAPSad para o CAPSad III, a implantação e implementação do Consultório na Rua e da Unidade de Acolhimento, esses serviços já contam com equipes e as atividades estão vinculadas ao espaço do CAPSad, embora o Consultório na Rua tenha sido instituído pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011 em Vitória da Conquista ele tem acontecido como um serviço de atenção especializada atrelado a rede de saúde mental. Há também a reativação das atividades de Matriciamento e das reuniões da rede de atenção psicossocial e encaminhamentos no projeto de implantação da Residência Terapêutica. O terceiro ponto encontrado foram as atividades de educação permanente, com a entrada de novos trabalhadores e com a reativação e implantação de serviços foi entendido a necessidade de capacitar a rede psicossocial.

Tudo que eu disser, a partir deste momento, já foi, em alguma medida, dito, escrito, gritado, sussurrado, apoiado ou amaldiçoado por alguém, e isto se transformou em algo angustiante, não por não ser eu a ter dito primeiro, mas por receio de que esta

escrita se transforme no lugar da reprodução, que esta escrita engesse e esvazie de sentido coisas em movimento, que se transforme em mais um objeto de suposta produtividade apenas para registro da burocracia acadêmica. E nesse sentido, ser questionada enquanto pesquisadora, sobre “você vai falar da política pública de saúde mental? mas todo mundo já fez isso”¹³ ou ouvir “agora é moda falar de Foucault”, é paralisante, por trazer a sensação de inutilidade, de mera reprodução frente a estes espaços. Porém, depois de revisitar minhas vivências, minha trajetória de formação e entender qual o sentido para mim, enquanto profissional, falar sobre isso, depois de reconhecer as marcas da *experiência* no campo da saúde mental existentes no meu corpo, afinal “nenhuma criação existe sem experiência” (DELEUZE; GUATARRI, 1996, p. 275), posso dizer que sim, é sobre a política pública de saúde mental e sobre o pensamento foucaultiano, que esta escrita diz respeito, por que neste momento, eu só existo enquanto pesquisadora porque o meu desejo é falar sobre isso.

As controvérsias de ontem se acalmaram. O tempo não é mais aquele em que era necessário ser a favor ou contra Foucault, repeti-lo ou esquecê-lo, desmontar, por toda parte, a seu exemplo, insidiosas máquinas de poder ou denunciar nessa obra o perigoso niilismo do pensamento. Novos problemas surgiram que deslocam o espaço das leituras possíveis, colocam a seus textos questões inéditas, convidam-nos a lançar um olhar inquieto sobre o que têm sido nossas maneiras de ler Foucault. (TERNES apud COURTINE, 1995, p. 45)

Há algo mais. Na qualificação, outro momento significativo na experiência de pensar a pesquisa houve uma ampliação do olhar sobre o campo e a escrita. Enquanto eu estava preocupada em mostrar a não naturalização do corpo, não estava me dando conta do perigo que corria, de atravessar a linha tênue entre a atribuição de sentido a um saber e a naturalização do mesmo... o perigo de naturalizar o próprio pensamento foucaultiano. A “verdade” seduz! Tão atrativa como uma boia na imensidão do mar.

“Certo, queremos a verdade: mas porque não, de preferência, a inverdade? A incerteza? Ou mesmo a inconsciência?” (FOUCAULT apud NOTO, 2014, p.98). O que Foucault propôs não é dizer o que é ou não verdadeiro, o seu objetivo foi trazer a tona o seguinte questionamento: por que algumas coisas são consideradas verdades enquanto outras não? A verdade não antecede o conhecimento, ela não existe em algum lugar e

¹³ O questionamento colocado aqui, não traduz exatamente como a pergunta foi feita de fato, mas como eu me lembro de tê-la escutado.

em algum momento nós a descobrimos, a verdade é inventada. A *episteme* de cada época terá uma verdade que lhe é útil, que é carregada de sentido e interesses, de forma que, cada sociedade possui seu próprio regime de verdade, no qual ela acolhe um tipo de discurso como sendo verdadeiro. Dessa maneira, existem jogos de verdade que são conjuntos de regras/procedimentos que conduzem a determinado resultado, voltados para produção de verdades, ressaltando que os discursos escolhidos como verdadeiros não estão isentos de interesses políticos ou econômicos, ou seja, os jogos de verdade tem relação com as regras que possibilitam a construção do discurso sobre o que é verdadeiro ou falso em relação as coisas. (FOUCAULT, 1996)

A produção de saber que emerge do pensamento de Foucault, também possibilita uma vontade de verdade, ou seja, estamos ao mesmo tempo falando de produção de verdades e fazendo uso delas. O que importa é saber a quem estas verdades servem e o que engendram. Então, vale deixar claro (para mim mesma), que a proposta *não é ver o que Foucault viu, mas ver como ele viu*. Portanto, “tratar-se-á de saber se a vontade de verdade não é tão profundamente histórica como qualquer outro sistema de exclusão [...]; trata-se, em suma, de saber quais lutas reais e quais relações de dominação estão engajadas na vontade de verdade”. (FOUCAULT apud NOTO, 2014, p.99)

Aqui entenderemos que não há a existência de um *a priori* em relação aos sujeitos e aos objetos, de modo transcendental, porém de modo histórico, este é

aquilo que, numa dada época, recorta na experiência um campo de saber possível, define o modo de ser dos objetos que aí aparecem, arma o olhar cotidiano de poderes teóricos e define as condições em que se pode sustentar sobre as coisas um discurso reconhecido como verdadeiro. (FOUCAULT, 2007, p. 219)

Isto porque, os sujeitos e os objetos são apreendidos como estando em constante movimento e atrelados a uma conjuntura histórica, que os impedem de assumir um caráter finalizado, interiorizado ou universal, desviando de uma concepção de identidade, de estrutura psíquica ou de personalidade. Por meio disto, compreendemos que o que é dito constrói, em alguma medida, a realidade e que o ser humano, enquanto criador da linguagem é um ser discursivo, ou seja, o ser humano como ser que é construído discursivamente por meio do que é dito sobre ele e sobre a realidade que o

cerca, passa a ser visto não como algo que existe em si mesmo, mas como produção sócio-histórica.

Todo o conceito nasce da identificação do não idêntico. Tão exatamente como uma folha nunca é idêntica a outra, assim também certamente o conceito folha foi formada graças ao abandono deliberado dessas diferenças individuais, graças a um esquecimento das características, e desperta então a representação, como se houvesse na natureza, fora das folhas, alguma coisa que fosse ‘a folha’, uma espécie de forma original segundo a qual todas as folhas são tecidas. (NIETZSCHE apud OLEGÁRIO, 2011, p. 92)

Como podemos ver até aqui o discurso não é neutro, desinteressado ou livre, isto porque, existe uma serie de mecanismos de produção e circulação que controlam a existência do discurso, ele não é, conseqüentemente, objeto de descrição ou tradução das coisas simplesmente, isto quer dizer que existe no campo discursivo procedimentos de controle. Estes por sua vez são divididos entre internos que são procedimentos desempenhados pelos discursos sobre si mesmos e os externos que encaminha para discorrermos a conceituação de *regimes de verdade*.

Em qualquer sociedade – múltiplas relações de poder perpassam, caracterizam, constituem o corpo social; elas não podem dissociar-se, nem estabelecer-se, nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação, um funcionamento do discurso verdadeiro. [...] somos forçados a produzir verdade pelo poder que exige essa verdade e que necessita dela para funcionar. [...] Temos de produzir a verdade como, afinal de contas, temos de produzir riquezas, e temos de produzir a verdade para produzir riquezas. E, de outro lado, somos igualmente submetidos à verdade, no sentido de que a verdade é a norma; é o discurso verdadeiro que, ao menos em parte, decide; ele veicula, ele próprio propulsa efeitos de poder. Afinal de contas, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a tarefas, destinados a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer, em função de discursos verdadeiros, que trazem consigo efeitos específicos de poder. Portanto: regras de direito, mecanismos de poder, efeitos de verdade. (FOUCAULT, 1999b, p. 29)

Os procedimentos externos ou de exclusão, se subdividem em três, a *interdição*, na qual, há a restrição da enunciação, onde qualquer um não pode falar de qualquer coisa, portanto, “não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo, em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” (FOUCAULT, 1996, p. 9), o próximo procedimento é a *separação/interdição* onde a materialidade de determinado discurso separado dos demais discursos e rejeitada em seu aparato de saber, “constituído de uma rede de instituições que escutam esse discurso, e

lhe retiram os poderes” (LUIZ, 2010, p. 8) e por fim, a *vontade de verdade* procedimento que rege nossa vontade de saber por meio de um sistema de coerção onde os discursos buscam se legitimar pelo discurso da verdade, podendo entender por isso uma construção histórico-política de uma “moral”, que tem por base dar forma ao corpo simbólico enunciativo, que rege as relações de juízo, construindo valores sobre o que seria o verdadeiro ou o falso, bem como, um “conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados.” (Ibidem, p. 14), a exemplo disto, temos o discurso científico.

Há também os procedimentos internos, que são procedimentos que partem do próprio discurso e estão vinculados a princípios de classificação, ordenamento e distribuição, buscando alcançar outra dimensão do discurso, sendo ela: a do acontecimento e a do acaso, visto que “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento a sua volta”. Dentre os procedimentos internos temos o *comentário* que diz respeito a narrativas que se repetem, ou seja, que são repetições de um texto primeiro. Há também o *autor* este é um princípio que, em alguma medida, é complementar ao princípio de exclusão anterior, isto por que o autor é entendido como “princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência” e não o autor de maneira individualizada. Por fim, temos a *disciplina*, nesse procedimento de exclusão há uma delimitação de um “campo de verdade”, de forma que, são regras de um determinado campo do conhecimento no qual o discurso é (re)construído para obter validade. (FOUCAULT, 1996, p. 26).

O que propõe Foucault (1996, 2008), e o que dele nos apropriamos neste momento, é a possibilidade de posicionar o discurso para além de uma transmissão, representação e individualização, mas como algo que atravessa *experiência* e *pensamento*, produz modos de vida, visto que, é constituído por saberes produzidos no coletivo que são atravessados pelo *poder*, sendo regido por *regularidades* históricas e produtor de *materialidades*, isto porque, há ordens discursivas que determinam a repetição ou o apagamento de enunciados, no qual nomeia a realidade, as relações, os interesses e as lutas, ou seja, o discurso, enquanto objeto linguístico, sócio-histórico e de desejo, não é somente expressão de saberes, mas é por meio dele que o *poder* se exerce, tendo papel determinante no processo de produção de subjetividades (FOUCAULT, 1996; VANDRESEN, 2008; MORAES, 1997). Ele “não é nem fonte nem origem do discurso, o poder é alguma coisa que opera através do discurso, já que o próprio

discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder”. (FOUCAULT, 2006, p. 253)

A dissertação está estruturada em 4 (quatro) capítulos. O capítulo *I – Das experiências que produzem movimento* é um texto introdutório que aborda a trajetória de pesquisa, as questões disparadoras e como a escrita começa a ser pensada. Já no capítulo *II – Dos modos de subjetivação* temos a relação entre poder, produção de saber e produção de modos de subjetivação. O capítulo *III – Da Municipalização da Saúde* aborda as políticas públicas e processo metodológico da pesquisa. O capítulo *IV – Da construção dos corpos* com a análise das experiências e por fim, as considerações finais.

*Onde cheira a merda
cheira a ser.
O homem podia muito bem não cagar,
não abrir a bolsa anal
mas preferiu cagar
assim como preferiu viver
em vez de aceitar viver morto.
Pois para não fazer cocô
teria que consentir em
não ser,
mas ele não foi capaz de se decidir a perder o ser,
ou seja, a morrer vivo.¹⁴*

¹⁴ Trecho do poema de Antonin Artaud, intitulado *Em busca da fecalidade*, 1946.

Parte II – Dos modos de subjetivação



De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece?

Michel Foucault, 2003.

Então, vamos retornar ao questionamento, *como a linguagem produz práticas?* Porém, precisamos dar um passo atrás e entender, “que relação existe entre a linguagem e o ser do homem?”¹⁶. A proposta não é discorrer sobre a linguagem e o sujeito aleatoriamente ou separadamente, mas evidenciar as condições que possibilitaram que determinada linguagem e determinado sujeito surgissem em três estratos históricos, em outras palavras, é uma análise da ordem de nosso saber, que demonstra a produção das noções e conceitos que permitiram o aparecimento do *sujeito do conhecimento*. Foucault (1999a) descreve as *descontinuidades* históricas entre o final do Renascimento e a Idade Clássica, e entre esta e a Modernidade, bem como identifica simultaneidades arqueológicas entre saberes empíricos e os discursos filosóficos e literários, para tanto, são nesses cenários históricos que encontramos a emergência da finitude humana entre os saberes e as *relações de poder*, além de analisar a constituição de mecanismos de controle, o que vai por em questão o sujeito e os modos de subjetivação.

Precisamos partir da perspectiva de que “o poder não existe” (FOUCAULT, 2000b, p. 248), o que existem são práticas ou relações de poder. No poder não há titular, é algo que circula, é entendido como algo que é exercido e não objeto de posse de uma classe social ou outra. Ele é relacional, permeia toda a sociedade e suas instituições, conseqüentemente, não está presente apenas em práticas estatais. E mais, onde existe saber existe necessariamente poder e, por sua vez, onde existe poder há resistência, visto que, o poder é luta.

Neste aspecto, o poder não está para além dos sujeitos, pelo contrário, ele existe nos corpos dos próprios sujeitos, nas práticas cotidianas, esse *micropoder* não é criação do Estado e nem é algo eminentemente negativo. Existe uma relação recíproca de produção entre o saber e o poder dentro da coletividade, pois o saber não é algo natural, o conhecer e tudo que advém dele são inventos, embora não haja uma teoria do poder, e sim um entendimento de que este só existe em ação, pois ele “aparece como um afeto, pelo seu poder de afetar outras forças e de ser por elas afetado” (EIZIRIK, 2006, p.27) e

¹⁵ Questionamento colocado por uma usuária do CAPS no evento da Semana da Luta Antimanicomial (2014).

¹⁶ Questão levantada por Foucault em *As palavras e as coisas*, 1999a, p 468.

só pode ser analisado levando em consideração seu caráter de movimento, para tanto, ele “deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem” (FOUCAULT apud BOTH, 2008, p.43), como dito anteriormente, o poder aparece também como práticas outras, não estando associadas apenas as ações do Estado, isso porque, a existência do poder e das redes de micropoderes não são criação deste ou desaparece conforme seu controle.

Para tanto, o poder não é “algo unitário e global [...], mas unicamente formas díspares, heterogêneas, em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente” (FOUCAULT, 2000b, p. 10), na qual, ele funciona e se exerce em rede, para tanto, é através do conhecimento e produção do poder que se constituem os saberes e os sujeitos. (FOUCAULT, 2000b; BRANCO, s/d)

Localizamos, assim, três configurações epistêmicas diferentes, que dizem respeito a diferentes formas de como o conhecimento sobre o homem se organizou, portanto, três períodos históricos em nossa cultura, onde cada um deles se constituiu com uma ordem do saber e com tecnologias de poder diferenciadas e a sucessão de um estrato histórico para outro não ocorreu de forma linear, mas “por uma erosão que vem de fora” (Id. Ibid., p 66), isto porque, as alterações e rupturas entre as condições discursivas que permitem uma epistemologia e outra, não advém de uma precipitação interna à própria *epistêmê*, contudo, corresponde a modificações externas, que acontecem não apenas no plano discursivo. Poderemos “ver como se dá, através da história, a constituição de um sujeito que não é dado definitivamente [...], e que é a cada instante fundado e refutado pela história”. (FOUCAULT, 2002, p. 10)

1. O RENASCIMENTO E O PODER SOBERANO

Assim sendo, existe uma configuração epistêmica referente ao século XVI e XVII, período histórico do Renascimento, no qual a linguagem era regida por uma série de signos que a constituíam como algo autônomo, pois ela não somente remetia as coisas, ela era em si também uma coisa, não algo que representava os objetos ou sujeitos, mas algo que também precisava ser decifrada, de maneira que, “a linguagem

era reconhecida como coisa a existir em uma espécie de materialidade própria, comportando o caráter de ter sido criada por Deus, assim como todas as coisas do cosmo” (SOUTO, 2011, p. 111), isto atribui a palavra o lugar de texto primeiro e essencial a ser decifrado para compreender o mundo, não existindo diferença de natureza entre ela e as demais coisas, o que atribuía a linguagem uma característica de infinidade.

Podemos ver também que na *episteme* renascentista havia a perspectiva da Semelhança, onde o conhecimento das coisas invisíveis ocorre pela compreensão das visíveis, acreditando que “Deus imprime nas coisas os sinais necessários para que o homem conheça o invisível pelo visível” (PAULA, 2010, p.4). Neste momento o conhecimento humano aconteceria por meio da *semiologia* e da *hermenêutica*¹⁷, o conhecimento é, portanto, construído por meio da observação, imaginação, indução e adivinhação, desta forma, todas as coisas possuíam algum caráter de signo, já que, a partir do momento em que as palavras eram coisas que poderiam ser decifradas, as coisas por sua vez, ganhariam de alguma maneira, o caráter de linguagem, não existia assim a noção de sujeito nem o conceito de representação, pelo contrário, o que havia era a linguagem divina, portanto o conhecimento era apreendido como uma descrição do mundo. Isto não quer dizer que não há um exercício de poder, pois há a noção de que interpretar é conhecer e conhecer é saber, logo, aqueles que conseguiam decifrar os sinais divinos detinham o saber, neste caso, precisamos deixar claro quem ocupava tal lugar. (SOUTO, 2011; PAULA, 2010)

O regime político denominado Absolutismo ocorreu na Europa a partir do século XV e se prolongou até a Revolução Francesa no século XVIII. Este período, que abarca o Renascimento, emerge por meio de um processo iniciado na Idade Média, onde ocorreu a derrota da nobreza e a afirmação suprema do soberano, neste caso o Rei, e do Estado nacional, objetivando estabelecer um regime centralizado no soberano que pudesse estabelecer tanto regras comerciais e Direitos objetivos, quanto uma separação do Estado e do poder clerical. Dessa maneira, esse foi um regime de centralização, no qual os reis, com apoio da burguesia, passaram a incorporar todos os poderes (poder de legislar, poder de executar e poder de fazer justiça), deixando os cidadãos excluídos da participação e controle na vida pública. Era o poder do soberano legitimado por Deus,

¹⁷ *Semiologia* que diz respeito a localização dos sinais determinados por Deus e *Hermenêutica*, referente a, busca das semelhanças invisíveis. (PAULA, 2010)

sendo o Rei, portanto, representante de Deus aqui na terra, suas ordens eram equiparadas as ordens divinas. Aqui, o Rei representa o Estado e as demais instituições sociais da época, por certo, “soberana é a esfera na qual se pode matar sem cometer homicídio e sem celebrar um sacrifício” (AGAMBEN apud SOUZA, PASSOS, 2013, p. 68). Temos, por conseguinte, neste momento em vigor o *poder soberano* que se exerce e se efetiva sobre a vida e a morte dos súditos. Caracterizado pelo exercício de punir, fazendo uso de violências, bárbaras e cruéis, direcionadas aos corpos dos súditos que praticaram algo considerado crime, cada punição era diferenciada conforme gravidade do crime, a índole do criminoso na sociedade e seu nível social, quanto maior fosse determinada a pena, de forma proporcional, maior seria o sofrimento do condenado, o que evidência neste período, um código jurídico da dor, com definição de quantidade, qualidade e tempo de agonia, de maneira que, a pena materializava-se no corpo do condenado. (FOUCAULT, 2009; SOUZA, PASSOS, 2013)

Em primeiro lugar, produzir certa quantidade de sofrimento que se possa, se não medir exatamente, ao menos apreciar, comparar hierarquizar; a morte é um suplício na medida em que ele não é simplesmente privação do direito de viver, mas a ocasião e o termo final de uma graduação calculada de sofrimentos: desde a decapitação _ que reduz todos os sofrimentos a um só gesto e um só e num só instante: o grau zero do suplício _ até o esquartejamento que os leva quase ao infinito, através do enforcamento, da fogueira e da roda, na qual se agoniza muito tempo: a morte-suplício é a arte de reter a vida no sofrimento, subdividindo-a em “mil mortes” e obtendo, antes de cessar a existência, the most exquisite agonies. (FOUCAULT apud SOUZA, PASSOS, 2013, p. 65)

O exercício penal do poder é decidido através do sofrimento que o soberano poderia causar, pois era ele quem estipulava a pena, e mostrava sua forma e eficácia, com formas bárbaras de punição, o exercício do poder soberano, por vezes, colocava publicamente a culpabilidade do condenado, sendo “o suplício como execução pública, onde o ato de justiça é exibido, onde todos não só veem o criminoso, mas ele próprio anuncia sua culpa”, essa forma de confissão, legitimava não apenas a liberação da própria brutalidade da condenação, mas também tinha como função entender o suplício como um momento de confirmação da verdade, “seu ato tinha que mostrar a verdade. Verdade esta anunciada depois de produzir dor e sofrimento, mecanismo este, tido como meio seguro de busca da verdade, e garantia que o corpo do criminoso fosse justificado

com a pena do suplício”. O suplício ainda trazia consigo o caráter de redução das penas divinas, já que a punição terrestre era considerada redução de penas futuras. (Id. Ibid.)

o poder do soberano mesmo que agindo violentamente não era entendido por quem o praticasse como outro crime, pois o soberano pela sua posição sagrada tinha garantida uma exceção para poder punir qualquer pessoa com a morte, já que além de Estado, lei, o soberano materializava em seu corpo o próprio conjunto da sociedade na amplitude e diversidade de seus súditos e suas relações conflituosas, seja com o próprio ou entre si. (SOUZA, PASSOS, 2013, p. 68)

Na Era da Semelhança o saber sobre a loucura era baseado em aspectos místicos, vista como um saber obscuro, cheio de segredos e por esse motivo precisava ser desvendada, ela ocupava o lugar das fraquezas e castigos humanos, portanto, ligada diretamente ao homem por seus temores, sonhos e ambições, vemos então, uma reflexão moral. Foi o momento histórico no qual o louco era o “prisioneiro da mais aberta das estradas” (FOUCAULT, 2000a, p. 12), onde transformava-se prisioneiro de sua própria partida, isso porque, os loucos eram colocados em navios e carregados para cidades longe das suas cidades de origem. Contudo, existiam também lugares de detenção. Ambas as formas, mar ou grades, são substrato de exclusão e diluição social, pois, “a terra do louco se limita à distância entre ambas as terras, a que foi sua e a que nunca será” (CAMARGO, 2003, p.4).

O “prisioneiro da passagem” (Ibidem. p. 12) ganha, desta forma, um caráter de existência errante, onde ele circula de cidade em cidade, tendo o mar como símbolo de sua “aterritorialidade”. Porém, quando a loucura passa a ser tema das artes, ela assume papel de detentora da verdade, tornando-se figura da própria razão. Aqui a loucura é apreendida enquanto experiência tanto cósmica quanto crítica, na passagem do Renascimento para a Idade Clássica é abandonada a experiência trágica da loucura e substituída pela consciência crítica da loucura. (FOUCAULT, 2000a; CAMARGO, 2003)

2. A IDADE CLÁSSICA, O PODER DISCIPLINAR E O CONTROLE

Na Idade clássica ainda foi vivenciado o período absolutista. Entretanto, advindo de um processo de inquietação com as arbitrariedades e atrocidades geradas pelo exercício de poder soberano, as classes menos favorecidas vinculam-se à burguesia para colocar a baixo o regime absolutista, e emerge então, a chamada democratização do poder, pondo fim assim, ao regime centralizado no soberano, este período abrange o final da Idade Clássica e o início da Idade Moderna. Portanto, localizando historicamente, ocorreu no final século do XVII o aparecimento de um regime discursivo que mais a frente substitui o regime do poder soberano, estamos falando do aparecimento do poder disciplinar, onde há a captura da vida pelo poder, este passa a ser a transformação do poder em técnicas e mecanismos que têm no corpo-indivíduo o seu campo de atuação. Não é mais um poder que se exerce sobre a morte, porém um poder que se exerce sobre a vida, o *biopoder*, o objetivo agora se caracteriza pela fabricação, subjetivação e objetivação de um tipo específico de sujeito com o intuito de extrair seu potencial produtivo e neutralizar sua mobilidade política (FOUCAULT, 2009; SOUZA, PASSOS, 2013). Nesse sentido, o poder é

percebido e mensurado pela sua capacidade instrumental e técnica de capturar e disciplinar o corpo-indivíduo. Tal capacidade instrumental teve origem na utilização do saber pelo poder. [...] O saber, revestido de poder, passa a promover a repressão de tudo aquilo que está fora da norma. Essa ação se amplia na medida em que o saber promove avanços tecnológicos dos instrumentos. (FOUCAULT apud NASCIMENTO, 2012, p. 163)

O poder disciplinar é formado por uma política da coerção que domina o corpo e manipula todos seus movimentos através de estratégias, dispositivos e organizações de espaço e tempo, pois uma das suas principais características é tornar úteis e dóceis os corpos para que deles se obtenham o máximo de proveito, como também, o máximo de domínio. O poder disciplinar age e se manifesta em *dispositivos disciplinares*, estes são *aparelhos de disciplinamento* que buscam “anular os efeitos repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa, sua coagulação inutilizável, perigosa; tática de antideserção, de antivadiagem, de antiaglomeração” (FOUCAULT, 2009, p.138), então podemos dizer que, o espaço produzido pelo poder disciplinar é um espaço que opera na desarticulação dos indivíduos, entendendo que é um espaço que separa, (re)ordena, objetiva e delimita, não desarticula apenas as massas “ociosas”, mas atua também como vigilância, o que veremos mais presente no século XVIII. (FOUCAULT, 2009; NASCIMENTO, 2012; SOUZA, PASSOS, 2013)

A Idade Clássica difere do momento anterior, uma vez que, nessa época as teorias, os conceitos e as sistematizações eram pensadas a partir da dicotomização entre sujeito e objeto, bem como a adoção da noção de representação, onde a linguagem deixa de ter uma natureza de coisa e passa a ser entendida como instrumento de representação das coisas, fazendo com que a relação significante e significado ou sujeito e objeto passassem a ser binária e a linguagem ocupando apenas o lugar de significante. Apreendemos então que, “a palavra seria separada das coisas por uma cisão ontológica” (SOUTO, 2011, p. 112), contudo lhe é atribuído um novo *poder*, ou seja, a palavra, por meio de uma cisão no conceito e ordem do saber e do discurso, deixa de ser algo a ser decifrado e passa a ser o único capaz de representar o pensamento, possibilitando a inauguração e fundamentação do sujeito. Vemos, desse modo, o abandono da noção de Semelhança, da utilização da linguagem “bruta” e das descrições sobre os seres, e em contrapartida emergem a noção de Representação e a utilização de classificação, sistematização e quantificação dos objetos no intuito de identificar as identidades e diferenças dos saberes, “isso significa que não era mais necessário descrever, buscando-se desvendar a linguagem divina, inscrita no mundo. Foi preciso criar termos, expressões e significados que dessem conta da tarefa de classificar a natureza” (PAULA, 2010, p.7).

Esta ruptura no Renascimento que faz com que apareça o Clacissismo, está vinculada à uma crise no pensamento renascentista, onde neste, aparecem questionamentos e críticas a noção de Semelhança, permitindo assim a abertura para uma nova perspectiva, teremos de tal modo, a inauguração do pensamento de Descartes que servirá de base a *episteme* vigente na Idade Clássica. Dito de uma maneira simplória, os renascentistas interpretam e os clássicos analisam ou a *hermenêutica* contrapõe-se a *analítica*. (SOUTO, 2011; PAULA, 2010)

O período considerado a Era das Representações foi o mesmo no qual ocorreram *as grandes internações*, momento em que a internação do louco passa a ser entendida como expressão da eliminação da não-razão, daqui para frente “a loucura está exilada” (FOUCAULT, 2000a, p. 47). Os internamentos de cunho social, político, econômico, religioso e moral, foram voltados não apenas para o insano, mas para aqueles que de alguma maneira colocava em questão uma determinada ordem social, como por exemplo, os doentes venéreos. Não havia aqui o sentido médico, mas sim o objetivo de deter a ociosidade através do encarceramento. “Assim, a experiência do trabalho no

internamento passou a ter um sentido ético decorrente da condenação moral da ociosidade” (SILVA, s/d, p. 195).

Com o aparecimento da experiência de dúvida colocada por Descartes, a loucura tornou-se um impedimento para o sujeito pensante, já que aquele que pensa não pode ser louco. Neste cenário a razão colocava-se como conteúdo e verdade das coisas. Teremos a partir daqui a “inserção controlada dos corpos no aparelho de produção” (CORSINI apud NASCIMENTO, 2012, p. 163), onde, o saber-poder forneceu técnicas para disciplinar o corpo do indivíduo, com técnicas de racionalização e de economia ligadas diretamente a um poder que se exerce por meio de um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, em outras palavras, uma *tecnologia disciplinar* para legitimar o modo de vida capitalista, dando suporte ao mundo do trabalho. (FOUCAULT, 2000a; SILVA, s/d; NASCIMENTO, 2012)

É final do século XVIII que observamos o aparecimento de outra tecnologia de poder, o controle, não existirá apenas a desarticulação do corpo-indivíduo, surgirá a vigilância, que torna possível controlar não apenas o indivíduo como corpo, mas um conjunto de indivíduos que passam a estar sob este controle. A tecnologia disciplinar do corpo-indivíduo vai coexistir com esta nova estratégia de comando, ou seja, “a técnica disciplinar não desaparece porque passa a existir outro nível de suporte que requer mecanismos de controle, ao contrário, a técnica disciplinar passa a funcionar e a se articular com os mecanismos de controle” (NASCIMENTO, 2012, p. 163). Ocorreu o desenvolvimento de duas técnicas, o corpo como máquina e o corpo como espécie, na primeira os procedimentos de poder são anátomo-política do corpo humano, então temos o adestramento, a ampliação das aptidões, a extorsão de forças, o crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, a sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos e na segunda os procedimentos de poder são uma biopolítica da população, onde o corpo passa a ser visto pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos, assim, “as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida” (Ibidem, p. 163), ou seja, o poder que antes se ocupava em disciplinar (a individualização dos corpos), agora também regulamenta os processos vitais (processos próprios da vida), estes por sua vez, transformam-se em objetos de intervenção através do controle e da quantificação. (FOUCAULT, 2009; NASCIMENTO, 2012)

O exercício do poder não é mais individualizante, mas se dá de modo massificante; uma massa que pode ser medida e calculada e passa a ser nomeada de “população”. Ela é um novo corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças que surge simultaneamente como um problema político (de poder) e científico (biológico), que será tratado como um fenômeno coletivo, processual e de efeitos aleatórios. A existência em questão já não é aquela – jurídica – da soberania, é outra – biológica – de uma população. (Ibidem, p. 163)

Ocorre a invenção de uma estrutura arquitetônica que permite uma maior visibilidade de determinados corpos, garantindo maior disciplina e controle, o panóptico. Este é um mecanismo que além de desarticular a massa, produz um permanente estado de visibilidade que assegura o funcionamento constante do poder. Ressaltamos que, mais do que moldar os indivíduos para que possam ser úteis para o corpo social, o poder disciplinar e de controle ordena saberes.

3. A MODERNIDADE E O SUJEITO DO CONHECIMENTO

A partir do final do século XVIII, momento histórico da Modernidade, a estrutura binária estabelecida no período histórico anterior permanecerá, desta forma, volta a figura externa que relaciona o significante ao significado, porém ela não é mais divina, mas sim *empírica*, “todo signo, para ser signo, agora deve se submeter a um ato de conhecimento” (SOUTO, 2011, p. 113), sendo o homem o próprio criador da língua e não Deus. Portanto, difere assim, do Renascimento que havia como objetos intermediários entre as palavras e as coisas os elementos divinos e da Idade Clássica que não havia intermediário, fazendo das palavras uma representação das coisas.

deixando de privilegiar a estrutura visível dos seres, o conhecimento torna-se empírico; não é mais a análise de uma representação, não tem mais ideias como objeto: torna-se sintético; seu objeto é uma coisa concreta, não mais ideal, mas real, tendo uma existência independente do próprio conhecimento. (MACHADO, 1982, p.129)

Será o sujeito, por meio de um ato cognitivo, o único capaz de aferir ao signo seu estatuto de signo, dando a palavra uma *função discursiva*. Dá-se a constituição de um saber em que o homem é considerado, ao mesmo tempo, sujeito de conhecimento e objeto do saber. A característica significativa na configuração do saber da Era Moderna

está na constituição do homem como sujeito e objeto do conhecimento, esta é a base de formação para o discurso científico.

O sujeito do saber surgiu a partir de Descartes, porém, é na Modernidade que ele se converte em estrutura antropológico-humanista do pensamento, neste período, o homem é cognoscível através da vida, do trabalho e da linguagem, “os conhecimentos passam a estar condicionados por fatores históricos, sociais e econômicos, surgindo a crítica que estabelecerá a diferença entre ciência, ideologia e senso comum” (LIMA, 2001, p. 12). Percebemos que é a partir da modernidade que o homem passa a ser introduzido no campo do saber, como detentor da língua e, portanto, detentor da possibilidade de nomeação das coisas. Vemos também uma estratificação do saber entre o que é dito e o que é feito, ou seja, uma dicotomia entre as palavras e as coisas, porém, o que nos interessa conhecer é: qual componente é capaz de fornecer as estratégias que conectam as palavras às coisas?

A loucura já havia sido colocada no lugar da desrazão, submetida à lógica cartesiana, no lugar da patologia pela ciência e por fim no lugar da improdutividade pelo capitalismo. As medidas do Estado, em um primeiro momento, estavam em delegar aos hospitais não apenas a internação e o atendimento médico para os alienados, mas também “o direito de decidir por eles e julgá-los quando necessário” (CAMARGO, 2003, p.7). Dessa maneira o louco era submetido a uma exclusão lógica e política, em uma inflexão médico-jurídica que permanece em operação. Os manicômios representam “a disciplina – bloco, a instituição fechada, estabelecida à margem, e toda voltada para funções negativas: fazer parar o mal, romper as comunicações, suspender o tempo” (FOUCAULT, 2000a, p. 173). Dessa maneira, o internamento era uma forma de correção social, que objetivava “limpar” a sociedade dos indesejados, colocando-os sob perpetua vigilância.

Sabendo que o corpo é uma matéria física, concreta e viva, o que a permite ser (re)construída, (re)moldada por *técnicas disciplinares* e de *biopolítica*, ou seja, o corpo “sofre ação das relações de poder que compõem tecnologias políticas específicas e históricas” (MENDES, 2006, p.168), o que vai viabilizar a existência do sujeito enquanto *ser*, onde os discursos e as relações de poder-saber produzem atitudes corporais e formas de sujeito com base em tecnologias historicamente elaboradas.

Como consequência o isolamento dos julgados “anormais” da sociedade, em lugares que em que se exerce o poder disciplinar buscou sobre uma pretensa promessa de controle e cura desses indivíduos a sua reintegração a sociedade, pois a disciplina agiria na forma de modelar e normatizar esses comportamentos e condições sociais, biológicas e psicológicas e nisso novas formas de coerção do corpo e das almas se materializam na forma de poderes, dispositivos, táticas e técnicas disciplinares. (SOUZA, PASSOS, 2013, p. 74)

Ainda no século XIX, a loucura passa a ser considerada *doença mental*, que precisava de cuidados e remédios, o que a diferenciaria, dos demais crimes contra a razão e a moral. Este acontecimento começa a evidenciar as técnicas disciplinares coexistindo com o modelo técnico de cura e normalização. (FOUCAULT, 2000a; CAMARGO, 2003).

É nos séculos XVIII e XIX, que através da noção de sistema, se constrói um saber pautado na classificação, organização e hierarquização, um saber que é especializado, comprovado e estruturado. Temos, portanto, a produção do saber científico, e mais, encontramos neste momento também a formação do Estado Moderno Ocidental que se sustenta através de uma organização burocrática, hierarquizada e unificada. É neste século, momento histórico da Revolução Industrial e da Revolução Francesa, que ocorreu a valorização da razão humana como norteadora da vida, produziu-se uma concepção de doença mental que está vinculada a irracionalidade, sendo sua causa atribuída aos distúrbios das paixões, onde o tratamento deveria ser de cunho moral (AMARANTE, 1996; MUSSE, 2006). Vemos que, “o ‘normal’ e o ‘patológico’, o ‘lícito’ e o ‘ilícito’, o ‘nacional’ e o ‘estrangeiro’ têm em comum o pertencimento ou não a determinado sistema, seja ele científico, jurídico ou político. São assim conceitos relacionais”. (MUSSE, 2006, p. 22).

Ou seja, as classificações nosológicas e a própria noção de *doença mental* apareceram e se modificaram de acordo com mudanças sociais, políticas e de configuração dos mecanismos de poder presentes na Modernidade, no qual, “a Medicina evoluiu como uma estratégia do biopoder pretendendo o controle sobre a vida por meio da manipulação e adestramento dos corpos, retirando deles cada vez mais força” (SEVERO, DIMENSTEIN, 2009, p. 60). Desta forma, a clínica médica ocupa o lugar de ciência das doenças, dos desvios e dos distúrbios, onde a Psiquiatria vai se construir como saber científico autônomo, ela surge com o princípio de se exercer sobre questões vinculadas a não-razão, a alienação, a insanidade e se ocupa, desta maneira, do corpo do louco, que neste momento já era caracterizado como um corpo doente, visto que outros

saberes, como a própria medicina, já haviam se destinado ao seu estudo e disciplinamento.

A psiquiatria se constitui como ciência tanto pelas condições inventadas na filosofia iluminista como por uma série de reformas que perpassam sua história, sendo que a primeira delas ocorreu na reforma humanista iniciada com Phileppe Pinel que propôs o *tratamento moral*, onde repensou o aprisionamento físico, em correntes e grades, mas manteve o encarceramento institucional. Pinel dá início as primeiras classificações nosográficas, diferenciando o louco de outros indivíduos que não se adequavam ao modo de vida pregado pela Modernidade, fazendo assim, do louco alvo do discurso científico. Uma vez que, a loucura começa a ser vista e tratada como doença, o saber-poder psiquiátrico ocupa o lugar do único capaz de dizer cientificamente sobre os processos orgânicos e psicológicos do louco, onde os hospitais serão entendidos como locais adequados para seu tratamento. Observamos que com a medicalização da loucura, os hospitais deixam de ter um caráter assistencial e caritativo. (AMARANTE, 1996; MUSSE, 2006)

o espaço hospitalar, anteriormente tido como asilo, foi sendo medicalizado e reorganizado, proporcionando a observação contínua do doente e o acompanhamento da evolução/curso da doença, tornando exequível a observação dos sinais e sintomas do fenômeno patológico. (SEVERO, DIMENSTEIN, 2009, p. 61)

A loucura enquanto *doença mental* precisava de cuidados e remédios, o que a diferenciaria, dos demais crimes contra a razão e a moral, entretanto, foi adicionado a concepção de *doença mental* uma dualidade e oposição no âmbito da saúde, principalmente no que diz respeito a dicotomia entre o que é considerado “normal” e o que é entendido como “patológico”. Este acontecimento começa a demonstrar as técnicas disciplinares coexistindo com o modelo técnico de cura e normalização. (FOUCAULT, 2000a; CAMARGO, 2003)

No século XX a concepção de *doença mental* se consolida, e está diretamente associada à incapacidade de raciocínio lógico, invalidez para o trabalho, periculosidade, inadequação social, em outras palavras, aos comportamentos desviantes da norma. Isto acontece a partir do momento em que o saber-poder psiquiátrico, no intuito de garantir o monopólio sobre a loucura, objetiva produzir uma “medicalização” não apenas para o

doente mental, mas da sociedade como um todo. A ciência se alia ao Estado para possibilitar junto ao aparato jurídico a criação de princípios jurídicos para normalização do comportamento, por intermédio destas normas criam e implementam as políticas públicas de saúde mental no Brasil. Porém, a partir desse momento, o poder psiquiátrico passa a se exercer juntamente com o poder do Estado. (MUSSE, 2006)

Parte III - Da Municipalização da Saúde



Não estamos nem nas arquibancadas nem nos palco, mas na máquina panóptica, investida por seus efeitos de poder, que nós mesmos renovamos, pois somos as suas engrenagens.

Michel Foucault, 2009.

Conceitualmente podemos entender as políticas públicas como sendo conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado de forma direta ou indireta, com participação de instituições públicas e/ou privadas, objetivando garantir determinado direito de cidadania, isto por que, “as políticas públicas são os meios necessários para a efetivação dos direitos fundamentais, uma vez que pouco vale o mero reconhecimento formal de direitos se ele não vem acompanhado de instrumentos para efetivá-los” (FREIRE apud OLIVEIRA et al, s/d, p.4). Essa efetivação pode ser de forma geral, para a população como um todo ou de maneira mais específica focando em determinado público. Por esta perspectiva, as políticas públicas correspondem a direitos que são assegurados constitucionalmente ou a busca de novos direitos. Contudo é necessário uma ampliação dessa perspectiva e pensar a relação que se estabelecem entre sociedade civil e Estado no que concerne a formação e existência das políticas públicas.

‘Políticas públicas’ são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as ‘não-ações’, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos. (TEIXEIRA, 2002, p.2)

As políticas públicas se estruturam a partir de demandas e propostas que emergem da sociedade, esta pode participar na formulação, no acompanhamento e na avaliação de tais políticas. Na Saúde, a sociedade participa mediante os Conselhos em nível municipal, estadual e nacional e nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais.

É preciso entender as políticas públicas como processo, já que está imersa em relações de poder

As políticas públicas são um processo dinâmico, com negociações, pressões, mobilizações, alianças ou coalizões de interesses. Compreende a formação de uma agenda que pode refletir ou não os interesses dos setores majoritários da população, a depender do grau de mobilização da sociedade civil para se fazer ouvir e do grau de institucionalização de mecanismos que viabilizem sua participação. (Ibidem, p.5)

Ainda no século XX, países como Inglaterra, França e Itália começam a (re)pensar o poder-saber da psiquiatria. No Brasil a Reforma Psiquiátrica é apreendida em dois momentos, primeiro a crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978-1991), portanto, eclode em 1978 o movimento de Luta Antimanicomial que apresentou como metas “o fechamento dos manicômios do país e a promoção de uma cultura de tratamento, de convivência e de tolerância, no seio da Sociedade, para as pessoas em sofrimento psíquico” (CUNHA, MACIEL, 2008, s/p.). O segundo momento da Reforma acontece com a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2002). Consolida, neste período histórico, o sujeito de direitos. Onde as políticas públicas de saúde mental são entendidas como garantias de acesso a saúde, de forma que, suas práticas são voltadas para promoção da saúde mental e não mais para o isolamento da doença, da mesma maneira, o doente mental passa a ser denominado usuário dos serviços de saúde mental.

Vitória da Conquista passa a estruturar um sistema municipal de saúde em 1998 quando alcançou habilitação para gestão plena da Atenção Básica, e buscou iniciar a implantação de alguns serviços da rede especializada, tendo em 1999 a gestão plena do Sistema de Saúde as ações se voltaram para organização da rede, ampliação do acesso e garantia da referência ao serviço especializado, tendo a Atenção Básica como a principal porta de entrada. De fato, Vitória da Conquista conseguiu uma ampliação do número de serviços ao longo dos anos, porém como iremos perceber na Parte IV do texto é que embora existam serviços para compor a rede ela não tem conseguido manter uma boa organização e comunicação. Temos a implantação em julho de 2000 do Centro de Estudos e Atenção às Dependências Químicas que mais tarde se tornaria o CAPS AD, que registrou em 2001, 300 acolhimentos. Já a rede básica de saúde em 2001 era composta por 6 (seis) unidades tradicionais e 20 (vinte) unidades de saúde da família. O CAPS II foi implantado em 2002 contribuindo para reorientação do modelo assistencial em saúde mental.¹⁸

A constituição dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS ocorre através de uma nova forma de entender e tratar o portador de transtorno mental dentro das políticas públicas de saúde, onde ocorre a transição do modelo “hospitalocêntrico”, para um modelo direcionado para a assistência a partir de cuidados no âmbito extra-hospitalar, como também a redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos. Contudo os

¹⁸ Informações retiradas do material “Governo participativo: o ser humano em primeiro lugar 1997-2002” produzido governo municipal e disponibilizado pelo Arquivo municipal de Vitória da Conquista.

serviços substitutivos também são atravessados pelo biopoder, já que se constituem dentro de uma normatização do serviço e do tratamento, existe uma concentração de determinado público e tendo como uma das bases de sustentação a reinserção/adequação desses sujeitos a sociedade. Aqui há a tentativa de se romper com a lógica de normalização, busca-se cuidado ao invés de controle.

Nesta nova configuração os CAPS são os instrumentos centrais na proposta de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. A sua regulamentação foi realizada em 2002 a partir da Portaria 336/GM que discorre sobre o papel estratégico destes serviços nesta nova organização e define os tipos diversos de CAPS, que se caracterizam conforme os níveis de complexidade, de acordo com o tamanho da população dos municípios assistidos e as modalidades de atendimento geral.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. (BRASIL, 2005, p. 27)

A Portaria do Ministério da Saúde de nº 336-02 regulamenta a implantação e o funcionamento dos CAPS, é uma estruturação e padronização dos serviços, assim, descreve mais uma prática burocrática-administrativa do que prática de cuidado, que tem como parâmetro dois documentos, a Lei 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001.

O CAPS II se constitui como um serviço de atenção psicossocial para atendimento de portadores de transtornos mentais – adultos de ambos os sexos – com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Já o CAPSad se configura como um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPAs,

com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000.

Suas características são: a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; e) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; f) funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas e apenas para o CAPSad g) manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

A assistência prestada no CAPS II e ad correspondem a atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas¹⁹ executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do sujeito em sofrimento psíquico na comunidade e sua inserção familiar e social, os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias e apenas para o CAPSad atendimento de desintoxicação.

A equipe técnica mínima deve ser composta por um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Devido a sua especificidade o CAPSad

¹⁹ Em anexo as oficinas e grupos terapêuticos promovidos pelos CAPS II e ad de Vitória da Conquista.

conta também com um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas.

Como tem ocorrido a construção desse novo paradigma em Vitória da Conquista? E como isso atravessa o corpo dos sujeitos inseridos nessa política?

Vitória da Conquista é uma cidade do interior da Bahia, com uma população em torno de trezentos e quarenta e seis mil habitantes (IBGE, 2014), localizada na região Centro-Sul a aproximadamente, quinhentos quilômetros de Salvador. A economia conquistense está vinculada a pecuária e mais diretamente ao comércio, principalmente o varejista, ganhando assim, destaque no cenário econômico regional.

No setor Saúde, Vitória da Conquista é um polo regional de prestação de serviços que atualmente exerce uma influência em uma área territorial e populacional que abarca cerca de 1 milhão de habitantes (cerca de 80 município de pequeno e médio porte das regiões circunvizinhas). (TEIXEIRA, SOLLA, 2006, p. 175)

Abaixo, no processo metodológico, tornou-se possível ver como algumas das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, como reunião de equipe, assembleias, etc. ocorrem a nível regional.

Quando iniciei a pesquisa de campo fui cheia de expectativas de visualizar as coisas que tinha estudado e pensado para o campo, porém fui surpreendida com a mobilidade deste campo, o CAPS que eu deixei quando fui para Aracaju, não era o mesmo que encontrei quando voltei a Vitória da Conquista. O CAPS estava se reestruturando e eu precisei, após ter percebido (talvez um pouco tarde), também me repensar dentro daquele processo. Com as práticas sendo repensadas e reestruturadas no cotidiano, tornou-se difícil acompanhá-las, já que não conseguia estar presente em todas as atividades ou em todos os dias da semana no serviço. Todo o processo se mostrou de forma muito vivo e rápido, nesse sentido, escrevo sobre momentos que conseguir vivenciar.

Sobre o processo metodológico a coleta de dados ocorreu por meio de observação e entrevista. Participei de 12 reuniões de equipe, sendo 7 (sete) no CAPS II e 5 (cinco) no CAPS AD. As reuniões ocorrem semanalmente toda quarta-feira, geralmente tem duração de quatro horas, mas no CAPS II as reuniões já chegaram a durar de 8 a 9 horas. Nas reuniões todos os profissionais participam, exceto auxiliar

administrativo, serviços gerais e seguranças por estarem realizando outras atividades durante a reunião, já que o serviço permanece aberto para informações e situações emergenciais, e médicos que participam de forma esporádica.

Nas reuniões são dados informes, divididas as atividades, como por exemplo, os profissionais que realizarão determinada visita domiciliar ou que farão determinada palestra solicitada por escolas do município, além de haver discussão dos casos em andamento, do processo de admissão e da alta, bem como é realizado o registro em ata por um profissional diferente em cada reunião.

As reuniões têm dinâmicas diferentes em cada serviço, com base nestes 12 encontros que pude observar. No CAPS AD faziam menos uso das discussões de caso e relatavam menos os acolhimentos e admissões, geralmente eram realizadas comunicações ao restante da equipe sobre os novos usuários, e o tempo era para dar encaminhamentos as solicitações de outras instituições, como encaminhar relatório sobre atendimento ou decidir quando seriam e quem realizaria as atividades extra muros (palestras, atividades em bairros, eventos em dias comemorativos, etc.), as reuniões se faziam assim mais burocrática do que de construção de práticas.

Antes das reuniões começarem os profissionais comentavam sobre os atrasos para iniciá-la, sobre a baixa produtividade e resolutividade dessa atividade, e a sensação era de perda de tempo. Dessa forma as reuniões não eram vistas como um momento importante ou necessário.

No CAPS II embora considerada cansativa e desgastante pelos profissionais as reuniões são vistas como momentos importantes para se pensar as práticas dentro do serviço, tendo uma utilização maior do espaço em equipe para discutir casos e planejar intervenções, discutindo acolhimento, admissão, alta e a necessidade de refazer o projeto terapêutico. Aqui me parece que há uma dissolução maior da responsabilidade de forma individualizada do profissional e passa a ser um processo coletivo.

As minhas participações nas reuniões ocorreram apenas por meio da observação, não tive muita fala, principalmente por não ser membro da equipe não me senti à vontade para participar do processo de produção e decisão. Não houve constrangimento por conta da minha presença, os assuntos mais básicos aos mais delicados eram discutidos independente de eu estar ali.

Particpei de 2 (duas) assembleias de usuários, uma no CAPS ad e uma no CAPS II. As assembleias ocorrem geralmente de forma quinzenal ou quando um assunto precisa ser discutido, os usuários são avisados com antecedência de forma verbal e escrita, o dia, horário e assunto da assembleia. As duas assembleias que pude observar foram discussões de assuntos mais práticos, como por exemplo, quais alimentos que vão ter em determinada comemoração, se determinado evento vai ocorrer na parte interna ou externa do serviço, se havia resposta sobre a solicitação de um quebra-mola próximo ao CAPS AD, ou ainda usado como um momento para apresentar aos usuários oficinas novas.

As assembleias são dirigidas por um ou mais profissionais, a participação tanto dos usuários como dos familiares é livre, e todos tem direito a fala, se os usuários têm opiniões diferentes sobre como as decisões seriam tomadas, há uma discussão sobre o assunto.

Pude participar também de 3 (três) momentos desenvolvidos pela RAPS, sendo 2 (duas) reuniões e 1 (uma) capacitação. As reuniões são realizadas com um ou dois representantes de cada serviço, geralmente serviços de saúde, mas na segunda reunião havia profissionais de políticas da assistência social também, ela ocorre uma vez ao mês. Já na capacitação participam todos os profissionais que compõem os serviços de saúde mental, a capacitação faz parte do projeto *percursos narrativos da RAPS* e eu discorro um pouco mais sobre ele na Parte IV do texto. Ambos são encontros para pensar a política de saúde e saúde mental (mais especificamente), são espaços que não são apenas abertos ao diálogo, mas espaços que se sustentam por meio da troca entre os profissionais, é preciso que exista a conversa, a troca de experiências, os questionamentos, se não estes lugares se esvaziam de sentido, já que eles têm o objetivo desenvolver ações para ampliação do acesso a atenção psicossocial, bem como garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde de forma territorializada.

A coordenação de saúde mental em Vitória da Conquista tem a proposta de ampliar a RAPS e possibilitar que estes pontos sejam pensados não apenas pelos CAPS, mas também por outros serviços da saúde e da assistência. Contudo, uma das dificuldades encontrada foi a adesão de profissionais que não trabalham diretamente com saúde mental.

Estive presente, como ouvinte, no evento Semana da Luta Antimanicomial em 2014 com tema “Reabilitação psicossocial: liberdade ou prisão?” promovido pelo CAPS II, pelo Conselho Regional de Psicologia e pela Associação de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental – SEM CID, em parceria com a UFBA. Houve palestras sobre as violências sofridas por pessoas com sofrimento psíquico ao longo dos anos, sobre medicalização e a rotulação do diferente, além de exibição de vídeo produzido pelos usuários do CAPS II e leitura de poemas.

Os poemas que não estavam na programação foram utilizados durante as palestras como forma de protesto pelos usuários, que no momento aberto a discussão trouxeram questionamentos sobre a instituição CAPS no que se refere a funcionalidade, discurso salvacionista, a incapacidade de abarcar questões sobre orientação sexual (transexualidade), além de questionar a comemoração do 18 de maio como eventos onde alguns profissionais vão por obrigatoriedade e muitos estudantes vão em busca de certificado.

Além destes encontros, foram realizadas 16 (dezesseis) entrevistas, sendo 8 (oito) no CAPS II e 8 (oito) no CAPS AD. Das oito entrevistas, 4 (quatro) foram realizadas com a equipe e 4 (quatro) com os usuários, por fim, houve mais uma subdivisão, dos 4 (quatro) entrevistados 2 (dois) eram da equipe nova e 2 (dois) eram da equipe antiga. As entrevistas tiveram uma media de 50 minutos, foram gravadas e feitas anotações em diário de campo, realizadas no próprio espaço do CAPS. Ou seja, no CAPS II foram realizadas 2 (duas) entrevistas com profissionais da equipe antiga, 2 (duas) entrevistas com profissionais da equipe nova (um com experiência em saúde mental e outro não), 4 (quatro) entrevistas com usuários sendo 3 (três) do sexo feminino e 1 (um) do sexo masculino, todos frequentavam o serviço a mais de 5 anos. Já no CAPS AD foram realizadas 2 (duas) entrevistas com profissionais da equipe antiga, 2 (duas) entrevistas com profissionais da equipe nova (um com experiência em saúde mental e outro não), 4 (quatro) entrevistas com usuários sendo 1 (um) do sexo feminino e 3 (três) do sexo masculino, todos frequentavam o serviço a mais de 5 anos.²⁰

²⁰ Não serão mencionadas áreas e tempos exatos de atuação dos profissionais nos serviços, bem como sexo, para que seja mantido o sigilo sobre as suas identificações. Porém, é possível dizer que foram entrevistados profissionais de nível médio e superior, alguns no serviço desde a fundação e outros com mais ou menos 6 (seis) meses de atuação (equipe nova).

O critério de escolha dos participantes se deu por meio da disponibilidade em participar da entrevista, ser maior de 18 anos²¹, independente do sexo e de escolaridade. Os convites foram feitos diretamente aos profissionais e aos usuários, exceto em três casos em que o convite foi feito primeiramente pelo técnico de referencia e só depois por mim, devido aos usuários momentos antes da entrevista estarem em oficina ou atendimento com tal profissional. Dos 16 (dezesseis) entrevistados, 14 (catorze) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que encontra-se em anexo. Embora 2 (dois) participantes não tenham assinado o termo, 1 (um) por não ser alfabetizado e outro por desconfiança, eles confirmaram a participação na pesquisa e a autorização para uso dos dados de forma verbal. A desconfiança estava atrelada a uma ideia equivocada sobre o objetivo da pesquisa, isto será relatado abaixo.

O diário de campo foi utilizado durante toda a pesquisa, para registrar dados, sentimentos, sensações, apontamento sobre atividades e material teórico, mas no momento das entrevistas ele se mostrou fundamental como outro espaço para registro daquilo que o gravador não deu conta. Os olhares, os movimentos, as solicitações de pausa do gravador – coisas a se dizer que não poderiam ser gravadas - e a sensação de constrangimento de alguns entrevistados. Algumas entrevistas foram diálogos interessantes, momentos de descobertas e questionamentos para ambos (entrevistador e entrevistado), a relação se estabeleceu sem hierarquização, sem rigidez, sem medos, mas, houve também as entrevistas que não foi possível o mesmo nível de interação, parece que o roteiro de entrevista ficou menos flexível e menos livre. Algumas pessoas mesmo aceitando participar da pesquisa acabaram não se sentindo à vontade quando ela aconteceu, isto porque, com o processo de reestruturação do serviços, muitos Projetos Terapêuticos estavam sendo revistos, dependendo do caso o usuário continuaria com as atividades no CAPS ou seria encaminhado para outro serviço da rede, mesmo explicando sobre a pesquisa antes de convidar o participante, 2 (duas) usuárias ao serem solicitadas a conversar sobre suas vivências no serviço atrelaram o questionamento a este processo, mesmo sendo explicado que o objetivo da entrevista não tinha nenhuma relação com a possibilidade de permanência ou alta e que o sigilo seria mantido, ainda assim, as entrevistas ficaram limitas devido ao receio sentido. Dessa maneira, também foi desconfortável para mim, na medida em que não tinha previsto esta possibilidade, este tipo de vinculação, já que vinha frequentando o serviço há algum tempo e havia

²¹ O CAPS AD está atendendo usuário com 17 anos.

explicado a proposta. Contudo, levando em consideração as demais entrevistas considero que este não foi um traço dominante no processo.

Além das atividades acima participei de alguns grupos e oficinas tanto no CAPS II como no CAPS AD (de forma esporádica), mas vou falar de uma oficina em específico, da qual participei em 3 (três) encontros e faço uso do material produzido nela. As pinturas utilizadas no decorrer do texto são recortes dos quadros (em anexo) realizados por usuários na oficina de desenho e pintura, desenvolvida no CAPS II e promovida pelo artista plástico Romeu Ferreira, desde 2002. A oficina, que faz uso da arteterapia, trabalha com a perspectiva de pensar a pintura como expressão de subjetividade.

A oficina acontece 2 (duas) vezes por semana e possui em média 15 (quinze) participantes, os mesmos são livres no processo de criação, não tem um desenho ou pintura que devem fazer, eles escolhem o que desejam pintar e a partir disso recebem orientações sobre técnicas de pintura, é respeitado o tempo do usuário e o seu processo de produção. As pinturas permanecem no CAPS e são expostas em todos os cômodos do serviço desde a recepção até sala de coordenação e também em alguns eventos promovidos pela instituição.

Esta oficina tem se constituído ao longo desses aproximadamente 13 anos um importante dispositivo dentro do CAPS para expressão, ressignificação, socialização de vivências. Quando há eventos promovidos pelo CAPS ou a instituição é convidada a participar de um evento de outro serviço, os quadros são expostos, e um ou mais profissionais são responsáveis por explicar para o público sobre os quadros, sobre a oficina e sobre o CAPS, geralmente os usuários também se disponibilizam para participarem desse processo.

Eu, uma vez marcado, torna-se cidadão, habitante, cultivado, sim, cultivado, lavrado: eu tenho uma valeta traçada no meu corpo que repete a sua chaga a lei, a fórmula inexorável: “tu deves”. Passei pela máquina cultural, horripilante trituradora

*de singularidades. Estou marcado como todos os outros, e se carrego uma marca a mais, ela é apenas o traço de minha rebelião.*²²

²² Antonin Artaud, 1979.

Parte IV - Da construção de corpos



Tudo é corpo, e nada mais; a alma é apenas nome de qualquer coisa do corpo.

Friedrich Nietzsche, 1883.

O que seria ela sem o CAPS? [...]

*O que seria o CAPS sem ela?*²³

Pele, vísceras, secreções, desejo, pensamento, transgressão, sensação e movimento... O corpo não é algo natural que existe em determinado território, o corpo é em si território, é para Foucault (1996, p.22) “superfície de inscrição dos acontecimentos”. Os corpos – múltiplos e diversos – não existem no *a priori*, eles, assim como o discurso, o saber, a subjetividade... e portanto a vida, também são invenções. A naturalização do corpo ocorre assim como a naturalização das verdades, o corpo não é algo pronto, finalizado em si, pelo contrário, o corpo é, antes de tudo, um fazer-se corpo. Corpo, pela possibilidade de incorporação.

O discurso produz práticas subjetivas e objetivas (modos de subjetivação) que produzem sujeitos e portanto corpos, de maneira que a produção de subjetividade pode ser entendida como processo que produz diferenciação dos corpos. Não há como desvincular subjetividade de corpo, e nesse sentido, é inviável pensar o corpo fora das relações de poder, pois “o corpo está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder operam sobre ele de forma imediata; investem-no, marcam-no, dirigem-no, supliciam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimonia, exigem-no signos”. (FOUCAULT, 2009, p. 32)

Uma tentativa de entender e localizar o corpo para além do registro biológico. Não que essas dimensões – orgânica, psicossocial e política – possam ser divididas, fragmentadas, separadas, colocadas em campos opostos. A polarização não nós serve, pois aqui nós não habitamos o nosso corpo, nós não estamos dentro de um frasco chamado de corpo, nós somos o nosso corpo! Os corpos que são emaranhados de questões discursivas atreladas a conjunturas biopsicossocial, econômicas e políticas.

O corpo: superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto que a linguagem os marca e as idéias os dissolvem), lugar de dissociação do Eu (que supõe a quimera de uma unidade substancial), volume em perpétua pulverização. A genealogia, como análise da proveniência, está portanto no

²³ Questionamento de dois profissionais sobre a adesão de uma pessoa ao serviço (Diário de campo 27.08.2014).

ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo (FOUCAULT apud GONÇALVES, 2011, p. 12).

Foucault evidencia o corpo como não sendo sinônimo de organismo. É um corpo das relações. Pensar o corpo para além de um organismo é pensar o corpo em possibilidade de adaptação ou criação do próprio corpo e, portanto, a subjetividade acontece no corpo, nas relações que se estabelecem no corpo de cada sujeito. Reafirmando que sujeito é corpo e, por conseguinte, o processo de produção de subjetividade acontece em um corpo historicamente elaborado. Corpo este que é constituído pela relação com as coisas durante sua existência.

Do que foi dito e visto até o momento, é oportuno apontar algumas possibilidades de análise para a produção do corpo nos Centros de Atenção Psicossocial. No entanto, faz-se importante dizer que o corpo considerado como unidade discursiva não é apenas o corpo que fala, que trabalha, que estuda, é preciso entendê-lo para além de um corpo com funções biológicas e que exerce práticas sócio-históricas do cotidiano, é preciso evidenciar a sua existência histórica, o status material, o saber produzido sobre ele, o lugar e data no qual esse corpo se insere, situar os limites que fazem com que ele emergja em determinado momento e lugar. Desta forma, “poderemos compreendê-lo não somente como uma simples prática corporal e objetivante, mas como prática discursiva” (MILANEZ, 2009, p. 215). Portanto o corpo como produção e expressão de narrativas.

1. O CORPO-POLÍTICA

Primeiro localizei a política pública enquanto dispositivo que incide sobre os corpos, agora vou falar da política enquanto corpo. A política pode ser entendida como corpo, na medida que, entendemos que corpo não é só orgânico, mas que “o corpo é o campo (porque as forças atravessam e constituem a realidade corpórea, não há força sem corpo) de forças múltiplas, convergentes e contraditórias, e o próprio lugar da sedimentação de seus combates” (SILVEIRA, FURLAN, 2003, p. 174), portanto, uma imagem, um objeto, uma ideia podem ser compreendidos como corpos, visto que não há

separação entre corpo e pensamento, há coexistência de corpo e poder, além de produção recíproca entre corpo e modos de subjetivação.

Entendemos a produção de saúde como produção de modos de subjetivação, de forma que, a relação da política pública de saúde mental com a verdade, orienta a subjetivação em torno de uma forma de poder-saber que instaura procedimentos voltados para que os sujeitos pronunciem verdades acerca da saúde mental e exerçam práticas em nome delas. O corpo-política vai ser um corpo que produz conhecimento sobre os serviços substitutivos de saúde mental e que corrobora na construção, reconstrução ou desconstrução do corpo-especialista e do corpo-usuário.

*Estamos entre o ontem e o amanhã, entre o minuto passado e o minuto seguinte, entre o ponto de partida e o ponto de chegada (que sempre se modificam). Estamos no presente, no agora, em uma imensidão de coisas, de pessoas, de afetos, de protocolos... de crise. Lugar definido, mas que encontra a indefinição para repensar os fazeres... um lugar que se reestrutura aos gritos, a reivindicações, a esperança, a frustrações, a incômodos, a intrigas, a acordos, ... e há mais coisas que emergem nas relações diárias que não consigo descrever, mas vão além de coisas burocráticas, de especialidades, de formalidades... coisas que reverberam e produzem outras coisas.*²⁴

Depois dos processos burocráticos-institucionais, meu primeiro encontro no campo foi nas reuniões de equipe, onde fui apresentada aos profissionais e solicitada a falar um pouco sobre a pesquisa, continuei um tempo acompanhando apenas as reuniões, que como apontei anteriormente são encontros que acontecem de forma semanal e servem como espaço para discussão de casos e para pensar a reestruturação dos serviços, seja percorrendo sobre novos caminhos ou reafirmando caminhos antigos, como por exemplo, processo de admissão e alta, qual o papel do CAPS e das atividades desenvolvidas nele, só depois de algum tempo comecei a participar das outras atividades do serviço. Quando iniciei a pesquisa o campo se mostrou confuso, foi difícil acompanhar a lógica de funcionamento, até entender que, naquele momento, o funcionamento ocorria por meio da crise do serviço. A crise enquanto período de desordem, foi a ruptura encontrada para produção de novos modos de subjetivação.

²⁴ Diário de campo 08/10/2014.

Em campo foi possível encontrar alguns dos discursos que sustentam as práticas atualmente, um deles é a localização do serviço enquanto instituição de saúde, reafirmação de que é um dispositivo de cuidado em saúde. No CAPS II este discurso regulamenta e legitima a inserção dos sujeitos no serviço, sempre que uma nova demanda é apresentada o primeiro questionamento é “mas, isso é caso para CAPS?” ou “não somos um centro de convivência, é um serviço voltado para saúde mental”, é como se eles se perguntassem, o que nós podemos fazer por essa pessoa? Ou ainda: nós temos que fazer alguma coisa por essa pessoa já que ela não nos diz respeito? Este discurso surge da necessidade da equipe em diminuir a demanda do serviço, encaminhando os casos que forem possíveis para a rede ambulatorial, contudo mesmo definindo os contornos de atuação do CAPS, temos uma rede que é pouco comunicativa e pouco efetiva.

No CAPSad este discurso se direciona mais a demandas da sociedade em geral, é como se eles sempre precisassem lembrar a sociedade que eles não prendem, julgam ou condenam o usuário de SPAs, “somos um serviço em saúde, não fazemos o papel da polícia” ou “a gente precisa cercar as possibilidades de cuidado”²⁵, neste caso, é possível pensar na atualização tanto do estigma de periculosidade, como a dificuldade de não encarceramento da loucura.

Sobre os novos modos de subjetivação, se a produção de saber ocorre por meio do corte e nesse sentido Foucault (2007, p.28) coloca que o saber “não é feito para compreender, ele é feito para cortar”, essa des_ordem foi o instrumento utilizado para cortar os discursos e práticas até então não questionados, e percebendo a possibilidade de movimento no processo, e portanto de mudança, alguém diz: “acho que a gente pode aproveitar esse momento de crise”²⁶, aproveitar esse momento em que todas as questões econômicas-políticas-institucionais que estão em evidência e nos refazer diante de tudo isso que está posto “como a gente fazia antes e quer evitar agora”²⁷. Pensar uma nova constituição de práticas, de sujeitos, de lugares, de aliados, de documentos... uma nova constituição dos corpos inseridos no serviço.

²⁵ Todas as citações colocadas neste parágrafo são falas dos profissionais em reunião de equipe. (Diário de campo, agosto de 2014)

²⁶ Fala de uma profissional em reunião de equipe dia 08/10/2014 quando alguns problemas estavam sendo levantados.

²⁷ Reunião de equipe no dia 01/10/14.

A crise se estrutura em três eixos, sendo um deles o econômico, tanto no que se refere a falta de recursos para adquirir material de trabalho como nos baixos salários recebidos pelos profissionais, e acaba sendo uma das primeiras coisas visualizadas pela equipe, já que “muitas coisas foram cortadas, então a gente vai iniciar o serviço sem alguns materiais”²⁸. O eixo institucional evidencia práticas que eram de uma lógica anterior a reforma psiquiátrica, por exemplo, o usuário é acolhido no serviço e por vários motivos “vai ficando aqui por esquecimento”, de uma lógica de estruturação do serviços da rede que não conseguem suprir a demanda, então o CAPS acaba assumindo o papel de ambulatório, de centro de convivência, de central de marcação e perde, em alguma medida, o caráter de lugar de passagem e passa a ser um lugar de permanência, já que o caráter transitório acaba sendo substituído, algo que tem sido questionado pela equipe como colocado acima. Por fim, o terceiro eixo é central e interfere diretamente nos outros dois, é o eixo político, no sentido de uma atuação de governo, porque como coloca um dos profissionais “chega um ponto que o posicionamento político se aproxima do cuidado”²⁹, essa aproximação se dá não apenas pela limitação na atuação, mas também na construção discursiva sobre o cuidado. Outro profissional coloca que se não há “vontade política” o trabalho não caminha, para ele “precisa, muitas vezes, de uma coisa chamada vontade política, se não tem essa vontade política nada acontece”³⁰.

Com esse momento de reestruturação da rede de atenção psicossocial emerge um novo discurso, que não se fazia presente anteriormente, o de que “o CAPS é um modelo experimental”, este discurso leva a dois caminhos coexistentes, o primeiro é que este passa a ser o momento de reconstrução do trabalho, de repensar os fazeres e reestruturar o serviço, contudo este passa a ser também o momento de rever o lugar ocupado pelo profissional dentro da política de saúde mental, a partir daí explodem diversas questões trabalhistas³¹. Em vários momentos foi possível ver e ouvir que os profissionais se sentem desvalorizados, desassistidos, que são pessoas que estão promovendo cuidado, mas não estão sendo cuidadas, “a saúde mental é o primo pobre da saúde”. A desvalorização dos profissionais de saúde mental passa pela desvalorização do próprio público que eles atendem, é um trabalho pelo qual a sociedade não que pagar e que nem sempre dá visibilidade política (partidária).

²⁸ Reunião de equipe no dia 01/10/14.

²⁹ Reunião de equipe no dia 01/10/14.

³⁰ Entrevista.

³¹ Idem. (Diário de campo 20.08.14)

Embora haja um número relativo de profissionais, em ambos os serviços, não há estruturação física para comportar o número de técnicos e usuários, foi preciso delimitar horário de atendimento por sala disponível, já que a quantidade de espaços livres é menor do que a demanda apresentada. O horário de funcionamento é das 7horas às 12horas e das 13horas às 18horas, com média de 562 atendimentos por mês. Ressaltando que os profissionais das áreas de Educação Física e Nutrição dividem a carga horária de 40 horas entre os 3 (três) CAPS (II, ad e IA).

Para Foucault, o conceito de saber se diferencia do conceito de conhecimento, já que o primeiro indica o processo pelo qual o sujeito do conhecimento se modifica durante a própria atividade de conhecer, contudo o conhecimento sugere a construção de um processo de racionalização, identificação e classificação que incidem diretamente nos discursos sobre as coisas, visto que “o conhecimento não é instintivo, é contra-instintivo, assim como ele não é natural, é contra-natural” (FOUCAULT, 2002, p. 17)

A política pública de saúde mental se sustenta pelos dois vieses, tanto o do conhecimento como do saber, então, como diferenciar o que é conhecimento e o que é produção de saber? Como a vontade de verdade constrói o espaço do CAPS? A proposta dos profissionais que permaneceram da equipe anterior juntamente com a equipe nova foi entender o que eles tinham construído até aquele momento, o que era possível manter e o que era preciso ser repensado, partindo disso, um(a) profissional coloca em reunião da rede que “a gente vai ter que voltar alguns passos do que a gente tinha avançado”³², para conseguir articular de forma mais efetiva o vínculo entre as instituições da rede.

Como vimos mais acima, os serviços substitutivos de atenção especializada surgem com uma nova proposta, como uma mudança de paradigma, para substituir os velhos moldes, eles nascem dentro do movimento da luta antimanicomial e cortam o conhecimento medico-jurídico, conseguindo assim, produzirem um novo saber sobre o portador de sofrimento psíquico. Contudo, houve uma cristalização, uma naturalização desse saber, a partir do momento em que o CAPS passa a ser compreendido como o único lugar capaz de inserir ou reinserir estes sujeitos na sociedade, onde “os usuários viram usuários do CAPS, eles não acessam muito a UBS”³³ ou outros serviços de saúde. O CAPS passa então a ser o único qualificado/especializado em promover espaços para

³² Reunião da RAPS no dia 18/09/14.

³³ Fala colocada por profissional em um encontro de capacitação no dia 22/08/14.

produção de cuidado e autonomia, visto que, “isso da saúde geral se afastar da saúde mental, acontece em todas as áreas [...], em todos os níveis”.³⁴

Todo conhecimento é perspectivo, generalizante e particular, simultaneamente. Perspectivo, pois dá-se em uma batalha e pela batalha: todo conhecimento é uma relação estratégica. Generalizante dado que ele esquematiza as coisas, tanto pior sem nenhum fundamento. Particular já que o conhecimento é como que um duelo: luta singular do homem com o objeto que ele quer dominar. (LUIZ, 2010, p.5)

Quando questiono: para você qual a diferença entre “cuidado” e “controle”? Em que momento essas duas palavras se aproximam e em qual elas se afastam (pensando na realidade de um serviço em saúde)? Foi possível perceber que o cuidado é entendido pelos profissionais e usuários como promoção de autonomia, oferta de tratamento e escuta, atenção, amor, permitir que o usuário participe de forma ativa do seu tratamento, já o controle é colocado no lugar da medicalização, diminuição da participação do sujeito no seu próprio processo e contenção mecânica, contudo o cuidado e o controle são vistos, por grande parte dos profissionais entrevistados como parceiros na oferta do tratamento, já que o controle, embora seja uma parte mais técnica “sem emoção”, evita crises. Estes profissionais acreditam ainda que não deve ser um controle policaresco, pois “tem que ser um controle não deixando a pessoa sentir que ele é estar sendo aprisionado, tá sendo dirigido, por que cada pessoa tem suas vontades, tem seus direitos...”³⁵.

O CAPS não é só cuidado como também não é só controle, evidenciamos a coexistência dos dois dispositivos, isso porque

Os dispositivos disciplinares contemporâneos utilizam a vigilância fundada em saberes racionais e normativos. Estes “saberes” sempre visam uma maior eficiência do corpo, mais saúde, bem-estar, longevidade etc. Isso torna a vigilância algo desejado e não desprezado. Esta é uma grande astúcia da sociedade de controle: o poder controlador passa a ser desejado como algo positivo e prazeroso. (BARACUHY, PEREIRA, 2013, p.322)

É característico da biopolítica esta forma de controle, uma vigilância disfarçada e a concentração de sujeitos no mesmo espaço (espaço especializado) afastando muitas

³⁴ Reunião da RAPS no dia 18/09/14.

³⁵ Idem.

vezes as pessoas do seu território, o usuário “ele não se reconhece no território nem no município, ele não reconhece a atenção básica, não reconhece um CRAS, ele não reconhece um grupo de convivência, ele não reconhece nada”, porque o CAPS assumiu até então o papel de grande cuidador dessas pessoas. Porém, com a reorganização dos serviços, emerge a problemática de que o CAPS não pode servir a uma lógica manicomial, agora a perspectiva é de que o CAPS não deve ser um “mini-manicômio”, “como se aqui fosse as muletas da vida, e não é”.³⁶

Nesse sentido, os profissionais junto com gestão e coordenação passam a montar estratégias para que o CAPS não seja um mini depósito de pessoas com transtorno mental, começa a haver uma reestruturação dos documentos, onde a equipe do CAPS II adota um termo de compromisso que tem como objetivo uma participação maior dos familiares no tratamento, buscando uma co-responsabilização entre usuários, familiares e equipe pelo tratamento. Bem como todos os prontuários começam a serem estudados pelos profissionais, as admissões e as altas passam a ser discutidas em equipe, começa a existir atualização dos projetos terapêuticos de forma mais sistêmica, a reformulação dos grupos e oficinas, além de se retomar e repensar a estratégia de matriciamento. No início da pesquisa havia apenas uma equipe pequena para essa atividade de matriciamento, sendo um profissional responsável por essa atividade em cada CAPS, contudo quando eu já estava encerrando minhas atividades em campo, começou a ser estruturada uma nova estratégia que é a formação de mini equipes, onde os próprios profissionais do CAPS assumiriam esse papel de pensar o cuidado no território. Há também a articulação de outro espaço para pensar as práticas em rede que é a reunião da RAPS. Este movimento ocorre pela mudança da equipe, no processo de se apresentar o serviço e as práticas aos novos profissionais foi evidenciada a necessidade de traçar outros caminhos, bem como pela própria política de ampliação dos serviços de saúde mental, que pôs em questão os fazeres na área.

Todos esses pontos mostram uma tentativa do CAPS para sair desse lugar de grande instituição unicamente capaz de prover o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. Ao ler a frase acima surgiu uma sensação de estranhamento, já que os serviços substitutivos surgem justamente para combater essa lógica de encarceramento não só de pessoas, mas da perspectiva de cuidado. Então nenhuma dessas propostas levantadas atualmente parece novidade, pelo menos ao nível acadêmico, já que são coisas

³⁶ Falas retiradas da entrevista semi-estruturada de dois profissionais.

preconizadas desde o início da reforma psiquiátrica, contudo com o passar do tempo o CAPS, por uma série de questões, ocupou e mesmo que de forma parcial a substituição do manicômio, sem internação e muros, mas de alguma maneira promoveu o isolamento dos usuários a um único serviço. Não que o CAPS seja o único responsável por isso, os outros serviços da rede também se articulam na construção desse espaço, ressaltando que não se trata de uma culpabilização dos serviços e das equipes, nem de achar soluções para que isso não aconteça, mas é simplesmente uma tentativa de visualizar a atualização desse acontecimento. O CAPS também é entendido pelos profissionais como espaço de sociabilidade, o usuário recebe alta, mas por ter estabelecido relações de amizade e/ou amorosas com outras pessoas do serviço continuam retornando para visitas. Não é desses usuários que estou falando quando problematizo a permanência no CAPS.

Desde quando eu entrei na faculdade em 2008 ouço falar dos “furos na rede” estamos em 2015 e eles ainda existem e sempre irão existir, porque eles precisam ser diariamente costurados, pois são diariamente reabertos. Já que a vinculação dos serviços de prevenção e promoção em saúde passa pelas práticas enquanto relação.

Nem todos os profissionais sabem como se compõe a rede de saúde mental, existem dificuldades de comunicação entre os serviços e isto gera, com certa frequência, um fluxo invertido ou uma demanda equivocada. Por exemplo, as vezes o sujeito, mesmo fazendo uso de medicação psiquiátrica, precisa apenas de exames clínicos, contudo ele é encaminhado para o serviço especializado de saúde mental, porque esse usuário é considerado usuário da política de saúde mental, o sujeito vai direto para atenção especializada sem ter contato quase nenhum com a atenção básica. A possibilidade de cronificação dos usuários no CAPS passa pelos entraves na rede, pela falta e/ou rotatividade dos profissionais nesses serviços, pela falta de recursos financeiros, pela falta de entendimento do papel e funcionamento do CAPS, entre outros motivos.

Dessa maneira há nas práticas dentro do serviço a noção de autonomia parcial, “a gente não faz nada sozinho” ou “aqui tudo é ofício”, o serviço permeia entre a delimitação da autonomia e exigência por resolutividade dos demais aparelhos do Estado no qual está vinculado (já que na política pública as relações ocorrem de forma hierarquizada) e a resolutividade que de fato é possível ser dada para cada situação.

Embora exista avanços frente a transformação do modelo manicomial para um modelo de base comunitária, ainda encontramos dificuldades e lapsos neste processo, o que Oliveira et. al. (2012) apontam como sendo dificuldades e contradições típicas do momento atual do Sistema Único de Saúde – SUS e do próprio desafio de se construir uma atenção em saúde mental de forma territorializada. Algumas destas dificuldades apontadas por eles encontramos nos CAPS em Vitória da Conquista. Eles apontam para

o fato de que poucos usuários recebem ‘alta’ do serviço, indicativo de que esses dispositivos podem estar criando um novo tipo de cronicidade; atendimento inadequado ao usuário em crise, especialmente, nos finais de semana e à noite, uma vez que a maioria dos serviços encontra-se fechado; poucos Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento para usuários sem vínculos familiares e sociais; grande parte dos serviços não desenvolve projetos de geração de renda e trabalho para o usuário, limitando sua inclusão; pouca intercessão entre saúde mental e rede básica de saúde, especialmente, a ESF; número de profissionais insuficiente e com baixa remuneração; ausência de supervisão clínico-institucional em vários serviços; falta de capacitação de profissionais tanto dos serviços substitutivos quanto da rede básica de saúde; pouca autonomia dos serviços devido à falta de recursos financeiros; medicalização como projeto terapêutico central nos serviços. (Ibidem, p. 75-89)

Nos CAPS em Vitória da Conquista as oficinas tem por objetivo ser terapêuticas, mas em alguns momentos elas extrapolam esta perspectiva e se tornam capacitação para produção de determinado material que pode ou não gerar renda para o usuário. Outro ponto é que por falta de recursos para manter as oficinas a estratégia adotada foi a venda do material feito durante as oficinas, no próprio CAPS ou em eventos, e a renda gerada é revertida na compra de mais material, este ciclo de produção de objetos – venda – compra de materiais é o que tem garantido algumas oficinas dentro dos serviços substitutivos.

Como este dispositivo (política pública) reflete na superfície corporal dos sujeitos, enquanto usuários e profissionais desses serviços?

2. O CORPO-ESPECIALISTA E O CORPO-USUÁRIO

Nesse momento do texto vou traçar linhas que nos ajudem a dar um contorno aos sujeitos inseridos nesses serviços, estas linhas não são rígidas, fixas ou permanentes. Assim como também não são verdades absolutas, eu digo o que vi no momento em que

olhei para eles, se olhasse no momento seguinte não sei se esta escrita seria da mesma forma. A pesquisa não tem a função moral de julgar o CAPS como bom ou ruim, as coisas não são boas ou ruins por natureza, essa perspectiva se dá por meio da experiência, então, o CAPS não é bom ou ruim em si, ele é bom ou ruim em relação as pessoas que fazem uso dele (como local de trabalho ou como serviço de saúde) de acordo as suas vivências. De forma que, podem ser atribuídos diversos juízos de valor a um mesmo objeto, pessoa, lugar, etc. de acordo com a relação estabelecida, de quem a experiência, do lugar que experiencia e como experiencia.

O corpo-equipe mesmo ocupando um espaço (objetivo e subjetivo) diferenciado do corpo-usuário dentro da lógica de funcionamento da política pública, em vários momentos encontra-se sendo atravessado pelos mesmos dispositivos, contudo, como os lugares são diferenciados as formas de subjetivação também o são.

As entrevistas mostraram que existem duas perspectivas em relação ao modo como estes sujeitos veem o CAPS: para os profissionais o trabalho com saúde mental é um trabalho difícil que exige muita energia e estudo, ter que lidar com o sofrimento do outro, a nível biopsicossocial pode ser desgastante e adoecedor para a própria equipe que não tem um suporte de supervisão, psicológico, clínico ou até mesmo financeiro devido a baixa remuneração para ajudá-lo no seu processo de trabalho, além das limitações de atuação profissional; ao mesmo tempo que, o CAPS é um lugar de aprendizado, onde há relações de amizade, onde o trabalho é feito por amor, onde as pessoas se sentem bem trabalhando com saúde mental. Já para os usuários ter que frequentar o CAPS também é difícil, seja pela condição de sofrimento devido ao adoecimento, pelo preconceito que enfrenta de outras instancias sociais por seu usuário do CAPS, por acreditar que o serviço poderia ofertar mais, contudo o CAPS é visto também como a casa, a família, os amigos, que a vida era imensamente pior antes do serviço.

O corpo-equipe é um corpo especialista, atua por meio de um saber-poder atribuído às atividades que desenvolve no serviço, as relações com a gestão de base ocorrem de forma horizontal, contudo com a coordenação ou com os usuários acontecem de maneira verticalizada. Já o corpo-usuário é um corpo adoecido que precisa do corpo especializado, ele tem três vias de entrada para o serviço: por demanda espontânea, por encaminhamento ou por “imposição” da família.

O primeiro contato que o corpo-usuário tem com os serviços é com os profissionais que se encontram na recepção, são passadas algumas informações, de acordo o que é solicitado pelo usuário, e agendado o acolhimento. O trajeto que segue geralmente é: acolhimento, discussão do caso em equipe, admissão ou encaminhamento, no caso de admissão há a realização do Projeto Terapêutico Singular – PTS e por fim a inserção do corpo-usuário nas atividades promovidas pelo serviço. Porém há exceções, quando a demanda é considerada emergencial o profissional que realizou o acolhimento define a admissão sem passar pela discussão em reunião de equipe, informando-os posteriormente.

Temos então duas tecnologias de cuidado que sustentam (ao iniciar e ao finalizar) essa lógica de funcionamento, sendo elas: O acolhimento, que é a atitude de receber, escutar e tratar de forma humanizada o usuário e suas demandas, este dispositivo instrumentaliza procedimentos e ações para orientar o processo de trabalho, visto que, “o acolhimento pode ser definido como uma estratégia para a reorganização do serviço de saúde que garante o acesso universal, a resolutividade e o atendimento humanizado” (COIMBRA, KANTORSKI, 2005, p.57), ele é realizado por um ou dois profissionais, geralmente de áreas de atuação diferentes. E o PTS que é compreendido como uma estratégia organizada por meio de ações articuladas e que são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, tendo como base para definição a singularidade do sujeito, ou seja, ele é realizado em conjunto entre o corpo-equipe e o corpo-usuário e não é um planejamento fixo, o PTS pode mudar de acordo a necessidade identificada por ambos os sujeitos, o projeto define quais especialistas, quais grupos e quais oficinas o corpo-usuário participará. Este é visto pelo Ministério da Saúde “como um conjunto de ações terapêuticas, resultantes de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar. É um instrumento que ultrapassa o paradigma médico, na busca de resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico”. (BRASIL apud BOCCARDO et al, 2011, p.87)

Abaixo foram divididas 4 (quatro) categorias, que dizem respeito as práticas e as implicações no corpo usuário e corpo-equipe, sendo elas: o corpo e as práticas educativas, o corpo e a desobediência, o corpo e a periculosidade e o corpo e o esquecimento.

2.1 O CORPO E AS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Os corpos dentro da política pública em saúde mental são atravessados constantemente por práticas educativas, o corpo-equipe em eterna capacitação, onde o *saber-poder* produz verdades acerca de procedimentos, tecnologias de cuidado e eficácia.

A discussão sobre a educação permanente dos profissionais passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O plano de reordenação política de recursos humanos no SUS preconiza a educação permanente no trabalho visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade. Aponta que esta qualificação se dá frente a ações concretas do mundo do trabalho. (TAVARES, 2006, p.288)

No momento a capacitação dos profissionais tem acontecido por meio do projeto “percursos narrativos da RAPS”, que é promovido pelo Ministério da Saúde em nível nacional através de edital e tem duração de dez meses. O objetivo deste projeto é permitir a troca de experiências entre profissionais, para assim, ampliar as possibilidades de intervenção profissional, por meio da convivência com outras realidades. Segundo o site da prefeitura municipal de Vitória da Conquista a iniciativa tem ainda como proposta a realização de oficinas de atualização. Desta maneira, os profissionais vão em duplas para os Centros de Atenção Psicossocial em São Paulo e quando retornam compartilham a experiência com os demais profissionais, nesse momento é discutido como as práticas e protocolos funcionam lá e como elas poderiam ser pensadas na realidade de regional. Essa tentativa de transposição e/ou adequação se torna difícil devidos as dificuldades já colocadas. Uma das práticas encontrada na realidade dos CAPS em São Paulo que foi sugerida pela coordenação para ser implantada em Vitória da Conquista foi a ambiência, contudo o espaço físico, recursos para estruturação do ambiente e o número de profissionais impossibilitaram.

Quando chego para participar do encontro de capacitação a sala-auditório está cheia. Os profissionais do CAPSII, CAPS AD, CAPS IA e Casa de acolhimento aguardam mais uma apresentação da dupla de profissionais sobre a ida as instituições de saúde mental em São Paulo. Estes encontros são, em alguma medida, *dispositivos disciplinares* por permitirem a manutenção de uma lógica de funcionamento dirigida, direcionada a determinado caminho, específica, com o objetivo de mostrar como o

trabalho em saúde mental é possível ser feito corre-se o risco de se delimitar e padroniza os fazeres. Nesse sentido o corpo-usuário também é inserido no que se deve fazer ou pensar sobre a saúde mental, e torna-se, muitas vezes, “educado” para corresponder a ordem social estabelecida, “enquanto a gente não conseguir educar a população de saúde mental, a gente não vai conseguir colocar [em prática] a reforma psiquiátrica nunca”.³⁷

Dessa forma, vemos mais a reprodução de discursos para a manutenção de uma lógica de funcionamento do que a ruptura deles.

2.2 O CORPO E A DESOBEDIÊNCIA

Mas como sabemos onde há saber-poder há resistência.

Nos CAPS também existe a produção de desobediência, não nos sentidos de “birra” ou “implicância”, mas na perspectiva de que é possível pensar e problematizar os fazeres. Ela fica evidente quando os profissionais discutem sobre os protocolos e práticas adotadas ou quando os usuários põem em questão o papel do CAPS.

Em determinado momento foi colocado aos profissionais a necessidade de um maior registro nos prontuários, além da adesão de mais um protocolo de preenchimento sobre o projeto terapêutico, com o discurso de que esse material facilitaria o trabalho. A partir disto a equipe questionou o engessamento provocado por estes instrumentos, que não poderia haver uma priorização de tempo com o registro em prontuário em detrimento do tempo destinado ao próprio usuário, que os registros não são capazes de dimensionar as vivências dos usuários e da equipe, e que por isso naquele momento, enquanto equipe, eles optaram pela não adesão de mais um protocolo, que pouco ou nada ajudaria na vivência cotidiana do serviço.

No que diz respeito aos usuários também foi possível ver movimentos de questionamento ao discurso instituído. No evento em comemoração ao 18 de maio (em 2014) promovido pelo CAPS II, pelo Conselho Regional de Psicologia e pela Associação de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental – SEM CID, dentro

³⁷ Fala de um profissional, momentos antes da reunião da Rede de Assistência Psicossocial – RAPS, sobre o uso inadequado do medicamento (Diário de campo, 28.08.2014).

do Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA, que é o lugar do saber acadêmico, por em questão a instituição CAPS, o discurso salvacionista da política pública de saúde mental, os lugares destinados ao usuário e ao profissional dentro da política e dentro de eventos promovidos em nome da SM e isso reverberar em uma discussão sobre formação, ética, sobre lugar do usuário dentro da política, o que não era inicialmente uma proposta do evento.

2.3 O CORPO E A PERICULOSIDADE

O discurso em torno da periculosidade tem se mostrado recorrente desde a minha inserção no CAPS AD. O corpo-equipe como um corpo que deve estar em constante vigilância, pois é sempre exposto ao perigo.

Há uma divergência entre os discursos ouvidos durante as observações e os discursos presentes nas entrevistas. No primeiro parece haver um medo por parte dos profissionais recém-chegados, onde agora eles estão trabalhando em um serviço rodeado de perigos, seja um usuário em crise ou um usuário que por um momento de irritabilidade pode fazer ameaças aos profissionais, não que o profissional realmente não possa ser agredido, porém a atmosfera de apreensão parecia maior do que o real perigo. Já em um segundo momento, nas entrevistas, os profissionais não atrelam o perigo ao CAPS, pois para eles os profissionais podem estar em perigo independente do público que ele atenda. Acredito que essa mudança não passa apenas pelo discurso do “politicamente correto”, já que o medo ainda existe, seja no CAPS ou em outros serviços. Dessa forma, o medo se dá primeiro por não saberem lidar com as situações em que eles se sentem vulneráveis, já que alguns profissionais nunca haviam trabalhado com saúde mental e segundo porque eles não se sentem assistidos ou cuidados. Nesse sentido os profissionais colocam que não recebem o adicional de periculosidade e tem dificuldades para marcarem exames na rede de saúde do município, então, “se alguma coisa acontecer como a gente vai fazer?”. O surgimento do discurso onde o serviço passa a ser lugar de periculosidade passa a estar vinculada as questões trabalhistas.

2.4 O CORPO E O ESQUECIMENTO

Este tópico diz diretamente do corpo-usuário que a partir do momento em que são inseridos no serviço acabam permanecem lá, “por esquecimento”. Usuários que estão há cinco, sete, dez anos, transitando entre uma oficina e outra.

Nas reuniões de equipe em que participei sempre nas discussões de caso emergia as preocupações dos profissionais em relação ao papel do CAPS frente a demanda por atendimento. Em diversas ocasiões escutei questionamentos como: “mas isso é caso para CAPS?” ou ainda “o que o CAPS pode fazer por ela?”, as problemáticas colocadas estavam vinculadas a preocupação de se seguir uma forma de funcionamento considerada inadequada que até o momento estava acontecendo, por uma serie de questões, por exemplo, fragilidade da rede de assistência e/ou desconhecimento dos objetivos do CAPS o que tem gerado demandas que não são atendidas no serviço. O que faz com que usuários que tinham como demanda atendimento ambulatorial, passam a ser atendidos no CAPS e ficam atrelados ao serviço por anos, produzindo uma relação de dependência tanto dos usuários com o serviço, mas também do serviço com os usuários, afinal os “enCAPSulados” são vinculados dessa forma ao serviço por ele assumir o papel, físico e político, de lugar destinado a saúde mental.

As pessoas em sofrimento psíquico parecem não sofrerem de doenças orgânicas, pois há uma rejeição dos mesmos em outros serviços de saúde, “os usuários viram usuários do CAPS, eles não acessam muito a UBS”³⁸. Essa prática tem se modificado a partir do momento em que o CAPS começa a ser repensado enquanto serviço, os profissionais tem trabalhado no sentido de fortalecer a rede e refazer o plano terapêutico, para que os usuários não permaneçam no serviço como o único lugar de cuidado.

Em alguns momentos isto era externalizado de diversas maneiras, como “[estão] fazendo do CAPS um centro de convivência, pra quem é atendido no ambulatório do [Hospital psiquiátrico] Afrânio”, “a gente não tem como ofertar o serviço pra todo mundo”, “o acesso não é garantido” ou o objetivo “é preparar ele para viver lá fora”, buscando discutir e repensar a lógica de funcionamento antes adotada, que era abarcar o

³⁸ Fala de um profissional na reunião de capacitação promovida pela Coordenação de Saúde Mental “Percursos Narrativos da RAPS” (Diário de campo, 22.08.2014).

maior número de usuários, já que não havia outro serviço que pudesse prestar o atendimento aquelas pessoas. Porém, de forma coletiva e por meio de problematizações, esse posicionamento foi reestruturado, já que não adianta admitir um grande número de pessoas ao serviço e elas ficarem desassistidas/esquecidas.

Na tentativa de evidenciar o processo de esquecimento produzido, a equipe se mobilizou em rever todos os prontuários, discutir os casos e quando necessário refazer o projeto terapêutico e/ou iniciar o processo de alta, buscando encontrar alternativas para encaminhamentos a serviços mais abertos a comunidade como a rede ambulatorial, e tentando “encontrar estratégias para fortalecer todos os pontos”, no que se refere políticas de saúde, desenvolvimento social e educação. Em uma tentativa de não ser “um manicômio disfarçado”.³⁹

Os usuários que vivenciam esse processo de permanência no CAPS sentem receio de perder este espaço, que para eles é um lugar seguro, um lugar onde são aceitos, um lugar que é considerado como uma “família”. O medo de voltarem a viver de forma ainda mais marginalizada faz com que alguns usuários se apegam ao que eles têm de referência para a promoção de cuidado e de respeito. O que deixa mais uma vez em destaque a falta de serviços substitutivos que descentralize o lugar ocupado pelo CAPS.

³⁹ Diário de campo. Reunião da RAPS 08/2014.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou problematizar os processos de subjetivação que se refletem na forma de pensar e agir dos e sobre os sujeitos inseridos na política pública de saúde mental, tendo como recorte do campo o CAPS II e o CAPS AD em Vitória da Conquista. Para isto, delineamos as relações entre discurso, saber, modos de subjetivação e corpo, sendo que as práticas discursivas produzem sujeitos que se constituem de forma heterogênea, ou seja, “o sujeito como resultado do entrecruzamento de diversos discursos” (COSTA, 2003). O discurso é permeado por relações de poder e produz saberes, formas de subjetivação e corpo. Corpo este que é entendido como construção histórica.

A política pública de saúde mental pode ser pensada enquanto dispositivo biopolítico na medida em que entendemos que a biopolítica é o termo utilizado para indicar a forma na qual o poder tende a se modificar a partir do século XVIII, onde as práticas disciplinares utilizadas anteriormente que pretendiam governar o indivíduo, passam a coexistir com a biopolítica que tem como público alvo o conjunto dos indivíduos, a população. Nesse sentido, a biopolítica é algo que acontece com a política

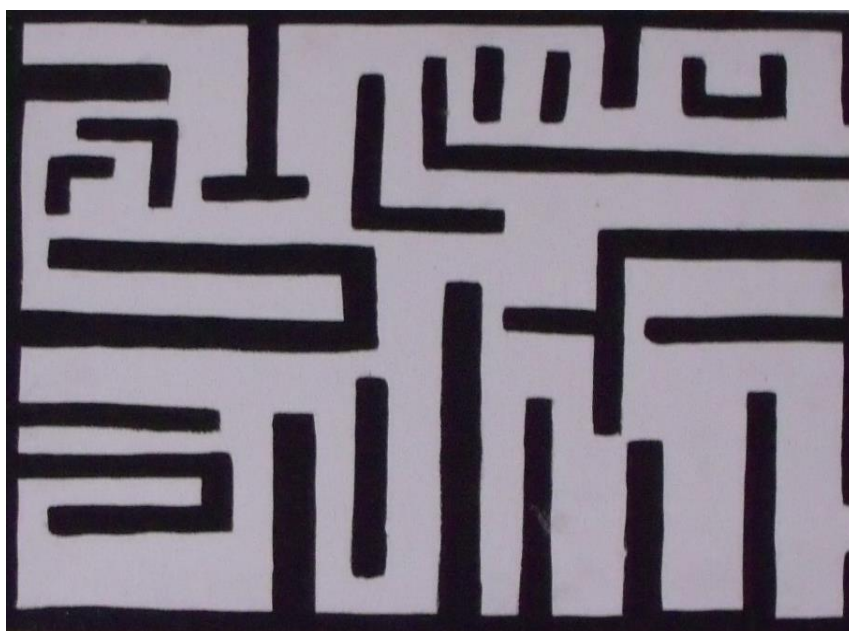
ocidental e significa tornar a atividade política uma ação de governo sobre a vida, não somente do indivíduo, mas da população, dessa maneira permite-se com que não só se controlem os corpos dos sujeitos em cada sociedade, mas também se controle a população, se controla e através desse controle se promove a vida, podemos ver também que é a partir do século XVIII que nascem as políticas públicas, ou seja, o Estado passa, a partir de determinado momento, a ter como tarefa cuidar da saúde, da educação, da segurança dos sujeitos. (FOUCAULT, 2000b; REVEL, 2005).

Considerando que o texto teve como proposta analisar a produção dos discursos que atravessam e constituem o corpo dos sujeitos inseridos nessa política, posso indicar como discursos que atualmente tem sustentado a existência e as práticas desenvolvidas no CAPS II e CAPS AD em Vitória da Conquista, primeiro é a localização destes serviços enquanto instituição de saúde, e isto implica em uma estruturação por meio de diretrizes e normas da política nacional de saúde; Segundo, a perspectiva que reforma psiquiátrica ainda está em construção, as formas de cuidado em saúde mental podem ser repensadas, refeitas todos os dias, o que evidencia que os serviços substitutivos fazem parte de um processo em construção; Terceiro, a tentativa de se evitar a repetição de uma lógica manicomial.

Já no que diz respeito aos discursos que atravessam e constitui o corpo-usuário e o corpo-especialista foi possível visualizar o lugar simbólico ocupado pelo CAPS, as práticas de cuidado e como as 4 (quatro) categorias de análise propostas incidem sobre os sujeitos, sendo elas: o corpo e as práticas educativas, onde a educação permanente é uma tecnologia utilizada para instrumentalizar os corpos acerca de discursos sobre saúde mental, cuidado, etc. O corpo e a desobediência onde vimos as possibilidades de rompimento com algumas práticas, na perspectiva de se construir outros movimentos. O corpo e a periculosidade onde foi problematizado a noção de perigo e a sua vinculação com os serviços de saúde mental, além do corpo e o esquecimento que diz sobre as práticas de cronificação, que estão sendo repensadas pelos serviços.

Para finalizar o texto, chego a conclusão de que a pesquisa me ajudou a compreender a relação entre modos de subjetivação e corpo, a visualizar de forma mais nítida como tem se estruturado a política de saúde mental no município, e que grande parte dos fazeres estão relacionados ao uso que fazemos das *verdades* e das tecnologias de cuidado. E que embora os contornos e formas que damos para as vivências são, em alguma medida confortáveis, é preciso não naturalizá-las, para que continuem ocorrendo

novas possibilidades de existência. Que este processo de movimentação e reestruturação dos CAPS não cesse de se fazer, para que as práticas possam sempre serem repensadas e reinventadas.



REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ARTAUD, A. Para acabar com o Julgamento de Deus. Disponível em: <http://escolanomade.org/images/stories/biblioteca/downloads/artaud-para-acabar-com-o-julgamento-de-deus.pdf> Acesso em: 19 de ago. 2014.

BARACUHY, R.; PEREIRA, T. A. A biopolítica dos corpos na sociedade de controle. Revista dos programas de pós-graduação do instituto de letras da UFF. Niterói, n. 34, p. 317-330, 1. sem. 2013.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BOTH, V. O biopoder e o discurso dos direitos humanos: um estudo a partir de M. Foucault- São Leopoldo: UNISINOS, 2008. Disponível em: < http://www.dominipublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&coobra=117358 > Acesso em: 18 de ago. 2012.

BRANCO, Esther Maria de Sá Castelo. Michel Foucault: saber-poder, método e verdade. Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Piauí. Disponível em: <http://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1222960301174218181901.pdf> Acessado em: 10 mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CAMARGO, S. Um olhar sobre a loucura de Foucault. Científico, ano III, v. I, Salvador jan./jun., 2003. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAANGcAF/olhar-sobre-a-loucura-foucault> > Acesso em: 01 de ago. de 2012.

CARVALHAL, J. P. Maurice Halbwachs e a questão da Memória. Revista Espaço Acadêmico – Nº 56 – Janeiro, 2006. Mensal / Ano V. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/056/56carvalhal.htm>> Acesso em: 12 set. 2012.

COIMBRA, C.; KANTORSKI, L. P. O acolhimento em centro de atenção psicossocial. Revista Enferm. UERJ 2005; 13:57-62. p.57.

CORSINI, L. F. Êxodo Constituinte: multidão, democracia e migrações. Tese. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social/UFRJ: 2007.

COSTA, M. I. L. da. Discurso e relações de poder: uma análise da rotina produtiva do Jornal de Fato. Pau dos Ferros, RN, 2013. Disponível em: http://www.uern.br/controledepaginas/disserta%C3%A7%C3%B5es2013/arquivos/1698dissertacao_de_maria_ivanucia_lopes_da_costa.pdf Acessado em 05 jul 2015.

COURTINE, J. J. Entre la vie et la mort, 1992. In: TERNES, José. Michel Foucault e o nascimento da modernidade. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 7(1-2): 45-52, outubro de 1995.

CUNHA, G. A. de M. e A.; MACIEL, S. C. Saúde Mental - Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs: Campo de Atuação das Políticas Públicas. 2008. Disponível em: < <http://www.webartigos.com/articles/11430/1/saude-mental---luta-antimanicomial-reformapsiquiatrica-e-cersams/pagina1.html> >. Acesso em: 15 de ago. de 2012.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O que é filosofia? Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

EIZIRIK, M. F. Poder, saber e práticas sociais. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 1, pp. 23-29, jan./abr. 2006.

FOUCAULT, M. A Ordem do Discurso – Aula inaugural no College de France. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo. Ed. Loyola: 1996.

_____. A arqueologia do saber. tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, -7ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002.

_____. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. Tradução de Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

_____. Ditos e Escritos. Estratégia, Poder-saber. RJ: Ed. Forense Universitária, 2006.

_____. História da Loucura. São Paulo, EDITORA PERSPECTIVA, 2000a.

_____. História da Sexualidade I: A Vontade de Saber. São Paulo, GRAAL, 1988.

_____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 2000b.

_____. Vigiar e Punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramalhete. 37. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____. Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

GODOY, G. S. Narrativas e lugares de construção do sujeito mulher: um recorte de memória. Vitória da Conquista: UESB, 2009.

GONÇALVES, T. Dança-mundo: uma composição de corpos, histórias e processos educacionais. Caderno pedagógico, Lajeado, v. 8, n. 1, p. 7-22, 2011.

JOANILHO, A. L.; JOANILHO, M. P. G. Enunciado e sentido em Michel Foucault. Revista Língua e Instrumentos Linguísticos, 2011. Disponível em: www.revistalinguas.com/edicao27e28/artigo2.pdf Acessado em: 12 de set. de 2013.

KESSEL, Z. Memória e memória coletiva. Museu da Pessoa. São Paulo, 2009, pp. 1-6. Disponível em: http://www.museudapessoa.com.br/oquee/biblioteca/zilda_kessel_memoria_e_memoria_coletiva.pdf. Acesso em: 12 set. 2012.

LIMA, I. V. de. Modernismo e Pós-Modernismo como épistémès - algumas noções e implicações no pensamento econômico, 2001. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2001/artigos/200101326.pdf> Acessado em: 07 de Set. de 2014.

LOPES, B. AMARAL, J. N. CALDAS, R. W. Políticas Públicas: conceitos e práticas. – Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. 48 p.

LUIZ, F. O conceito de saber na epistemologia política de MICHEL FOUCAULT, 2010. Disponível em: Acessado em: 22 de Set. de 2014.

MACHADO, Roberto. Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MENDES, C. L. O corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 167-181, Abril de 2006.

MILANEZ, Nilton. Corpo cheiroso, corpo gostoso: unidades corporais do sujeito no discurso. Acta Scientiarum. Language and Culture. Maringá, v. 31, n. 2, p. 215-222, 2009.

Ministério da Saúde. Portaria nº 336-02. Disponível em: [HTTP://WWW.MPBA.MP.BR/ATUACAO/CIDADANIA/LEGISLACAO/SAUDE/M](http://www.mpba.mp.br/atualizacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_336_02.asp)
[ENTAL/PORTARIA_336_02.ASP](http://www.mpba.mp.br/atualizacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_336_02.asp) Acessado em: 22 de Set. de 2014.

Ministério da Saúde. Portaria nº 856. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html Acessado em: 22 de Set. de 2014.

MORAES, N. A., 1997. Saúde no Brasil: 1984-1988- Políticas e Discursos. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais.

MUSSE, E.B. Política Pública de Saúde Mental no Brasil na perspectiva do Biodireito: as experiências dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da lei n. 10.216/2001 e suas implicações. São Paulo, PUC, 2006.

NASCIMENTO, M. Soberania, Poder e Biopolítica: Arendt, Foucault e Negri. Griot – Revista de Filosofia. Amargosa, Bahia – Brasil, v.6, n.2, 2012.

NOTO, C. de S. A recusa do transcendental: um estudo sobre a filosofia crítica de Foucault. 2014. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo (USP). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas São Paulo. Disponível em < > Acessado em 16 Jun. 2015.

OLEGÁRIO, F. rastros das linhas menores de escrita. Santa Cruz do Sul, março de 2011. Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/nas_dobras_da_escrita_feitura_de_traacos.pdf Acessado em: 28 de Ago. 2014.

OLIVEIRA FB; et al. Reforma Psiquiátrica: Saúde Mental no contexto da Saúde da Família. Resgatando saberes e ressignificando práticas: interfaces no campo da Saúde Coletiva. Campina Grande: Ed. UFCG, 2012. p. 75-89.

PAULA, F. N. de. Foucault: sujeito, arqueologia e episteme, 2000. Disponível em http://www.filosofia.ufpr.br/var/1335287940flavio_nunes_de_paula.pdf Acessado em 01 de Set. de 2014.

POUGY, E. O discurso, o saber, o poder e a linguagem na óptica da Filosofia da Diferença, 2006. Disponível em: <http://cronopios.com.br/site/ensaios.asp?id=1015> Acessado em: 08 de Set. de 2014.

REVEL, J. Michel Foucault: conceitos essenciais / Judith Revel ; tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlo Piovesani. - São Carlos : Claraluz, 2005.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. Estudos de Psicologia, 14(1), Janeiro-Abril/2009, 59-67.

SILVA, S. M. da. A presença de descartes nos escritos de foucault: o “momento cartesiano”, como a afirmação da razão e a exclusão da loucura; a afirmação da representação e a exclusão da semelhança; e a afirmação do conhecimento da verdade e a exclusão da ascese, 2009. Disponível em: [http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/Arquivos2009/Extensao/I encontro inter artes/25 Stela Maris.pdf](http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/Arquivos2009/Extensao/I Encontro Inter Artes/25 Stela Maris.pdf) Acessado em: 03 de Set. de 2014.

SILVEIRA, E. da S. História Oral e memória: pensando um perfil de historiador etnográfico. MÉTIS: história & cultura – v. 6, n. 12, p. 35-44, jul./dez. 2007.

SILVEIRA, F. de A.; FURLAN, R.. Corpo e Alma em Foucault: Postulados para uma Metodologia da Psicologia. *Psicol. USP* [online]. 2003, vol.14, n.3, pp. 171-194. ISSN 1678-5177.

SOUTO, C. A. T. A literatura, uma noção tardia: reflexão sobre As palavras e as coisas de Michel Foucault. Anais do VII Seminário de Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar, 2011.

SOUZA, D. W. F.; PASSOS, A. A. dos. Soberania, Disciplina e Biopoder: Dimensões da Analítica do Poder em Michel Foucault. *Cadernos Zygmunt Bauman*, 2 vol. 3, num. 5, 2013.

TAVARES, C. M. de M.. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.2, pp. 287-295. ISSN 1980-265X.

TEIXEIRA, CF., and SOLLA, JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Saladeaula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. *Revista AATR*, 2002. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/57253448/03-Aatr-Pp-Papel-Politiclas-Publicas>. Acesso em: 04 jul. 2015.

VANDRESEN, D. S. O discurso como um elemento de articulação entre a arqueologia e a geneologia de Michel Foucault. 2008. Dissertação de Mestrado em Filosofia – Universidade do Oeste do Paraná. Disponível em < http://cac.php.unioeste.br/pos/media/File/filosofia/dissertacao_daniel.pdf > Acesso em: 12 set. 2012.

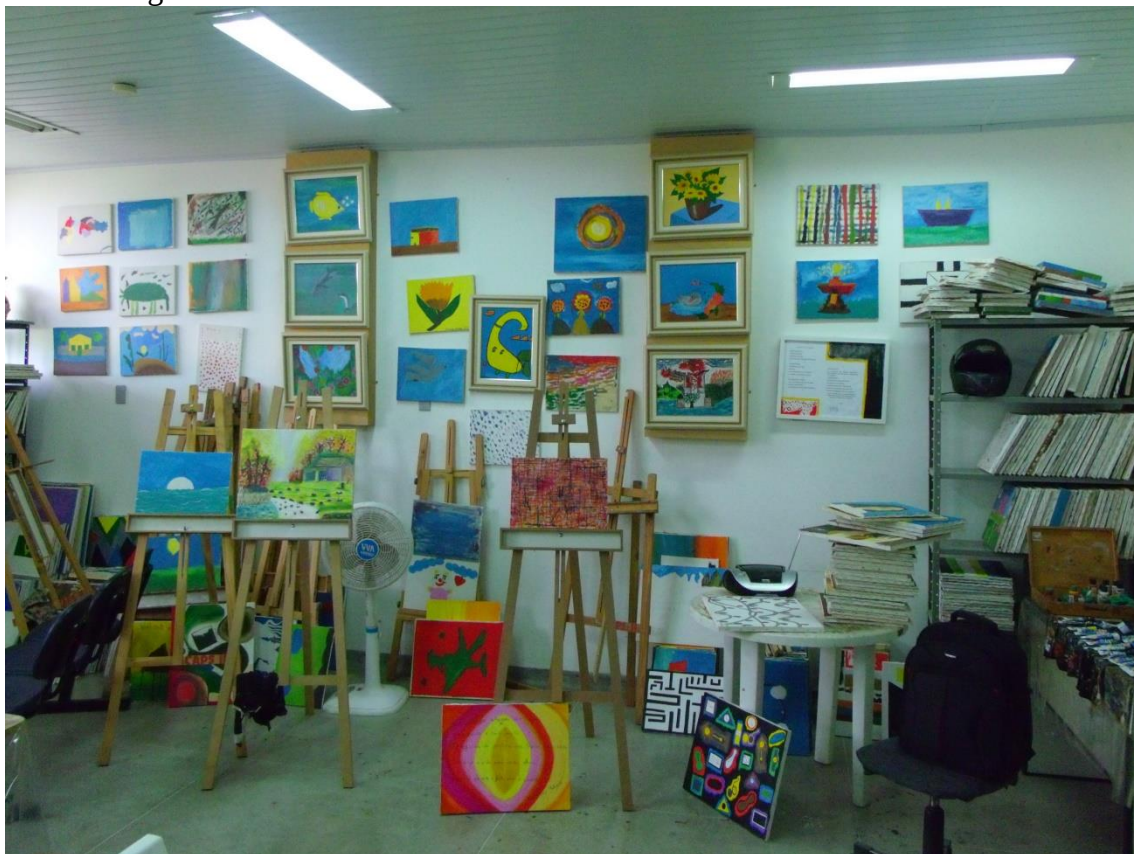
ANEXO I







Outras imagens...









ANEXO II

Roteiro de Entrevista Usuários CAPS II e CAPS AD

1. Há quanto tempo você frequenta o CAPS? Você poderia me contar sobre as suas experiências vividas neste serviço?
2. Como era sua vida antes do seu primeiro encontro com um especialista de saúde mental?
3. O que é saúde mental para você?
4. Para você qual o papel/objetivo do CAPS? O que ele significa para você?
5. Qual a diferença entre os discursos e as atividades realizadas aqui das realizadas no hospital psiquiátrico ou na comunidade terapêutica? E existe alguma prática semelhante?
6. Como é a sua rotina fora do serviço?
7. Existe uma cobrança por parte da sociedade em relação a produtividade? Você em algum momento já foi cobrado(a) para que realiza-se alguma atividade laboral, educativa, esportiva, etc? Se sim, em quais circunstâncias?
8. Você já participou da assembleia realizada para usuários e familiares? Caso sim, você poderia me contar como ela funciona e como foi sua participação?
9. O que a reforma antimanicomial significa para você?
10. Você pode me contar como foi, e ainda está sendo, vivenciar os serviços de saúde mental antes e depois da reforma antimanicomial?
11. Você conhece a rede de saúde mental em Vitória da Conquista? Conte-me um pouco como tem sido o seu acesso em outros serviços de saúde.
12. Para você qual a diferença entre “cuidado” e “controle”? Em que momento essas duas palavras se aproximam e em qual elas se afastam (pensando na realidade de um serviço em saúde)?
13. Há algo que ainda não conversamos que você gostaria de falar?

Pergunta apenas para os usuários do CAPS AD

1. O CAPSad vem, desde meados de 2014, passando por uma transição. Sendo ela, a modificação de CAPSad para CAPSad III. Você pode me falar sobre essa ampliação do serviço? Quais as mudanças que você tem percebido, como o serviço irá funcionar, etc.

Pergunta apenas para os usuários do CAPS II

1. Foi adotado, há alguns meses, um termo de responsabilidade, onde tem determinado como condicionalidade para realização do tratamento a participação da família do usuário nas atividades do CAPSII. Alguém de sua família já foi convidado a assinar esse termo? Se sim, você percebeu uma participação/envolvimento maior dos seus familiares no tratamento?

ANEXO III

Roteiro de Entrevista Profissionais CAPS II e CAPS AD

1. Você sabe me dizer como se estruturou o serviço de saúde mental em Vitória da Conquista? E quais as mudanças ao longo dos anos?
2. O que é saúde mental para você?
3. Para você qual o papel/objetivo do CAPS? Me fala sobre as suas experiências vividas neste serviço.
4. Como ocorrem as práticas de produção dentro do serviço? Tanto no que se refere a produtividade exigida do profissional quanto do usuário.
5. Quais são os objetivos propostos por grupos e oficinas?
6. As políticas públicas elas são, em certo modo, hierarquizadas, onde muitas vezes práticas e medidas são elaboradas por outras instâncias (Ministério da saúde, Coordenação de saúde mental, etc.) que não os profissionais e usuários do CAPS, como alguns protocolos por exemplo. Como ocorre a existência e funcionamento de espaços de discussão, tomadas de decisão pela equipe?
7. O que a reforma antimanicomial significa para você?
8. Existem usuários que estão frequentando o serviço há muitos anos, alguns desde a fundação. O CAPS, neste sentido, deixa de ser um lugar de passagem e passa a ser um lugar de permanência, sendo que vários fatores levam a isto, desde a fragilidade da rede de assistência, bem como o caráter de um serviço em construção, onde os fazeres estão sendo produzidos e repensados com as experiências cotidianas. Você acredita que isto produz uma prática de cronificação? E até que ponto está prática se aproxima de uma lógica manicomial?
9. Como se compõe a rede de saúde mental em Vitória da Conquista? E como ocorre o acesso dos usuários do CAPS em outros serviços de saúde?
10. Quais são as propostas apresentadas pelas práticas de ambiência e matriciamento? Como elas tem sido desenvolvidas tanto no CAPS com em outros serviços que compõe a rede de saúde mental?

11. Para você qual a diferença entre “cuidado” e “controle”? Em que momento essas duas palavras se aproximam e em qual elas se afastam (pensando na realidade de um serviço em saúde)?
12. Como é entendida/vivenciada a noção de periculosidade dentro do serviço?
13. De que forma as questões trabalhistas elas interferem nas formas de pensar/produzir os fazeres?
14. Há algo que ainda não conversamos que você gostaria de falar?

Pergunta apenas para os profissionais do CAPS II

2. Vocês adotaram, há alguns meses, um termo de responsabilidade, onde tem determinado como condicionalidade para realização do tratamento a participação da família do usuário nas atividades do CAPS II. Como esta medida tem sido recebida pelos usuários e familiares? Vocês perceberam uma participação/envolvimento maior dos familiares no tratamento?

ANEXO IV

Cronograma de atividades CAPS II Oficinas e grupos	
Atividade física	Oficina de biscoito
Grupo de família	Oficina de crochê
Grupo de jovens	Oficina de teatro
Grupo de saúde	Oficina de peças decorativas
Oficina de autoconhecimento	Oficina de tapeçaria
Oficina de bonecas	Oficina de costura
Oficina de cinema	Oficina de desenho
Oficina de cortina	Oficina de educação em saúde
Oficina de horta e plantas	Oficina de bordado
Oficina de origami	Oficina de poesia
Oficina de quadro	Oficina de pintura
Oficina de recursos audiovisuais	Roda de conversa
Oficina de relaxamento	

Cronograma de atividades CAPS ad Oficina e grupos	
Oficina de artesanato	Grupo princípio ativo (Múltiplas)
Grupo de tabagismo inca	Oficina de música
Grupo de cuidadores	Grupo de prevenção de recaída (Álcool)
Oficina de artes	Grupo de orientação e saúde (Álcool)
Oficina de informação	Oficina de artesanato
Grupo de acolhimento	Grupo de motivação
Grupo de homens	Grupo renascer
Grupo de redução danos (Múltiplas)	Grupo de mulheres
Grupo de prevenção de recaída tabagismo	Grupo triagem de tabagismo
Oficina de relaxamento	Oficina de qualidade de vida

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de mestrado em Psicologia Social na Universidade Federal de Aracaju – UFS e estou realizando uma pesquisa sob supervisão da professora dr^a Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira, cujo objetivo é analisar a produção do corpo nas políticas públicas de saúde mental através dos estudos da memória, do discurso e do corpo.

Sua participação envolve uma entrevista, que será gravada se assim você permitir. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável Regiane Lacerda Santos pelo telefone do CAPS _____, caso a pesquisadora não se encontre presente no momento da ligação, poderá deixar recado, que a mesma irá retornar a ligação para devidos esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nome e assinatura da pesquisadora

Local e data

Matrícula: 201311007387

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data