



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA SOCIAL
MESTRADO EM MEMÓRIA SOCIAL

MARISTELA DE ALMEIDA ROSAS

CORPOS EM DISPUTA NA SAÚDE E NA CIDADE: OS IMPACTOS DA
MUDANÇA DE MODELO DA SAÚDE SOBRE O ESPAÇO URBANO
CONFORMANDO OS PERFIS DOS USUÁRIOS DO SUS

RIO DE JANEIRO
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA SOCIAL
MESTRADO EM MEMÓRIA SOCIAL

MARISTELA DE ALMEIDA ROSAS

CORPOS EM DISPUTA NA SAÚDE E NA CIDADE: OS IMPACTOS DA
MUDANÇA DE MODELO DA SAÚDE SOBRE O ESPAÇO URBANO
CONFORMANDO OS PERFIS DOS USUÁRIOS DO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Memória Social sob a orientação do Professor Dr. Ricardo Salztrager.

Área de Concentração: Estudos Interdisciplinares em Memória Social
Linha de Pesquisa: Memória, Subjetividade e Criação

RIO DE JANEIRO
2018

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

R788 Rosas, Maristela
Corpos em disputa na Saúde e na Cidade: os impactos da mudança de modelo da Saúde sobre o espaço urbano conformando os perfis dos usuários do SUS / Maristela Rosas. -- Rio de Janeiro, 2018.
153

Orientador: Ricardo Salztrager.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Memória Social, 2018.

1. saúde pública. 2. política pública. 3. memória. 4. identidade. 5. musicoterapia. I. Salztrager, Ricardo, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA SOCIAL
MESTRADO EM MEMÓRIA SOCIAL

MARISTELA DE ALMEIDA ROSAS

CORPOS EM DISPUTA NA SAÚDE E NA CIDADE: OS IMPACTOS DA
MUDANÇA DE MODELO DA SAÚDE SOBRE O ESPAÇO URBANO
CONFORMANDO OS PERFIS DOS USUÁRIOS DO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Memória Social.

Aprovado em _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Salztrager (orientador) / UNIRIO/PPGMS

Prof^a Dr^a Lobélia da Silva Faceira / UNIRIO/PPGMS

Prof^a Dr^a Daniela Murta Amaral / UNESA

Prof. Dr. Francisco Ramos de Farias / UNIRIO/PPGMS (suplente)

Prof^a Dr^a Mariana Toledo Barbosa / UFF (suplente)

A Deus
que me leva a
transpor oceanos
e a repousar em
pastagens
verdejantes.

À Carminha,
minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

À Carminha que me ensinou a ser forte nos momentos difíceis, a ser firme nos momentos decisivos, a enfrentar a vida com leveza e alegria e a ser íntegra sempre.

Às equipes do CAPS Profeta Gentileza, dos anos de 2004 a 2016, que compartilharam comigo casos clínicos, crises institucionais, desafios, dramas, vitórias e sucessos. A cada colega, muito obrigada!

Meu muito especial agradecimento à Newton Valente que tão generosamente confiou no meu trabalho e compartilhou comigo seus casos mais instigantes e difíceis; que muito me ensinou. Obrigada!

Às colegas Moema Schimidt, Valéria Portugal, Nazaré Regis, Eunice Rangel, Deise Lucia Santana, Amanda Brandão, Alessandra Carvalho, Gabriela Mello, pelas trocas que tanto me ajudaram a crescer e a percorrer esse duro caminho que é trabalhar no equipamento público de Saúde Mental.

Aos meus colegas de equipe Naruã Seixas e Victor Saraiva e a Paulo Silva e a Alex Muniz que sintetizaram parceria, disponibilidade e respeito em meio a consonâncias e dissonâncias, numa afinação maravilhosamente melodiosa!

Aos colegas Sr. Marcos Marinho, Lucia Helena e Nelson Borges pela parceria.

Às minhas supervisoras Ana Cristina Figueiredo, Ana Paola Frare, Beatriz Adura por cada supervisão, comentário e crítica que tanto contribuíram com meu trabalho.

Ao Dr. Júlio de Mello Filho (in memoriam) e à M.^a Mt Bianca Bruno Bárbara pelas supervisões inestimáveis.

À Psicóloga Vera Helena Juliano Pereira no árduo trabalho de abrir e fechar portas. Obrigada!

À Dr.^a Marly Chagas, à Dr.^a Lia Rejane Mendes Barcellos, à M.^a Mt Martha Negreiros, à Prof.^a Maria da Glória Benigno, à Prof.^a Janine Goldfeld, à Prof.^a Sonya Prazeres, que me ensinaram o andar, o falar, o subir escadas, o atravessar ruas, o ouvir melodias e silêncios, o olhar e o ver, o tocar, o cantar e o encantar-se.

À Dr.^a Lucia Grando Bulcão e à M.^a Ercília Severina Mendonça pelas trocas e apoio no percurso desse trabalho.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Memória Social pela oportunidade. À banca examinadora pelas contribuições importantíssimas. À Dr.^a Lobélia Faceira pelos esclarecimentos profícuos. Ao orientador Dr. Ricardo Salztrager e a Dr.^a Daniela Murta Amaral pelas correções.

À equipe do CAPS Dircinha/Linda Batista pela paciência nesse período conturbado.

A Núbio pelo apoio desde antes, desde o início, desde sempre.

À Regina Rosas, à Cris Vianna, à Fernanda Ignácio, à Enilda Costa, à Claudia Tavares, pelo cuidado, pelo apoio, por suportar.

A todos os usuários do CAPS minha mais profunda gratidão.

Nada do que é humano me é estranho!

Gilberto Gil

RESUMO

Este trabalho apresenta uma pesquisa cartográfica a partir da atuação profissional como musicoterapeuta, desenvolvida no bairro de Campo Grande, na Zona Oeste do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 2004 e 2016, em um equipamento público de Saúde Mental. A dissertação busca refletir acerca de formações identitárias, histórias e memórias que vem se realizando dentre os equipamentos públicos de saúde, circunscritos à Atenção Primária e ao Centro de Atenção Psicossocial localizado em Inhoaíba. Observa e considera mudanças estruturais e operacionais implementadas no Sistema Único de Saúde que têm impactado o espaço urbano, racionalizado o espaço público e fomentado novos hábitos e modos de estar, permanecer e usar serviços públicos de saúde. No intuito de alcançar esse objetivo, no Capítulo 1 examina o território de Campo Grande, apresentando de forma sucinta sua evolução histórica, suas características e as interseções com o campo da saúde a partir do referencial teórico de Milton Santos. No Capítulo 2 efetua uma análise histórico-descritiva da política pública de saúde, referindo sua evolução, seus princípios, diretrizes, embates políticos, avanços e desafios na consolidação de seus pressupostos. Entendendo que os novos perfis que se conformam no campo da saúde se dão atravessados por uma mudança significativa das noções de saúde e de doença e por um vazio sanitário que se expressa em inúmeras iniquidades em saúde, ao final do capítulo apresenta considerações sobre determinantes sociais da saúde, iniquidades em saúde, e noções de risco, de saúde e de doença. Participam da discussão diversos autores – Torres, Rozenfeld, Costa, J. Paim, Emerson E. Merhy, Czeresnia, Maciel e Oviedo, Buss e Pellegrini, Castiel, Ockè-Reis, Whitehead e Amarante. No Capítulo 3 utiliza por referencial teórico Michel Foucault, ponderando a hipótese desses fenômenos e eventos abrangerem uma biopolítica. Nessa análise debate e aprofunda a crítica foucaultiana a fim de refletir acerca de modos de subjetivação que se apropriem de autonomia, liberdade, resistência e criação, seguindo os passos propostos por Foucault de uma tomada de posição ante ao biopoder e à biopolítica que se traduza em práticas e técnicas de si que conduzam a um governo de si a revelar a ética como estética da existência. No Capítulo 4 discorre sobre a contribuição da musicoterapia como abordagem expressiva a promover no sujeito esse apropriar-se de si mesmo, de sua expressão e de sua história, desenvolvendo seu potencial criativo e comunicativo, a partir das reflexões de Benenzon, Barcellos e Wisnik, especificamente. Ao longo do estudo são apresentados dez casos clínicos como exemplos e três casos em articulação com a memória social. Duas analogias são apresentadas: uma na Introdução, tratando a questão da institucionalização e da desinstitucionalização a partir do referencial teórico de Goffman e a outra ao final, refletindo sobre a resistência e o racismo de Estado, considerando uma análise musical de canção de Brant e Angelo. A dissertação utiliza a pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental, valendo-se do método dialético.

ABSTRACT

This work presents a cartographic research from the professional performance as music therapist, developed in the district Campo Grande, in the western of Rio de Janeiro, in the period between 2004 and 2016, in a public mental health equipment. The dissertation seeks to reflect on identity formations, stories and memories that has been taking place on the public health equipment, circumscribed to the primary attention and the center of psychosocial attention located in Inhoaíba. Observes and considers structural and operational changes implemented in the health system, that have impacted the urban space, rationalized the public space and fostered new habits and modes of being, staying and using public health services. In order this, in Chapter 1 examines the territory of Campo Grande, presenting in a succinct way its historical evolution, its characteristics and the intersections with the field of health from the theoretical reference of Milton Santos. In Chapter 2, it performs a historical-descriptive analysis of public health political, referring to its evolution, its principles, guidelines, political clashes, political hits, advances and challenges in consolidating its assumptions. Understanding that the new profiles that are conforming in the field of health are crossed by a significant change in the notions of health and disease and by a sanitary vacuum that is expressed in countless inequities in health, at the end of the chapter presents considerations on social determinants of health, inequities in health, and notions of risk, health and disease. Several authors participate in the discussion: Torres, Rozenfeld, Costa, Paim, Merhy, Czeresnia, Maciel and Oviedo, Buss and Pellegrini, Castiel, Ockè-Reis, Whitehead and Amarante. In Chapter 3 it uses by theoretical reference Michel Foucault, pondering the hypothesis of these phenomena and events means to encompass a biopolitics. In this analysis debate and deepens the foucaultiana critique to reflect on the modes of subjectivation that take ownership of autonomy, freedom, resistance and creation, following the steps proposed by Foucault of to take a position as opposed to the biopower and the biopolitics that translates into practices and techniques of self that lead to a self-government revealing ethics as the aesthetics of existence. In Chapter 4 it discusses the contribution of music therapy as an expressive approach to promote in the subject that to take ownership of himself, of his expression and of his history, developing his creative and communicative potential, from the reflections. It uses theoretical referential of Benenson, Barcellos, Millecco and Wisnik. Over the course of the study, ten clinical cases are presented as examples. Over the course of the study, ten clinical cases are presented as examples and three cases in intersection with the social memory. Two analogies are presented: one in the introduction, dealing with the issue of institutionalization and deinstitutionalization from the theoretical reference of Goffman and the other at the end, reflecting on the resistance and on the racism of State, considering a musical analysis of Brant and Angelo song, "Canoa, Canoa". It uses the qualitative, bibliographic and documentary research, and uses of the dialectical method.

LISTA DE CASOS

i.	Caso D.....	Introdução	26
ii.	Caso Z.....	Introdução	27
iii.	Caso N.....	Capítulo 1	36
iv.	Caso I.....	Capítulo 1	39
v.	Caso H.....	Capítulo 1	49
vi.	Caso K.....	Capítulo 2	74
vii.	Caso L (S).....	Capítulo 2	79
viii.	O Caso do Asilo.....	Capítulo 3	96
ix.	Caso T.....	Capítulo 3	100

LISTA DE ARTICULAÇÕES COM A MEMÓRIA SOCIAL

- A memória do institucionalizado – Caso Z.....30
- A apropriação do patrimônio: memória, forma, conteúdos, identidade e resistência – Caso H..... 51
- Cultura, identidade e memória na música que vem da sala..... 132

LISTA DE FIGURAS

Projeto Arquitetônico.....	56
----------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	Área Programática
BRT	Bus Rapid Transit
CBM	Conservatório Brasileiro de Música
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCBB	Centro Cultural Banco do Brasil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CECOZO	Centro de Convivência da Zona Oeste
CF	Clínica da Família
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRE	Coordenadoria Regional de Educação
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIA	Fundação para a Infância e Adolescência
FIFA	Federação Internacional de Futebol
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNARJ	Fundação Nacional de Artes do Rio de Janeiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFB	Instituto Franco Basaglia
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISA	Instituto Socioambiental
LAPS	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MP	Ministério Público
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OTICS	Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WFMT	World Federation of Music Therapy

SUMÁRIO

Introdução	12
a. Estrutura da dissertação.....	19
b. Corpus e Corpo teórico	21
c. Metodologia.....	22
d. A institucionalização no território: uma analogia	23
d.a. Caso D - Os efeitos da institucionalização	26
d.b. Caso Z - A desinstitucionalização como processo	28
d.c. Caso Z - A memória do institucionalizado	30
1 O território de Campo Grande	33
1.1 Descrevendo Inhoaíba.....	34
1.1.1 Caso N - Construindo um território.....	37
1.1.2 Caso I - O estigma no território.....	40
1.2 A geografia de Campo Grande: espaço, lugar e território sob a ótica de Milton Santos ..	42
1.2.1 Equipamentos de cultura e de desportos, patrimônio cultural e meio ambiente e equipamentos urbanos de sociabilidade: desinvestimento	48
1.2.2 Caso H – A apropriação do território	50
1.2.3 Caso H – memória, formas, conteúdos, identidade e resistência	52
1.2.4 Verticalidades e horizontalidades: a transformação do território.....	53
1.2.4.1 Projeto Arquitetônico	57
2 O Território da Saúde	61
2.1 Estrutura/ Esferas de Gestão e Conceitos norteadores das políticas do SUS	63
2.2 Breve evolução da Saúde Pública no Brasil.....	66
2.2.1 1986-A 8ª Conferência Nacional de Saúde e as Reformas: disputa política e social .	68
2.2.2 Anos 1990 – A política neoliberal acirra a disputa político-social da saúde pública .	70
2.2.3 A Reforma Psiquiátrica: noção ampliada de saúde, de direitos e de autonomia	72
2.3 SUS - 30 ANOS! Avanços, desafios e revezes	74
2.3.1 Avanços.....	74
2.3.1.1 A Rede de Atenção à Saúde - RAS	74
2.3.1.1.1 Caso K - Intervenção e acompanhamento na Atenção Básica - ESF	77
2.3.1.2 A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	79
2.3.1.3 A PNAB - Política Nacional da Atenção Básica.....	79
2.3.1.4 Atos de saúde, tecnologias duras, leves-duras e leves.....	80
2.3.1.4.1 Caso L: síntese da morte da tecnologia leve, do estigma e da iatrogenia.....	81
2.3.2. Desafios e revezes	85
2.4 Determinantes Sociais da Saúde / Iniquidades em Saúde / Risco	88
2.5 Noções de Saúde e Doença	90

3 Biopoder e Biopolítica: O Território do Corpo	93
3.1 Como se constrói uma verdade?.....	93
3.1.1 Caso do Asilo atendido pela CF / NASF.....	99
3.2 Os discursos	101
3.2.1 Caso T – A polifonia e a polissemia dos discursos	103
3.3 As disciplinas	105
3.4 Biopoder e biopolítica	109
3.4.1 O dispositivo da sexualidade.....	112
3.5 Governamentalidade.....	113
3.6 Cuidados de si	118
4 Musicoterapia: uma abordagem expressiva	120
4.1 Música, Som, Linguagem e a musicoterapia.....	121
4.1.1 Princípios da musicoterapia	122
4.1.2 O complexo som-ser humano.....	123
4.1.3 Movimentação musical, interações e intervenções musicoterápicas.....	126
4.2 A resistência dos índios Ava-canoeiros expressa na canção: outra analogia	127
4.3 As oficinas terapêuticas.....	128
4.3.1 Uma música que vem da sala, que vem da espera... Contribuições da musicoterapia no dispositivo clínico sala de espera.	130
4.4 Cultura, identidade e memória na música que vem da sala.....	135
Considerações Finais	137
Referências	143

Introdução

No âmbito da Saúde Pública e sob o prisma do Sistema Único de Saúde, há indícios de uma mudança de paradigma no que diz respeito às formas e aos modelos de assistência. Observa-se que essas alterações vêm sendo implementadas, impactando o espaço urbano, racionalizando o espaço público, realizando novas formações identitárias e promovendo novas relações e hábitos entre usuários e profissionais dos serviços públicos de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Este estudo intenta pesquisar as formações identitárias - memórias e histórias, singulares e coletivas - que vêm se realizando na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente no bairro de Campo Grande e adjacências, a partir de mudanças estruturais que vêm ocorrendo no campo da saúde.

Tais mudanças se mostram na conformação, na disposição e nos modos de operar os equipamentos de saúde, nos moldes da assistência e na abordagem pretensiosamente integral, que circunscrevem as diversas instâncias da vida dos usuários às ofertas dos serviços públicos de saúde. Considera-se que essa nova configuração possa se constituir em um novo parâmetro quanto ao atendimento, às ações, aos procedimentos em saúde, e ainda, que se revista do caráter de uma biopolítica, conforme veremos ao longo desse trabalho.

Minha trajetória na saúde se inicia em 2001, momento em que atuava em dois hospitais psiquiátricos, como estagiária, no Rio de Janeiro e em São Gonçalo. Nesse período, meu trabalho comportava muito das discussões e das experiências da formação de musicoterapeuta do Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro.

O diálogo entre a formação e a atuação no campo da saúde suscitava a emergência de temas como a humanização do cuidado, a institucionalização e a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, o trauma e os “cárceres da alma”, expressão que utilizo inspirada no poema de Cruz e Souza “Cárcere das Almas”.

Nomeio “cárceres da alma” a memória do indivíduo institucionalizado portador de transtorno mental crônico e a percepção que ele guarda de sua própria história. São pessoas que viveram a experiência da internação em um hospital psiquiátrico por cerca de vinte a quarenta anos e que passam hoje pelo processo de desinstitucionalização.

Minha passagem pelo hospital psiquiátrico em São Gonçalo, a Clínica Nossa Senhora das Vitórias, ocorreu em 2001, e consistia de atendimentos coletivos de

musicoterapia e de reuniões de supervisão clínica, feita semanalmente no Conservatório Brasileiro de Música - CBM, visto não haver setor de musicoterapia na instituição.

No manicômio em São Gonçalo meu trabalho era integrado e acompanhado pelo setor de Terapia Ocupacional. Foi uma experiência interessante atuar no setor de Terapia Ocupacional com os demais terapeutas procurando as sessões de musicoterapia a fim de melhor entender como se processava o trabalho. Propiciava-me alguma autonomia, um senso maior de responsabilidade e a necessidade de dinamizar meus conhecimentos na interlocução com os terapeutas ocupacionais. Eu atendia os grupos com uma colega também estagiária de musicoterapia e nosso vínculo se dava pelo Centro de Integração Empresa-Escola – CIEE, em Niterói.

No Rio de Janeiro, o outro estágio se dava no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, na Casa do Sol. Lá estive por mais de um ano, durante os anos de 2001 e 2002. Cumpria dois dias no Instituto, na parte da tarde, acompanhando atendimentos da musicoterapeuta institucional. As supervisões da instituição se davam no outro dia, o que era um complicador no tocante a horários. Em 2001 eu precisava cumprir a exigência de estágios. Eu iniciara a formação de musicoterapeuta no CBM em 1999 e trabalhava na Caixa Econômica Federal como Caixa Executivo, não conseguindo cumprir os estágios no tempo previsto pelo curso.

Os dois primeiros anos no curso de musicoterapia foram de muita correria do trabalho para o curso e vice-versa. No início do ano de 2000 eu iniciei uma especialização em Arteterapia em Educação e Saúde na Universidade Cândido Mendes, aos sábados.

Na tentativa de solucionar os problemas de horário, eu entreguei a função de Caixa e assumi uma função de Supervisor de Retaguarda que me garantia maior flexibilidade de horário. A iniciativa contribuiu para que eu pudesse estar nas aulas da formação; não para efetuar estágios. A situação se agravou quando comecei a esquecer! Esquecia a senha! Esquecia o cofre aberto! Esquecia! Ao final do ano de 2000 eu optei pelo Programa de Apoio à Demissão Voluntária aberto pela empresa pública.

Afastada dos horários rígidos do trabalho formal, em 2001 eu comecei a dar aulas de solfejo, de técnicas vocais, de teclado e de teoria musical e eventuais atendimentos musicoterápicos no Centro de Artes Mudart, em Caxias, às terças, quintas e sábados. Efetuei acompanhamento de paciente à noite, atuei em creche e prossegui na formação de musicoterapeuta, cumprindo o estágio em São Gonçalo, participando das duas supervisões, no CBM e no Instituto Nise da Silveira.

Em 2002, ainda como estagiária, participei de projeto da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado do Rio de Janeiro, em parceria com a Fundação da Infância e Adolescência, denominado “Buscando Caminhos Através da Arte”.

O projeto propunha o atendimento a usuários da Fundação Leão XIII, nas unidades de Itaipu, Fonseca e Campo Grande, no Mato Alto, com oficinas de expressão corporal, teatro e dança. As oficinas eram coordenadas por minha professora de Expressão Corporal da graduação, psicóloga e psicodramatista.

Na oficina eu atuava como assistente, em alguns momentos filmando e em outros momentos utilizando a prática de musicoterapia. A oficina em Mato Alto foi quase toda registrada em vídeos e a oficina em Itaipu foi relatada em trabalho escrito. Por algum tempo estivemos buscando condições de realizar um documentário com o material, mas a proposta não avançou.

Na mesma época, eu cumpria estágio na Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes, em grupos de musicoterapia com pacientes geriátricos e gerontológicos, assistindo as três musicoterapeutas da instituição. As atividades incluíam atendimentos individuais de musicoterapia, atendimentos em co-terapia com a fonoaudiologia e com a terapia ocupacional, supervisão clínica e discussão de casos.

Ainda em 2002, desenvolvi trabalho de musicoterapia com crianças de sete meses a quatro anos no Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Era um projeto piloto para implantar um atendimento de musicoterapia na creche do órgão. O trabalho foi proposto como voluntariado e percorreu por cinco meses, prazo definido na proposta apresentada. No Castelo, Rio de Janeiro, iniciei atendimentos individuais de musicoterapia na Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco.

Em 2004 tive a oportunidade de trabalhar em equipe multidisciplinar em consultório particular, atendendo crianças e idosos individualmente, e atuando em oficina para desenvolvimento da memória e da aprendizagem em parceria com a psicopedagogia. Nesse período iniciei atendimento em *home care* na Zona Norte a paciente portador de hidrocefalia.

Vivenciar a prática de musicoterapia em asilos e manicômios concomitante a atendimentos em consultórios, em domicílios e em centros de artes, imerso em realidades culturais e socioeconômicas muito díspares, fomentou em mim um sentido da necessidade permanente de reflexões da prática clínica, de mecanismos sociais e institucionais que operam a institucionalização do sujeito e de estigmas sociais.

Iniciei o trabalho em Centro de Atenção Psicossocial em 2004, no CAPS Profeta Gentileza, em Inhoaíba, Zona Oeste do Rio de Janeiro. O trabalho feito no CAPS em muito se distancia daqueles realizados em creches e pré-escolas, em domicílio, com pacientes internados em regime *home care*, nos asilos com geriátricos e gerontológicos, e em demais instituições.

A complexidade das ações no CAPS envolve o trabalho clínico *stricto sensu*, aquele realizado em consultórios, em grupos e oficinas terapêuticas, no acompanhamento terapêutico, às situações cotidianas, como ir ao banco, ir ao mercado ou ir à praia. Contudo, envolve também uma prática clínica referenciada no território.

Trabalhar com musicoterapia na saúde mental, atravessada pelos discursos do potencial terapêutico da música e da arte, enquanto comunicação e meio de expressão, trouxe-me diversos questionamentos. Nos primeiros dois anos no CAPS, minhas questões se circunscreviam no fazer musicoterápico, de que forma atuar e que recursos utilizar, o que resultou em duas oficinas de musicoterapia em que trabalhava com canções em uma e com movimento expressivo em outra.

Sempre tive como direção de trabalho a reinserção social do institucionalizado, pautada quanto ao território subjetivo da saúde mental. Busco propor e realizar ações que confrontem com a lógica manicomial e que cooperem com a inscrição desses sujeitos estigmatizados nos múltiplos espaços da cidade: de memória, de relação, de produção de sentido, de expressão cultural.

Meu trabalho no CAPS até 2008 envolvia muitas parcerias, dentro e fora da unidade. Logo que cheguei à unidade iniciei um trabalho em parceria com a enfermeira da unidade. Outras parcerias vieram depois: com o psicólogo que compartilhou comigo vários dos difíceis casos que ele acompanhava, com a terapeuta ocupacional que produzia acessórios com contas oriundas da Amazônia, com o professor de teatro em esquetes e outros.

Uma parceria institucional muito profícua foi feita em 2005 com o Centro Cultural Banco do Brasil - CCBB, que esteve no CAPS exibindo dois vídeos do Anima Mundi, com contação de histórias e produção de oficina de desenho. Os usuários mostraram atividades de plantio e jardinagem na horta. A parceria culminou na ida dos usuários ao CCBB no Centro, numa visita guiada, em ônibus fretado, com a exibição do curta-metragem “Dona Cristina Perdeu a Memória” e o debate sobre “memória e patrimônio”, tema proposto, visando trabalhar a comunidade na apropriação de sua expressão e de seus recursos.

A TV Pinel foi outra parceira constante. Estivemos juntos em diversas atividades e oficinas no CAPS, na sede da TV Pinel no Instituto Philippe Pinel, no calçadão da Carioca e em eventos da Luta Antimanicomial dentre muitos outros.

Neste período de 2004 a 2008 estive no CAPS, vinculada, por contratação formal trabalhista, pelo Instituto Franco Basaglia. Depois vieram as Cooperativas, as Organizações Sociais, as Organizações Não Governamentais e o caos desencadeado no ano de 2017, com salários atrasados constantemente e por períodos superiores a dois meses, com dúvidas quanto a pagamentos de décimo terceiro salário e dívidas trabalhistas, falta de medicamentos, de telefone, de luz- atendíamos o usuário no escuro!

Esse quadro caótico levou boa parte dos profissionais da assistência à greve por pagamento dos salários, pelo desacordo com os convênios e contratos de gestão não transparentes, lesivos aos trabalhadores e em conflito com os princípios do SUS, pela readmissão dos demitidos sumariamente, dentre outros problemas graves.

A crise no setor da saúde não foi mencionada neste estudo. Pude acompanhá-la ainda mais de perto, como integrante da Comissão de Negociação dos Musicoterapeutas, junto a mais três valentes colegas trabalhadoras de CAPS. A categoria não possui sindicato, o que acarretaria demissões e uma fragilidade mais profunda que os já precários vínculos praticados.

Como integrante da Comissão de Negociação dos Musicoterapeutas estive desde novembro último em inúmeras assembleias de categoria, dos profissionais sem sindicato, em reuniões, entregando ofícios em cada OS e ONG, cumprimento legal que ampara a greve, em atos públicos, em manifestações. Toda essa atividade extra comprometeu meu cronograma de pesquisa.

Em 2016 quando iniciei o curso de mestrado meu cronograma envolvia a pesquisa documental, bibliográfica e a proposta de pesquisa de campo, que foi abandonada, em meio à dificuldade de agendamentos, com a atividade profissional, com a leitura, com a escrita, com acordos difíceis de fechar com a direção do CAPS e horas excedentes a pagar, cada vez que algum compromisso desencaixava de uma planilha justa e rígida de horários.

Em 2016 eu trabalhava no CAPS Profeta Gentileza, em Campo Grande e no CAPS Linda Batista, depois Dircinha/Linda Batista, em Guadalupe. A distância é de cerca de setenta quilômetros e trinta e cinco quilômetros até à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, respectivamente. De modo que eu chegava atrasada às aulas. Corrigir a situação custou-me um vínculo empregatício. A distância fez-me optar pelo CAPS na Zona Norte.

O CAPS em Campo Grande tornou-se objeto de memória. Em algum momento da pesquisa observei que o estudo tem se produzido como uma metamemória. Debary (2016) efetua uma analogia entre a memória e a mesa de jantar, quando terminada a refeição se faz necessário recolher os restos. Efetuo duas analogias ao longo desse estudo que explico na Estrutura da dissertação, mais adiante.

Recolhendo os restos, recordo que em 2009 com o fim do vínculo trabalhista com o Instituto Franco Basaglia – IFB, começaram as constantes mudanças de vínculos empregatícios, sempre acompanhadas de novas apresentações de documentos comprobatórios de qualificação, de novos exames admissionais, de novos exames demissionais, de uma burocracia volumosa que gerava um clima de insegurança. A ausência de concursos públicos tornou-se incontestável.

A esses eventos somava-se o não reconhecimento e a desvalorização do trabalhador de saúde mental dentro do campo da saúde, ante ao explícito investimento do governo municipal em recursos humanos e materiais na Estratégia de Saúde da Família, com seu efetivo de pessoal totalmente terceirizado.

Neste período de 2008-2009 acirrou-se o conflito na região, com o território dominado pela violência de grupos como o Comando Vermelho - CV e o Amigos dos Amigos - ADA – ou de milícia, que se revezavam no controle daquela localidade. Havia muita instabilidade até para atuar efetuando visitas domiciliares.

As mudanças que se operavam no território e no ambiente da saúde apresentavam novos desafios e pautavam novas agendas e discussões. Testemunhar a transformação da paisagem no território de Campo Grande trouxe-me inúmeros questionamentos que me conduziram ao trabalho de pesquisa, de modo que o objetivo principal desse estudo é refletir acerca de novos comportamentos e perfis dos usuários dos serviços públicos de saúde e buscar responder se há relação entre o novo modelo operatório da saúde pública e esses perfis.

Em meio a tantos revezes vi-me questionando se a clínica é política e se a unidade pública de saúde vem se constituindo em mediadora entre o poder público e a população. Identifico como revezes os eventos já elencados, que se sucederam, muito abruptamente, mas de forma presumidamente definitiva, sem possibilidade de qualquer tipo de fórum, discussão ou debate público. Porém, relaciono outros eventos como a estrutura dos serviços, desde a base de contratação do *staff* da saúde até a forma física, arquitetônica e paisagística das unidades, passando pelos modos de operacionalizar seus serviços e pela

distribuição destas no território. que constituem aspectos secundários de análise desse estudo.

Ao tensionamento político que se deu a partir de novas diretrizes no campo da saúde pública, iniciou um processo de desestruturar equipes dos antigos postos de saúde, de remanejar servidores para hospitais públicos, bem como de passagem de hospitais públicos à iniciativa privada.

O processo, ainda em curso, municipalizou hospitais estaduais e reorientou a política e os profissionais especialistas da Atenção Primária para outros fins, inclusive, alterando a nomenclatura das unidades para Centro Municipal de Saúde: denominação atualmente ampliada aos serviços da Atenção Primária gestados pela iniciativa privada.

Justifico e entendo importante considerar essas ações que foram, paulatinamente, transformando o território, afastando e repelindo os especialistas já presentes no campo, e realocando a Atenção Primária sob a égide da iniciativa privada, desconfigurando o sistema público de saúde e impondo consequências severas ao sistema e à população.

Logo em seguida, foi possível observar que pacientes que necessitavam de especialistas ou de procedimentos mais complexos, precisavam entrar numa fila de regulação, em busca de vagas para uma avaliação ou para efetivar suas necessidades.

Em contrapartida, outros pacientes, com demandas menos complexas passaram a seguir à Atenção Secundária em busca de tratamento, gerando, simultaneamente, desassistência e cronicidade, fomentando novas formas patologizantes de lidar com as frustrações e o luto.

No mesmo período, em 2010, observou-se a inauguração de inúmeras Clínicas da Família com estruturas arquitetônicas padronizadas, modulares e iconizadas, adequando aspectos da arquitetura contemporânea a elementos como flexibilidade, adaptabilidade e funcionalidade no tocante aos usos do espaço de forma concreta e simbólica. Ainda hoje, é possível contemplar na paisagem urbana as clínicas da família com suas torres padronizadas com a logomarca da Prefeitura, devido ao baixo gabarito das edificações em Campo Grande.

Na Clínica da Família, o usuário seguia à unidade não somente para as consultas; mas para efetuar atividades na Academia Carioca¹, para interagir com outras pessoas da

¹ Academia Carioca é um Programa da Prefeitura do Rio implantado em 2009, com o objetivo de promover a prática de atividade física regular nas Unidades Básicas de Saúde. Ver em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/academia-carioca> Acesso em 20/03/2018 às 00:16

comunidade, ler, jogar damas, cartas, ouvir música, combinar passeios e outras demandas de algum modo estranhas ao campo da saúde.

No CAPS, observou-se que o usuário passou a procurar a unidade para obter laudos, para solucionar questões jurídicas de separação de cônjuges e de diversificados conflitos familiares. A população vinha ao CAPS solicitar mediação junto a outros órgãos da administração pública, como o Ministério Público, os tribunais, a escola, solicitando, muitas vezes, que se atestasse que o familiar ou que o próprio solicitante é “maluco”, “louco”, dentre outras tantas funções estranhas ao repertório da saúde, e por vezes, eticamente impertinentes.

O Ministério Público e outras instâncias jurídicas iniciaram demandas crescentes de ofícios solicitando pareceres médicos, judicializando os casos psiquiátricos e questionando equipes sobre a interdição de pessoas, a qualificação e capacitação de pessoas, a esterilização de mulheres, inclusive jovens.

Junto às questões principais apresentadas surgem outras questões secundárias, conforme exposto, igualmente importantes na pesquisa. De forma que pretendo analisar esse ambiente da saúde que fomenta novos conceitos de sociabilidade, novos deslocamentos, ressignificando a noção de saúde e de doença e de lugar de tratamento. Bem como se há nesses fenômenos uma anatomia política. A fim de responder essas questões principais e secundárias entendi necessário refletir sobre o bairro de Campo Grande, sobre a instituição saúde assentada no bairro e sobre o usuário na relação com esses dois entes, sua identificação, sua memória e patrimônio.

a. Estrutura da dissertação

A dissertação está estruturada em quatro capítulos e cada capítulo traz subseções que se encarregam de conduzir os assuntos pertinentes a cada território posto em análise e discussão. Como pretendo refletir acerca do território de Campo Grande, dos equipamentos de saúde no sentido biopsicossocial e quanto aos perfis daquela população considerando a hipótese de tratar-se de uma biopolítica as intervenções do Estado, escolhi apresentar uma analogia na introdução que favoreça ao leitor a percepção do que vai sendo apresentado, e que trata, com detalhes, acerca da institucionalização de sujeitos e suas consequências. Outros recortes serão feitos na apresentação dos casos e na articulação com a Memória Social.

Apresento ao longo da dissertação nove casos clínicos como exemplos do assunto examinado na seção. Não são discussões de caso clínico, nem se trata de uma

apresentação no sentido de trazer as questões do caso. São exemplos breves dos assuntos tratados. Eles irão surgir no corpo da dissertação como recortes atrelados às subseções.

Semelhante abordagem será feita na apresentação de articulações dos casos com a Memória Social, buscando na situação relatada os aspectos pertinentes ao campo da memória. Tais considerações surgirão logo após o caso proposto e lhes estão apenas, de forma que será preciso ler o caso para melhor entender as observações.

Logo ao final da introdução tem-se um estudo das instituições totais a partir do referencial teórico de Erving Goffman em sua obra “Manicômios, Prisões e Conventos”, com o intuito de refletir sobre como uma instituição fechada impacta sobre o sujeito, modifica comportamentos e constitui novas marcas identitárias. Um caso será exemplificado e feita sua articulação com aspectos da Memória Social, a partir de considerações de Octave Debary.

No capítulo 1 busco mapear o território de Campo Grande, a ocupação e a evolução do bairro, as intervenções do Estado em infraestrutura, em mobilidade, em equipamentos urbanos, de cultura, de saúde e de desportos, no intuito de contextualizar a proposta desse estudo. Dentro desse contexto, descrevo especificamente Inhoaíba, local em que está assentado o CAPS tratado na pesquisa.

Para contribuir com a discussão teórica, utilizo a obra de Milton Santos: “A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção” e sigo articulando os conceitos propostos por Santos com o território em Campo Grande e Inhoaíba, discorrendo-os no contexto da saúde pública e exemplificando-os com os casos clínicos acompanhados no CAPS. Neste capítulo três casos são apresentados, um deles com articulações com a Memória Social. David Harvey e Jô Gondar contribuem para a argumentação.

No capítulo 2 apresento conceitos que estruturaram a saúde pública no Brasil, a gênese desses conceitos e a forma como adquiriram fluência e corpo conceitual. Esta tarefa se dá pulverizada por todo o capítulo, e apresento, de forma breve, a evolução da saúde pública, considerando pertinente à proposta. Utilizo como fundamentação teórica os seguintes autores: Rozenfeld, Costa, Paim, Merhy, Czeresnia, Buss e Pellegrini, Campos, Ockè-Reis, Whitehead e Amarante.

O capítulo representou um esforço muito grande de síntese, devido às nuances, aos conflitos e às disputas da política pública do SUS. Foram feitos diversos recortes quanto a fatos históricos, quanto à legislação estruturante e complementar e quanto a discussões conceituais. Busquei pautar as discussões apresentadas por autores críticos, pesquisadores e fomentadores de políticas de saúde amplamente aceitos em suas posições. Embora tenha

pesquisado outros autores que apresentassem posições contrárias, ou seja, que defendem um sistema público de saúde gestado pela iniciativa privada, optei por não apresentar tais propostas, em razão dos limites desta pesquisa.

No capítulo 3, trabalho com a arqueologia e a genealogia de Michel Foucault, à luz das reflexões contidas em algumas de suas obras. São apresentados dois casos exemplificando o que vai sendo exposto. Articulo alguns de seus conceitos a fim de analisar os fenômenos observados em Campo Grande e identificar em que medida se revestem de uma técnica disciplinar e de uma biopolítica. Examinado trabalhos de Foucault em que expõe a possibilidade de resistência e a produção de outros modos de subjetivação.

No capítulo 4 apresento a musicoterapia como abordagem expressiva e recurso potente no trabalho com esses indivíduos assujeitados, favorecendo a apropriação de si mesmo e uma postura de resistência. Assim, apresento como analogia a resistência da etnia Ava-Canoeiros, com breve análise da composição “Canoa, Canoa” de Fernando Brant e Nelson Angelo, ensejando com tal análise exemplificar um dos recursos do trabalho do musicoterapeuta. Efetuo considerações sobre as oficinas terapêuticas e sobre a técnica músico-verbal de Luiz Antônio Millecco. Exponho e analiso o dispositivo clínico de sala de espera numa abordagem musicoterápica, ferramenta usada inicialmente no CAPS. Benenson, Barcellos e Wisnik conduzem a apresentação e utilizo os autores Muszkat, Dimenstein, Cedraz, Millecco e Pimentel, Machado e Chagas a contribuir na discussão.

b. Corpus e Corpo teórico

No intento de avaliar como esse novo modelo operatório da saúde pública contribuiu para produzir novos valores, novos comportamentos e novos perfis de usuários nesses serviços foram utilizados como material de consulta: vídeos, vídeo aulas, documentos digitalizados, fonogramas, registros audiovisuais de conferências e de seminários, registros escritos e digitalizados de grupos de trabalho de conferências, filmes, curtas, documentários, entrevistas registradas em livros, entrevistas registradas em vídeos, manuais diversos de orientação de políticas publicados pelo Ministério da Saúde, pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, manuais de procedimentos de empresas privadas e o site oficial da Prefeitura, observadas suas diferenças.

Compõem arcabouço da pesquisa: a legislação do Sistema Único de Saúde, a Lei 8080/90 e as leis complementares, a Constituição Federal de 1988, artigos em revistas,

em jornais comentando a legislação, livros físicos e em plataformas *online*, material coletado de seminários, fóruns e congressos.

O corpo teórico da dissertação se divide entre os autores que conduziram o percurso do trabalho, da pesquisa e da escrita e aqueles afluentes, que contribuíram com pontos específicos da discussão e com conceitos que ajudaram a melhor construir um argumento ou que introduziram um conceito.

A ideia era de que se pudesse fluir como um rio. Por tratar de questões que me são muito caras – um SUS público, acessível, universal; a institucionalização e a desinstitucionalização de sujeitos e a musicoterapia como abordagem expressiva – optei por trabalhar com a temática do território a contribuir com a fluidez da pesquisa e com a apresentação de cada ponto em discussão.

Utilizo Erving Goffman, Milton Santos, Michel Foucault, Roland Benenson, Lia Rejane Mendes Barcellos e José Miguel Wisnik como condutores nesse debate. Como afluentes, o que não significa menor importância ou menor influência; mas apenas menor presença na discussão, menciono outros autores identificados na Estrutura apresentada.

No decorrer da pesquisa fui observando que a cada capítulo se dava a necessidade de repensar e redefinir a noção de território, tornando claro que o trabalho envolvia seus diferentes conceitos dada a complexidade do objeto, o indivíduo usuário do sistema único de saúde, o campo da saúde, o bairro e a cidade do Rio de Janeiro e a política pública.

Assim, a escolha dos autores se deu a partir de outra pesquisa, tentando adequar o foco do trabalho exercido no SUS, a discussão do espaço geográfico e do território objetivo e subjetivo e a tecnologia disciplinar enquanto análise e distribuição espacial e técnica de controle. Outra preocupação foi com a confluência dos autores, a fim de evitar posicionamentos teoricamente divergentes que implicassem na adequada construção de uma antítese.

c. Metodologia

A pesquisa se caracteriza como uma pesquisa sobre políticas públicas de saúde, pesquisa ação e cartografia do território de Campo Grande, bairro da Zona Oeste do Rio de Janeiro. De fato, a pesquisa apresenta uma intercessão da cartografia do bairro de Campo Grande com uma cartografia do sistema único de saúde no período compreendido entre 2004-2016, período em que estive atuando na equipe de saúde mental naquela região. Nesse aspecto, e conforme exposto anteriormente, à medida que se evidenciou uma metamemória, a pesquisa foi-se revelando ainda uma cartografia das vivências e

memórias experimentadas como profissional de saúde. Elaborada como pesquisa bibliográfica e documental, quanto à abordagem apresenta-se como pesquisa qualitativa descritiva, valendo-se do método dialético.

Alguns foram os motivos da impossibilidade de cumprir com o cronograma previsto inicialmente de elaborar a pesquisa de campo: a dificuldade constante que impedia o acesso à Plataforma Brasil e os compromissos que surgiram de forma imprevisível na condução do movimento de greve dos trabalhadores da saúde do Rio de Janeiro, conforme relatado anteriormente.

Foi feito o contato pessoal com o Centro de Estudos da Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento - CAP 5.2, e os documentos exigidos para a submissão ao Comitê de Ética foram apostos na plataforma em julho de 2016; porém os trâmites foram inconclusos, incorrendo na impossibilidade de aprovação.

d. A institucionalização no território: uma analogia

A modernidade é fundamentalmente marcada pela evolução da técnica e da racionalidade e pelo emprego da tecnologia levados ao extremo, na qual o espaço adquire caráter funcional, sendo, portanto, analisado, investido e produzido (GIDDENS, 1991). O mundo moderno caracteriza-se por separar em categorias, classificar e fragmentar (FOUCAULT, 1987). Assim se dá em todo e qualquer domínio, como nomear as ruas, numerar as casas, separar o quarto e o tempo de dormir, estipular a hora de trabalhar, de estudar, de brincar, estabelecer regularidades de tempo, categorizar o vestuário de trabalho, separar e qualificar os ambientes.

Erving Goffman analisa como os estabelecimentos sociais se consolidaram nas sociedades modernas produzindo novos comportamentos e subjetividades. Entende que toda instituição se mostra “fechada” (GOFFMAN, 2001, p. 9), porém distingue aquelas instituições que impõem barreiras às relações sociais, não apenas do espaço físico, com portas, travas, muros, paredes altas, fossos, pântanos, cercas, torres e afirma:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 2001, p. 11)

Goffman afirma que as instituições totais produzem uma conformação de mundo em seus integrantes, ou seja, um repertório que comunica seus valores, representações e modos de linguagem, em seu modelo fechado e restritivo de vida.

Aponta que as instituições totais promovem que as pessoas realizem todas as suas atividades no mesmo lugar, abarcando todas as esferas de suas vidas (GOFFMAN, 2001), contrariamente ao que ocorre nas sociedades modernas, que separam os indivíduos no espaço-tempo isolado.

Na instituição total, o confinado realiza todas as atividades coletivamente, na companhia imediata das mesmas pessoas, rotineiramente diante de um certo mediador ou autoridade, em um tempo predeterminado, sempre cooperando com a instituição. A instituição total impõe uma divisão; porém muito distinta da segmentação que a modernidade opera na realidade objetiva e nas subjetividades (GOFFMAN, 2001).

O processo de desinstitucionalização na rede pública de saúde equivale a um retorno familiar ou à adesão a um serviço residencial terapêutico². Envolve ainda o trabalho clínico das equipes multidisciplinares dos Centros de Atenção Psicossocial, e novas formas de tratamento que transponham o modelo asilar, com orientação menos degradante e mais humanizada em equipamentos territoriais de saúde. Nos manicômios essas pessoas eram destituídas de sua singularidade, de sua integridade e mesmo de seus nomes. Goffman, numa perspectiva crítica, analisa os efeitos da institucionalização dos indivíduos confinados.

A experiência do sujeito confinado numa “instituição total” (GOFFMAN, 2001, p. 11) se revela na escassez do movimento, na exiguidade do gesto, na ausência do olhar, no seu silêncio, a desvendar o empobrecimento abissal a que esse indivíduo foi submetido. Evidencia um sujeito encarcerado em si mesmo, sem contato com a dinâmica do mundo exterior. A exclusão social o coloca na posição de desviante e na condição de não-humano (GOFFMAN, 2001, p.70) que precisa ser banido, apartado, moralmente reeducado, disciplinado.

Há uma primeira divisão que se observa no simples fato de o confinado não manter contato com o meio externo e a equipe que ali convive com ele estar integrada ao ambiente social. Ambas as condições já fornecem, a um e a outro, percepções de si mesmo e do outro limitadas e estereotipadas, constituindo assim uma relação hierárquica. A hierarquia que se institui concretamente no ambiente formalizado também se institui no sujeito e se reflete no seu comportamento em todo e qualquer lugar.

² Serviço Residencial Terapêutico - SRT é um dispositivo que consiste numa casa ou moradia assentada, preferencialmente, na comunidade, destinada a receber egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e familiar. Conforme a Portaria 106/2000. <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> Acesso em 30/03/2018 às 14:30.

Na instituição total alguns domínios como trabalho e família não encontram lugar ou são moralmente destituídos, e se verifica a aniquilação do papel social. O sujeito não experimenta a passagem pelos diversos papéis da vida civil, que envolve inúmeras gradações de ritmo e tempo, de linguagem, comportamento, hábitos e movimentos que lhe seriam exigidos nas trocas de ambientes e relações interpessoais. Nas instituições totais, se nota a desqualificação desses papéis sociais, visto que essa gradação não se faz necessária nem desejável, pois o mundo do confinado permanece inalterável e o papel que lhe é conferido é de interno, preso, prisioneiro ou asilado.

Goffman entende que esse hibridismo, que faz da instituição residência e organização formal, provoca uma segunda divisão: um “desculturamento” (GOFFMAN, 2001, p. 23) que torna o confinado incapaz de enfrentar situações da vida cotidiana. Ele afirma que esses estabelecimentos “são estufas para mudar pessoas” (GOFFMAN, 2001, p. 22), e analisa sobre o que ele denomina processo de “mortificação do eu” e formas de “desfiguração” e de “profanação” (GOFFMAN, 2001, p. 23-39).

Goffman entende que a primeira mutilação do eu advém dessa barreira imposta pela instituição ao mundo exterior. Enumera uma série de outras ações expressas em rituais de passagem que marcam a admissão e a inauguração desse mundo do confinado, tais como a pesagem, o exame físico, o corte dos cabelos, por vezes o tirar as impressões digitais, a foto institucional, o recolhimento das roupas e dos demais objetos pessoais com a dispensa de uniformes ou aventais da instituição.

A segunda “mortificação do eu” se dá na conjunção desses rituais de passagem com os inúmeros atos de fala, revelados em palavras de ordem a expor as regras da instituição, bem como na inflexão da voz e no alcunhar o indivíduo, de modo a subjugar-lo e a humilhá-lo.

A profanação da imagem que o confinado tem de si mesmo e a “violação da reserva de informação do eu” (GOFFMAN, 2001, p. 31) se mostram quando o confinado é obrigado a expor sua nudez, ou a manter um padrão de deferência obrigatória diante da equipe fiscalizadora, ou ainda quando é obrigado a expor em audiências fatos e sentimentos sobre si mesmo ou a manter sigilo sobre um abuso sexual, um constrangimento físico ou moral, uma violência.

A “violação da reserva do eu” se expressa também pela “contaminação por contato” (GOFFMAN, 2001, p. 35) quando da exposição desrespeitosa da intimidade do confinado, compartilhando leitos com outros indesejáveis, estranhos, por vezes moribundos. Também em situação de permanente vigilância em celas com grades de

metal ao invés de paredes. Partilhando roupas de cama e objetos pessoais como toalhas, pratos, vasilhas, sanitários. Ou ainda, expondo a si e a seus excrementos, porque mesmo os atos de defecar e urinar são violados ao se darem sem privacidade, e por vezes sem latrina, na presença de todos.

Como a instituição total lida com a integralidade da vida do sujeito confinado e afasta as gradações, os ritmos e os movimentos da vida social exterior, faz-se muito mais fortemente marcada a padronização, a hierarquia e o ordenamento institucional. Assim, o confinado experimenta a perda de seus bens, de suas potencialidades e aptidões e tem sua circulação restrita ao espaço institucional desprovido de móveis, acessórios e ornatos. Não há nada de que se apropriar. Goffman reitera que bens pessoais são elementos importantes na constituição de uma individualidade. que nas instituições totais a pessoa confinada tende a assumir características de objetos inanimados (GOFFMAN, 2001).

A uniformidade presente na instituição total caracteriza o processo de mutilação do eu descrito por Goffman, e desestabiliza a concepção que o confinado tem de si mesmo, destruindo sua autoimagem, autoconfiança e autoestima. Deste modo, faz surgir no indivíduo uma orientação pessoal sempre atrelada ao movimento do “outro”, seja outro conjunto, como quando experimenta o movimento coletivo como seu próprio, seja na relação interpessoal com a equipe fiscalizadora.

Goffman aponta que o movimento conjunto de pessoas confinadas facilita a inspeção, ratifica a vigilância e promove a obediência. Nesse contexto, haverá sempre um pequeno grupo que fiscaliza um outro com maior quantitativo de pessoas sem nenhuma mobilidade social, desinvestidas de sua autonomia, confiscadas de seus bens materiais e imateriais, interdadas em seu movimento pessoal e quanto à circulação social. Tal esvaziamento imprime no sujeito um modo de funcionamento que se mostra na forma de se relacionar, ou de não se relacionar, de se afetar ou de não se afetar, de alienar-se.

d.a. Caso D - Os efeitos da institucionalização

Há cinco anos acompanho no CAPS uma usuária de vinte e três anos, D, psicótica e hipossuficiente. Foi abrigada há quatro anos em um serviço municipal da assistência, após ter sido recolhida na rua, encaminhada à internação psiquiátrica e ter obtido a alta do manicômio. Sem possibilidade de retorno familiar, seguiu a um abrigo da prefeitura.

D é filha de uma moradora de rua com um senhor que, frequentemente, a defendia dos maus tratos de transeuntes e de homens que a agrediam sexualmente. Sua mãe também era psiquiátrica. Após a morte dos genitores passou por inúmeras moradias de

parentes e não parentes, por breves períodos de tempo. Porém, seus sintomas psicóticos dificultavam sua interação com as pessoas que não a entendiam e, conseqüentemente, não a toleravam em sua doença, desistindo de acolhê-la.

Sua internação no manicômio se deu no momento em que circulava nas ruas se colocando em risco na comunidade, local com altos índices de violência e dominado pelo narcotráfico. Na época, morava com uma tia, irmã de sua mãe, que após a internação não mais a procurou e evitou, de inúmeras maneiras, as equipes do CAPS e do hospital. Outros familiares procurados também abandonaram a usuária que seguiu ao abrigamento.

Parte de meu trabalho no CAPS consiste em efetuar visitas institucionais periódicas. Nas primeiras visitas ao abrigo, eu sempre encontrava D em sua cama, encolhida debaixo do cobertor, mesmo em dias de muito sol e calor. Passava boa parte do tempo ali, esquivando-se do contato com os demais internos. Queixava-se sempre de agressões físicas ou morais: "ela me bate!", eles não deixam", "eles me roubam!". Costumava esconder suas roupas debaixo do travesseiro, alegando que eram roubadas no varal.

Com o intuito de minimizar os efeitos da institucionalização para D, o trabalho com a usuária envolvia idas à farmácia para comprar itens de higiene, à pastelaria, onde ela escolhia o sabor do pastel e o refrigerante que queria beber, ir à padaria escolher entre um sanduíche de queijo ou de mortadela, comprar suas roupas, ir ao cabeleireiro pintar as unhas ou cortar o cabelo. Situações simples e cotidianas que exigiam da usuária atitudes como dirigir-se a alguém para solicitar algo, tomar decisões, experimentar e expor sua vontade, fazer escolhas, impor limites ao outro, dizer "não".

D sempre comprava biscoitos de chocolate e comia todo o pacote ainda na padaria, rapidamente, pondo todo o biscoito na boca. Justificava: "eles vão comer!". Quando eu a questionava quanto à possibilidade de negar-se a oferecer o biscoito, respondia: "eles não deixam!" Institucionalizada, houve ocasião em que pedia com muita constância e insistentemente: "Senhora, deixa eu fugir!", demonstrando em seu pedido de fuga sua total submissão e falta de autonomia. O ato de fugir em si mesmo envolve uma decisão: não aceitar ou escapar de uma situação, condição ou circunstância.

Na esfera da saúde mental denomina-se processo de desinstitucionalização o trabalho com o paciente institucionalizado, oriundo de internação de média ou de longa permanência. A desinstitucionalização do paciente inicia com ele ainda no manicômio e, externamente, no contato com a família, não terminando com a alta hospitalar.

O retorno familiar normalmente envolve uma série de embaraços quanto à interação com a família e com os vizinhos, como os que dizem respeito a comportamentos

inadequados, choques da cultura institucional com o ambiente social, dificuldades de convivência nos lugares de circulação.

d.b. Caso Z - A desinstitucionalização como processo

Lembro-me da chegada de Z ao CAPS. Z tinha cerca de cinquenta e sete anos e passara cerca de vinte e seis anos internado em um hospício na Zona Oeste do Rio de Janeiro. A origem e história pregressa no território de Campo Grande lhe assegurava o tratamento no CAPS em Inhoaíba.

O retorno ao ambiente familiar era parte de seu projeto terapêutico³, e a abordagem com a família começou por volta de um ano e meio antes de sua saída do hospital psiquiátrico, em 2011. A equipe do CAPS acompanhava, de forma muito difícil, delicada e intensa, Z e sua irmã que iria recebê-lo em casa. Ela pretendia morar só com ele, assumindo o papel de cuidadora, auxiliando-o na adaptação ao meio social. Z, como os demais pacientes que permaneceram institucionalizados por tanto tempo, contaria com recursos do governo, conforme a legislação vigente.

Por questões diversas, não se concretizou a moradia de Z só com a irmã e, quando de sua alta, ele foi morar com ela, o sobrinho e a família deste. O sobrinho todas as tardes, por volta das 16:30 ia buscar Z no CAPS. Z não falava, nem se dirigia a ninguém na unidade. Sua voz era frágil, rouca, rangida e ininteligível. Z passava o dia sentado na sala, levantando-se, apenas, por vezes, quando alguém lhe dirigia alguma instrução – “Z, está na hora do almoço, vai almoçar!”, “Z, vai começar uma oficina ali, você quer vir?”. Na unidade, era pitorescamente comparado a um abajur.

Numa tarde em que estive na sala, a unidade com poucos usuários, alguém – que não foi possível detectar – irrefletidamente, desligou a luz. Quando a irmã de Z chegou para leva-lo a equipe se deu conta de que ele ainda não havia “saído”. De fato, ele saiu, sugestionado pelo desligar das luzes, sem dizer palavra alguma, sem direção. Desapareceu por cinco dias. A equipe e a família saíram a procura dele, sem sucesso. Z foi encontrado no Hospital Estadual Rocha Faria⁴, para onde foi levado, após ser recolhido na rua por transeuntes.

³ Projeto terapêutico singular é uma ferramenta de trabalho que traça e reavalia o percurso do tratamento a partir de um diagnóstico. No CAPS, envolve organizar com o usuário e com seu familiar o cotidiano de seu tratamento na unidade, e por vezes, também extramuros.

⁴ À época Hospital Estadual Rocha Faria.

Após esse incidente, a equipe técnica entendeu que seria importante na convivência do CAPS estimular as trocas interpessoais, de modo que pacientes mais preservados notassem a presença daqueles sem pragmatismo ou hipopragmáticos, e estes pudessem ser inseridos na convivência, mesmo que de forma precária, ou passivamente.

A convivência no CAPS consistia em diversas atividades livres que aconteciam no decorrer do dia, geralmente sem mediador e por iniciativa dos próprios usuários. Envolveria jogar damas, regar plantas, fazer desenhos ou pinturas, ouvir música, assistir televisão, tocar violão, ou simplesmente conversar na varanda.

Ser visto era por si só um trabalho de inclusão para Z. Por outro lado, ver o outro em sua precariedade dava a todos a visibilidade da dimensão do cuidado, ou seja, entender que o cuidar não se limita a uma função institucional ou a uma técnica profissional. Não se restringe a um procedimento ou a uma norma ética regulamentada ou a um padrão de comportamento.

Do mesmo modo, a inclusão de Z, ao ser notado pelos demais usuários do serviço, não se daria pelo trabalho de desinstitucionalização da equipe técnica, exclusivamente. O trabalho de desinstitucionalização estava sendo feito, inclusive operando a desospitalização de Z e efetuando seu acompanhamento no meio externo, no território. Ressalta-se aqui que o trabalho de desinstitucionalização não se extingue no trabalho de desospitalização. É preciso devolver a cidade a esse sujeito e esse sujeito à cidade.

Contudo, a inclusão de Z, naquele momento, efetivamente, acontecia através do reconhecimento dele pelos demais usuários como sendo parte integrante daquele convívio social, mesmo em sua precariedade. Somente este dado já seria extremamente significativo no trabalho de desinstitucionalização, em um sentido ampliado.

Nesta perspectiva, retira-se o foco da precariedade de Z em sua conduta institucionalizada, em sua comunicação e expressão comprometida, e amplia-se a visão, focando a precariedade dos demais usuários em não ver a pessoa de Z. Assim possibilitando trabalhar a autonomia de Z e dos demais, as limitações de todos, inclusive da equipe técnica, redimensionar e qualificar as noções de cuidado e de autonomia, bem como produzir uma singularidade nas relações, expressa nesta parceria entre a equipe e os usuários. Já não era somente eu ou outro técnico a interpelar Z ou convidá-lo para uma atividade, usuários passaram a falar com ele ou sobre ele, a chamá-lo, a interagir com ele.

Sob esta ótica, apreende-se quanto a focar a precariedade da equipe técnica em restringir a dimensão do cuidado, ao não admitir a possibilidade de um usuário do serviço também cuidar do outro usuário e mesmo da equipe técnica. Torna possível, assim,

admitir a limitação da equipe técnica, se considerado certo grau de rigidez e de prepotência dos profissionais, e até alguma dose de arrogância, ao não enxergarem seus limites humanos e materiais.

Repensar a noção de cuidado e de precariedade sob os diferentes enfoques possibilita rever o conceito de autonomia. Favorece o entendimento de que autonomia engloba múltiplos níveis de cuidado, que se traduzem em ações simples como olhar, ver, falar, transmitir, aproximar-se, por vezes, afastar-se, levar em conta, considerar. São atitudes nem sempre explícitas e objetivadas em ações concretas.

Autonomia também se manifesta em gestos; sempre para além de um cuidado pautado em procedimentos técnicos e normativos, que são importantes e necessários, porém não conclusivos. Desse modo, a noção de autonomia se amplia e agrega o ato de ao cuidar do outro, deixar-se cuidar pelo outro. Cuidar adquire caráter de reciprocidade e admite diferenciados e inéditos níveis de precariedade e dependência encontrados em toda e qualquer pessoa.

Assim, foi possível trabalhar a autonomia de Z e dos demais, as limitações de todos, inclusive da equipe técnica, redimensionar e qualificar as noções de cuidado e de autonomia, bem como produzir uma singularidade nas relações, expressa nesta parceria entre a equipe e os usuários. Já não era somente eu ou outro técnico a interpelar Z ou convidá-lo para uma atividade, usuários passaram a falar com ele ou sobre ele, a chamá-lo, a interagir com ele.

d.c. Caso Z - A memória do institucionalizado

Numa perspectiva antropológica da memória voltada a refletir acerca dos usos do tempo, da história e do patrimônio material, observa-se a necessidade de atribuir à coisa uma existência e identidade capaz de ressignificar e requalificar o passado. Importante retomar que objetos pessoais se constituem em elementos que esboçam uma individualidade (GOFFMAN, 2001).

No processo de patrimonialização confere-se vida aos objetos que sintetizam uma memória, concedendo-lhes atributos constitutivos do ser, num movimento cultural de evocar o passado, de lembrar, de guardar, de fazê-lo circular, adiando sua morte, garantindo sua permanência e testando sua finitude. Caracteriza-se como uma forma de esquecer e de abrir espaço ao futuro.

De um modo complexo e paradoxal, a sociedade capitalista fomenta uma política de acumulação, de conservação e de esquecimento. Acumula-se e guarda-se para

esquecer, para não mais retomar o assunto, a experiência, a sensação, os sentidos, a representação e interpretação de determinados eventos. Há nesse modo de funcionamento uma dinâmica que evidencia a relação que se tem com a morte nas modernas sociedades, que instiga o homem na sua relação com o tempo e com a perenidade, como que a provocar: de que maneira se transcende o tempo?

A coisa é animada e adquire alma, vida, história, identidade e função social que lhe é cedida pela pessoa, ao passo que a pessoa experimenta a permanência, se conserva, desafia o tempo e a morte, toma de empréstimo da coisa o seu ser objetificado.

Debary (2016) questiona: “o que fazer com os restos de uma história não consumida, de uma história que permanece presente?” E responde que os presenteístas irão descartar tudo. Aqueles preocupados com o futuro irão reciclar e reordenar os restos. Os conservadores irão recolher e guardar os restos com o intuito de evitar o esquecimento e assegurar o patrimônio social, numa postura memorial.

No contexto proposto instiga refletir acerca da memória e do patrimônio do indivíduo institucionalizado. Acerca do que é possível guardar, apreender e significar de sua história, aquele que viveu a experiência da internação em um hospital psiquiátrico por cerca de vinte a quarenta anos, portador de um transtorno mental e que tem seu ser objetificado não mais pelo objeto, mas pela instituição total.

Com as políticas públicas a fomentar a desinstitucionalização de pacientes dos hospitais psiquiátricos vêm à tona muito claramente a maneira como estes se constituíram enquanto ser-objeto nesses lugares de memória. Condição em que não há objetos de memória, senão o próprio corpo que denuncia uma ordem social na qual aquele que não contribui com a acumulação, com a lógica vigente é o desviante que precisa ser banido, isolado, moralmente destituído.

Maurice Halbwachs (1990) afirma que qualquer lembrança individual o é só na aparência, visto que de fato nunca se está realmente só. A cada momento e em qualquer circunstância se está atravessado e ancorado em perspectivas outras, de um coletivo, em referências de um grupo. Considerando a experiência desse sujeito institucionalizado sem contato com a dinâmica do mundo extra instituição, um indivíduo encarcerado em si mesmo, em sua experiência traumática e na dos demais, submetido e subjugado, cogita-se de que forma pensar os restos e os dejetos, se sequer há objetos de memória, se a vida se reduziu a um espaço confinado, a um tempo aleatório, a uma violência inominável, a um não-dito intolerável e intolerante.

Restos e dejetos se inscrevem no corpo do institucionalizado e traduzem tanto a falta ou a interdição, como a falta de interlocução ou a vedação da liberdade de ir e vir; como o excesso da experiência, qual seja o acúmulo de uma forma de pobreza que se dá a cada constrangimento, a cada situação de mutilação do eu, de destituição moral e de aniquilação do papel social.

1 O território de Campo Grande

Campo Grande é o bairro de maior extensão territorial, com mais de 120Km² e o bairro mais populoso do município do Rio de Janeiro, segundo dados do IBGE de 2010, tendo cerca de 330.000 habitantes. Neste estudo utilizo os dados censitários oficiais, no entanto, há registros publicados de fontes jornalísticas⁵ que apontam o bairro como o de maior densidade demográfica do Brasil com cerca de 600 mil pessoas.

Como os demais bairros da Leopoldina, Campo Grande é atravessado pela Linha do Trem que divide transversalmente o subúrbio do Rio. Observa-se que nas localidades a oeste da linha férrea há menor desenvolvimento socioeconômico, identificando-se a presença maciça do setor industrial do bairro nessa região. A leste, verifica-se maior atividade agropecuária e um cenário mais rural na paisagem e nas edificações. O setor comercial é autossuficiente e concentra-se na zona central, farta de serviços.

Nessa distribuição espacial nota-se, na atualidade, que a porção leste incide maior concentração de moradias de baixa renda, inclusive com investimentos públicos em imóveis vinculados ao programa federal “Minha Casa, Minha Vida”, que favorece a aquisição de moradia para famílias com rendimento mensal de até dez salários mínimos. Na porção oeste observa-se melhor padrão e maior gabarito de altura das construções.

Campo Grande, originalmente era uma vasta extensão de terras que ia do atual bairro de Deodoro até a localidade de Rio da Prata, alcançando bairros hoje conhecidos como Deodoro, Bangu e Cosmos. Era uma região de sesmarias e começou a ser habitado no século XVI. Sua ocupação se deve, principalmente, à implantação da linha férrea no século XIX. Até o início do século XX contava com pouco mais de quinze mil habitantes.

Em 1946 deu-se visível expansão de Campo Grande com a inauguração da Avenida Brasil, a via expressa de 58,5 Km que atravessa a cidade do Centro até Santa Cruz, e é a principal via de acesso do Rio de Janeiro aos municípios vizinhos. Com a Avenida Brasil, viu-se o incremento do fluxo industrial, em especial do setor químico, o crescimento da especulação imobiliária e a consequente ampliação de negócios, serviços e domicílios. Essa evolução do bairro se fez acompanhar de um adensamento populacional e de um aquecimento dos setores secundário e terciário.

⁵<https://blog.geofusion.com.br/mar-de-gente-veja-os-10-bairros-com-maior-popula%C3%A7%C3%A3o-no-brasil> , <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/07/ibge-bairros-na-zona-oeste-do-rio-crescem-ate-150.html> Acesso em 15/06/2018 às 08:46.

1.1 Descrevendo Inhoaíba

Cheguei a Inhoaíba numa manhã fresca, e a paisagem era bucólica, pastoril. Uma imensidão de tons de areia, azul e verde. Era 02 de agosto de 2004. Havia sido orientada a seguir de trem e descer na Estação Inhoaíba mesmo, uma das seis estações de Campo Grande. Da estação, caminha-se de quinze a vinte minutos até a unidade de saúde CAPS Profeta Gentileza. Era uma estradinha de terra batida com pouco ou quase nenhum comércio: um bazar que vende de tudo (de sorvete a durex), duas padarias, uma venda de frangos, uma oficina de lanternagem de fundo de quintal, uma loja de material de construção, um modesto restaurante caseiro e um galpão de ferro velho. No caminho, pude contemplar o céu livremente, sem empecilhos porque não havia prédios nem muitos carros circulando. As montanhas verdes pareciam sair de uma foto. Incrível como o sol em Campo Grande é generoso, farto e estrelar. Uma bola de fogo vermelha que no fim da tarde deixa o céu de um tom púrpura até se pôr.

Naquele dia chegaram ao CAPS Profeta Gentileza a assistente social, os médicos psiquiatras, a terapeuta ocupacional, o oficineiro e professor de teatro, a fim de compor a equipe multidisciplinar. A equipe até aquele momento era composta de enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, o administrador da unidade e a diretora. Eu não exatamente estava ali para uma apresentação formal à unidade, mas para definir uma escolha entre trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial em Bangu ou em Inhoaíba. E a paisagem no trajeto e a unidade que se situava numa chácara, fizeram-me decidir instantaneamente. Com uma extensa área verde com coqueiros e bananeiras, uma casa ao fundo cercada de varanda e jardim, anexa à casa, se via uma piscina e uma churrasqueira, tendo ao fundo um campo de futebol com banheiros e vestiários.

Inhoaíba é um dos bairros que integra a região de Campo Grande, com cerca de 65.000 habitantes, numa paisagem de moradias de baixa renda, casas de um a dois pavimentos, com ausência de serviços. Embora emancipado por decreto, em 1993, pelo então prefeito Cesar Maia, o bairro, de fato, não se emancipou.

Em 2004, não havia linhas de ônibus que circulassem na Estrada de Inhoaíba, local que comportava três unidades de saúde com um efetivo total de mais de cinquenta profissionais. O percurso era feito a pé ou de van. Não havia ruas asfaltadas, o que tornava ainda mais difícil o acesso no período de chuvas fortes. Não havia praças, botequins, esquinas, encontros. Os espaços públicos se mostravam esvaziados, totalmente destituídos de investimento.

Em 2010, Inhoaíba foi atestado como um dos bairros de mais baixo índice de desenvolvimento humano do município, conforme dados do censo do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Logo no início de meu percurso como musicoterapeuta no CAPS em Inhoaíba, circular pelo bairro, em visitas domiciliares e em reuniões de trabalho, deu-me uma nova percepção e dimensão do lugar. Havia um desejo da equipe técnica do CAPS de criar um Centro de Estudos o que motivava reuniões frequentes de apresentação e estudo de casos e seminários que aconteciam nas faculdades daquela região.

As reuniões se faziam com as equipes locais, a Estratégia de Saúde da Família Aguiar Torres e o Posto de Saúde Dr. Mário Rodrigues Cid. Também ocorriam, mensalmente, no Fórum de Saúde Mental, na CAP 5.2⁶ – Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento, do outro lado da Estação de Campo Grande, próximo ao Hospital Estadual Rocha Faria, local que abrigava as reuniões do Conselho Distrital, e onde eu com alguma frequência ia acompanhar e articular casos de saúde mental junto ao setor de psiquiatria.

As reuniões do Fórum de Saúde Mental da AP 5.2 e mesmo os seminários propostos contavam com boa parte do efetivo da saúde e ainda com muitos convidados de outros setores. Participavam profissionais da CRE – Coordenadoria Regional de Educação, das CRAS - Centro de Referência da Assistência Social e do CREAS/ Centro de Referência Especializado de Assistência Social e ainda técnicos do campo jurídico.

Cotidianamente, as discussões do Fórum eram pautadas pelos serviços de saúde e por esses outros setores. Esse movimento era importante na aproximação das equipes, na articulação dos processos de trabalho, no melhor conhecimento e apropriação daquele território.

Ali eram discutidos casos clínicos que circulavam por diversos serviços de forma confusa e querelante. Também eram debatidos casos de alunos da rede pública de Educação que se encontravam em situação de risco ou vulnerabilidade psicossocial na escola ou no contexto familiar. Eram frequentes os relatos de crianças medicadas com psicotrópicos, diagnosticadas com transtornos psíquicos, quase sempre de forma apressada e sem considerar o contexto sociocultural no qual pais quase sempre pressionados por um sem número de compromissos não mais interagem com seus filhos.

⁶ Área Programática – O município do Rio de Janeiro desde 1993 é dividido em dez Áreas Programáticas ou Áreas de Planejamento, para fins de planejamento em saúde.

Outras questões acabavam por ser discutidas, como o uso da medicação, a medicalização da vida, e ainda mais grave, a medicalização da infância ou a judicialização dos casos psiquiátricos. Temas que diziam respeito não somente à saúde, mas, sobretudo, concernentes à sociedade em geral, a estatutos e conceitos sociais que vêm sendo construídos, como normalidade e patologia.

Discussões como essas permitiam aos profissionais dos diferentes setores, atuantes naquela área programática, repensar posicionamentos, reavaliar condutas e constituir redes e territórios a partir de ações e dos espaços de produção e promoção de saúde. Ou seja, as reuniões favoreciam os vínculos entre os profissionais, já que promoviam uma interlocução diferenciada, através das trocas que se davam de forma pessoal – no tête-à-tête - a cada reunião, configurando a rede pública de saúde e a rede intersetorial. Tal configuração se estabelecia no debate, assim como nas narrativas, propiciando um *modus operandi* e constituindo a tessitura do território.

Essa discursividade estabelecia uma referência territorial para cada técnico, orientada pelo seu setor – de saúde, de saúde mental⁷, da assistência e outros. Também tornava possível apreender o modo de pensar dos profissionais e das equipes e de exercer sua prática através de suas falas, das condutas e das direções acordadas. Por conseguinte, as discussões contribuía para a constituição e reafirmação da identidade profissional, e sobretudo, na conformação daquele território.

Ora, o que se propõe aqui é refletir sobre aquele modelo operatório da saúde que contava com um fórum intersetorial frequente, com a presença potente de profissionais de diversos setores, com ideias divergentes em debate constante, implementando a construção daquele território. Cada discussão de caso clínico, cada informação acerca deste, cada destaque, cada relato de intervenção e conduta, bem como as discordâncias e dissonâncias de pensamento do caso, todas essas ações construía o caso em si. Dito de outra forma, o caso clínico era o caso discutido, debatido, investido nas narrativas e discursos.

Seguindo essa premissa, entende-se que o território é esse constructo que envolve ampla e heterogênea gama de narrativas, de saberes, de técnicas e de tecnologias. De algum modo complexo, o território, concomitantemente, opera a segurança e o controle da população, enquanto, paradoxalmente, promove insegurança, medo, violência e adoecimento, conforme análise que se dará adiante.

⁷Atualmente ainda é muito díspar o enfoque, as condutas e a abordagem do profissional de saúde mental de um outro profissional de saúde que não atue na saúde mental.

1.1.1 Caso N - Construindo um território

Foi numa interlocução com o Hospital Estadual Rocha Faria⁸ que a equipe do CAPS tomou conhecimento de uma jovem senhora, que aqui denomino N, à época com 35 anos. N deambulava pelas ruas do bairro, tendo sido atropelada e atendida naquele hospital. A discussão do caso foi proposta pela equipe do hospital, considerando que N não tinha familiares e já estava de alta. A inserção de N no CAPS e a articulação das equipes possibilitou reconstituir um pouco da história da paciente.

N tinha uma casa na Favela do Barbante, que se situava bem à frente da unidade e se estendia, de forma linear, até à Estação do Trem Inhoaíba. A casa era bem precária, sem portão, portas ou janelas, sem piso, com muito mato no que seria um quintal, sem banheiro ou cozinha. Ao invés destes, havia um vaso sanitário nos fundos da casa sem qualquer instalação hidráulica ou de esgoto. A comida era feita no chão mesmo, sobre uma lata velha de leite. À entrada da casa havia um pano, de modo que a casa ficava aberta. N era conhecida no local, embora há muito tempo não morasse lá, de fato.

As equipes do hospital e do CAPS diante da condição psicossocial de N, entendendo que a paciente se encontrava em risco, resolveram transferi-la para o setor psiquiátrico do Hospital Estadual Pedro II⁸, em Santa Cruz. Durante todo o período em que esteve internada, quase seis meses, as duas equipes localizaram uma tia de N em Santa Margarida, nas proximidades de Inhoaíba. O objetivo era preparar a ida de N para a casa de sua tia. No entanto, pouco tempo depois de ser localizada, a tia morreu.

N é psicótica, e naquela época, muito desorganizada, pouco esclarecendo sobre sua história pessoal e acerca de seu adoecimento. O que se pode conhecer era que N teve dois filhos: o primogênito, já adulto, nunca foi localizado e um outro que ela afogou num latão de lixo quando ainda bebê. N tinha o segundo grau completo e havia sido costureira num período em que morara em Bonsucesso.

À medida que a internação de N se tornava iatrogênica e a alta de N se fazia iminente, outras instâncias iam se agregando ao caso, como as direções do hospital e do CAPS e as equipes de abordagem do CRAS. A essa altura eu já era a referência do caso junto com a enfermeira da unidade.

Na área da saúde o Técnico ou a Equipe de Referência é aquele profissional ou equipe que acompanha de forma particular ou próxima o percurso do tratamento, orienta ações, traça e avalia metas com o familiar e o usuário. Na saúde mental, além desse perfil,

⁸ À época Hospital Estadual Rocha Faria

o técnico de referência agrega com o usuário e o familiar um vínculo ético terapêutico que, quase sempre, o tornam corresponsável ante às equipes de saúde, a demandas burocráticas assistenciais, sociais e organizacionais. Muito em razão de geralmente o acometido de transtorno mental ter um débil suporte familiar e de sua vulnerabilidade.

Assim, sob a pressão da alta, decidimos, em conjunto com a psicóloga do Pedro II, circular com a paciente no território, seguindo à sua casa. No trajeto, ela reconheceu alguns lugares, foi reconhecida por alguns transeuntes e pode nos conduzir até sua casa. O caminho, já na Favela do Barbante, foi nos apresentando barricadas feitas com entulhos, pedras, descartes diversos para impedir a passagem. Preocupadas com a insalubridade, com o risco da moradia e com a periculosidade do lugar, perguntamos a ela: “de que você precisa?” E N respondeu de forma simples e imediata: “de amigos!”

A Favela do Barbante se constituiu na década de 1980 pelas invasões de famílias que buscavam na paisagem bucólica do lugar, “tranquilidade”, “segurança” e melhores condições de vida. Em 2004 era controlada por uma facção que gerenciava o cotidiano das pessoas, instituindo uma “outra ordem”, orientada pela violência, pela opressão e pelo medo imposto à população. Atualmente, esse governo paralelo, não oficial, se dá por grupo paramilitar e se inscreve concretamente na linguagem, no movimento, nos corpos dos moradores, no esvaziamento da rua, no silenciar, nas práticas e nas atividades diárias.

N ainda mantém tratamento no CAPS Profeta Gentileza. Depois dessa visita ela obteve alta do Hospital Pedro II e voltou para sua casa, mas já havia um homem que permanecia lá de forma irregular, a quem ela passou a chamar de “Pedreiro”.

Algumas iniciativas foram tomadas pela equipe do CAPS, como buscar interlocução com o Presidente da Associação de Moradores do Barbante, com setores do CRAS e do CREAS, e com o programa da saúde mental que tratava dos direitos dos pacientes psiquiátricos com o intuito de proteger N dos riscos de sua casa e de sua comunidade, tendo em vista suas condições precárias e frágeis. Contudo, o “Pedreiro” acabou vendendo a casa de N para “umas garotas que me bateram” – dito assim por ela. Atualmente, N mora numa moradia assistida pela equipe do CAPS.

Esse caso, na época, foi exaustivamente discutido em Supervisão entre as equipes do CAPS e as demais equipes daquela Área Programática, entre outros setores da Saúde Mental e no Seminário de Atendimento à População de Rua em Campo Grande. As questões que impulsionavam o debate sempre se mostravam atreladas à expectativa de um consenso entre as equipes no tocante ao cuidado de N e aos distintos princípios morais dos técnicos em choque com os valores dela e de sua comunidade.

A reflexão pairava sobre se as equipes agiam de forma tutelar, se havia uma visão incapacitante de N, uma desqualificação de suas escolhas ou ainda a imposição dos valores morais da equipe ao caso.

Recordo de ocasião em que acompanhei N ao banco. Precisávamos seguir de ônibus até o Centro de Campo Grande e ainda andar cerca de quinze minutos até à agência bancária. Embora houvéssemos combinado um roteiro que envolvia circular no West Shopping, N esteve ali sem que demonstrasse qualquer afetação. Ela estava mesmo interessada em comprar uma sandália de dedo numa banca de rua ao lado da agência e em comprar cigarros. Nós precisamos percorrer vários bares em busca de seu cigarro. No shopping ela, sim, foi uma “atração” para os transeuntes, com suas roupas e chinelos, seu modo de andar e de ser.

Considero esta discussão importante visto que no campo da Saúde Mental, em virtude das situações que surgem, especialmente nos CAPS, os profissionais são convocados a definir situações de vida dos pacientes estigmatizados. Qualquer um que faz uso de psicotrópicos é, em alguma medida, socialmente tomado como incapaz, alienado e “maluco”.

O estereótipo que acompanha o doente mental se dá em todas as esferas de sua vida, inclusive junto a sua família. Mesmo aqueles pacientes que trabalham formal ou informalmente são moralmente assediados pelo fato de usarem um psicotrópico ou de efetuarem tratamento em um dispositivo de saúde mental.

O estigma revela-se fortemente, de maneira contundente, visto que usuários que apresentam quaisquer outras patologias, como portadores de cardiopatias ou de distúrbios renais, veem-se cerceados por restrições diretamente relacionadas ao seu quadro clínico, ou seja, tornam-se limitados para não agravar sua doença. Os doentes mentais veem-se interditados e desautorizados na totalidade de suas vidas, conforme temos observado nos exemplos citados neste estudo.

Na relação real e cotidiana com o portador de grave sofrimento psíquico, se observa que, com frequência, este tem frágil vínculo familiar ou nenhum vínculo. Muitas vezes sem condições psíquicas de interlocução, de gerência do seu cotidiano e de juízo crítico, necessitam de suporte e, na ausência deste, vivenciam situações de muita precariedade.

Os pacientes mais comprometidos quase sempre têm com o serviço uma relação de guarida, sujeição e dependência, eles mesmos atribuindo à unidade de saúde a condição de responsável não somente por seu tratamento, mas por todas as instâncias de suas vidas.

Condições e exigências do cotidiano de N se viram comprometidas à medida em que o trabalho clínico se aproximava de sua vida pessoal e íntima e de seu autocuidado. Refiro-me a situações como ir à padaria tomar um café, ir ao banco sacar dinheiro, comprar uma peça íntima. Outras atividades da vida diária, bem como a necessidade e o direito a um benefício assistencial também implicavam num acompanhamento terapêutico minucioso e constante no território.

Lembro-me que em nossas idas ao banco, sempre se fazia necessário orientar N quanto à entrada, à retirada da senha e ao atendimento no caixa. N sempre ficava girando sem parar na porta giratória, sem acessar o salão principal.

As discussões desse caso entre as equipes do CAPS, do hospital, da atenção básica que atendia o território de N e da assistência com setores jurídicos serviram de esteio tanto para a condução clínica e social do caso, quanto para diversas outras situações similares.

Essa clínica que engloba o trabalho de autonomia do paciente opera com os recursos do território, requer uma conduta pautada numa visão ampliada das condições dos inúmeros agentes envolvidos e uma postura isenta, não engessada. Subtende uma capacidade de olhar e escutar o outro e de abster-se de olhar para si mesmo. Desse modo, evitando condutas automatizadas, lidando de forma crítica com o enfrentamento dos problemas sociais e subjetivos de cada caso, articulando essas circunstâncias na esfera pessoal e social do sujeito com sua família e com sua comunidade. Cito um outro caso clínico que bem exemplifica o que vem sendo exposto.

1.1.2 Caso I - O estigma no território

Havia no CAPS Profeta Gentileza um senhor I, com cerca de sessenta anos, que passara quase toda sua vida na Clínica Dr. Eiras, em Paracambi. Oriundo de internação de longa permanência, I era curatelado por sua irmã e detinha um benefício de bolsa conforme já descrito na introdução deste trabalho. I mantinha-se estável há muito tempo, tendo por diagnóstico esquizofrenia residual. As poucas vezes em que o vi alterado foram logo após a morte de seu amigo, um jovem usuário do serviço, quando apresentou franca crise psicomotora⁹ e quando confrontado ou desautorizado em suas posições pessoais e integridade.

⁹ Refiro-me à agitação que envolve quebrar objetos, algumas vezes gritar, bater, ferir-se ou a outros, correr, etc

Certa ocasião discutíamos diferentes opiniões sobre o manicômio, sobre a liberdade de transitar pela cidade ou viver numa redoma e assuntos correlatos, a partir de uma provocação do filme “O Show de Truman” e I entrou num debate acalorado com outra paciente de cinquenta e dois anos, também em trabalho de desinstitucionalização, mas que passara toda sua vida em instituição total por ter sido abandonada ainda bebê na Casa Lar¹⁰. Mesmo seu nome fora dado pela instituição e ela defendia o manicômio com veemência, numa posição antagônica à de I.

Nessa mesma semana, numa atividade no Largo da Carioca, acertamos com I que eu iria acompanhá-lo até o ônibus que o conduziria de volta até Inhoaíba, o que foi feito por volta das quinze horas. No entanto, I só chegou em casa por volta das vinte e uma horas. I não conhecia o metrô! Ele havia ido até a Carioca de metrô, com a psicóloga da unidade. No retorno para casa, ele decidiu “passear” de metrô de um lado a outro. Inúmeras vezes, ele afirmou depois.

Após esse incidente, I ficou “impedido” pela irmã de ir a vários eventos no território, passeios ao Teatro Municipal, idas à praia e outras atividades extra CAPS. A irmã afirmava que I “estava de castigo”, numa atitude explicitamente manicomial que se converteu numa abordagem e manejo muito difíceis para a equipe, pois que a irmã de I sempre se apresentava de forma a destituir I e a equipe técnica que apostava numa maior autonomia dele. I iniciou uma frequência mais irregular no CAPS, participando menos das atividades propostas na unidade mesmo, nas oficinas, na convivência.

A partir desses exemplos torna-se evidente que essa clínica ampliada só se faz possível circunscrita num ambiente de debate com o reconhecimento do território, de seus recursos e de seus agentes.

Na identificação dos limites e das debilidades desse território, dos seus desafios e das suas potencialidades, todos esses aspectos devem ser admitidos a partir da ótica daqueles que ali habitam, circulam e agem, como potência de realização daqueles sujeitos e da construção coletiva dos trabalhadores daquela rede, dos moradores daquela localidade, das políticas aplicadas àquele território.

¹⁰ Casa Lar é um serviço da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social que abriga crianças e adolescentes de 0 a 17 anos e 11 meses que se encontram em risco pessoal e social. http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/protacao_social_especial/index.php?p=28982 Acesso em 19/11/2017 às 17:25.

1.2 A geografia de Campo Grande: espaço, lugar e território sob a ótica de Milton Santos

Importante ressaltar que menciono “território” orientada pela ótica de Santos (2006) que argumenta que o território se constitui a partir da apropriação do espaço e de seus usos, de suas funções, das ações e intenções que o conformam como espaço social. Portanto, o território concebido não só do ponto de vista geográfico, mas sobretudo subjetivo.

Santos afirma que o homem cria o espaço através de meios instrumentais e sociais que se evidenciam nas técnicas. São as técnicas que fundamentam o espaço, materialmente com sistemas de objetos técnicos e com sistemas de ações, por meio de normas, métodos e políticas. Assim, o espaço deve ser entendido enquanto categoria social como a cultura, a economia, a política e o tempo. Propõe então, uma análise do espaço em suas dimensões de mundo, de formação socioespacial e de lugar. Logo, o espaço associado a um território como experiência do sujeito em suas diferentes percepções da realidade.

Na visão proposta por Santos, o mundo enquanto expressão geográfica da globalização, é um mundo sistemático, constituído da relação indissociável de objetos e de ações. O que ele denomina formação socioespacial se concretiza a partir do território usado, da apropriação e do uso do espaço, da ordenação deste e da produção de suas informações, de suas normas e de seus processos de trabalho. Afirma ainda, o lugar como a instância fundada pela dialética do cotidiano, e compreendido na perspectiva de espaço como extensão e distância, perpassado pela percepção do tempo, de seus fluxos e de velocidades.

Nesse contexto, o território engloba aspectos políticos, relações econômicas, simbólicas, relações de poder e se constitui através dos usos e das ações de seus agentes, ou seja, das pessoas, das instituições, do Estado, das empresas que ali circulam.

Pensar o território sob a ótica de Santos (2006) nos remete a considerar a questão geográfica de Campo Grande e de Inhoaíba, especificamente. Refletir acerca de sua distância do Centro da cidade, de sua estrutura de transportes coletivos e de seus fluxos de pessoas. De igual modo, mostra-se pertinente refletir acerca de seus fluxos de capital, de mercadorias e de mercados. Envolve estudar sua economia e acerca do trabalho que ali se produz, instâncias que serão brevemente citadas; mas não aprofundadas nesse estudo.

Outrossim, implica em ponderar, na perspectiva socioespacial, acerca de sua representação no imaginário da cidade, que encerra o bairro na alcunha de periferia ou de zona rural e, que influencia profundamente a dialética do lugar, sem que essa denominação traduza de fato suas características. Tal afinidade talvez remonte às origens do bairro.

Inhoaíba tem por principal via, a Estrada de Inhoaíba, que começa na linha férrea, é atravessada pela Estrada do Campinho, onde se encontra o Posto do Preto Velho e termina cerca de cem metros depois.

Há registros de que ali se encontrava uma Fazenda de Inhoaíba, de imigrantes portugueses, e que suas terras abrigavam lavouras de café e de laranja, que seguiam transportados para São Paulo. Já os moradores mais antigos contam que Inhoaíba era um laranjal, fazenda do Senhor Aníbal, e que o nome do lugar vem da corruptela desses termos: Sinhô Aniba, Nhonhô Aniba, Nhô Aniba. Contam ainda, que a ocupação do bairro se deu mais fortemente a partir da década de 1960, quando da morte de um fazendeiro. Com o desinteresse de seus herdeiros, as terras teriam sido habitadas por pessoas vindas de outros lugares e que delimitavam os lotes de terra amarrando barbantes. Esse local deu origem à Favela do Barbante, atualmente denominado Nova Cidade.

Conforme mencionado anteriormente, em 2004, Inhoaíba não contava com transporte coletivo no interior do bairro. Havia uma van clandestina, a "XXII", que saía da Estação de Campo Grande, tomava o percurso da Estrada de Inhoaíba e seguia até bem próximo à Av. Brasil, num lugar chamado Palmares. Depois surgiu uma linha de ônibus Campo Grande x Palmares, que percorria similar trajeto, e uma outra, que fazia um percurso pela Estrada Rio-São Paulo até Vilar Carioca, do outro lado da linha férrea, na direção de Cosmos.

Foi somente em 2011 que Inhoaíba recebeu uma série de obras estruturais, como o asfaltamento da estrada e a construção de um viaduto que dá acesso ao outro lado da estação de trem, o Viaduto São Sebastião, ou como popularmente é chamado, Viaduto de Inhoaíba. Esse acesso possibilitou um tráfego de carro nunca visto ali, uma vez que se converteu numa rota de fuga dos congestionamentos constantes do Viaduto Prefeito Alim Pedro, no final da Estrada do Campinho e como alternativa para chegar à Paciência, à Santa Cruz, à Guaratiba e à Barra da Tijuca.

Com o Viaduto de São Sebastião se viu a abertura de inúmeras pensões que servem refeições, serviços de entrega de quentinhas, o surgimento de um sacolão, de lojas de tintas e de material de construção, pet shops, lan house, salões de cabeleireiros, oficinas

mecânicas, serviços automotivos, empresa de equipamentos de prevenção e extinção de incêndio, funerária e outras negócios. Também foi nesse período que a Favela do Barbante passou a se chamar Nova Cidade.

Na análise de Santos, o espaço regional, para obter eficiência e tornar-se produtivo e eficaz aos padrões do capital globalizado, necessita ser reestruturado progressiva e racionalmente. Instrumentalizá-lo, submetê-lo e adequá-lo às normas e às regras da moderna sociedade global é transformar o espaço geográfico em território da racionalidade.

O espaço racional é um campo de ação instrumental, um território mecanizado com a introdução da técnica que lhe confere fluidez. No entanto, pondera Santos, só podemos falar de fluidez, de fato, a partir das técnicas informacionais, pois que tanto os objetos quanto as ações estão repletos de informação, de intencionalidade e de racionalidade. Entende, assim, que nenhum objeto é livre de conotação ideológica, tampouco a técnica, a ação e a intencionalidade que lhe são intrínsecas.

Os objetos são informados por sua carga específica de intencionalidade, e não funcionam senão a partir de uma informação que é também específica. Essa informacionalização do espaço tanto é a dos objetos que formam o seu esqueleto material, como a das ações que o percorrem, dando-lhe vida. Fixos e fluxos são, pois, ricos em informação. (SANTOS, 2006, p 198).

Assim, os fixos, os fluxos e a técnica incidem *in loco* a fim de submeter o espaço. A técnica intervém no espaço com o objetivo de modificá-lo, de modo a conformá-lo a um modelo imposto. Santos afirma que "o grau de intencionalidade dos objetos deriva daí. Pode-se, pois, imaginar que um espaço tenderá tanto mais a se tornar um espaço racional quanto mais alto for o nível de artifício" (SANTOS, 2006, p 201).

Nessa perspectiva se observa a reestruturação de Inhoaíba com a pavimentação de sua principal via e a circulação de ônibus ampliando seu comércio, instrumentalizando aquele espaço, sem, contudo, intervir na dialética, nos fluxos e velocidades daquele lugar, não alterando o cotidiano das pessoas com promoção de melhor qualidade de vida, não trazendo benefício que impactasse suas rotinas.

Dito de outra forma, o que se via eram linhas de ônibus que transportavam pessoas de Campo Grande a Campo Grande mesmo, com um fluxo que estimulava a maior parte dos transeuntes a caminhar ou pedalar para se locomover. Havia dois ônibus do tipo "Tarifa"¹⁴ que passavam em Inhoaíba seguindo para o Centro do Rio, porém, não tinham horários regulares e suas tarifas eram inadequadas para o local, caras.

Numa análise mais ampla, verifica-se que 80% do transporte coletivo viário municipal de todo o bairro de Campo Grande circula dentro do bairro! Dos 20% restantes, metade segue para Bangu, Marechal Hermes e região de Sepetiba, a outra metade segue ao Centro da cidade, incluindo os ônibus do tipo tarifa.

Santos afirma que o espaço é formado ontologicamente pela técnica, pelo tempo e pela intencionalidade materializados nos objetos e nas ações e reitera diversas vezes uma premente necessidade de identificar a natureza do espaço, no que o caracteriza como forma-conteúdo. Assim, para entender a técnica e seu impacto sobre a realidade é essencial não se afastar das condições históricas e geográficas, bem como da finalidade e do objetivo do agir humano frente a essas condições. Cada técnica tem "sua história particular de um ponto de vista mundial, nacional ou local" (SANTOS, 2006, p 36).

Os eventos prescindem de uma análise cuidadosa das técnicas indissociáveis do espaço. É o espaço que determina as técnicas e seu uso. É o lugar que relativiza o uso das técnicas integrando-as ao cotidiano da vida de seus moradores "retirando-as de sua abstração empírica e lhes atribuindo efetividade histórica" (SANTOS, 2006, p 36); sem isso, a técnica é só arte¹¹, artifício, ciência, um corpo de conhecimentos. Logo, o lugar redefine a técnica e a técnica reflete o lugar.

Ainda nessa perspectiva pode-se apreender que Inhoaíba, embora emancipado há vinte e cinco anos, não sofreu nenhuma intervenção técnica ou tecnológica relevante nesse período, permanecendo quase *in natura*, atravessado por objetos técnicos que não se constituíram em uma tecnologia, e dessa forma, pouco ou nada impactaram o ambiente.

Seus objetos técnicos de então consistiam em uma estradinha de terra batida, um bazar, uma loja de material de construção, um posto de saúde, um CAPS. Tais objetos se mostram sem fluidez porque desatrelados das condições históricas e espaciais do lugar, bem como dissociados de um sistema integrado de ações e objetos técnicos, de intencionalidades, de fixos e fluxos imbricados.

O bairro começa a ser impactado com a introdução de uma tecnologia: o asfaltamento que gerou maior tráfego de veículos, ocasionando sistemas de circulação com sinalização através de placas, de sinais de trânsito, de sentidos de direção, de regulamentação do tráfego, de novos fluxos, diferenciados daqueles existentes, de outras territorialidades que se caracterizam pelas ações que se implementam sobre o território.

¹¹ Menciono arte, aqui, no sentido de habilidades, meios ou procedimentos na feitura de objetos ou na execução de uma prática ou de uma teoria.

Contudo, a localidade em seus modos de vida não observou grandes transformações em seu cotidiano, em qualidade de vida, porque a tecnologia operada se deu na dimensão "mundo", conforme nos informa Santos; e não na dimensão lugar. A dialética com o lugar não se efetivou. O impacto na dimensão lugar se dará com o assentamento da tecnologia clínica da família no território.

É possível apontar que as obras de infraestrutura não respondiam às prioridades dos moradores do lugar, tampouco dialogavam com seus problemas emergentes cotidianos: o medo, a violência, o desemprego. Inhoába em 2010 se mostrava dentre os piores IDH - Índice de Desenvolvimento Humano do município do Rio de Janeiro. Quanto ao tráfego, a circulação de ônibus permaneceu a mesma. O mesmo se dando com as vans clandestinas. O que alterou foi o fluxo de veículos particulares atravessando o viaduto.

É pertinente ressaltar que nesse período, mais exatamente em 2010, foram iniciadas as obras da Transoeste – via expressa que liga a região da Barra da Tijuca a Campo Grande e Santa Cruz, passando pelo Recreio dos Bandeirantes e por Guaratiba que comporta um corredor de 60 km exclusivos para ônibus articulados, o BRT, Bus Rapid Transit, visando soluções para mobilidade urbana na Copa do Mundo de 2014 e na Olimpíada do Rio, em 2016. As obras foram efetuadas pela transnacional brasileira Odebrecht Infraestrutura e foram amplamente divulgadas nas mídias como um legado para a população carioca¹².

Santos, referindo-se às metrópoles, afirma que as cidades da atualidade não mais se desenvolvem como um produto cultural; mas como um produto técnico, e declara que a cultura é local; a técnica é universal (SANTOS, 2006). Reitera que a cidade se organiza com base nos interesses do Estado e das grandes empresas e fala de uma "urbanização corporativa" (SANTOS, 1993), que se caracteriza pela ocupação da cidade pautada nos fluxos econômicos e financeiros, promovendo um espraiamento da cidade¹³.

Santos afirma, categoricamente, que essa dinâmica se dá em todas as cidades brasileiras, em diferentes graus e intensidades, de modo a favorecer um problema estrutural que gera um círculo vicioso de mazelas como o desemprego, a carência e inadequação das habitações.

¹² <http://www.ntu.org.br/novo/NoticiaCompleta.aspx?idArea=10&idNoticia=689> , <http://especiais.g1.globo.com/rio-de-janeiro/olimpiadas-rio-2016/principais-legados-dos-jogos-2016-para-a-cidade-do-rio/> Acesso em 13/02/2018 às 20:47.

¹³"Espriamento (urban sprawl) é o termo usado para a expansão horizontal das cidades, ou espalhamento, muito antes de atingir uma densidade demográfica ideal nas áreas já consolidadas. É assim que nascem os bairros-dormitório, que surgem a uma maior distância do centro do que o resto da cidade. Futuramente, esses bairros podem até se tornar cidades-dormitório."

O espraiamento urbano promove a polarização da cidade com sistemática aglomeração e vazios, distintas densidades de modo a formar um modelo típico de centro-periferia em consonância com a especulação fundiária e imobiliária. Esse modelo orienta e organiza o espaço em sua dimensão socioespacial e fomenta outros problemas como a distribuição e democratização da água, o saneamento e o tratamento de esgoto, a infraestrutura de transportes, de educação, de saúde, de segurança.

De maneira similar, cada objeto inserido num lugar adquire neste contexto uma significação relativa na interação com aquele lugar e, simultaneamente, sua presença também altera os valores ali já existentes (SANTOS, 2006). O objeto é aquilo que se cria e que se materializa enquanto instrumento de ação, é uma extensão e uma exterioridade que comunica de um conjunto de ideias, pensamentos, vivências, crenças, conhecimentos e convicções do homem enquanto agente da ação e da criação. Assim, o que caracteriza o objeto é a intencionalidade, e seu surgimento ou desaparecimento do ambiente social está intimamente ligado às condições históricas e geográficas. Para compreender o espaço é preciso entender o objeto dentro do contexto em que ele se insere.

Ora, embora Campo Grande carregue a designação de área rural, de lugar periférico, observando a presença dos setores primários, secundários e terciários da economia, bem como a ocupação do bairro, parece inadequada essa classificação. O que se observa é uma forte marca histórica e geográfica de uma economia agrícola, acompanhada de um baixo investimento em infraestrutura.

Recentemente se observou o incremento em obras estruturais de pavimentação na região e circunjacências, bem como em equipamentos de saúde. Santos adverte reiteradamente que os fixos fixados em um lugar permitem ações que modificam o próprio lugar e recriam condições ambientais e sociais. Do mesmo modo os fluxos, resultantes dessas ações, promovem modificações, significações e ressignificações.

Os elementos fixos, fixados em cada lugar, permitem ações que modificam o próprio lugar, fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais e as condições sociais, e redefinem cada lugar. Os fluxos são o resultado direto ou indireto das ações e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também, se modificam" (SANTOS, 2003, p 38)

Há pouco mais de sessenta anos, o investimento público de reordenação do espaço em Campo Grande se deu em fixos de cunho patrimonial, equipamentos de cultura e de desporto, em meio a tantos outros fixos similares por toda a cidade, como a inauguração do Maracanã, Estádio Jornalista Mário Filho, para sediar a final da Copa do Mundo FIFA de 1950, diante de um mundo apático e destruído pela Segunda Guerra Mundial.

1.2.1 Equipamentos de cultura e de desportos, patrimônio cultural e meio ambiente e equipamentos urbanos de sociabilidade: desinvestimento

Em idos dos anos 40 e 50, quando o município do Rio de Janeiro ainda era a capital federal, Campo Grande recebeu uma série de investimentos, inclusive em equipamentos de cultura, que paulatinamente foram sendo desinvestidos, como a criação do Teatro Arthur Azevedo, a Praça do Preto Velho e a Praça dos Estudantes, localizada à frente da atual Lona Elza Osborne, uma herança do movimento de Teatro de Arena Elza Osborne nos anos 1950.

O movimento de Teatro de Arena Elza Osborne era formado por jovens alunos do Colégio Belizário dos Santos que criaram o Teatro Rural do Estudante, ambiente laboratório de artes, em 1952. A ideia era produzir um movimento cultural na antiga Zona Rural do Rio de Janeiro, mais especificamente, em Campo Grande. Seus fundadores foram Herculano Leal Carneiro, à época ator, hoje advogado, que dá nome a uma das ruas do bairro, o ator e diretor teatral Rogério Fróes e a atriz e artista plástica Regina Pierini, dentre outros.

O teatro esteve praticamente desativado por muitos anos e, após a inviabilização do projeto cultural pela ditadura militar, suas atividades foram retomadas em 1986, no processo de redemocratização, com a campanha lançada sob a administração de Regina Pierini e de Ives Macena, intitulada: “Cubra o Arena e descubra nossa arte”, diante da necessidade de uma cobertura para o espaço.

A iniciativa de cobrir o teatro com lona partiu de um grupo de artistas e de profissionais ligados à cultura, observando a oportunidade de reaproveitar as coberturas dos centros de debates da ECO 92 em projetos de cultura e arte no subúrbio carioca. Essa lona cultural foi a primeira de inúmeras outras assentadas na Zona Oeste e na Zona Norte do Rio de Janeiro, num total de dez, atualmente.

A ECO 92, Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, durante sua edição, devolveu à cidade a condição de capital nacional e ratificou seu *status* de capital cultural. Desde então a cidade vem sediando os mais diversos eventos, de cultura e de desportos, agregando à sua imagem uma aura de dinamismo, vitalidade, inovação e excelência e confirmando sua peculiar herança histórica que corrobora com esse ícone de cidade aberta para o mundo.

Ora, as cidades se reestruturam com base nas demandas do capital globalizado, seguindo a planejamentos estratégicos que visam modernizar a infraestrutura urbana a fim de que se adequem ao modelo em evolução de acumulação do capital. Neste contexto, o espaço urbano também é mercadoria (HARVEY, 2014), fazendo fluir os fluxos tanto do capital, como das pessoas e das mercadorias orientadas a atrair investidores e consumidores.

O discurso de que obras de reestruturação trazem um legado social à população conflita com a real necessidade dessas regiões, ainda que se admita um legado imaterial que se concretiza na vivência, no cotidiano e na experiência da população com as reformas.

Ademais, verifica-se que os investimentos em infraestrutura se mostram associados aos interesses capitalistas, de forma que o espaço urbano que se coloca como mercadoria, investido, reformado, funcional, é aquele em que há notória valorização fundiária ou imobiliária. Assim, as áreas desinvestidas, pobres de recursos materiais ou naturais são relegadas e fadadas ao esquecimento e ao abandono na trama do ordenamento capitalista.

Além disso, observa-se claro desinvestimento em equipamentos de cultura presentes no território há cerca de sessenta anos e o investimento maciço em equipamentos de saúde.

Em 1956, na gestão do Prefeito Negrão de Lima foram efetuadas diversas obras de reestruturação da cidade. À época foi inaugurado o Teatro Arthur Azevedo, atualmente vinculado à FUNARJ, Secretaria de Estado de Cultura. O teatro que conta com 261 lugares, esteve inoperante por mais de dez anos, foi reaberto em 2012, porém, suas atividades consistem de ensaios de orquestra e coral e de oficinas abertas à população.

Também foi inaugurado em Inhoaíba, em 1958, o Monumento ao Preto Velho, criação do artista local Miguel Pastor, durante as comemorações do septuagésimo aniversário da Lei Áurea. Assumindo, inicialmente, um cunho religioso, o monumento se constituía de um obelisco com os dizeres em bronze: “13 de Maio de 1988 – 13 de Maio de 1958”. O memorial fazia menção ao Ponto do Rei Congo desenhado no terreiro de mãe Apolinário, com uma estátua em bronze do Paizinho Quincas. Tio Quincas, o Paizinho Quincas, era um morador respeitado daquela localidade, Sr. Joaquim Manuel da Silva, ex escravo, nascido em 1º de janeiro de 1854.

A festa ao Preto Velho foi importante evento na região durante as décadas de 80 e 90, com a participação de terreiros da região, integrando, inclusive, o calendário oficial da cidade. Nos últimos anos, o monumento teve retirada a estátua do Paizinho Quincas,

a fim de resguardar o patrimônio, mas o que se observou em seguida foi que o monumento sofreu predações e vandalismo a partir dessa intervenção.

Vinculado à Secretaria Municipal de Esportes e Lazer, o Centro Esportivo Miécimo da Silva, fundado em 1982, tem operado com dificuldades administrativas e burocráticas. Comporta um complexo com mais de vinte modalidades esportivas, dentre esportes aquáticos, lutas, danças, atividades coletivas e individuais, algumas destas voltadas para pessoas portadoras de deficiências e para a terceira idade.

Outros equipamentos de desportos pouco investidos são a pista de skate fundada em 1979, tida como a maior pista da América Latina e o Estádio Ítalo Del Cima fundado em 1940, que se encontra em péssimas condições, com estruturas de concreto que despencam a cada temporal ou ventania e com a falta de investimentos. Nem mesmo a Copa do Mundo e a Olimpíada foram capazes de promover sua reestruturação.

Campo Grande abriga ainda duas áreas de reserva florestal: o Parque Estadual da Pedra Branca, a maior floresta urbana do planeta, que atravessa sete bairros da Zona Oeste, e o Parque Ecológico do Mendanha, ambos biomas remanescentes de Mata Atlântica da cidade.

Milton Santos afirma que o espaço na atualidade é um sistema de artifícios atrelado a um sistema de ações, impregnado de artificialidade, ainda que essa se faça estranha ao lugar e aos seus habitantes. Advém daí a importância de identificar a natureza do espaço no que o caracteriza enquanto forma-conteúdo e de como intervém de forma cabal na experiência do sujeito, influenciando e modificando seu comportamento.

1.2.2 Caso H – A apropriação do território

Um exemplo elucidativo nessa perspectiva de território geográfico e subjetivo, eu vivenciei com H, usuária do CAPS Profeta Gentileza que participava da oficina de musicoterapia. H chega ao CAPS com sua filha adolescente de doze anos, muito agitada e invadida por vozes que a perturbavam, o que caracteriza uma escuta alucinatória. Sua presença na unidade era sempre marcada por uma agitação e por muita exuberância. Ela é psicótica e com o tratamento apresentou melhora significativa na interlocução com as demais pessoas. Na oficina de musicoterapia, sua agitação se transformava numa dança que ela por vezes fazia sozinha ou com um par.

O exemplo que considero importante nesse debate se deu na praça a duzentos metros do CAPS. Havíamos combinado de fazer a oficina na praça por algum tempo, na tentativa de sair da varanda do CAPS, a fim de circular no território. Essa iniciativa não

se efetivou. Estivemos quatro vezes apenas nessa praça com seis ou sete dos integrantes de um grupo de cerca de trinta participantes.

Nesse dia, estávamos na praça eu e H somente. Conversávamos, porque não houve música nem dança, e H relembrava parte de sua história vivida no bairro. Dizia de um tempo em que era copeira na Marinha e retornava tarde para casa. Recordava momentos e pessoas de forma leve e saudosa.

H falava de maneira sussurrada e com o corpo contíguo e inclinado para mim. Num dado momento percebi que eu também cochichava com ela e o quanto era tenso estarmos ali sozinhas. Não havia ninguém na praça!

No retorno ao CAPS pude perceber que eu não havia incluído o território quando da proposta de um trabalho na rua. Nesse momento, pude avaliar que nas duas vezes anteriores em que lá estivemos, fomos juntos, cerca de doze participantes e que à medida em que tocávamos e cantávamos iam surgindo as pessoas, mulheres com crianças muito pequenas com velocípedes e brinquedos. Essas pessoas logo desapareceram quando terminamos a oficina. E a praça voltou a ser deserta como sempre. Notei também que as pessoas que chegavam se limitavam a olhar de longe, a “curtir” a música à distância, alheias à atividade, mas ali integradas àquela paisagem.

Ao desconsiderar a praça enquanto objeto técnico no contexto daquele território foi possível empírica e conceitualmente apreender como a praça assumiu novos significados como forma-conteúdo a partir das condições históricas e geográficas do território, configurando uma tecnosfera e uma psicofera que motivaram e justificaram o comportamento da usuária H e o meu próprio.

O objeto técnico se reveste de uma técnica. Em si mesmo ele é só um aparato. O que o caracteriza como objeto técnico é sua capacidade funcional absoluta em consonância com a relatividade de sua existência histórica. Ou seja, um mesmo objeto técnico inserido em realidades diferentes pode ser assimilado por um lugar de um jeito, adquirindo uma função; por outro lugar de um outro modo; ou ainda sequer ser apropriado, sendo rejeitado.

A praça, enquanto equipamento urbano, se caracteriza como local vital de presença e de encontro, com reminiscência a seu antigo aspecto cultural¹⁴. Atualmente, em diversos bairros do Rio de Janeiro, se observa uma crescente ocupação das praças com rodas de samba, fanfarras e com manifestações políticas e culturais.

¹⁴Na Antiguidade a praça ou ágora era local de transmissão e debate, de assembleias e de expressão da esfera pública.

Na situação relatada a praça se esvaziou de seu conteúdo de espaço público, se deteriorou de sua função social e se distanciou de sua essência comunitária, conformando uma tecnosfera e uma psicofera que ressignificou o ambiente cada vez mais manifesto em abstrações a serem interpretadas.

A tecnosfera se caracteriza por um ambiente racional pautado pela ciência e pela tecnologia orientado a responder por demandas globalizadas externas àquele território. A psicofera, que se dá de modo intrínseco com a tecnosfera, é da ordem das ideias, das noções, da imaginação, e por que não dizer, da ordem da fantasia, produzindo novos sentidos e reeditando conteúdos às antigas formas.

O que se observou no movimento das pessoas ao ocupar e desocupar a praça com o início e o fim da atividade musical no uso da praça se mostrou intrinsecamente relacionado com o imaginário que informava de uma tecnosfera e uma psicofera que promoviam o desinvestimento no equipamento urbano - a praça. Recentemente, em muitas ocasiões, o movimento de ocupar os espaços tem se mostrado como ato de resistência, de rebeldia e de protesto. Mas não em Campo Grande, um território controlado por facções.

O objeto técnico amplamente integrado num conjunto de vida, interiorizado, se converte numa tecnologia. Logo, o valor de um objeto técnico no espaço se dá pelo conjunto de uma sociedade, seus usos e disseminação, de modo a constituir-se numa tecnologia amplamente aceita, corrente e natural de tal maneira como se ali sempre estivera. O resultado desse processo se evidencia como discurso único (SANTOS, 2003), um conceito construído, investido e consolidado de modo a ser aceito e introjetado como natural e inquestionável. É desse modo que a praça citada se esvazia de sentido, tornando-se inóspita. A praça, hoje, mudou-se para o interior da Clínica da Família, conforme se verá adiante.

1.2.3 Caso H – memória, formas, conteúdos, identidade e resistência

O conceito de memória social é polissêmico admitindo diferentes signos e significações, restituindo e ressignificando formas e conteúdos já consolidados, e produzindo associações de modo a constituir existência a novos entes. Gondar aponta que “a memória exerce uma função essencial na constituição de um campo social, sendo capaz de dar forma e conteúdo a essa grande abstração que é a identidade, seja ela de um povo, de um grupo ou de uma nação” (GONDAR, 1997, p. 53).

Assim, a memória se dá como uma construção social que visa proteger o patrimônio cultural e pessoal e assegurar uma identidade, ambos ameaçados por turbulências no campo social.

H ao trazer suas lembranças estava tratando de seu pertencimento a uma comunidade outrora existente naquele lugar, referindo a um patrimônio coletivo esquecido, perdido em meio à racionalização do espaço. Naquele momento, H faz uso de um recurso que se vai esvaindo das sociedades modernas e que se expressa no relato, na transmissão oral de uma experiência. Deste modo, pode compartilhar e dialogar, envolta numa atmosfera de estabilidade favorecida pelo sentimento de pertencimento e pela não presença dos outros - os demais integrantes da oficina e possíveis transeuntes.

De maneira efetiva, aquele momento deflagra o esquecimento de H, quando ela se aparta do contexto violento e coercitivo do território, no contraste com a paisagem bucólica do lugar, conforme Santos. Desfeita da armadura, que com frequência o acochado em territórios de violência constrói, H pode se apaziguar. Embora mostrasse em seu modo de falar e em seu corpo contíguo a memória do real cotidianamente vivido inscrita no corpo; realizava naquele instante um resgate de si mesma no ato de rememorar. Não havia música, nem dança; também não havia agitação psicomotora, confusão mental nem ansiedade. Neste sentido seu ato se revestiu de potência, de vida e de resistência.

1.2.4 Verticalidades e horizontalidades: a transformação do território

No contexto desse estudo, observando os objetos e as ações no campo da saúde pública em Campo Grande naquela década de 2000, é conclusivo que houve uma ruptura nos modelos implementados de saúde, identificados na conformação do território, na disposição dos equipamentos de saúde, bem como no modo de operá-los, qual seja, os fluxos, os procedimentos, os protocolos, as ofertas de serviços e as ferramentas de trabalho e os fixos, na presença e disposição dos equipamentos de saúde.

Tais mudanças já vinham sendo cogitadas a partir da crise do capital nos anos 70 e da conseqüente crise do Estado de Bem-Estar Social que provocou uma reação capitalista neoliberal. Nesse estudo não se pretende aprofundar tais questões, visto não se tratar diretamente do objeto de estudo. Porém, conforme a perspectiva de Milton Santos, estas questões envolvem a análise do espaço nas dimensões que ele aponta como mundo, como formação socioespacial e como lugar, pois atravessam o objeto desse estudo enquanto condições histórico-geográficas. Consistem, portanto, em categorias analíticas que Santos apresenta como verticalidades e horizontalidades (SANTOS, 2006).

De forma mais clara e sucinta pode-se facilmente entender que essas verticalidades e horizontalidades, sutilmente, já se apresentavam no território, com a banalização, depreciação e esvaziamento dos fóruns que aconteciam regularmente conforme já citado acima. Os fóruns já não aconteciam ou eram boicotados por diversas equipes, numa mudança explícita de posicionamento ou de consciência do profissional de saúde, interferindo horizontalmente naquela reestruturação.

Havia já em curso uma mensuração quantitativa do trabalho numa lógica predominantemente higienista. As práticas de saúde, os protocolos e até os procedimentos, como uma entrevista inicial, por exemplo, assimilavam em importância a lógica do faturamento. Era importante efetuar muitos atendimentos, faturar. Essa lógica se expandia em todos os níveis do sistema impactando o cotidiano das equipes, os atendimentos, as reuniões que com frequência tinham o faturamento como pauta.

Notória também a alteração da atitude do profissional, na forma como lidava com os casos, como se fosse ele o responsável por obter soluções para as demandas e necessidades dos usuários, ou ainda pelas falhas do sistema. Atitude que pode ser compreendida como a ausência ou a extinção da rede e dos debates. Igualmente assimilada enquanto uma polarização e atomização dos serviços, do isolamento dos profissionais em suas condutas clínicas e da precarização da rede de modo geral.

As verticalidades são vetores de uma racionalidade superior e do discurso pragmático dos setores hegemônicos, criando um cotidiano obediente e disciplinado. As horizontalidades são tanto o lugar da finalidade imposta de fora, de longe e de cima, quanto o da contrafinalidade, localmente gerada. Elas são o lugar de um cotidiano conforme, mas não obrigatoriamente conformista e, simultaneamente, o lugar da cegueira e da descoberta, da complacência e da revolta. (SANTOS, 2006, p 193)

Nesse contexto é importante ressaltar que só foi possível o surgimento da Clínica da Família no ordenamento da política pública do município do Rio de Janeiro a partir de eventos históricos que desencadearam a reviravolta neoliberalista¹⁵ do capitalismo. É nesse cenário que surge a desestatização de setores historicamente e declaradamente públicos desde o advento do Estado-Nação.

¹⁵O termo "neoliberalismo" aqui empregado em sua ressignificação a partir da década de 1980, que consiste no encolhimento do Estado, com ampla liberdade econômica e mínimas regulamentações e restrições governamentais na economia, orientado por privatizações, por parcerias público-privadas com o intuito de desonerar o Estado, por austeridade fiscal que se reflete no desinvestimento social, como por exemplo, com funcionalismo público, com setores historicamente tidos como públicos (saúde, educação, infraestrutura, transportes, segurança).

No Brasil, a Constituição cidadã de 1988 enuncia explicitamente o ordenamento das funções da cidade e a garantia do bem-estar de seus habitantes como uma política a ser executada pelo Estado, orientando às cidades com mais de vinte mil habitantes um plano diretor. Em Campo Grande as mudanças no território impactaram diretamente o cotidiano do morador de Inhoaíba e de outras localidades do bairro, especialmente os lugares¹⁶ com menor presença de equipamentos do Estado.

O Programa Saúde Presente da prefeitura do Rio de Janeiro, lançado em maio de 2009, com o objetivo de "expandir os serviços de saúde a toda população do Rio de Janeiro, [...] atendendo regiões até então prejudicadas na gestão de saúde"¹⁷, inaugurou um novo modelo de atendimento em saúde, com foco na prevenção e promoção de saúde e diagnóstico precoce de doenças. Nessa via seguiram-se as inaugurações de inúmeras clínicas da família, especialmente nas regiões mais pobres da cidade.

Em 20 de maio, a Lei 5026/2009 foi publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro estabelecendo que o Poder Executivo poderia qualificar Organizações Sociais para atuar no campo da saúde, nos equipamentos de Saúde da Família, criados a partir da lei. A primeira Clínica da Família do município foi inaugurada na Zona Oeste, no dia 14 de novembro de 2009, a Clínica da Família Olímpia Esteves, em Realengo. Na região da AP 5.2, a primeira Clínica da Família foi a CF Dr. José de Paula Lopes Pontes, inaugurada na Comunidade Jardim Maravilha, em Guaratiba, no dia 19 de setembro de 2010. Logo em seguida, no dia 24 de outubro foi inaugurada a CF Dr. Hans Jurgen Fernando Dohmann em Pedra de Guaratiba. Em 07 de janeiro de 2011 foi inaugurada em Inhoaíba a CF David Capistrano.

As Clínicas da Família¹⁸ possuem um projeto arquitetônico da prefeitura do Rio de Janeiro, padronizado com especificações detalhadas dos espaços, dos mobiliários e dos equipamentos disponíveis, que informa do objetivo de orientar a expansão das Clínicas da Família no município, bem como as reformas e adequações das Unidades Básicas de Saúde¹⁹, atuais Centros Municipais de Saúde. Esse documento não segue ao padrão sugerido pelo Ministério da Saúde, em 2006, no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família²⁰.

¹⁶Refiro "lugar" na perspectiva de Milton Santos.

¹⁷<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>. Em 15/02/2018 às 18:42.

¹⁸<https://youtu.be/GD4OvxHeXe8> Acesso em 17/02/18 às 23:22

¹⁹RIO DE JANEIRO, 2012

²⁰BRASIL, 2006

No portal do Observatório de Tecnologia em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde - OTICS há um indicativo do Projeto Arquitetônico a ser utilizado no município. O OTICS - Rio é um observatório desenvolvido por um coletivo de parceiros públicos e privados, inclusive a Secretaria Municipal de Saúde, com vistas a monitorar indicadores de saúde e a implementar soluções tecnológicas.

Segundo o compêndio da prefeitura com as orientações do espaço físico das clínicas da família, esses equipamentos devem estar próximos às comunidades adscritas, facilitando o acesso. Devem ter ainda um ambiente sustentável e racionalizado com um jardim interno. As Clínicas da Família devem possuir um belo jardim interno, que proporcione um ambiente acolhedor, ventilação e iluminação naturais, reduzindo o consumo de energia elétrica.

Campo Grande caracteriza-se pelo baixo gabarito das construções, de forma que as Clínicas da Família podem ser identificadas no território por suas torres com a logomarca da prefeitura. Tal característica, em si mesma, produz um discurso visual no interior de uma discursividade que opera novos padrões de comportamento e modos de subjetivação que serão estudados no capítulo 3, sob a ótica de uma técnica disciplinar.

No interior das Clínicas da Família o mobiliário se dispõe no entorno do jardim, de forma mandalar, com espaços livres e sem cobertura, a céu aberto, de modo, que o momento de espera pela consulta, pelo exame ou pelo atendimento, também é um momento de contemplação, de interação, de bate papo. Os consultórios, as salas de procedimentos e exames, de saúde bucal, de reuniões, boa parte das salas se coloca nessa circunferência, numa ambiência que nos remete a uma praça.

Essa disposição, inclusive das salas reposicionando os usuários no espaço, no aguardo pela consulta, se reveste de uma ortopedia que responde a uma disciplina a organizar e distribuir os corpos no espaço, a promover um padrão de comportamento dentro de uma racionalidade capitalista que não contribui com a realização de singularidades ou com a produção de subjetividade apartada da lógica do capital.

Anexa, em geral, se encontra a Academia Carioca, com estrutura e equipamentos semelhantes aos encontrados nas Academias da Terceira Idade²¹ assentadas nas inúmeras praças da cidade. No interior da clínica, distribuída em todo o espaço, inclusive aéreo, se encontram distribuídas inúmeras fotos de crianças e de pessoas à semelhança daquela população adscrita, como a sugerir a identificação da comunidade.

²¹ Equipamentos que eram vinculados à extinta Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida.

1.2.4.1 Projeto Arquitetônico

A figura da maquete informa um projeto arquitetônico compatível com a descrição no alto da imagem, proposta da Prefeitura de um espaço humanizado que valoriza o meio ambiente e por consequência o homem em suas necessidades de um meio socialmente e sanitariamente seguro. Desta forma, atende à noção saúde ampliada preconizada pelo SUS e aos seus princípios.

No entanto, o projeto arquitetônico denota um ambiente acolhedor e humanizado, voltado à segurança sanitária e à preocupação com saúde que contrasta de forma cabal com o território que se vê do lado de fora do equipamento, caracterizado por iniquidades em saúde que, para além do conceito ampliado proposto pelo SUS, deterioram a vida mental daqueles que ali residem e evocam um lugar de saúde para o usuário como simulacro.

A Clínica da Família possui, aproximadamente, 1.200 m² de área construída e 2.000m² de área total. É localizada em área próxima à comunidade adscrita, permitindo fácil acesso aos usuários e equipes. O projeto e a construção são realizados de maneira que preserva o meio ambiente e minimiza gastos em diversos aspectos. A construção é em estrutura modular, racionalizando a obra. A água da chuva é armazenada e reutilizada. Um jardim interno proporciona ventilação e iluminação naturais. Todos os espaços internos são projetados a fim de otimizar ao máximo a luz natural, reduzindo o consumo de energia elétrica. O acesso à Clínica e suas dependências respeitam as normas de acessibilidade para portadores de necessidades especiais.



Fonte: OTICS - Observatório de Tecnologia em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde.

Além dos aspectos estruturais da Clínica da Família, somam-se outros relacionados com o seu funcionamento que destoam totalmente do modelo anteriormente vigente. Se antes o usuário dos serviços públicos de saúde se dirigia às unidades para buscar o atendimento, no novo modelo a Estratégia de Saúde da Família vai até ele, em sua casa, cadastrá-lo na unidade, marcar a consulta, levar o exame, efetuar a vacinação, fazer visitas domiciliares.

Na unidade de saúde esses usuários, vizinhos, integrantes de grupos terapêuticos, compartilham da terapia, da oficina de trabalhos manuais, da orientação psicoterapêutica no grupo, da companhia na ginástica da Academia Carioca.

Tais práticas se mostram em consonância com as políticas de humanização do cuidado, com a legislação do SUS, com a Constituição federal de 1988, com a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, a Declaração de Alma-Ata de 1978. Caracterizam, de fato, o cuidado, uma evolução no que concerne à prevenção e à profilaxia.

No entanto, observando-se que o SUS apresenta essas estruturas especialmente nas áreas pobres da cidade, constata-se de imediato, dois problemas. O primeiro se expressa no conseqüente aumento da demanda, pela simples oferta em domicílio, incitada pela crescente e abusiva prática de medicar a vida. O segundo, diz respeito a não responsabilização do usuário do sistema quanto ao seu tratamento, visto que ele se vê gerenciado por um agente de saúde todo o tempo, ou melhor, antes mesmo de efetuar a demanda pelo serviço. De algum modo contraditório, esse efeito que infantiliza o usuário não era previsto, uma vez que as políticas que instituíram esse novo modelo afirmam textualmente de corresponsabilização do usuário e de coparticipação.

Importante considerar que esse modelo de atendimento coletivo que não exatamente se configura em uma prática de grupos, uma oficina coletiva ou uma dinâmica de grupo; mas tão somente num atendimento de todos, suscita uma prática da instituição total onde os confinados realizam seus cotidianos coletivamente.

Localizados num bairro em que a população pouco circula pela cidade e que não há fomento cultural que estimule uma posição crítica, preocupa o que se produz com esse processo de trabalho. Merhy e Franco (2006) afirmam que a atividade humana é ato produtivo, que produz reações, mudanças, modos de pensar e agir.

Há outras dificuldades que se mostram nessa análise: a autonomia desse usuário, sua integridade, pois que o usuário se apropria e se identifica com o serviço de modo a toma-lo como seu próprio, como uma extensão de seu ambiente doméstico.

Muitas vezes o profissional de saúde tem com ele relação pregressa de afeto, visto que os agentes comunitários por lei devem morar na comunidade onde atendem. O tema merece um outro estudo, específico, em razão de sua extrema complexidade e relevada importância.

Dentre as alterações do Sistema Único de Saúde que vêm impactando o comportamento dos usuários – e mesmo dos profissionais – viu-se, curiosamente, a implantação do Centro de Convivência da Zona Oeste - CECOZO no interior da Lona Cultural Elza Osbourne. O CECOZO é um serviço de saúde cujo objetivo é integrar o usuário de saúde mental com a sociedade, através das ações de cultura. Lembro-me de que algumas críticas foram feitas à época, sem que a discussão se efetivasse.

A cidade é um comum e o circular pela cidade também o é. Logo, o uso e a apropriação dos espaços da cidade para além de um direito, é um poder não somente de ocupar os espaços; mas de intervir nestes, de transformá-los e nessa intervenção também de ser transformado enquanto agente da transformação. Esse é o caráter subjetivo que Milton Santos aponta e afirma o espaço como resultado dos sistemas integrados de ações e de objetos técnicos.

As Clínicas da Família e a Academia Carioca dispostas no território enquanto equipamentos urbanos, o CECOZO operando na lona cultural como equipamento da saúde, acabam por informar e imprimir novas maneiras de se apropriar da saúde e de seu repertório. Suscitam ainda novas rotinas aos usuários dos serviços de saúde que os conduzem a atividades de lazer e hobby e de informação e cultura dentro dos espaços de saúde. Tem-se ainda a contiguidade que paradoxalmente contribui e prejudica o usuário. Contribui porque garante o acesso ao usuário, em geral hipossuficiente; prejudica porque o acesso se dá ali mesmo, restrito, sem que promova ou garanta sua circulação na cidade.

Algumas questões se colocam e se recolocam. Referem-se à finalidade quanto a fundar um espaço de saúde dentro de um equipamento de cultura, quanto a investir expressivamente em equipamentos de saúde e não investir em equipamentos de cultura e desportos já presentes no território, de forma, inclusive a promover seu sucateamento. Nesse contexto, entende-se que não orientar as pessoas ao equipamento de cultura incorre no operar saúde como dispositivo de controle e na vigilância da ação. É quase uma máxima na Saúde Mental dizer que nosso mandato é fazer “desins”, é levar a cabo a Reforma Psiquiátrica, é dissipar práticas manicomiais. Não seria um tanto manicomial operar um espaço de convivência para doentes mentais gerido pela saúde e na lógica operacional da saúde num equipamento territorial de cultura?

Parece que essa mesma lógica que retira essas pessoas do circuito da cidade se reedita na infraestrutura viária quando apenas dez por cento da frota de ônibus em todo o bairro segue ao Centro, e quando o investimento em infraestrutura se remete ao asfaltamento que não corrige as condições sanitárias precárias da comunidade.

Goffman aponta para uma conformação de mundo que se estabelece nas relações institucionais, através dos ambientes que elas propiciam, tal qual as rotinas que elas impõem. Que ambiente é esse que se dá a fomentar novos conceitos de sociabilidade, novos deslocamentos, resignificando a noção de saúde e de doença e de lugar de tratamento?

2 O Território da Saúde

Na Constituição de 1988 e nos demais textos legais, a saúde é apresentada como um direito de todos e como um dever do Estado e afirmada como um direito social garantido por políticas públicas.

O texto constitucional recomenda um sistema único de saúde operando em rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada de serviços e de ações em saúde, com a participação da comunidade. Orienta o sistema quanto ao acesso universal e atendimento integral, visando ações preventivas e de promoção, proteção e recuperação de saúde, assumindo, nesses termos, um caráter coletivo, preventivo, profilático e político.

Tem seu caráter coletivo manifesto na universalidade do acesso. Sua natureza preventiva e profilática, responde a pacto internacional, a Conferência de Alma-Ata, em 1978, sobre cuidados primários de saúde²² e, mais especificamente, às características sociais da população brasileira. Assim sendo, justifica seu caráter político, visto que se reveste de uma ação social, de uma ação normativa, de uma ação de controle social (SOMEKH, LEWIN, 2015).

A saúde surge como um direito já na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As Conferências Nacionais de Saúde acontecem desde 1941 e têm o importante papel de avaliar e propor políticas públicas para o setor. Considerada marco histórico da saúde no Brasil, a 8ª Conferência produziu debates em todo o país, agregou diversos movimentos sociais e foi a primeira conferência a ter a participação popular.

Em seu relatório final, a 8ª Conferência Nacional de Saúde expressou a noção de saúde condicionada a outros fatores socioeconômicos, como habitação, trabalho, renda, alimentação, transporte, segurança, acesso à terra, ao repouso, ao lazer e a serviços de saúde. Propôs uma noção de saúde ampliada e assegurada por um ambiente social igualitário e humanizado que suprima as desigualdades sociais e degradantes. Assegurou, em seu caráter democrático, a participação da população na gestão, organização e controle do sistema de saúde. Por fim, atrelou a sua execução e o controle do sistema a condições estruturais, sociais e econômicas, como o acesso à informação, o direito à liberdade, à livre organização e expressão (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

²²Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=21DE38384D2299F293136A845FBB5216?sequence=5 Acesso em 15/05/2018 às 01:59.

Estudando o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde se evidencia sua proposta de uma Reforma do Estado, asseverando um efetivo Estado Democrático de Direito. O contexto histórico contribuiu com esse tom, já que o país saía de um regime militar de vinte e um anos e viu bruscamente interrompidos projetos desenvolvimentistas de governos anteriores, como o segundo período de Getúlio Vargas, o governo de Juscelino Kubitschek e o inconcluso governo de João Goulart.

O documento apresenta o resultado das discussões e destaca:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária.²³ (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986)

Visto por esse ângulo é possível contextualizar a dificuldade de consolidação do Sistema Único de Saúde e as crises que se sucederam após sua criação. A 8ª Conferência trouxe em seu bojo um projeto político para o Brasil, sustentado por uma social democracia que integrasse uma efetiva e plural participação política popular. Ora, o Brasil ainda é um país fortemente marcado por uma realidade periférica na qual se dão entraves e empecilhos para uma efetiva participação da população numa cogestão, corresponsabilização e ativa fiscalização, inclusive do sistema de saúde.

Nesse sentido, a 8ª Conferência Nacional de Saúde culmina e expressa um posicionamento crítico da realidade da saúde pública vigente àquela época, resultando na formulação de um capítulo dedicado à saúde, à previdência e à assistência social no texto constitucional e a conseqüente criação do Sistema Único de Saúde.

Assim, a Conferência, em seu caráter deliberativo e, contando com ampla participação popular e com a presença de quase todas as instituições atuantes no setor saúde, apresentou em seu relatório final um conceito de saúde, uma breve análise contextual da sociedade brasileira e da saúde como modelo assistencial e propôs políticas que assegurassem as transformações. Deste modo, afirmou imprescindível garantir o direito à saúde a toda população e apresentou de forma explícita e literal a necessidade de um sistema único de saúde, sua estrutura e seus princípios. (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

²³ 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Acesso em 11/03/2018 19:35

2.1 Estrutura/ Esferas de Gestão e Conceitos norteadores das políticas do SUS

A Lei Orgânica da Saúde ao estabelecer princípios, diretrizes, objetivos, esferas de gestão federal, estadual e municipal, atribuições, gestão financeira, formas de financiamento, estruturou o SUS dando-lhe o arcabouço necessário para responder às graves e múltiplas condições de saúde.

O Sistema Único de Saúde é constitucionalmente um sistema público, nacional, de caráter universal e descentralizado com comando único em cada esfera de governo: municipal, estadual e federal.

O Ministério da Saúde enquanto gestor nacional formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia as políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite na pactuação do Plano Nacional de Saúde.

No âmbito dos estados federativos, as Secretarias Municipais de Saúde se constituem gestoras do sistema, e têm competência na formulação de políticas e ações de saúde, prestando apoio aos municípios em articulação com o Conselho Estadual e na Comissão Intergestores Bipartite na aprovação e implementação do Plano Estadual de Saúde.

Nos municípios, as Secretarias Municipais de Saúde planejam, organizam, controlam, avaliam e executam políticas, ações e serviços em articulação com o Conselho Municipal e com a esfera estadual na implantação do Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2003).

Esse modelo de gestão, descentralizado, regionalizado e territorializado favorece e possibilita melhor proximidade e adequação quanto às ações de saúde e às intervenções, visto que cada região do país apresenta enorme diversidade, com especificidades quanto a modos de moradia, culturas de saúde, hábitos, diferenças espaciais, especificidades regionais, múltiplas necessidades em saúde, densidades muito distintas: populacional, tecnológica, de fatores relativos a determinantes de saúde.

Por outro lado, esses mesmos princípios – a descentralização, a regionalização e a territorialização – desfavorecem as instâncias gestoras quanto à eficácia, uma vez que

neste modelo os municípios ficam incumbidos de uma maior e mais complexa responsabilidade, pois que atendem às populações circunscritas em seus territórios.

A discrepância entre os municípios brasileiros é muito significativa. Pode-se considerar que boa parte destes se vê desafiada na gestão de saúde em conflito com sua capacidade de arrecadação tributária, com seu desenvolvimento econômico, social e político, com o nível de sua economia e com sua efetiva condição de implementar políticas públicas de saúde. Tem-se ainda, que nesse cenário de baixo desenvolvimento, a população não se mostra com maturidade político-social para atuar no controle social e nas discussões e ações da política.

A legislação do SUS institui como princípio a participação da comunidade e ainda como instâncias gestoras os Conselhos de Saúde no âmbito de atuação das três esferas do sistema. Os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de saúde são instâncias permanentes de pactuação entre os gestores e sua atuação se reveste de caráter deliberativo, contando com a participação do governo, de prestadores de serviço, de profissionais de saúde e de usuários. Há ainda os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde e de Secretários Municipais de Saúde, entidades representativas dos gestores de cada esfera (BRASIL, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde institui princípios e diretrizes que regem e estruturam o SUS, com objetivos de promover saúde. Quando se fala de promoção de saúde tem-se o entendimento da necessidade de se debruçar sobre o território para identificar suas dinâmicas, seus movimentos, suas características e especificidades.

O território de saúde é fundamentalmente o território de promoção de saúde. É ainda o território de produção de saúde, de pactuações em rede, de histórias e patrimônios individuais e coletivos.

É importante não esquecer ou desconsiderar que ao se propor atuar na produção de saúde, se está propondo trabalhar com o cotidiano das pessoas e suas relações familiares, sociais, da forma como circulam na região onde moram e no modo como se locomovem até o seu trabalho, no que essa rotina produz no seu dia-a-dia, como essas pessoas dialogam com as dificuldades que enfrentam todos os dias, como reagem, como lidam com uma situação de enfermidade ou com outras adversidades. O território é vivo, de pessoas, de significados, de ações, de necessidades, de direitos, de riscos, de adversidades que se impõem como iniquidades em saúde.

Pensar os princípios e diretrizes do SUS a partir dessa perspectiva contribui muito para que se efetive essa territorialização que se manifesta no diálogo que vai se

constituindo nesse processo de apropriação do território, de costura das redes, de construção de vínculos, inclusive de admitir inovações cotidianas. Nesta ótica, refletir esse território vivo em sua interação com os equipamentos de saúde, com seus agentes e com suas redes e fluxos é também realizar ações na direção da construção de um comum.

Os princípios e diretrizes que regem o SUS são:

Universalidade: a saúde como um direito de acesso às ações e serviços a todas as pessoas. A legislação estabelece que cabe ao Estado assegurar este direito. Envolve, assim a acessibilidade ampla. O SUS é uma política pública de amplo acesso.

Equidade: significa diminuir desigualdades. Deste modo, promover igualdade também é garantir que aqueles que possuem necessidades especiais ou que apresentam características distintas se beneficiem de uma ação diferenciada. Consiste, assim, em tratar desigualmente os desiguais, de forma a permitir àqueles que apresentam condições especiais as mesmas oportunidades ofertadas aos demais.

Integralidade: significa estar atento às necessidades do indivíduo como um todo, de forma integral. E ainda integrar as ações de saúde e as ações intersetoriais.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. A descentralização objetiva a adequação do sistema por região, em suas peculiaridades, quais sejam culturais, de organização social, do meio ambiente natural e modificado, de condições sanitárias, epidemiológicas, de desenvolvimento técnico, tecnológico e econômico, visando melhor qualidade, controle e fiscalização por parte dos cidadãos.

Regionalização e Hierarquização: envolve a articulação entre os serviços, visando a organização em níveis hierárquicos de atenção e complexidade, garantindo o acesso disponibilizado por região geográfica. Envolve ainda a otimização de custos, uma vez que essa disponibilidade dos serviços qualifica os recursos investidos: humanos, econômicos, materiais, de insumos.

Territorialização: envolve a apropriação dos recursos materiais, humanos, da natureza, técnicos, tecnológicos, das redes, da cultura na constituição do território.

Participação Popular: envolve a participação da sociedade no controle social, na formulação e na avaliação de estratégias e de execução de políticas de saúde. Os Conselhos e as Conferências de Saúde são as instâncias da participação popular.

A legislação do SUS regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, o que favorece, na perspectiva do controle social, que o interesse da população se manifeste na

gestão da saúde e que a comunidade se aparelhe de instrumentos hábeis na proposição de políticas de saúde.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990).

O Conselho de Saúde por sua característica de órgão colegiado paritário representa um importante e potente instrumento para a população quanto à vigilância e à fiscalização das ações do Estado, bem como da proposição de estratégias de enfrentamento quanto aos problemas de saúde de cada região. Nas Áreas Programáticas, no total de dez no município, os Conselhos Distritais de Saúde acontecem mensalmente com a participação da comunidade, de instituições e associações, dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços.

2.2 Breve evolução da Saúde Pública no Brasil

A Saúde Pública brasileira, enquanto concepção teórica e epistemológica, é uma disciplina muito recente que emerge no início do século XX como resposta à necessidade de controle do ambiente, de enfrentamento na disseminação de riscos epidemiológicos, com a crescente aglomeração de pessoas e principalmente de trabalhadores.

A decadência e extinção do modo de produção escravocrata e a imigração de trabalhadores, inicialmente de suíços, logo após a chegada da família real portuguesa, depois de alemães, italianos, árabes, turcos, japoneses e outras etnias fomentou o crescimento das cidades brasileiras (SILVEIRA, C.; GOLDBERG, A, 2017).

O Brasil colonial era uma sociedade escravista sem maiores preocupações com questões sanitárias. Cabia às Câmaras Municipais promover as ações sanitárias, que consistiam na limpeza das cidades, no controle da água e do esgoto, do comércio de alimentos e de outras mercadorias e no controle dos portos (COSTA, ROZENFELD, 2000). Os curandeiros e os pajés respondiam pelas práticas curativas. A catequese era o discurso que influenciava as consciências.

No início do século XIX, com a chegada da Família Real e da Corte Portuguesa intensificou-se o fluxo de mercadorias, de passageiros e do tráfego portuário. Deste modo, verificou-se a necessidade de maior fiscalização a fim de evitar as epidemias e de garantir que os produtos brasileiros obtivessem boa reputação no mercado internacional.

Outra preocupação consistiu em instaurar a polícia médica de impor tributos, taxas e multas. A partir desse instituto surgem nesse cenário dois órgãos fiscalizadores voltados a práticas sanitárias: a Fisicultura-Mor que regulava e fiscalizava a comercialização de bebidas e de alimentos e as práticas de cura; e a Provedoria-Mor que inspecionava os portos. A Santa Casa de Misericórdia acolhia os enfermos, prestava assistência aos pobres e enterrava os mortos.

A Fisicultura-Mor, que licenciava curandeiros, sangradores e terapeutas às artes curativas, foi extinta em 1828, assumindo esse papel as Câmaras Municipais, até 1832, quando foram desautorizados os terapeutas práticos sem a formação (TORRES, 2008). Em 1832 as Academias Médico Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina e todas as práticas não médicas, curandeiros e sangradores desapareceram ou fizeram-se invisíveis no novo ordenamento social.

Essas ações encerraram as antigas práticas sob o domínio dos médicos e daqueles que se formavam nas faculdades. "O problema é que não era simples ingressar nas faculdades: entre as exigências, estavam a apresentação de um atestado de bons costumes emitido pelo Juiz de Paz da freguesia e o conhecimento de latim e inglês ou francês" (TORRES, 2008, p. 11).

No início do século XX, instituída a República Federativa, deu-se a administração das organizações sanitárias por esfera de poder: estadual e federal. A União assumiu a responsabilidade de pesquisa das patologias, da adoção de medidas profiláticas, do censo e das estatísticas sanitárias e demográficas.

A capital imperial não contava com boa estrutura sanitária. O fim da escravidão e a afluência de mão de obra estrangeira contribuía para maior aglomeração de pessoas. Nesse período, o Rio experimentou sucessivas epidemias de febre amarela, de varíola e

da peste bubônica, razão por que se intensificou o controle de doenças na Capital Federal, nos portos e nas fronteiras.

A Diretoria Geral de Saúde Pública, que fora criada em 1896, tinha como atribuição a fiscalização dos portos, dos serviços sanitários e do exercício da medicina e da farmácia, bem como a organização de dados estatísticos, orientada ao combate de endemias, epidemias e pandemias, à desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e a campanhas de vacinação.

Em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão criado em substituição à Diretoria, apresentava maior amplitude de ação atuando no interior do país, propondo ações de profilaxia, sobretudo quanto a endemias que se davam nas regiões rurais como a ancilostomíase e a malária. Contudo, refletia uma política de saúde norteadas pelo modelo previdenciário e privatista, de alcance restrito e orientado a responder às expectativas socioeconômicas quanto ao cuidado do trabalhador economicamente ativo.

A nação brasileira que veio se formando, desde a Colônia, se caracterizou por imensas desigualdades sociais, pela manutenção de um quadro sanitário negativo para a maioria da população e pela edição de muitas leis e normas, sem observância das mesmas. E por sistemas de saúde que vão se estruturando essencialmente voltados para a doença, com imenso descaso pelas medidas de cunho preventivo e coletivo e de promoção da saúde. (COSTA, ROZENFELD, 2000)

Do período monárquico até a década de 1980, quando se deu o processo de redemocratização do país, a Saúde Pública foi regulada e organizada por órgãos que atuavam de forma estrita no tocante à função de polícia sanitária, em suas ações de fiscalização e controle, visando atender a condições de realizar a acumulação e viabilizar as transformações econômicas.

2.2.1 1986-A 8ª Conferência Nacional de Saúde e as Reformas: disputa política e social

Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um marco ao propor a quebra do modelo biomédico, curativo e hospitalocêntrico, com debates que saíram do restrito fórum dos gestores de saúde e de políticos e abriram espaço à sociedade civil, com a participação de mais de quatro mil pessoas, em 135 grupos de trabalho, para discutir e propor acerca dos temas: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial, dando início à Reforma Sanitária.

Em síntese, a Reforma Sanitária se caracteriza - porque ainda em andamento - por uma ênfase nos cuidados essenciais em saúde para todos, independentemente da situação do usuário de trabalhador, contribuinte, indigente, ou qualquer outra condição, corroborando com a premissa da universalidade do atendimento em saúde e rompendo com a histórica prestação dos serviços de saúde até então praticados no Brasil. A Reforma Sanitária também propõe uma reforma da cidadania enquanto conceito e enquanto prática cotidiana. No entanto, tendo em vista os limites deste trabalho, não entraremos na análise deste tema, ficando ele para outra oportunidade.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ao propor um conceito ampliado de saúde, disseminou novos valores, reconsiderou a noção de vigilância sanitária e pôs em curso o novo sistema de saúde orientado por diretrizes que em si mesmas sintetizavam um outro modo de organização e produção social: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social.

Saúde não é só ausência de doença. Saúde deve ser entendida como um bem-estar físico, social, afetivo e ainda de ausência do medo. O que significa esse conceito de saúde, que é quase colocado como uma coisa a ser atingida? Não é simplesmente que as pessoas não têm doença. É mais! É um bem estar social, que pode significar que as pessoas tenham direito à casa, ao trabalho, a um salário digno, à água, à vestimenta, à educação, a ter informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo; que tenham direito ao meio ambiente que não nos seja agressivo, mas pelo contrário; que permita a existência de uma vida digna e decente, que tenha o direito a um sistema político que respeite a livre opinião e a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja, todo tempo, submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, que não esteja submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são interesses do povo.” (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, palestra de abertura do Prof. Dr. Sergio Arouca, 1986)²⁴

A Conferência informava ainda a disposição de ampliar e fortalecer o setor estatal, visando a total estatização da Saúde e de setores estratégicos, como o farmacêutico, propondo a participação do setor privado sob o caráter de concessão pública regida pelas normas do Direito Público, de tal modo a propor uma blindagem do setor saúde ante ao acirramento da política neoliberalista.

²⁴ <http://cebes.org.br/2013/09/palestra-de-sergio-arouca-na-8a-conferencia-nacional-de-saude/>
Acesso em 26/04/2018 às 07:37.

2.2.2 Anos 1990 – A política neoliberal acirra a disputa político-social da saúde pública

A década de 1990 foi marcada pelo acirramento do neoliberalismo com o incremento da globalização e do capital financeiro e pelo aprofundamento da crise financeira com a implementação de planos econômicos que desestabilizaram a ordem social. A Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90 - foi sancionada em 19 de setembro de 1990.

O Sistema Único de Saúde nasce no epicentro de uma disputa política e social entre setores com posições e ideários distintos e antagônicos, que se encontravam naquele momento em relativo equilíbrio de forças, em razão da abertura do processo de redemocratização, após duas décadas de ditadura militar e de abusos aos direitos civis.

O país experimentava a recessão que prosseguiu ao milagre econômico, aprofundando as desigualdades sociais e favorecendo a efervescência social. De um lado os setores orientados por uma política neoliberalista de corporações e de entidades privadas que defendiam a não intervenção do Estado, com a desregulamentação do mercado comercial, financeiro e do mercado de trabalho, com a privatização de empresas estatais, com o acúmulo de excedente de mão de obra e de capital, com o crescente investimento financeiro em detrimento ao investimento em produção, alimentando a cultura da especulação, comprometendo os programas sociais e esvaziando as políticas públicas. Do outro lado, movimentos sociais de trabalhadores rurais e urbanos, de profissionais e técnicos dos campos da saúde, da assistência, de outros setores, partidos políticos, agentes políticos, estudantes, institutos de pesquisa em saúde, centros de produção em saúde, observatórios, comunidades diversas e uma pluralidade de atores pautados por reformas de base.

Os conflitos para consubstanciar a nova lei e o sistema se davam nos bastidores da política nacional, em meio a uma disputa ante aos interesses empresariais e corporativos e ao encolhimento dos movimentos sociais que favorecia um "jogo político" que comprometia a implantação do SUS (PAIM, 2008). O embate resultou em perdas muito significativas para o sistema.

A Lei 8142/90 sancionada logo em seguida, em 28 de dezembro de 1990, se deu numa corrida de negociações a fim de garantir o controle social proposto pela Lei Orgânica da Saúde - LOS -, visto que no dia em que esta foi sancionada, recebeu vinte e cinco vetos do Presidente Collor, "mutilada em mecanismos de financiamento do sistema

que davam ao nível municipal um papel relevante no projeto decisório sobre os rumos dos modelos assistenciais das ações em saúde" (MERHY, 1991).

Foram vetados os repasses automáticos aos municípios dos valores do Fundo Nacional de Saúde, que se dariam sem a intermediação de convênios, também foi vetada a proibição dos governos dos estados e dos municípios de reduzirem seus gastos orçamentários com a saúde, e ainda os artigos que tratavam da participação da sociedade. Todos os vetos relativos ao financiamento e repasse, ao controle social e à descentralização, comprometendo a capacidade de gestão dos municípios.

A Revista Saúde em Debate do Centro Brasileiro do Estudo em Saúde - CEBES - em seu número 31, datado de março de 1991, sob o tema: "Para Onde vai o Dinheiro do SUS?"²⁵ trouxe análises e críticas à Resolução 258/91 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS que editou a Norma Operacional Básica - NOB/SUS nº 1/91. De forma irregular, questionada a competência do INAMPS para legislar sobre o SUS pelos articulistas, a NOB/SUS 1/91 impôs a lógica prestativa do órgão à esfera do SUS, instituindo o pagamento por procedimento/produção, normatizando contrapartidas de procedimentos hospitalares e ambulatoriais do SUS, equiparando prestadores públicos e privados.

Ratificando a lógica de centralização, a NOB 1/91 entrava em conflito explícito com o pacto proposto pela Lei Orgânica de Saúde quanto à descentralização do sistema, tratando as secretarias estaduais e municipais de saúde como prestadoras dos serviços, e impingindo ao sistema enormes prejuízos financeiros.

O INAMPS, autarquia criada pelo regime militar, sancionada pela Lei 6439/77 de 01/09/1977, prestava assistência médica a trabalhadores contribuintes. Vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, com a criação do SUS, passou à competência do Ministério da Saúde até 1993, quando foi extinto e suas atribuições assimiladas pelo SUS.

Ao Sistema Único de Saúde - SUS - foram entregues a formulação e a condução da política nacional de saúde, inclusive a regulação e a normatização das relações entre os setores público e privado, orientando à esfera do novo sistema todos os serviços e atividades estratégicas no campo da pesquisa, da produção e do desenvolvimento em saúde. Serviços federais de caráter local e de atendimento direto à população foram alocados com toda sua estrutura às instâncias municipais ou estaduais, embora somente

²⁵MERHY, 1990.

em 1996, com a NOB nº 1/96, tenha se consolidado a gestão municipal, a reordenação do financiamento do sistema, garantindo a estes autonomia gerencial.

Deste modo, convém ressaltar que o SUS não se configura como um sistema simples de assistência médica-terapêutica, hospitalar ou de prestação de serviços de exames e análises laboratoriais, uma redução que com frequência se observa; mas um complexo de serviços, ações e atividades de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, de controle de produção, de pesquisa, de ações de regulação e de vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador.

Contudo, é importante salientar que tal visão reducionista do SUS atém-se aos seus setores de assistência, promoção e prevenção em saúde, o que não se dá candidamente, senão por meio de *lobby* no Congresso Nacional sobre questões-chave da assistência à saúde e em prol da lógica capitalista de mercado, comprometendo a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.

2.2.3 A Reforma Psiquiátrica: noção ampliada de saúde, de direitos e de autonomia

Importante situar a Reforma Psiquiátrica brasileira, que tem início por volta de 1980, impulsionada por uma greve no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, seguida da demissão de significativo quantitativo de profissionais e de estagiários. A greve motivada pela denúncia de precárias condições de trabalho e de assistência aos usuários recebe imediato apoio do CEBES e alcança repercussão de movimentos sociais e trabalhistas muito influenciados e impulsionados por uma nova consciência de direitos, constituindo posteriormente o movimento dos trabalhadores de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica partilha dos mesmos princípios de territorialização e de integralidade da Reforma Sanitária. Numa ótica humanizada e inclusiva, propõe a extinção de hospitais psiquiátricos e instituições asilares, de cunho totalitarista, higienista e excludente que ferem direitos e a autonomia de sujeitos; e orienta a sua substituição por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, com práticas e procedimentos pertinentes a um projeto de uma sociedade sem manicômios²⁶.

A Lei 10.216/2001, marco da reforma psiquiátrica, dispõe sobre o cuidado e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e reformula o modelo hospitalocêntrico de tratamento. O Projeto de Lei 3657/89 que deu origem à lei da reforma

²⁶ LAPS Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, FIOCRUZ.

psiquiátrica dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios, proibia a contratação de novos leitos psiquiátricos pelo poder público, direcionava o tratamento a hospitais gerais e a centros de atenção e regulamentava acerca da internação psiquiátrica compulsória. O projeto de lei tramitou por doze anos no Congresso Nacional até à votação da lei.

A Reforma Psiquiátrica pôs em questão a psiquiatria clássica ao mudar de modelo, transpondo do tratamento da doença mental para o de cuidado e promoção de saúde mental. Desse modo desencadeou uma crise teórica e prática que refletia um posicionamento crítico quanto ao benefício e ao malefício do tratamento asilar numa instituição total, com a terrível cronificação e violação de direitos que o modelo hospitalocêntrico impunha aos seus usuários.

Inicialmente a Reforma Psiquiátrica encerrava questões trabalhistas relacionadas com o cotidiano dos serviços. Denúncias e reivindicações das condições de trabalho e da precária e irregular assistência prestada aos usuários desencadearam o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978, com o início da greve no Centro Psiquiátrico Pedro II. As denúncias informavam de privações, de violência física e moral e de trabalho escravo (AMARANTE, 2010). Consequentemente o movimento passou a problematizar a assistência e o estigma causado pelas instituições psiquiátricas aos usuários.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental apresentava-se - e assim permanece até à atualidade – como um coletivo não institucional, pulverizado no interior das instituições, em resistência à institucionalização das relações, e a propor a desinstitucionalização do saber e da prática da psiquiatria.

Tal resistência à institucionalização foi assunto da I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM que se deu em desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e aconteceu em junho de 1987. Teve como pauta a luta por direitos do doente mental. A CNSM, estruturada em três eixos temáticos: I- Economia, Sociedade, Estado: impactos sobre saúde e doença mental, II – Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental, III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental, se caracterizou como um evento técnico-científico com a presença de profissionais de saúde mental, diferentemente da 8ª Conferência Nacional de Saúde que alcançou enorme popularidade.

O diálogo com a sociedade e a participação popular aconteceu em dezembro do mesmo ano no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, conhecido como "Encontro de Bauru", em São Paulo.

Na ocasião, os trabalhadores de saúde mental saíram às ruas em atos e manifestações de protesto e redigiram a Carta de Bauru, na qual o Estado foi denunciado por explorar e produzir o estigma social da loucura, fomentar a violência e a exclusão social, manipular o trabalhador de saúde mental de modo a torná-lo seu agente de violência institucional e promover uma reforma sanitária e psiquiátrica privatizante e autoritária que tratava a saúde como mercadoria.

O manifesto representou o marco histórico da Luta Antimanicomial e instituiu o 18 de Maio, Dia da Luta Antimanicomial, com o lema: "Por uma sociedade sem manicômios!"

2.3 SUS - 30 ANOS! Avanços, desafios e revezes

Passados trinta anos desses eventos, observam-se avanços muito significativos da política do SUS quanto à descentralização, à cobertura assistencial, quanto à humanização do cuidado, e até quanto ao financiamento, expressos na legislação estruturante do sistema, em diversas normas, pactos e manuais, visando consolidá-lo. Contudo, há enormes desafios nesse processo de consolidação e efetiva implementação do SUS, bem como entraves que dificultam e, em alguns casos, inviabilizam a eficácia de sua realização.

2.3.1 Avanços

Alguns dos avanços mais expressivos dizem respeito à ampliação da cobertura assistencial. A rede de atenção encontra-se hoje em todo o território nacional e realiza ações de prevenção e promoção de saúde, com capacidade de efetuar atendimentos, serviços e procedimentos de alta complexidade.

2.3.1.1 A Rede de Atenção à Saúde - RAS

A Rede de Atenção à Saúde sancionada através da Portaria GM/MS 4279/10 é fundamentada no SUS, em seus princípios e diretrizes, no Pacto pela Saúde²⁷ e na Política Nacional da Atenção Básica. Visa articular serviços, ações e programas de saúde, e se estabelece através de três funções: primar pela resolubilidade, garantindo a solução da maior parte das demandas, organizar os fluxos e se responsabilizar pela saúde dos usuários em qualquer ponto do sistema.

²⁷O Pacto pela Saúde, ordenador do processo de gestão do SUS no período de 2006-2011. Em nosso recorte, nesse estudo optamos por não discorrer sobre o tema, ficando para uma próxima oportunidade.

A rede de atenção se constituiu legalmente em 2010, porém, concretamente a rede de serviços já funcionava com ações e programas em diferentes níveis da atenção conforme se apresentará adiante.

A RAS compõe-se de sete atributos, quais sejam: o primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade; a coordenação; a centralidade na família; a abordagem familiar e a orientação comunitária. Em síntese, tais atributos podem ser definidos enquanto abordagens, intervenções e finalidades em saúde²⁸:

✓ O primeiro contato se reveste de uma empatia capaz de definir condutas, minimizar custos e promover ou produzir saúde.

✓ A longitudinalidade tem relação com a continuidade do cuidado e a construção de vínculo do usuário com a equipe de saúde ou o profissional, favorecendo aspectos de saúde e reduzindo patologias.

✓ A integralidade e a coordenação garantem que as necessidades do usuário possam ser atendidas, integralmente, em qualquer ponto da rede de assistência.

✓ A centralidade na família requer que a equipe de saúde considere o usuário em seu contexto familiar, de tal modo que se faz necessário conhecer os membros da família deste e as dinâmicas que se configuram nos diferentes momentos da vida, propiciando uma abordagem familiar adequada e naturalmente aceita pelo usuário.

✓ A orientação comunitária diz respeito à identificação, avaliação e enfrentamento de problemas específicos da comunidade.

A rede de cuidado territorial se concretizou através da Norma Operacional Básica - NOB 1/93, editada pela Portaria GM/MS 545/93, que consolidou os três níveis de gestão do sistema de saúde, estabelecendo a comunicação, a articulação, a negociação e a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite e disparando o processo de municipalização com a habilitação dos municípios (BRASIL, 2003). Posteriormente, a NOB 1/96, editada pela Portaria GM/MS 2.203/96, consolidou a descentralização do sistema definindo competências das esferas de gestão municipal, estadual e federal, e assim, realocando os recursos financeiros com base *per capita* aos municípios habilitados (BRASIL, 2003). A NOB 1/96 definiu o Piso da Atenção Básica e incrementou outras

²⁸BRASIL, Portaria GMS/MS 4.279/2010.

políticas, ações e programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, dentre outros.

O Programa de Saúde da Família foi criado em 1994, com a proposta de reorientar o modelo de assistência voltado ao tratamento da doença a um modelo de assistência de promoção de saúde. Em 1998 substituído pela Estratégia de Saúde da Família - ESF, o projeto propõe a reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, respondendo às propostas descentralização, universalidade, acessibilidade, integralidade e hierarquização. A mudança de nomenclatura justifica-se com a evolução e a expansão do programa que, anteriormente se dava como Programa de Agentes Comunitários, evoluindo posteriormente a uma ação estratégica.

A ESF consiste em relevante mudança estrutural das ações em saúde, visto que, operando na lógica da regionalização e da territorialidade, rompeu com a prática hospitalocêntrica e médico centrada. Representou também uma mudança cultural ao impactar o comportamento da população de formar enormes filas pela madrugada em busca de senhas para o atendimento médico ou para exames. Atualmente, o atendimento territorializado permite ao usuário o agendamento, a visita domiciliar e a possibilidade de um acompanhamento integral na rede regional.

O trabalho da ESF se dá em equipes multidisciplinares compostas pelo médico generalista, pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde. Cada equipe assume a responsabilidade sanitária por um território delimitado.

Pesquisas afirmam que cerca de 80% dos casos que chegam à atenção primária têm condição de ser acompanhado pela ESF dado o seu potencial de resolubilidade. Dessa forma, a ESF corresponde a um avanço quanto à otimização dos recursos, tendo em vista que, inserida no território, funciona e atende em conformidade com a demanda local, com as características daquele território, considerados os seus determinantes em saúde e as necessidades da população.

Na prática, a ESF representa uma tecnologia e inovação em saúde considerada sua contiguidade com o território adscrito, seu alto nível de interação com a população cadastrada e a especificidade dos vínculos que se constroem nos processos de trabalho. De tal modo, que inúmeras vezes é a atenção secundária que recorre à ESF para acompanhar um caso. Lembro de K que esteve duas vezes no CAPS, porém era matriculada e acompanhada pelo CAPS na rede parceira com a ESF.

2.3.1.1.1 Caso K - Intervenção e acompanhamento na Atenção Básica - ESF

K chega ao CAPS através de um ofício do Ministério Público - MP. Ela, de fato, só esteve no CAPS duas vezes. Na primeira, foi levada pela genitora que barganhou com ela um maço de cigarros para seguir até o CAPS. Ao chegar à unidade, após extensa abordagem minha, a usuária seguiu ao atendimento. Na brevíssima consulta, K disse a mim e à médica, sem nenhuma noção de morbidade, que estava muito interessada em aulas de costura e evadiu.

A segunda vez em que K esteve na unidade foi muito tempo depois desse evento, cerca de um ano, após permanecer um período na rua, nas imediações da Estação de Campo Grande. Nesse dia, embora mais acessível, não aderiu às propostas de tratamento no CAPS e novamente evadiu.

Nesse período, a genitora esteve muitas vezes na unidade efetuando demandas de consulta médica psiquiátrica, efetuando queixas de que K ficava na rua usando drogas e não cuidava de seus quatro filhos, relatando inúmeras situações em que K se colocava em risco, retirando tvs de *led* do comércio local e efetuando trocas inadequadas no contexto da comunidade. A genitora dizia ainda do medo de que K tivesse mais filhos, o que a motivou a provocar o Ministério Público para interdição da jovem de 19 anos e para obter a guarda dos netos.

Antes mesmo de K comparecer ao CAPS, impelida pelo ofício do MP e pela necessidade de responder à Promotoria, estive em visita domiciliar com outro colega de equipe. À época, o CAPS operava o trabalho dividindo o território em micro áreas e miniequipes. K, moradora em Santa Margarida, era da área de nossa miniequipe.

K é psicótica e durante a visita mostrou-se muito invadida dos sintomas psicóticos, afirmando que seu bebê, de alguns meses de idade, era um dragão. Seu discurso era sem nexos e a abordagem se tornou muito difícil nesse primeiro momento e nos momentos seguintes. Todas as vezes em que fomos à Santa Margarida para efetuar visitas à K, ao avistar o carro da prefeitura, ela evadia, na rua, em casa, onde quer que fosse. Nossa postura era sempre não invasiva, de forma que não avançávamos efetivamente no tocante a conhecer K e suas questões.

A genitora não compreendia o posicionamento ético da equipe ao optar por cuidar de K sem negociar sua integridade e entendendo que K tinha suas questões, embora não as expusesse. A situação ia se complicando à medida em que o processo de interdição

tramitava no MP e outros ofícios chegavam à unidade determinando a avaliação médica e solicitando parecer quanto a indicativo de esterilização da usuária, fato que disparou enorme discussão quanto à judicialização dos casos psiquiátricos e causou indignação em muitos membros da equipe técnica.

K morava a duas quadras da Clínica da Família Rogério Rocco e em suas andanças sempre circulava na Clínica. A médica da ESF havia construído com ela um vínculo importante e a equipe do CAPS optou por acompanhar K na articulação com a equipe de referência da ESF. Iniciei, então, na nova conduta, a passar por K nos locais onde ela costumava estar, a cumprimentá-la, a simplesmente dizer a ela que havia ido até o local para vê-la, saber se precisava de algo, a dizer a ela que eu estava disponível no CAPS e que sua recusa era considerada e respeitada. Tal movimento sempre era posterior ou anterior à conversa com a médica da ESF, ocasião em que o caso era atualizado e compartilhado pelas duas equipes.

Obtivemos, em pouco tempo após a parceria, resposta muito positiva de K que passou a comparecer mais vezes à Clínica da Família, a efetuar demandas à médica de sua equipe de referência, inclusive quanto aos cuidados com seus filhos, levando-os à consulta e à campanha de vacinação. A conduta pôs em discurso na ESF a condição de K, sua maneira peculiar de circular nos ambientes, muitas vezes agressiva e hostil, inclusive com alguns técnicos da Clínica da Família, possibilitando um novo olhar sobre K, desarmado e menos estigmatizado e munindo as equipes de recursos nas abordagens com K.

A parceria entre níveis do sistema é desejável e é atributo do sistema que preconiza o "conjunto articulado das ações e serviços" (BRASIL, Lei nº 8080/90). Colabora com a ampliação das tecnologias em saúde na abordagem dos casos. Qualifica as ações em saúde, melhor garantindo a integralidade do atendimento na interseção de saberes e práticas, numa perspectiva multidisciplinar de apoio matricial. Contribui com a condução dos casos visto que a interlocução de saberes favorece o olhar não cronificado e a prática clínica, estabelecendo a capacitação das equipes.

Importante esclarecer que a disposição em níveis primário e secundário em nada se aplica a um grau maior ou menor de gravidade dos casos. Conjuga-se com o mandato de cada instituição e com o nível de complexidade das ações e dos procedimentos. Os diferentes níveis - primário, secundário e terciário do sistema, os programas e os serviços voltados ao atendimento dos acometidos de transtornos mentais compõem a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS de base comunitária.

2.3.1.2 A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

No nível primário da Rede de Atenção Psicossocial se encontram as unidades e as equipes da Atenção Básica com equipamentos territoriais municipalizados e voltados à prevenção de doenças e promoção de saúde, inclusive nos espaços comunitários. O nível secundário de atenção à saúde é composto por hospitais e Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, e ainda pela prestação de serviços de média complexidade, caracterizada a atuação de especialistas. Os CAPS se inserem nesse nível de cuidados. O nível terciário engloba equipamentos, profissionais e serviços de alta complexidade e elevada especialização.

Compõem a RAPS: a Atenção Básica; os CAPS e a reabilitação psicossocial com os programas de trabalho e geração de renda e cultura, o Centro de Convivência e o Programa de Volta Pra Casa; os Serviços Residenciais Terapêuticos; os hospitais e os serviços de pronto atendimento e atenção à urgência e emergência, bem como os leitos especializados em hospitais gerais. A RAPS instituída pela Portaria GM/MS 3088/2011, bem como a perspectiva de reabilitação psicossocial consistem em outros avanços na evolução do SUS.

2.3.1.3 A PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

A ESF é apontada pela Política Nacional da Atenção Básica como o meio prioritário de consolidação e expansão da Atenção Básica (BRASIL, 2012) que cumpre o mandato de porta de entrada do SUS e é importante agente na redução das desigualdades sociais. Contudo, a Atenção Básica conta ainda com unidades de saúde que não dispõem da ESF e, portanto, têm uma organização e procedimentos diferentes das CF. Para estas unidades, é prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, com o objetivo de equiparar ao modelo prioritário.

Integram também a Atenção Básica, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF que não constituem unidades; mas equipes compostas por diferentes categorias profissionais que servem de apoio técnico institucional ou matricial à ESF; os Consultórios na Rua, equipes de profissionais com propostas, atividades e ações voltadas especificamente para pessoas em situação de rua ou moradores na rua.

O modelo regionalizado e territorial de assistência proposto pela Atenção Básica impõe uma dinâmica aos processos de trabalho que favorece a comunicação e a integração

com a população, assegurada a proximidade do território, de intervenção mais profícua e eficaz quanto a níveis de determinantes sociais de saúde.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (PNAB, 2012)

Outro grande avanço na perspectiva de cuidados em saúde foi a política de humanização do cuidado, afirmando da importância do acolhimento e da clínica ampliada, empaticamente valorizando a singularidade, o contexto social e a dinâmica no qual se insere o usuário e sua queixa no tratamento.

É importante reconhecer os avanços quanto à amplitude e aos recursos materiais e imateriais no tocante ao cuidado, em meio aos muitos problemas de ordem técnica, de escassez de recursos, somados a atravessamentos políticos que inevitavelmente impactam a assistência e o sistema.

Merhy (2008) afirma de "atos de saúde", os produtos dos processos de trabalho em saúde, e denomina as intervenções assistenciais enquanto "tecnologias duras, leves-duras e leves" (MERHY, 2008, p. 5).

2.3.1.4 Atos de saúde, tecnologias duras, leves-duras e leves

Merhy classifica como tecnologia dura os instrumentos, ferramentas-máquinas, os materiais empregados nos atendimentos e os saberes estruturados do pessoal de saúde - "como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem" (MERHY, 2008, p. 5). A tecnologia leve-dura se manifesta leve por estar inscrita no pensamento, na forma de pensar os casos de saúde e na forma de intervir na conduta a ser adotada; concomitantemente em que se expressa dura no saber-fazer estruturado, organizado, protocolado, normalizável e normalizado. Merhy ressalta a tecnologia leve que se dá no ato comunicacional, na empatia que visa produzir cuidado, acolhimento, respeito, responsabilização, vínculo e autonomia que, em última instância, se mostra no modo como o usuário significa seu processo de saúde x doença e o organiza no contexto de sua vida

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas "pessoas", que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 1999, p. 307-308)

Merhy afirma que parte da crise do sistema se localiza nos modos de operar o trabalho em saúde, priorizando o uso de modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, gerando a necessidade de mais procedimentos, aumentando os custos, produzindo "permanentemente a morte das tecnologias leves inscritas nos seus processos clínicos" (MERHY, 2008, p. 8). Aponta tal abordagem avessa à produção de autonomia como mediocrização da prática clínica, visto que limita e engessa a ação em saúde, desconsidera a pessoa do usuário, empobrece de forma significativa e sistematicamente a relação usuário-profissional de saúde - e usuários-serviços de assistência à saúde²⁹, imprimindo ao usuário um processo de alienação, não responsabilização e até de infantilização de sua pessoa.

Assim, o autor enfatiza imperativo garantir, investir e firmar compromisso com a disseminação e prática das tecnologias leves na tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar, na perspectiva de valorização da vida e dos direitos dos usuários, na qualificação e otimização das ações em saúde, do ambiente de saúde e da pactuação dos atores e dos agentes de saúde. Nesse entendimento, se observa que o investimento em formação permanente, em qualificação e capacitação do pessoal de saúde também reduz custos, evita iatrogenias, otimiza as práticas e as ações de saúde e se reverte em proficiência.

2.3.1.4.1 Caso L: síntese da morte da tecnologia leve, do estigma e da iatrogenia

L era matriculada no CAPS, moradora em Santa Margarida. Morava só em sua casa, que foi construída adstrita à casa de sua avó, que ficava nos fundos e dava frente para a outra rua, paralela à sua. No meio do terreno de família, havia a casa de sua mãe, onde também morava sua irmã mais velha, que chamo de S. Situação algo comum nessa região, casas que vão sendo construídas em terreno de família, com áreas comuns.

²⁹Consideração da autora.

L tinha um filho pequeno, cerca de cinco anos à época, que não morava com ela, em razão de seu problema de saúde. A criança morava com um padrinho ali próximo, sob a alegação de familiares de que ela não cuidava do menino e que o assediava, fato que nunca se comprovou. O pai do garoto, marido de L, morrera assassinado há anos. Ela havia sido frentista, mas estava desempregada há muito tempo e dizia buscar por trabalho, fazia currículo e entregava, porém, de forma muito inconstante.

L tinha quarenta anos e havia iniciado o tratamento em saúde mental aos quatorze anos, após a morte do pai, quando apresentou uma ausência, permanecendo alheia por algum tempo, e foi levada por sua tia a um serviço de saúde mental, sendo acolhida. Após esse primeiro atendimento, efetuou atendimentos psiquiátricos por muitos anos em serviço ambulatorial, sendo depois orientada ao CAPS.

Neste CAPS, o segundo de sua trajetória psiquiátrica, L circulava de forma muito irregular, pouco constante, e não implicada em qualquer projeto terapêutico que lhe fosse proposto. Não administrava as medicações que sua mãe retirava para ela na unidade, e mantinha uma caixa cheia de remédios na casa de sua mãe, alguns, inclusive, já vencidos. A genitora sempre comparecia ao CAPS efetuando queixas e dizendo da necessidade de agendar atendimentos, muitas vezes confundindo L com S e vice-versa.

L ia pouco ao CAPS e se apresentava sempre de forma irreverente, irônica e desafiadora, numa atitude que parecia, e por vezes, fazia aparecer uma fúria contida. A equipe a atendia sob demanda e suas questões pareciam estar relacionadas ao filho, ao marido morto, ou a relacionamentos posteriores que não se estabilizavam.

S, poucos anos mais velha, também era matriculada no CAPS. A usuária, psicótica e gravemente comprometida, morava num anexo da casa da mãe de ambas, semelhante a uma cela. Em seu quarto-cela, havia um leito hospitalar em lugar da cama, sem colchonete, travesseiro, lençol ou fronha. A maca de ferro ficava encostada na parede lateral. S dormia no chão. Às vezes, dormia num colchão mofado e urinado que ficava no chão, próximo à entrada. Ao fundo tinha um banheiro com chuveiro e privada. A porta de acesso era uma grade de ferro que permanecia trancada porque a genitora afirmava que S era muito perigosa e agressiva. Havia um molho de chaves que ficava em poder da genitora. Todas as vezes que eu efetuava a visita domiciliar a genitora vinha sacudindo o molho de chaves para abrir a porta, exigência minha. Nós sentávamos no chão da varanda e cantávamos músicas juninas, preferência dela. Acontecia algumas vezes de S estar com o corpo todo sujo de fezes. Ela dizia, de forma muito débil e numa atitude pueril, de vezes que a invadiam, em uma escuta alucinatória.

Algumas vezes em que estive em visita domiciliar, L aproximava-se e ficava por algum tempo olhando, fazia breves comentários, banalidades, falas que não questionavam nem informavam acerca da situação experimentada. L também se aproximou da oficina de musicoterapia que acontecia no CAPS. Mostrava-se interessada num rapaz que frequentava a oficina, e sempre pedia que eu a informasse do rapaz, mandasse recados. Dessa forma ela permitiu que eu pudesse, de fato, acolhê-la. Passei a atendê-la com alguma frequência, embora L se mantivesse jocosa, irreverente e numa atitude hostil. Ela me provocava muita irritação.

Pouco tempo depois de estar com maior frequência no atendimento, L pulou o muro de casa e foi internada. Após a alta de sua primeira internação psiquiátrica, eu a questionei sobre o que era pular um muro alto, e ela disse-me que envolvia uma “fuga” de casa. Então perguntei a ela: “como é ter uma irmã como a S?” Nesse dia ela não respondeu nada, mas no decorrer de breve tempo L começou a dizer de suas impressões da mãe, da avó, da irmã e se reposicionar diante da loucura que envolvia seu cotidiano, sua vida e suas rotinas, desde muito cedo, inclusive se diferenciando. Em reunião de supervisão de equipe discutiu-se o caso e foi definida a alta. A genitora, muito frequente e queixosa, também evadiu.

As situações de L e de S nos serviços de saúde suscitam uma série de questões. Poucas considerações serão elencadas aqui, considerando a pertinência desse estudo. Embora L tenha circulado por serviços de saúde mental por cerca de trinta anos, somente experimentou sua primeira internação por volta dos 40 anos, algo incomum, no momento em que se intensifica o atendimento dela e surge a questão: “por que L está em tratamento no CAPS?” Outra questão, mais excêntrica, é que L nunca havia sido internada, mas era uma paciente de desinstitucionalização, tendo em vista que circulou por anos, mais da metade de sua vida no ambiente da saúde mental. L sequer administrava a medicação prescrita. Por que tinha uma prescrição? O que mantinha L atrelada a um serviço de saúde mental como o CAPS?

Não se pretende responder as perguntas nessa pesquisa. A intenção ao fazê-las é refletir sobre como os agentes, os serviços e as ações de saúde impõem modelos de comportamento, modos de funcionamento e de vida e constituem perfis a partir de um desvio ou de uma produção inadequada de procedimentos, capturados por um discurso - no caso aqui o da genitora, ou ainda contaminados por um estigma social.

Outros aspectos evidenciam iniquidades em saúde. A mãe de L e de S seguia à unidade de saúde frequentemente, sempre querelante e trocando as situações, condições

e nomes de L e S, de forma muito adoecida. Por todo aquele tempo de acompanhamento de suas filhas, o que seria possível ofertar a ela enquanto cuidado em saúde? S, institucionalizada em casa, trancada atrás de grades, encontrava-se privada de sua vida e experiência, ainda que apresentasse um quadro de esquizofrenia muito grave. São situações que envolvem um ambiente de muita violência: doméstica, institucional, de assédio moral, de cárcere privado, em níveis tão demasiadamente graves que o fato de haver milicianos no território a ditar regras do viver, talvez fosse irrelevante.

No âmbito da violência institucional, têm-se o fato de diversos serviços de saúde em algum momento da trajetória de L se verem implicados, de alguma forma, no seu percurso clínico e no tratamento de sua irmã, sem que se obtivesse resultados efetivos, produzindo outras formas de violência, geradas ora pela omissão, ora pela negligência.

Orientada a reduzir iniquidades em saúde promovendo a qualificação das equipes para lidar com as singularidades dos indivíduos e com as coletividades nas práticas de atenção à saúde, a Política Nacional de Humanização - PNH, lançada em 2003, visa disseminar novas formas de cuidar, acolhendo de forma humanizada e singular, criando ambientes saudáveis que considerem a complexidade dos processos de saúde x doença, corrigindo as filas, o tempo de espera pelo atendimento e ampliando o acesso.

Conhecida como Humaniza SUS, a PNH³⁰ considera a transversalização de saberes e práticas com o intuito de desestabilizar territórios de saber-poder, a fim de dinamizar a regionalização e superar processos de trabalho fragmentados que desconsideram as múltiplas realidades e a enorme diversidade cultural de cada região. Tem como princípios a transversalidade, a gestão compartilhada tanto quanto aos atos decisórios de macrogestão, numa construção coletiva do conjunto de saúde, quanto no contexto singular do usuário e de sua rede sociofamiliar, apropriando-o do protagonismo de seu tratamento e cuidado. Na prática, sua operacionalização se dá através de apoiadores junto às secretarias de saúde, em reuniões, supervisões, oficinas e rodas de debates.

Suas diretrizes se caracterizam por um acolhimento pautado por uma construção coletiva das equipes visando estabelecer vínculos de compromisso e confiança entre os atores: equipes, trabalhadores e usuários. A ambiência, outra diretriz da PNH, se fundamenta em uma vivência e um ambiente acolhedores, de respeito à privacidade e à singularidade de cada indivíduo, considerando a dinâmica do processo de tratamento e a decorrente atualização constante do processo de trabalho.

³⁰ Portal Ministério da Saúde. <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/diretrizes>
Acesso em: 09/06/2018 às 02:33.

A clínica ampliada constitui outra diretriz, e opera um cuidado em saúde que leva em conta a singularidade do sujeito, suas queixas, seu território, bem como a articulação com outros saberes técnicos e outros saberes não institucionalizados, com uma rede de cuidado com base na comunidade, na vizinhança. É uma prática que se dá a partir de uma visão interdisciplinar e intersetorial.

Outras diretrizes da PNH são a cogestão que implica na inclusão e pactuação de todos os sujeitos envolvidos nesse processo de tratamento; a valorização do trabalhador que se expressa no investimento em capacitação, formação permanente, na instituição da supervisão do trabalho das equipes, nos debates coletivos, na gestão coletiva das situações de trabalho; e a defesa dos direitos dos usuários, prerrogativa legal que os serviços têm o dever de assegurar e publicizar.

2.3.2. Desafios e revezes

Recentemente, a Emenda Constitucional 95/2016 impôs um limite dos gastos públicos pelos próximos vinte anos e atingiu drasticamente o financiamento do SUS. Com o crescimento da população, o envelhecimento da população e as demandas crescentes das ações e de programas de saúde, a limitação destina o setor ao colapso.

A Emenda Constitucional obstruiu investimentos no setor da educação e da seguridade social – saúde, assistência e previdência social, promovendo prejuízos irreparáveis a direitos fundamentais da população.

No ano anterior o SUS viu comprometido seu orçamento com a aprovação da Emenda Constitucional 86/2015 que altera os percentuais de repasse do Produto Interno Bruto ao setor da saúde.

Outro revés que emperra o SUS se encontra no princípio da descentralização, central no entendimento e na operacionalização do SUS. A descentralização e a equidade consistem no maior desafio e no maior entrave para que a política do SUS se consolide.

A descentralização, princípio que potencializa a efetivação dos demais, em meio a muitos embates políticos e sociais, ainda não se concretizou quanto à questão do financiamento do sistema. Desde sua implantação o Sistema Único de Saúde é marcado por problemas de financiamento, atrasos de repasses, sequestros dos recursos, pressões lobistas da saúde suplementar e da indústria farmacêutica. O subfinanciamento do SUS é um problema estrutural, conceitual, ideológico e político.

O Brasil enquanto país continental apresenta disparidades. Alguns dos revezes se observam nas desigualdades sociais e regionais que refletem as condições estruturais de

concentração de poder e renda, de monopólio da informação e da comunicação, de espraiamento das cidades, da ausência ou ineficiência de políticas de habitação, de urbanismo e de ocupação da terra, bem como do precário desenvolvimento sanitário, dentre outras iniquidades em saúde.

De modo que descentralizar o sistema se reveste de um duplo desafio: efetivamente municipalizar a receita para fins de financiamento do SUS, evitando repasses e melhor aparelhando e viabilizando as ações locais e descentralizar com equidade, provendo expedientes que viabilizem o sistema nos municípios com baixos níveis de desenvolvimento econômico e social, de arrecadação tributária e de resolutividade.

Considerados os serviços territorializados adscritos às populações hipossuficientes, em distritos sanitários imersos em bolsões de pobreza e violência, fundamental característica desse modelo territorializado é a possibilidade de implementar uma outra reforma nos distritos sanitários e na eficácia dessas operações.

Esse é outro grande entrave e, concomitantemente, enorme desafio! Operar a "reforma da reforma" (OCKÉ-REIS, 2012, p. 13) que consiste em superar o subfinanciamento do SUS, vício endossado pelo Estado desde a fundação do sistema, "favorecendo as condições de rentabilidade das operadoras, resolvendo, em parte, a pressão dos custos e dos preços crescentes" (OCKÉ-REIS, 2012, p. 13).

No interior dessas diferenças, a descentralização se mostrou comprometida com desvios impostos à LOS, inclusive em legislações posteriores, visto que a intenção inicial do legislador era estatizar o setor saúde e efetivar a reforma tributária, corrigindo vícios que se cronificam. OCKÉ-REIS (2012) afirma uma dupla porta de entrada do sistema com a presença dos planos privados norteados pelos interesses capitalistas e pela doutrina neoliberal que compromete a equidade prescrita pela LOS.

A legislação atualmente desonera pessoas físicas pelos gastos em saúde privada, e concede a elas descontos na tributação do imposto de renda. Ora, o mercado é financiado pelo SUS através da saúde suplementar que oferta a cesta básica, mas não autoriza e não acolhe procedimentos complexos, sem que resulte em nenhum tipo de contrapartida ou ainda, que implique em consequências orientadas pela Agência Nacional de Saúde, a reguladora estatal.

Tais desvios causam enormes prejuízos ao sistema, tendo em vista que a presumida ineficácia do SUS estimula a busca por serviços da saúde suplementar ou por planos de saúde, financiados pelo SUS, numa relação perversa e excludente, pois a população que pode arcar com custos de saúde obtém o duplo benefício do financiamento e do desconto

de tributos ao ser assistida. Entrementes, maior parcela da população, hipossuficiente e usuária do sistema fica desassistida. É preciso barrar o parasitismo do mercado dos planos de saúde que se beneficiam do financiamento do Estado e subtraem recursos do SUS (OCKÉ-REIS, 2012).

Somam-se, ainda, a tais revezes e desafios, a pressão de melhores equipamentos tecnológicos de saúde do setor privado, a malversação da coisa pública com recursos humanos, técnicos e tecnológicos do SUS que vão sendo desbaratados e sucateados.

É relevante salientar a dupla militância de profissionais trabalhadores no SUS e na iniciativa privada., fator que adultera a identidade do profissional de saúde do sistema público, visto que, no exercício cotidiano de sua atividade tem viciado seu olhar e sua avaliação, atravessado por duas lógicas antagônicas: a lógica de mercado que se contrapõe à lógica da universalidade de um sistema amplo como o SUS. "Saúde não rima com lucro!"(OCKÉ-REIS, 2012).

Outro prejuízo se dá quanto à imagem e ao conceito do que é o SUS, pois que advém desse vício de assistência versus desassistência a noção de que o SUS é "a saúde da favela", corroborando com a percepção de ineficácia do setor público e com um sentimento de menos valia.

Com uma atitude um tanto resignada, o usuário do sistema enfrenta as filas – agora virtuais - e a demora do atendimento, especialmente quanto aos procedimentos de alta complexidade, ante à falta de ambulatórios, à evasão de especialistas devido às condições precárias de vínculo de trabalho e de recursos materiais, somadas aos baixos salários, à impossibilidade de perspectiva de carreira e ao não reconhecimento ou não valorização do profissional.

No município do Rio de Janeiro a gestão optou pela parceria público privada, emitindo a Lei 5026 de 19 de maio de 2009, que qualifica Organizações Sociais a atividades dirigidas à saúde. Os serviços de saúde criados após a publicação da lei, o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e os equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família ficaram sob a gestão das OSs.

Deste modo, o Programa Saúde Presente alocou toda a rede da atenção básica e parte da atenção secundária como hospitais e CAPS sob a gestão de Organizações Não Governamentais - ONGs e OSs, o que resultou na precarização dos vínculos trabalhistas, afetando os vínculos com os usuários em razão da alta rotatividade de profissionais que se instalou com a lógica de mercado.

A disseminação da lógica mercadológica atravessa a ética clínica e produz distorções que se expressam no adoecimento de trabalhadores de saúde, no aumento de licenças médicas, na evasão de profissionais, na precarização da rede com o “troca-troca” do efetivo e a conseqüente desassistência dos usuários. Na saúde mental o pedido de demissão de profissionais reduziu drasticamente as equipes, comprometendo o acompanhamento e o cuidado e promovendo a agudização dos casos.

2.4 Determinantes Sociais da Saúde / Iniquidades em Saúde / Risco

Art. 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL – 1988)

Não é possível discorrer sobre determinantes sociais da saúde sem abordar a noção de risco e de iniquidades em saúde. O conceito ampliado de saúde e a noção de saúde como um direito de toda pessoa agrega o entendimento de que ter saúde envolve inúmeros aspectos sociais, e ainda, de que o processo de doença pode estar associado a fatores adversos que contribuem com a perda da qualidade de vida e com uma débil expectativa de sobrevivência. Nessa perspectiva, compreende-se que tais fatores se constituem em agravos à saúde que podem e devem ser evitados de forma a garantir a dignidade, a integridade e a valorização da vida.

De modo simplificado, a Organização Mundial de Saúde definiu que determinantes sociais de saúde correspondem às condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde estabeleceu que "os determinantes sociais da saúde - DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população" (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). São as condições a que as pessoas estão submetidas cotidianamente, tais como condições de trabalho, de moradia, de transporte, de saneamento, de meio ambiente, de tempo livre, de educação, de acesso à informação e a serviços, de suporte comunitário e de redes sociais.

É importante ressaltar que o agir sobre os determinantes sociais da saúde não é exclusivo do setor saúde. Implica numa intersetorialidade que convoca outros setores, quando da formulação de suas políticas, e chama à consciência e à responsabilidade quanto a planejamento estratégico, a ações e a políticas e seus impactos no cotidiano de um coletivo de pessoas, tornando-as vulneráveis.

As iniquidades geradas pelos determinantes sociais da saúde informam de desigualdades sociais que se constituem em agravos à saúde. Expressam situações indesejáveis que representam risco à saúde da população, como níveis de violência, a ausência de saneamento básico com tratamento do esgoto e da água potável, a inexistência de uma política do lixo e do manejo de resíduos. Envolve também as questões de trabalho e renda, de emprego, desemprego, subemprego, de níveis de informalidade na atividade econômica e o conseqüente impacto social. Abrange ainda questões relativas à insegurança alimentar e nutricional.

Combater, evitar ou sanar iniquidades em saúde é cada vez mais uma questão de desenvolvimento sustentável que diz respeito a cada indivíduo em seu comportamento individual e na coletividade, às comunidades, às corporações, aos setores públicos e privados em suas ações e intervenções. Assim sendo, implica ainda em mudança de comportamento, em participação e controle social, em acesso à informação e cidadania.

Iniquidade em saúde tem uma dimensão ética e social (WHITEHEAD,1992). Ética porque norteada por valores que consideram e respeitam um comum, aquilo que é inerente a cada ser enquanto singularidade; e a todos enquanto comunidade, associando, assim, a ideia de que a justiça envolve dar o acesso a todos de forma igualitária, mesmo entre indivíduos em condições desiguais. Trata-se de ações que visam alcançar a equidade.

Há mais de um quarto de século vêm sendo realizados no Brasil estudos epidemiológicos apontando as desigualdades na distribuição espacial de mortes e doenças, bem como suas relações com as condições de vida... Daí a universalidade, a igualdade e a equidade representarem grandes desafios para a concretização numa sociedade extremamente desigual como a brasileira. (PAIM, 2006, p.6)

A má distribuição de renda, a quase inexistente participação social e política, os altos níveis de pobreza que traduzem o desinvestimento em capital humano e se refletem na baixa escolaridade e nas precárias relações com o mercado de trabalho desencadeiam, ou melhor, formam cadeias de iniquidades em saúde, como moradias precárias e insalubres e o comprometimento em autonomia ou a incapacidade de decidir acerca de sua própria vida. Desta forma, não é exagero afirmar que as condições de vida agravadas pelas iniquidades em saúde constituem em risco para as comunidades.

O conceito de risco na atualidade agrega muitos sentidos e, mais recentemente, tem sido um tema recorrente em diversas disciplinas tanto quanto a valores quantificáveis, quanto a valores qualitativos. Observa-se crescente a preocupação quanto ao risco pelas ciências, pelo mercado e pelas pessoas em geral, com elevação de custos e de investimentos.

As noções de valor agregado, os dados estatísticos, os impactos ao meio ambiente, a tecnologia médica e o discurso técnico-científico desencadeiam fatores adversos subjetivos, éticos, morais e culturais e fomentam o entendimento de que calcular riscos de algum modo garante a redução destes.

Problematizar e quantificar risco engloba observar, investigar e analisar a regularidade entre os elementos marcadores de risco e os eventos identificados, bem como reconhecer a mecânica em que se dá esse processo.

Em outras palavras, é essencial a estabilidade das condições de "existência" do objeto para que o sujeito investigador o apreenda com fidedignidade – nem o objeto de estudo pode variar em suas características, atributos, propriedades, nem suas inter-relações com o meio circundante, em termos espaço-temporais. (CASTIEL, et al, 2010, p. 24).

Há que se considerar ainda, que fatores de risco inerentes a contextos e níveis de organização social relacionados a questões socioeconômicas, tais como desemprego, analfabetismo, pobreza e violência, apresentam grande dificuldade de mensuração e qualificação devido a inúmeras variáveis e dinâmicas.

Ao profissional de saúde, no tocante a uma competência e a uma avaliação estritamente técnica é possível em certo grau analisar a questão do risco, contudo, é preciso considerar os fatores afetivos, socioeconômicos e a presença de suporte familiar.

2.5 Noções de Saúde e Doença

Não se pode atribuir o mesmo valor semântico entre os termos noção e conceito. Noção é algo que se dá perpassado pela vivência e pela experiência singular que se constitui a partir de um fato, e que se manifesta a partir de um modo de ser e de viver da pessoa. Conceito é uma construção teórica apartada de experiência subjetiva, porém embasada em um ou vários experimentos objetivos. É um constructo discursivo. (CZERESNIA, et al., 2013)

Portanto, noção e conceito são duas instâncias distintas e distantes que se encontram na cultura, no ambiente social e na experiência singular, que disputam com os discursos científicos, e se integram à cultura, o que significa dizer que traduzem uma época, um lugar, uma conformação social.

O conceito de saúde é intrínseco às condições concretas de existência, uma vez que saúde se manifesta na experiência pessoal de cada indivíduo, nas formas como cada pessoa lida com situações de vida, as tensões, os desafios e os problemas. Assim, estados de saúde e de doença precisam ser considerados no contexto das diversidades e singularidades de vida das pessoas (CZERESNIA, et al., 2013).

Estar saudável ou sentir-se doente relaciona-se com atitudes que expressam um modo ou estilo de vida e um posicionamento subjetivo das limitações e das possibilidades da vida. Envolve uma atitude criativa, de potência e autonomia, de consciência dos limites da existência, de aceitação e enfrentamento ante às adversidades inevitáveis da vida.

Deste modo, a doença assume um caráter polissêmico, dado um universo de significações compreendido nos discursos dos diversos indivíduos acerca de suas enfermidades, transpassado pela subjetividade de cada um em seus modos de lidar ou de compreender o processo de adoecimento.

Quando alguém sente um mal-estar, busca conferir a ele um significado e um sentido. O sentido dado à doença – uma vivência desta ou como um fracasso, ou como um mecanismo de obtenção de benefícios, por exemplo – diz respeito ao modo próprio de ser dessa pessoa, a sua história, ao momento em que se dá e ao modo como a doença se manifesta, e isto faz dela um acontecimento singular. Os sentidos da saúde e da doença são, ainda, configurados social, histórica e culturalmente. Eles não estão isentos de crenças, hierarquias, juízos de valor, conhecimentos e atitudes compartilhada. (CZERESNIA, et al., 2013, p. 15)

A compreensão de saúde e de doença, portanto, dá-se atravessada por um discurso técnico científico atrelado às condições socioeconômicas, situado historicamente, difundido em diferentes nuances pelas organizações e instituições de saúde, em sintonia com o discurso midiático de saúde amplamente disseminado e disputado na pluralidade dos meios e com a vivência singular de cada indivíduo.

Nesse contexto, a obtenção ou a manutenção de um estado de saúde reveste-se de uma produção social, ou dito de outra forma, realiza-se no interior de uma discursividade social relacionada à organização do cotidiano, a aspectos relativos à afetividade, à sexualidade, a interrelações, a relações com a cultura, o lazer, o trabalho e o meio ambiente. Sendo, por conseguinte, algo vivenciado no corpo, biologicamente e, carregado de impressões advindas da experiência social coletiva, individualizada na percepção singular de cada um, subjetivamente.

Diante do que vem sendo exposto, é pertinente mencionar que o olhar, a percepção, a avaliação e a conduta do profissional de saúde é também atravessada por essa produção social e produz efeitos sobre o usuário.

A atitude assumida diante do diagnóstico, da evolução e do tratamento interfere no prognóstico. O processo terapêutico não deve restringir-se aos seus aparatos técnicos. Nesse contexto cabe argumentar que, apesar de haver um conhecimento hegemônico na orientação das práticas de saúde, estas, quando dirigidas a uma pessoa, tornam-se mais complexas do que suas regras de aplicação. [...] Se por um lado é necessário ter competência técnica, por outro é necessário também saber ouvir e atentar para elementos outros, que, embora não façam parte do quadro clínico padrão daquele estado patológico, integram a doença individual. (CZERESNIA, et al., 2013, p. 26-27)

Conforme discutido e analisado neste e no capítulo anterior, entende-se que as condições sociais expressas em determinantes e condicionantes da saúde, os usos da técnica e da tecnologia, os modos de operar o cuidado, bem como fatores políticos atrelados a questões macroeconômicas interferem na forma como a pessoa significa seu processo de adoecimento, lida com a doença, ou ainda como percebe iniquidades em saúde no seu cotidiano, no seu contexto pessoal.

Atentando para o conceito ampliado de saúde apresentado e discutido desde o início deste capítulo, é importante salientar que o mesmo se encontra alicerçado num discurso e embate sociopolítico, conforme já enunciado.

Do mesmo modo, entende-se a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". Numa análise brevíssima, observa-se que o conceito, de 1946, se insere no contexto político econômico em que se vivenciava o Estado de Bem-Estar Social.

Ademais, é necessário considerá-lo no ambiente das modernas sociedades, nas quais o investimento primordial é prolongar a vida e perseguir um corpo saudável conquistado com práticas esportivas, exercícios, pílulas nutricionais, suplementos alimentares, medicações, reparações cirúrgicas, o que for necessário para maximizar a performance e a aparência do corpo.

Tem-se ainda o sentido de “completo bem-estar”, visto que a expressão aparta toda e qualquer situação natural da experiência humana que envolva o fracasso, o medo, a tristeza, o luto, a negativa, a frustração, enfim a dimensão humana da existência.

3 Biopoder e Biopolítica: O Território do Corpo

A filosofia de Michel Foucault questiona a ideia de verdade única e acabada. Questiona também o poder e suas formas de condicionamento. Sua obra se mostra composta em três períodos. Num primeiro momento, mais epistemológico, ele se preocupa em estudar os discursos, e sua pesquisa se volta à análise das instituições e das práticas discursivas como produtoras de conhecimento e saberes, conhecida como fase arqueológica. Na segunda fase, genealógica, Foucault desenvolve sua análise sobre as formas e o exercício de poder. “Enquanto a arqueologia é o método próprio à análise da discursividade local, a genealogia é a tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem dessa discursividade” (FOUCAULT, 2015, p. 270). Na terceira fase ética/estética da existência sua análise se coloca sobre o sujeito como portador e criador de uma conduta ética ou moral, que Foucault nomeia de tecnologia de si (Dreyfus e Rabinow, 1995), e ele mesmo sintetiza:

Primeiro, uma ontologia histórica de nós mesmos em relação à verdade através da qual nos constituímos como sujeitos de saber; segundo, uma ontologia histórica de nós mesmos em relação a um campo de poder através do qual nos constituímos como sujeitos de ação sobre os outros; terceiro, uma ontologia histórica em relação à ética através da qual nos constituímos como agentes morais (Dreyfus e Rabinow, p. 1995, p. 262).

3.1 Como se constrói uma verdade?

Para Foucault a arqueologia consiste em cavar e revolver processos já cristalizados, assentados, catalogados e sistematizados em documentos. Entende que há uma temporalidade e uma espacialidade que produz e caracteriza um discurso enquanto forma e não enquanto conteúdo. Os discursos, assim, não se evidenciam pelo que foi exposto; mas se fazem proeminentes por uma forma, pelo sujeito que o proferiu e pela função que a eles se atribui, numa temporalidade que Foucault (1999) denomina como um acontecimento.

Deste modo, a arqueologia se constitui num procedimento caracterizado pelo afastamento de uma postura historiográfica e pela aproximação de uma postura crítica na qual os documentos são tratados como um acontecimento; e não como um fato. Os documentos podem ser arquivos, diários ou registros outros que serão tratados todos com similitude. Ao escolher tratar um documento como um acontecimento e não como um fato, relativiza-se a veracidade do fato, esvaziando-o da verdade, a fim de investigar como se dá o processo que elenca alguns discursos em detrimento de outros. Assim, Foucault busca na arqueologia explicar a formação de um campo de saber.

Os discursos são analisados enquanto acontecimentos discursivos e o procedimento arqueológico investiga quais conexões e hierarquias se organizam entre eles. Discursos são materialidade que se dão em múltiplas instâncias coercitivas e são tornados válidos em inúmeros agenciamentos no interior de uma discursividade, produzindo um regime de verdade.

O que está em questão é o que rege os enunciados e a forma como eles se regem entre si para construir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente e, conseqüentemente, suscetíveis de serem verificadas ou infirmadas por procedimentos científicos. Em suma, problema de regime, de política do enunciado científico. Nesse nível não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos; qual é seu regime interior de poder; como e por que em certos momentos ele se modifica de forma global. (FOUCAULT, 2015, p. 39)

Esse conjunto de proposições que vai se realizando numa gama de discursos e produzindo sentidos de modo a configurar um efeito de verdade francamente aceita funda uma episteme. Para Foucault a episteme define o universo no qual os múltiplos saberes, os conhecimentos e os discursos se estruturam e se aglutinam, ainda que com objetos distintos e com inúmeras diferenças e especificidades, compartilhando formas, características e, em última análise, ratificando uma verdade.

A verdade é uma construção discursiva; não uma construção que tem como referência uma disposição de signos, significados e significantes; mas uma construção que historicamente produz efeitos de verdade no interior dos discursos que não são em si nem verdadeiros nem falsos (FOUCAULT, 2015).

O procedimento arqueológico em seu processo desconsidera as linearidades históricas e segue mapeando e identificando elementos renegados por uma historiografia oficial epistemológica, marcada pelas disciplinas das ciências da modernidade. A arqueologia ocupa-se em localizar as formações discursivas que se fazem presentes nos objetos, nas ações, nas estratégias, nos conceitos, nos diversos enunciados numa análise histórico-filosófica, relativizando os postulados da racionalidade científica da modernidade.

Foucault não rejeita a historiografia, no entanto, não a privilegia em sua racionalidade científica. Nessa atitude Foucault pode descobrir que a categoria “doença mental” é uma produção recente, do final do século XVIII. É nessa época que esta categoria se inscreve na “categoria psiquiátrica”. “A loucura era simplesmente uma doença, e como doença estava integrada, como as outras doenças, no tipo específico de racionalidade médica próprio da época clássica.” (MACHADO, 2000, p. 15).

Assim, Foucault distancia-se do que poderia ser nomeado de história das mentalidades, caracterizada por analisar comportamentos e expressões, ou ainda de uma história das representações ou dos sistemas representativos. Entre esses dois temas ele optou por estudar a história do pensamento. No Collège de France, onde lecionou desde 1971 até sua morte, em 1984, o título de sua disciplina era História dos Sistemas de Pensamento.

Entenda-se “pensamento” por focos de experiência que se articulam entre si e se expressam em formas de saber, modos de existir e matrizes normativas de comportamento. Nessa perspectiva, a análise de focos de experiência, no caso da loucura, consistiu em abordá-la como uma experiência sociocultural, como um ponto a partir da qual se constituíram saberes. Estudar a loucura enquanto padrão desviante na relação com um conjunto de normas no interior da cultura, na relação com os outros sujeitos, os demais atores sociais, ou ainda investigar a loucura como constituição do sujeito louco e na sua relação com o sujeito tido por normal (FOUCAULT, 2010). Nesse percurso Foucault adota uma investigação arqueológica das práticas discursivas a fim de estudar efetivamente a experiência como matriz na constituição dos saberes, deslocando a análise histórica para a análise dos discursos.

Em “As Palavras e as Coisas” a hipótese fundamental de sua pesquisa é o homem simultaneamente tomado como objeto de saber e sujeito de conhecimento, uma invenção do final do século XVIII e início do século XIX. Foucault afirma aqui seu interesse em revelar uma episteme na qual os conhecimentos sejam tomados na possibilidade de demonstrarem de que forma se constituíram em racionalidades, em teorias e saberes. Com essa hipótese ele objetiva pensar uma arqueologia do nascimento, das transformações e do provável desaparecimento da forma homem, num diálogo com Kant. O homem objeto – posto em discurso - tornado matéria-prima de uma produção científica e, concomitantemente, o homem sujeito de uma visibilidade.

Kant propôs à filosofia o que ele denominou Revolução Copernicana, colocando-a em novas bases, ao afirmar que as formas e o mundo só podem ser percebidos pelo sujeito na experiência, que o conhecimento humano se dá na experiência. Para Kant as coisas se mostram tais como as percebemos; e não como elas são em si mesmas. Essa colocação radical de antropocentrismo reposiciona o homem e o objeto de maneira inédita na discussão filosófica, pois que desse modo o sujeito observador modifica o objeto e se modifica a si próprio.

A filosofia anterior à Kant considerava uma aparência da coisa passível de ser vista ou conhecida pelo homem, uma matéria ou corpo que Kant irá nomear de fenômeno; e uma essência da coisa como uma realidade oculta, uma substância ou uma verdade intrínseca à coisa que seria o ser em si, metafísico, que Kant irá denominar númeno, algo impossível de ser apreendido pela experiência.

Kant refletindo acerca do conhecimento considerou que tanto os sentidos quanto a razão eram importantes para a experiência e que a maneira como o homem apreende o mundo em sua experiência sempre se dá através de fenômenos no tempo e no espaço. Em Kant o tempo e o espaço são formas de sensibilidades existentes na consciência humana anteriores à experiência. Dessa maneira, o tempo e o espaço não existem fora do sujeito – não há como pularmos para fora do tempo ou do espaço – eles se constituem como atributos da consciência humana, sendo inerentes à condição humana. As formas como percebemos o mundo se amoldam às nossas formas de sensibilidade. Igualmente, nossa consciência se adapta às formas como as coisas se mostram (ou como as percebemos).

De outro modo, na perspectiva da tradição filosófica as coisas estariam disponíveis no mundo para que o homem buscasse conhece-las em sua essência. Contrapondo-se à tradição filosófica, Kant inverte essa relação do homem com os objetos. Na visão kantiana, a existência dos objetos depende da percepção do sujeito. Logo, se não há sujeito, não há objeto. A existência do objeto está atrelada à percepção do sujeito.

Para Foucault, a filosofia crítica de Kant instituiu o corte epistemológico que funda a modernidade. Esse corte kantiano coincide com o que Foucault chama, nas *Palavras e as Coisas*, de acontecimento – entendido positivamente como fato discursivo, o acontecimento que deu origem à modernidade localiza-se precisamente na curva entre os séculos XVIII e XIX, quando emerge uma nova configuração epistemológica. (ALVES, 2007, p.26)

Parece residir aqui a vinculação de Foucault à crítica kantiana. Para Foucault o posicionamento filosófico de Kant remete à atitude crítica foucaultiana ante à historiografia, ante ao homem moderno e ante à modernidade. Foucault em sua arqueologia busca analisar a construção recíproca de sujeito e objeto nos *acontecimentos*, de forma semelhante – resguardadas as divergências³¹ – ao que Kant propôs em sua Revolução Copernicana.

Antes da filosofia kantiana, a questão do homem se colocava em termos de uma busca pela verdade como um valor absoluto, presente e intrínseco em cada coisa. Kant, inverte essa racionalidade colocando o homem como observador de um mundo de objetos

³¹ Não serão tratadas aqui as divergências entre o pensamento de Immanuel Kant e de Michel Foucault visto não interferir na análise proposta nesse estudo.

parcialmente percebidos a partir dos limites das faculdades humanas. Tem-se aqui a questão da verdade, dos limites e da finitude, do saber e do poder, temas constantes e fundamentais nas pesquisas de Foucault.

A partir do momento em que o conhecimento é problematizado a partir das faculdades humanas – sensibilidade, entendimento e razão – coloca-se naturalmente a questão dos limites do conhecimento e, por conseguinte, o conhecimento racional da realidade em si torna-se impossível. Segundo Foucault, portanto, foi ao fundamentar a possibilidade do conhecimento na finitude humana, que Kant rompeu com a tradição metafísica e inaugurou o pensamento moderno. (ALVES, 2007, p. 30)

A verdade em Foucault não é transcendência; “a verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder” (FOUCAULT, 2015, p. 52). Cada sociedade cria seu regime de verdade a partir dos discursos que escolhe e institui como verdadeiros. A Modernidade instituiu o discurso científico; mais especificamente, a Modernidade se fundou no momento em que se criou o homem – sujeito e objeto do conhecimento – e se constituíram as ciências humanas.

A verdade é uma luta! “Há um combate ‘pela verdade’ ou, ao menos, ‘em torno da verdade’” (FOUCAULT, 2015, p. 53), pois que produzida na forma do discurso científico e transmitida no interior e sob o controle dos aparelhos políticos, econômicos, de informação, de educação, e da saúde. “A verdade está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem. “Regime de verdade” (FOUCAULT, 2015, p. 54). Foucault, por meio dessa genealogia, analisa a produção de diversos saberes e disciplinas, dentre eles, o surgimento da medicina social:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.” (FOUCAULT, 2015, p. 144)

Foucault ao analisar o surgimento da medicina social e elementos que corroboraram com seu nascimento, considera três momentos distintos, em localidades – espaços e territórios – muito diferentes. Ele localiza três focos diversos: o Estado, a cidade e os pobres. O que ele está analisando ainda é o discurso que instituiu o saber que se produziu e o destino e as estratégias que se deram em seguida: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina de força de trabalho.

Na Alemanha do início do século XVIII, o que se constituía era uma ciência de Estado, voltada a assegurar seu funcionamento, visto que não unificada. Com a dimensão reduzida dos Estados, fez-se necessária uma ciência estatal, com práticas, no campo da saúde, que visavam a melhoria dos níveis de saúde da população. Para tal intento se instituiu um sistema minucioso de observação dos níveis de morbidade das regiões, para além de estatísticas de natalidade e mortalidade, ao cargo da polícia médica. A normalização da prática e do saber médico, envolvendo a formação, a diplomação, o doente e a doença, foi outra ação efetiva na direção de uma medicina social. O foco na Alemanha era normalizar a medicina e os elementos que compunham seu campo e fortalecer o Estado.

Na França do século XVIII se experimentava um território de multiplicidades, com jurisdição, autonomia e poder fragmentados e em disputa nas cidades. A França atravessava um momento de caos administrativo, de crise financeira e gastos exorbitantes com a corte real, de pesada carga tributária e isenção de impostos para o clero e a nobreza, com as cidades se desenvolvendo de forma desordenada quanto às relações comerciais, quanto ao uso do espaço urbano, à população operária pobre, às comunidades, às corporações e aos ofícios. Com um ambiente social caótico, aparece, então, o medo urbano, a angústia diante da cidade, o medo das casas altas, o medo da multidão numerosa demais, o medo das epidemias. (FOUCAULT, 2015)

O amontoamento no interior do cemitério era tal que os cadáveres se empilhavam acima do muro do claustro e caíam do lado de fora. Em torno do claustro, onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao amontoamento de cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se espalharam em suas caves provocando pânico e talvez mesmo doenças. Em todo caso, no espírito das pessoas da época, a infecção causada pelo cemitério era tão forte que, segundo elas, por causa da proximidade dos mortos, o leite talhava imediatamente, a água apodrecia, etc. (FOUCAULT, 2015, p. 154-155)

Uma das medidas tomadas para dominar tal quadro foi a quarentena, uma intervenção de cunho “político-médico” na vertente de uma “medicina de exclusão” (FOUCAULT, 2015) que consistia: 1º) na permanência das pessoas em casa ou em um único lugar, 2º) na cidade dividida em distritos ou bairros sob uma autoridade sanitária e vigilância responsável por examinar o espaço urbano, 3º) em vigias de rua ou de bairro a elaborar “todos os dias um relatório preciso ao prefeito da cidade para informar tudo que tinham observado. Sistema, portanto, não somente de vigilância, mas de registro centralizado” (FOUCAULT, 2015, p. 156), 4º) Os vigias visitariam diariamente todos os

habitantes para contabilizar pestilentos, doentes, vivos e mortos. 5º) as casas seriam desinfestadas com a ajuda de perfumes que eram queimados.

Ora, não fosse estar registrado no livro *Microfísica do Poder*, de Michel Foucault, no capítulo 5 – O Nascimento da Medicina Social, como assentamento da Conferência realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, em outubro de 1974, e se fosse um fragmento de uma conversa ouvida aleatoriamente, facilmente se tomaria o texto por um relato do cotidiano do SUS em Campo Grande ou em qualquer outro distrito pobre da cidade.

O mecanismo de exclusão era o mecanismo de exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. [...] O próprio internamento dos loucos, malfeitores, etc., em meados do século XVII, obedece ainda a esse esquema. Em compensação, existe um outro grande esquema político-médico que foi estabelecido, não mais contra a lepra, mas contra a peste. Nesse caso a medicina não exclui, [...] consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualiza-los, vigiá-los, um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos. (FOUCAULT, 2015, p. 156-157)

A Inglaterra no século XVIII possuía uma legislação que respondia por uma assistência aos pobres, a Lei dos pobres. A burguesia financiava a assistência através de taxas alfandegárias e tarifas aduaneiras, assegurando, assim, sua segurança política. A assistência consistia em intervenções médicas, em acolhimento aos desamparados, em prover educação para as crianças e acolher doentes, cuidar para que pudessem ter algum alimento, num cunho assistencialista, de controle da classe pobre. Na segunda metade do século XVIII houve o implemento de um sistema de saúde, o *health service*, que atendia a população em geral, com medidas preventivas, controle de vacinação, organização e controle de epidemias e identificação de insalubridades.

Ora, quando se observa como efetivamente funcionou o *health service*, vê-se que era um modo de completar, no nível coletivo, os mesmos controles garantidos pela *Lei dos pobres*. As intervenções nos locais insalubres, as verificações de vacina, os registros de doenças tinham de fato por objetivo o controle das classes mais pobres. [...] um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. (FOUCAULT, 2015, p. 168-169)

3.1.1 Caso do Asilo atendido pela CF / NASF

Em 2014, atuei no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, na região das Cinco Marias, em Guaratiba. Foi uma experiência rica e breve. Meu remanejamento para o NASF se deu de modo excêntrico: questões legais e burocráticas tornaram imperativo

que trabalhadores de CAPS fossem contratados por Organizações Não Governamentais – ONGs e não por Organizações Sociais - OSs, como era o meu caso e de tantos outros colegas. De modo que havia muita pressão para que se pedisse demissão. Não solicitei o desligamento e fui contratada por uma ONG para trabalhar no CAPS e reorientada em meu antigo vínculo para o NASF. Estive no NASF por quatro meses, quando enfim a OS me exonerou.

A região de Cinco Marias situa-se a cerca de cinquenta minutos de ônibus do centro de Campo Grande. O túnel Vice-Presidente José de Alencar, conhecido como Túnel da Grota Funda, situa-se cerca de dezenove quilômetros da região, trajeto percorrido em cinquenta minutos de ônibus, o que torna o percurso um bom trajeto para quem vem da Zona Norte, pela Barra da Tijuca ou de BRT. A região mais central de Guaratiba situa-se a quinze minutos de carro. A região era asfaltada na via expressa principal, a Estrada da Pedra, não tendo as vias afluentes calçamento, brita, terraplanagem ou tratamento algum, o que trazia alguns transtornos para caminhar em dias chuvosos, como muita lama, pontos alagados e risco de atolamento.

O NASF das Cinco Marias à época, ano de 2014, atendia duas Clínicas da Família. As unidades distavam uma da outra cerca de meia hora a pé. A CF Alkindar Soares Pereira Filho, com sete equipes da ESF, localiza-se bem central à região de Cinco Marias. A CF Dr. Hans Jurgen Fernando Dohmann, composta por quatro equipes da ESF, situa-se na Estrada do Piaí, bem próximo à Praia da Brisa, local com características de veraneio, com casas bem construídas e bem-acabadas em meio a casas sem emboço. Havia alguns pequenos negócios de venda de bebidas e comidas rápidas, alguns asilos, centros educacionais, escolas, pequenos negócios de material de construção, pensões e botequins.

A equipe do NASF era composta de uma fisioterapeuta, duas psicólogas, uma assistente social, um médico ginecologista, uma educadora física e eu, a musicoterapeuta. O trabalho consistia em mapear o território, acompanhar os programas e o planejamento das equipes da Estratégia de Saúde da Família, efetuar atendimentos individuais e coletivos, promover palestras junto aos usuários e aos profissionais das duas Clínicas da Família referenciadas.

Lembro de uma atividade da enfermagem em um asilo na Praia da Brisa, em Guaratiba. Estávamos no período de vacinação contra a gripe e havia sido programada por uma das equipes a vacinação das idosas de um asilo localizado bem perto, a pé, da Praia da Brisa. À época o trabalho cotidianamente era realizado sob muita pressão da

Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento - CAP 5.2 e, nos períodos das campanhas as equipes ficavam ainda mais pressionadas pelas metas.

Na ocasião da campanha de vacinação estivemos no asilo supracitado, a equipe de saúde composta de duas enfermeiras, algumas técnicas de enfermagem, a educadora física, a assistente social e eu. A atividade transcorreu da seguinte maneira: as idosas hígdidas se reuniram nos assentos da varanda e cada uma ia sendo chamada a se vacinar. Estivemos conversando com elas nesse momento.

Havia no interior do asilo idosas acamadas. A gerente do lugar circulou conosco por toda a instituição, de forma que pudemos estar também com aquelas senhoras mais comprometidas fisicamente, mentalmente ou ambos. Uma delas negou-se veementemente a se vacinar, gerando um debate entre ela, a equipe de saúde e a gerente da instituição asilar. A senhora reivindicativa não exatamente se queixava. Em seu discurso, ela reclamava seu corpo, sua vontade e autonomia, dada sua condição de idosa e de asilada, questionava a eficácia e a finalidade da vacinação e enumerava seus motivos.

Naquele dia estivemos conversando sobre como a abordagem se mostrou invasiva e ortopédica, no sentido de que representava um exercício de domínio sobre o corpo do outro. Em geral, as equipes de saúde no cotidiano, com demandas crescentes, procedimentos e um rol extenso de tarefas, não questiona as rotinas, não elabora críticas, senão nas reuniões de equipe ou de supervisão, ou quando procuravam a equipe do NASF para compartilhar.

3.2 Os discursos

Foucault irá retomar a temática kantiana em “O governo de si e dos outros”, quando formula o conceito de ontologia do presente. O conceito consiste na atitude de questionar-se sobre a atualidade, identificando nela dispositivos de subjetivação que possibilitem o surgimento de novos modos de relação do sujeito consigo mesmo e com os demais. “Tal ontologia estabelece-se como o campo em que a crítica da minoridade política, moral e intelectual poderá se efetuar” (FURTADO, 2015, p. 145). Foucault retoma Kant para pensar o projeto da modernidade e o Esclarecimento.

Immanuel Kant num posicionamento crítico-político-filosófico apresenta o processo *Aufklärung*³² – (O que é o Esclarecimento?), em que ele afirma um estado de minoridade a que a humanidade está submetida, e argumenta que o esclarecimento “é a

³²KANT, 1974

saída do homem de sua menoridade, da qual ele próprio é culpado”. Kant entende por menoridade, a incapacidade do homem de “fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo” (TEMPLE, 2009).

A questão kantiana na *Aufklärung*? traduz-se na reflexão crítica que ele coloca sobre a atualidade de seu trabalho, sob uma perspectiva histórico-filosófica. Kant aborda alguns temas: liberdade, maioridade, crítica, vontade, autoridade, razão e uso da razão para pensar autonomia, autonomia da vontade e permanência ou superação do “estado de menoridade”. Nesse percurso, Kant propõe a *freiheit* - liberdade e autonomia – como resposta a sua questão. É nesse ponto que Foucault argumenta:

[...] é ali que Kant faz intervir uma outra distinção e a faz intervir de uma maneira bastante surpreendente. Trata-se da distinção entre o uso privado e o uso público da razão. Mas ele acrescenta logo a seguir que a razão deve ser livre em seu uso público e que deve ser submissa em seu uso privado. O que é, por palavra, o contrário do que usualmente se chama liberdade de consciência. (FOUCAULT, 2005, p. 339)

Foucault refletindo e comentando acerca da *Aufklärung*? expõe proximidades e divergências com o pensamento de Kant. Em comum ele afirma da exigência de um posicionamento crítico, a crítica como atitude: “[...] o fio que pode nos ligar desta maneira à *Aufklärung* não é de fidelidade a elementos de doutrina, mas a reativação permanente de uma atitude, isto é, de um ethos filosófico que se poderia caracterizar como crítica permanente de nosso ser histórico” (ALVES, 2007, p.32). Há nessa postura a reflexão sobre *Aufklärung* como um acontecimento.

Foucault afasta-se totalmente do sujeito transcendental kantiano, pré discursivo - sujeito anterior ao discurso, que existe a priori. Opera com o sujeito das *modalidades enunciativas* – quem fala? de onde fala? porque fala? para que fala? – um sujeito que se constitui no discurso, que se reconhece, é reconhecido e se naturaliza no discurso.

Tomando novamente a loucura como exemplo, Foucault declara que o sujeito da loucura passa a existir no momento em que a loucura é posta em discurso na passagem do século XVIII para o século XIX, nos incontáveis atravessamentos que vão constituindo a formação desse sujeito.

Essa discursividade envolve desde todas aquelas intervenções realizadas concretamente nas instituições totais, conforme vimos anteriormente, passando pelo lugar de internamento, pelo instrumento terapêutico, pela figura do médico, pela transmissão do médico, pela interlocução de outras disciplinas, num movimento de interdição subjetiva, e por vezes concreta, legal, jurídica, quando o Direito bate o martelo! E formaliza, legaliza e produz subjetivamente a interdição do sujeito.

Desde a alta Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou um contrato, não podendo nem mesmo, no sacrifício da missa, permitir a transubstanciação e fazer do pão um corpo [...] Jamais, antes do fim do século XVIII, um médico teve a ideia de saber o que era dito [...] Todo esse imenso discurso do louco retornava ao ruído [...] Dir-se-á que, hoje, tudo isso acabou ou está em vias de desaparecer; que a palavra do louco não está mais do outro lado da separação; que ela não é mais nula e não aceita; que, ao contrário, ela nos leva à espreita; que nós aí buscamos um sentido [...] Mas tanta atenção não prova que a velha separação não voga mais, basta pensar em todo o aparato de saber mediante o qual deciframos essa palavra; basta pensar em toda a rede de instituições que permite a alguém – médico, psicanalista- escutar essa palavra e que permite ao mesmo tempo ao paciente vir e trazer, ou desesperadamente reter, suas pobres palavras, basta pensar em tudo isto para supor que a separação, longe de estar apagada, se exerce de outro modo... (FOUCAULT, 1999, p. 10-12).

Todavia, quem produz esse discurso da loucura? É importante observar que em cada modalidade enunciativa se notam outras camadas de discursos. Ou seja, aquele que fala em si mesmo produz um discurso não manifesto em conteúdo, mas em forma. Porém, o lugar de onde ele fala – o lugar que ocupa - também manifesta um discurso; agora outro. Se fala no lugar de uma instituição, tem-se outra camada de discurso. Recordo de um acolhimento que mostrou claramente a disputa dos discursos.

3.2.1 Caso T – A polifonia e a polissemia dos discursos

T chega ao CAPS acompanhada de sua mãe e irmã adotivas para um atendimento inicial. Vem encaminhada pela médica de sua equipe de referência da Estratégia de Saúde da Família. T é moradora de uma comunidade cercada por um paredão de favelas inserido num vazio sanitário, com esgoto a céu aberto, com rios que se mostram quase secos e com muito lixo ali depositado, ruas obstruídas por barricadas ou por asfalto britado para impedir a passagem de carros, ambiente pautado pela violência de facções armadas, sem equipamentos de cultura, carente de espaços de lazer e comumente atravessado por imenso território árido ocupado por múltiplas violências.

T tem 22 anos e apresenta um comprometimento cognitivo compatível com retardo mental leve a moderado, tem autonomia para realizar atividades da vida diária, tais como alimentar-se sozinha, tomar seu banho, vestir-se e organizar coisas simples de seu cotidiano. Ela informa que gosta de andar de bicicleta.

Nesse atendimento inicial não apresenta demandas. Sua mãe efetua queixas de que T a agride física e verbalmente, de que T quebra portas, que bate na parede, grita, xinga, desobedece. Relata que a mãe biológica de T usava drogas e que ela acolheu a jovem

quando criança. T exibe no rosto algumas cicatrizes recentes, e a mãe relata que T apanhou na rua.

Seguindo-se o atendimento esclarece-se que T anda de bicicleta na comunidade e o faz “ouvindo rádio”, à revelia da ordem imposta à população local de não circular com aparelhos celulares e de respeitar os horários de circulação. T desobedece a ordem e sofre a sanção. Questionada, a jovem, com baixo juízo crítico, afirma do prazer de pedalar ouvindo o rádio no celular. Fica claro que ela sabe da restrição imposta na comunidade, mas parece não ter a real dimensão das consequências de seu ato de rebeldia.

T chega à unidade de saúde mental porque a médica avaliou e entendeu que a paciente necessitava de atendimento especializado em razão do comportamento agressivo, aparentemente imotivado. Nesse momento em que ela se dirige à unidade de saúde, T é primeiramente avaliada a partir da queixa da mãe, que considera a atitude agressiva de T um caso de saúde. A profissional generalista ouve a genitora, mas invalida ou não escuta o discurso de T, já interdita em sua condição de retardada. A avaliação de que T necessita do CAPS advém do estigma e da interdição já presentes nesta postura. Assim, T é orientada a seguir a outro serviço de saúde para nova avaliação, agora, da atenção secundária.

T, em sua precariedade e vulnerabilidade, não se manifestou quanto a ser atendida em companhia da família. Quando questionada, permaneceu calada enquanto a familiar efetuava expressas queixas dela, que na essência não se constituíam em sintomas psiquiátricos, não fosse a lógica estar invertida: T não obedece a lei da comunidade determinada pelos traficantes. Havia uma transgressão; mas não exatamente um desvio de conduta ou uma patologia. A transgressão referia-se às normas da favela naquele momento – normas de cerceamento da liberdade e sob a marca da violência, o discurso do território.

Inúmeros outros discursos integram esse acontecimento, como: o discurso do Estado institucionalmente ausente, que se faz presente na constituição física da equipe de saúde gestada por uma Organização Social; o discurso da equipe de saúde que assume a função e o mandato de agente público de saúde e opera esse mandato do lugar de um vínculo precário, num corpo outro social.

Considera-se que o percurso proposto impôs a T uma dupla violência: não ter sido vista em sua humanidade e em seu contexto psicossocial e ainda de fazê-la submeter-se a novo exame porque, estigmatizada, necessitava de uma avaliação especializada da saúde mental. Há ainda a coisificação da paciente que não é vista em seus recursos limitados

para respostas às questões que se colocaram diante dela, utilizando-se da agressividade, o que se caracteriza em uma outra violência imposta à usuária.

Em nível dos múltiplos discursos colocados o episódio expõe o conflito dos enunciados inseridos em um contexto no qual aparecem diversas iniquidades em saúde. A violência que se observa é multiforme: a violência cotidiana a que T está sujeita, a violência da familiar que a incapacita para além de suas limitações, e paradoxalmente, exige dela respostas que sua deficiência a impede de dar, a violência de não poder experimentar a autonomia que possui de estar circulando de bicicleta nos arredores de sua casa ouvindo rádio, a violência de ter sua integridade física violada, a violência de ser tomada como “coisa” quando de sua avaliação por um profissional de saúde, visto ter o discurso de sua mãe maior peso que o seu, a violência de ser esvaziada de sua possibilidade de resposta em diferentes níveis de interlocução.

Outras instâncias se colocam nesse jogo discursivo: para quem ou para que se fala e por que. Nesse raciocínio é possível agregar tantas outras camadas de discursos: os arranjos sociais que produzem o sujeito de fala, o lugar de fala do sujeito no momento em que fala e que legitima sua enunciação, as conformações desse espaço, de como se produziu ou os agenciamentos que permitiram que o mesmo se concretizasse.

Os espaços também se constituem enquanto discurso. Cenários, prédios, praças, monumentos, favelas, barricadas são discursos e novas materialidades. Neste sentido, as palavras e as coisas são análogas. O espaço, observado em suas formas, seus usos, associado a condições históricas, manifesta e comunica valores e opera significações. O palácio, a igreja e as fortalezas na Idade Média e por muito tempo depois foram as grandes formas que comunicavam uma época e seus valores e modos. Em sua arquitetura exprimiam o poder, a divindade e a força (FOUCAULT, 2015).

3.3 As disciplinas

A questão do espaço, de suas formas, de seus usos e de como ele aparece associado às condições históricas e geográficas por muito tempo não foi tomada como uma questão política, como uma estratégia geopolítica. Uma ruptura discursiva da física e da filosofia, que coincide com o incremento da modernidade, subverteu a temática do espaço e pôs em discurso a problemática do tempo. De modo que “ou o espaço era remetido à ‘natureza’ – ao dado, às determinações primeiras, à ‘geografia física’, ou seja, a um tipo de camada ‘pré-histórica’, ou era concebido como local de residência ou de expansão de um povo” (FOUCAULT, 2015, p. 322).

Foucault afirma que para analisar profundamente a questão do espaço seria necessário fazer a “história dos espaços” ou a “história dos poderes”, visto que se equivalem.

No contexto deste estudo, a arquitetura e o interior das casas, o deserto sanitário e o paisagismo do bairro de Inhoaíba e de Campo Grande, suas ruas, o desinvestimento em seus equipamentos de cultura, a forma como se opera e investe em sua estrutura viária, produzindo sujeitos que circulam institucionalmente no interior do bairro, os modos de assentar os equipamentos de saúde em locais totalmente destituídos de estrutura sanitária, produzindo, inclusive iniquidades em saúde, numa ação incoerente com a política de saúde preconizada pela LOS, revelam instâncias de poder.

Ora, retomando as afirmações de Goffman (2001) que explica a institucionalização de sujeitos conformados a espaços nos quais eles realizam todas as suas atividades, o que se observa em Campo Grande é uma população que vive, reside, trabalha e organiza seu lazer no interior do bairro, de forma praticamente institucional, configurando seus valores, sua linguagem e seus perfis, e estimulada pela dificuldade de sair do bairro. Conforme explicitado anteriormente, Santos (2006) afirma que o espaço racional, eficazmente realizado se reveste de alto grau de intencionalidade a fim de submetê-lo. Assim, tais configurações espaciais remontam a instâncias de poder.

O poder é produtivo, é capilar, é microfísico. Não está localizado em pessoas ou instituições. O poder não tem estrutura, é dinâmico e exercido em mecanismos muito sutis, intrínsecos a qualquer relação.

A disciplina é uma tecnologia política e uma arte de distribuição espacial que incide sobre os corpos por uma política de coerções, que consiste em tornar o corpo tanto mais obediente, quanto mais útil e o inverso (FOUCAULT, 1987). É uma técnica de manipulação calculada, de modelagem e de adestramento do corpo que se estabelece no nível da linguagem, dos movimentos, dos gestos, das atitudes, do comportamento, da agilidade, como recursos disciplinares.

A disciplina consiste em forjar o corpo coercitiva e continuamente, em processos em nível mecânico, impondo-lhe uma relação de docilidade-utilidade. São processos sutis, ortopédicos, múltiplos, mínimos, minuciosos, esparsos, difusos, produzindo um corpo dócil, fruto de uma “anatomia política”, e concomitantemente, de uma “mecânica de poder” (FOUCAULT, 1987).

[...] ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). (FOUCAULT, 1987, p 164-165)

O corpo dócil é um corpo investido de uma capacidade produtiva muito distinta de qualquer outra prática coercitiva aplicada. Não se trata de explorar, escravizar, açoitar ou domesticar o corpo; ao contrário, o que se estimula é um corpo saudável, forte e belo.

A disciplina investe no corpo de forma a moldá-lo, treiná-lo, transformá-lo e aperfeiçoá-lo com o objetivo de multiplicar-lhe as forças, ampliar sua capacidade produtiva. “O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe” (FOUCAULT, 1987, p 164). Essas instâncias que tornam o corpo mecânico, produtivamente apto, e subjetivamente obediente não estão separadas; na verdade se mostram intrinsecamente relacionadas.

Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeito estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada.” (FOUCAULT, 1987, p 165).

O processo que opera esse corpo dócil realiza-se de forma muito sutil, cotidianamente, no adestramento e no exercício diário das suas rotinas: tomar o ônibus para o trabalho, seguir de pé o trajeto no ônibus ou no trem, entrar na fila do banco ou do mercado, parar para o almoço, seguir à aula na universidade, fazer as provas, cumprir os prazos, fazer o checkup anual de saúde, tomar a vacina contra a gripe ou assistir ao jornal das oito na televisão. Realiza-se na separação das horas do dia, no tempo estipulado para cada atividade, no gesto preciso na composição de um exercício ou de um ofício.

A invenção dessa anatomia política não se deu subitamente. Ela foi sendo forjada em muitas e múltiplas camadas de discursos, de processos, de origens distintas. Foucault afirma a complexidade que envolve esses fenômenos, salientando que só se tornou possível um domínio e uma consciência do corpo a partir do investimento do corpo pelo poder. A ginástica, os exercícios, o tratamento de beleza, esses comportamentos se deram a partir do investimento do corpo pelo poder. Na sequência se observou a reivindicação de seu corpo ante o poder, “da saúde contra a economia, do prazer contra as normas morais da sexualidade, do casamento, do pudor” (FOUCAULT, 2015).

Em termos políticos, esse corpo docilizado recebe em tempo integral, permanente e incessantemente, regulamentos, descrições, informações da educação cristã, da pedagogia escolar ou militar, de treinamento. Racionalidades que vêm infundir um poder-saber (FOUCAULT, 1988) que conforma tudo e que normaliza tudo e todos, eliminando os desvios. Deste modo, normalizar institui aquele ou aquilo que é normal, e estabelece um instituto e uma categoria do que é aceito.

A disciplina normaliza e incide nos corpos de modo a produzir corpos normais, corpos desviantes e identidades. Ao propor a norma, a normalização, tudo e todos que fogem ou escapam ao padrão normalizado se fazem desviantes. Tais processos se realizam através do exame que objetiviza o ser, tornando-o um caso a ser estudado, um objeto de conhecimento. O sujeito produzido pela sociedade disciplinar é um sujeito normatizado, de forma a haver sempre um normal – a família normal, o homem normal, etc. – e um desviante.

É importante observar que em nível disciplinar se está sempre atrelado a um binarismo: normal x patológico, normal x desviante, normal x louco, comportamento normal x comportamento desviante, o funcionário normal x (o outro) funcionário desviante. Essa lógica reforça os papéis sociais e as identidades fixas.

A sociedade disciplinar normaliza para que todos se pareçam; mas ela também individualiza, singulariza, ainda que sempre remetendo a uma norma atrelada a ideias de mesma natureza. Assim, a disciplina organiza em séries, em categorias, em posições, estipula níveis e propõe classificações, produz uma analítica dos espaços, distribui espacialmente os sujeitos, estabelece localizações funcionais. Foi deste modo que a disciplina fez surgir o hospital na tecnologia médica e a medicina como prática hospitalar.

O hospital como instrumento terapêutico surge no século XVIII como uma prática disciplinar a fim de extirpar os efeitos nocivos da instituição hospital da época, um local de acolhimento aos pobres desassistidos, moribundos, muitas vezes acometidos de doenças e amparados por religiosos. A prática médica se dava de forma individualista, longe dos hospitais, qualificada pelas corporações médicas. Na intercessão desses eventos, sob o poder disciplinar é que a medicina se torna hospitalar e o hospital se reveste de cunho terapêutico.

A prática disciplinar no interior do hospital torna o exame em uma constante vigilância, modifica as estruturas de poder no interior da instituição e organiza um vasto sistema de registros: de doenças, de pacientes, de entradas, de saídas, de farmácia.

A disciplina é a técnica que tem por alvo o indivíduo em sua singularidade. Os espaços complexos, ordenadamente organizado em fileiras, em lugares, em celas são simultaneamente espaços arquiteturais, funcionais e hierárquicos que conduzem a uma singularidade, a uma individualidade.

São espaços que realizam a fixação e permitem a circulação; recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores; garantem a obediência dos indivíduos, mas também uma melhor economia do tempo e dos gestos. São espaços mistos: reais, pois projetam-se sobre essa organização caracterizações, estimativas, hierarquias. A primeira das grandes operações da disciplina é então a constituição de “quadros vivos” que transformam as multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas” (FOUCAULT, 1987, p. 174).

A disciplina produz, a partir do controle dos corpos, quatro características de individualidade: a celular forjada pela repartição espacial; a orgânica, forjada pela codificação das atividades, a genética fomentada pela acumulação do tempo, e a combinatória que se dá pela combinação das forças. Nesse processo o exame é fundamentalmente o conjunto de técnicas documentais, visuais e de arquivo que faz de cada indivíduo uma singularidade, constituindo-o em um “caso” objeto de conhecimento e uma tomada de poder. (FOUCAULT, 1987).

3.4 Biopoder e biopolítica

Foucault argumenta sobre o biopoder adestrando corpos e extorquindo e expandindo suas forças com o intuito de obter dele sua máxima utilidade e docilidade. A partir do século XVII, sob o regime da disciplina, surgiram formas de exercício de poder e de controle, fomentando e aperfeiçoando uma “gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 1988, p. 152). Um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos” (FOUCAULT, 1988, p.152), evidenciando uma biopolítica da população.

O biopoder se manifesta em múltiplas formas de administração dos corpos nos espaços disciplinares, valendo-se de técnicas, procedimentos e manipulações, de modo a obter a sua sujeição. Revela uma intervenção anatômica e biológica, específica e individualizante sob os corpos de modo a propiciar-lhes maior resistência quanto à disposição para encarar os processos da vida, e menor resistência quanto ao sujeitar-se diante desses processos.

Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas, o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu reforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isto torná-las mais difíceis de sujeitar... (FOUCAULT, 1988, p. 153)

Foucault menciona uma moral ascética – que ele irá retomar em suas reflexões posteriores³³ – e parece argumentar que a conduta inerente a essa moral teria podido influenciar as condições dessas duas tecnologias – o biopoder e a biopolítica³⁴. Contudo, conclui que a formação e o desenvolvimento do capitalismo “foi um outro fenômeno, talvez de maior amplitude do que essa nova moral que parecia desqualificar o corpo: foi nada menos do que a entrada da vida na história – [...] na ordem do saber e do poder – no campo das técnicas políticas (FOUCAULT, 1988, p. 154).

Novamente se ratifica que as condições sociais, políticas e econômicas não se dão dissociadas das condições históricas. Na evolução do biopoder, pouco mais tarde, viu-se desenvolver a biopolítica. O termo biopolítica aparece pela primeira vez em conferência realizada no Rio de Janeiro, em outubro de 1974, quando Foucault discorre sobre o nascimento da medicina social e afirma o corpo como uma realidade biopolítica e a medicina como uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2015)

A biopolítica como uma nova tática de exercício do poder se mostra em todos os níveis do corpo social, disseminada nas instituições. Foucault discorre sobre a biopolítica como outra tecnologia de poder que não exclui o biopoder, nem elimina a técnica disciplinar, ao contrário; a embute e integra, de certa forma, a modificando e se enxertando nela em um outro nível e se valendo de instrumentos totalmente diferentes.

Através de técnicas de controle que se organizam em censos, planilhas, processos, códigos de identificação e qualificação dos indivíduos, regulações sanitárias, estimativas estatísticas, catalogação e quantificação de dados, a biopolítica se instala e se dirige aos indivíduos como uma massa social, “uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, [...] como o nascimento, a morte, a produção, a doença” (FOUCAULT, 2005, p. 289) Foucault afirma ser esta, uma segunda tomada de poder, desta vez não individualizante; mas massificante e orientada não ao homem-corpo; mas ao homem-espécie.

³³FOUCAULT, 1984, p.26-31, FOUCAULT, 1985, p.43-73.

³⁴FOUCAULT, 1988, p.154.

A ação da biopolítica inicia com processos demográficos, por volta do século XVIII, passando em seguida, a mapeamentos e controles de natalidade, de fecundidade, de morbidade, de epidemias e obituários. No setor da saúde tais campanhas se mostram sob temas relevantes acerca da saúde do homem, da saúde da mulher, por vezes veiculadas nas mídias. Porém a biopolítica, enxertada no campo social, se faz presente em todos os setores e instituições.

Na economia, mensurando os mais diversos fluxos, custos e mercados. A biopolítica intervém na realidade do homem-espécie, no corpo social com a fim de lidar com o problema da população, empreendendo medidas maciças com o objetivo de efetuar a regulação das populações.

Importante ainda nesse contexto ressaltar a questão que Foucault traz na aula ministrada em 17 de março de 1976, transcrita no livro “Em Defesa da Sociedade” (2005) quando afirma um “racismo de Estado” no qual o Estado opta por segregar parte da população e dizimá-la em nome da preservação da vida dos demais.

Foucault reporta-se à sociedade de soberania para explicar que o racismo “está ligado à técnica do poder, à tecnologia do poder. Está ligado a isto que nos coloca, longe da guerra das raças e dessa inteligibilidade da história, num mecanismo que permite ao biopoder exercer-se” (FOUCAULT, 2005, p. 309).

Na sociedade de soberania o poder se expressava na pessoa e na presença do soberano, e uma de suas prerrogativas era poder dispor da vida de seus súditos, o que equivale dizer que o soberano tinha o poder de fazer morrer e deixar viver. Foucault afirma que diante do poder soberano o súdito não era vivo nem morto de pleno direito, mas neutro, e seu direito de estar vivo advinha da vontade do soberano. (FOUCAULT, 2005). De forma que, o soberano detinha o direito de vida e morte de seus súditos porque o soberano podia causar a morte ou deixar viver. Era um direito de espada, simbolizado pelo gládio, característico de uma sociedade marcada por um direito de apreensão das coisas, do tempo e dos corpos. (FOUCAULT, 1988).

Na sociedade disciplinar ocorreu uma transformação dos mecanismos de poder, de forma que o confisco não mais os expressava; mas os discursos, a incitação, as disciplinas e a vigilância a produzir corpos dóceis e longevos. Assim, com a tecnologia do biopoder e o saber científico, o novo direito se caracteriza pelo direito de fazer viver e deixar morrer e se justifica no corpo social. (FOUCAULT, 1988).

Logo, Foucault apresenta a questão do racismo, argumentando que o aparecimento do discurso das raças, a distinção e a hierarquia das raças, a mensuração de raças superiores e inferiores, a desqualificação de umas em detrimento de outras é uma estratégia biopolítica só possível nesse sistema de biopoder assentada no discurso de risco e de eliminação do perigo de contágio. A estratégia que permite ao biopoder eliminar direitos e pessoas (FOUCAULT, 2005). O racismo relaciona-se com a lógica capitalista.

Como, nessas condições, é possível, para um poder político, matar, reclamar a morte, pedir a morte, mandar matar, dar a ordem de matar, expor à morte não só seus inimigos, mas mesmo seus próprios cidadãos? Como esse poder que tem essencialmente o objetivo de fazer viver pode deixar morrer? Como exercer o poder da morte, como exercer a função da morte, num sistema político centrado no biopoder?

É aí, creio eu, que intervém o racismo. Não quero de modo algum dizer que o racismo foi inventado nessa época. Ele existia há muito tempo. Mas eu acho que funcionava de outro modo. O que inseriu o racismo nos mecanismos do Estado foi mesmo a emergência desse biopoder. Foi nesse momento que o racismo se inseriu como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados modernos, e que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e em certas condições, não passe pelo racismo. Com efeito, que é o racismo? É, primeiro, o meio de introduzir afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer.” (FOUCAULT, 2005, p. 305)

O direito de matar, de extermínio exercido pelo Estado nas sociedades modernas, só pode ser endossado, no sistema de biopoder, pelo racismo. Entenda-se que tal lógica não está presente somente no nazismo e nos Estados totalitários; ela é encontrada na realidade de muitos Estados e regiões, em formas análogas, como o segregação pobres em detrimento de outros não hipossuficientes, em segregação bairros inteiros, penalizando e sentenciando sua população a condições de feticimento.

3.4.1 O dispositivo da sexualidade

Dispositivo³⁵ é um termo foucaultiano que consiste num conjunto de múltiplos: discursos, instituições, formas legais, proposições filosóficas, elementos linguísticos e não linguísticos, objetos, que se intercambiam numa relação.

Foucault afirma que um discurso da sexualidade se instituiu “na encruzilhada do corpo e da alma, da saúde e da moral, da educação e do adestramento, [...] como um formidável instrumento de controle e de poder” (FOUCAULT, 2015, p. 349).

³⁵AGAMBEN, 2005

O poder se encontra nas estruturas menos visíveis do corpo social, nas relações mais elementares, nos bastidores do aparelho do Estado e no interior da casa, na relação “legítima e procriadora” (FOUCAULT, 1988) da família conjugal, no quarto, nas atitudes e palavras recatadas, na decência dos modos, na conduta hipócrita do falso puritanismo.

A disciplina instituiu espaços e séries, formas e categorias, domínios e poder, corpos dóceis obedientes e úteis. O sexo precisa se inscrever e entrar nas fileiras, a fim de que se explore sistematicamente a força de trabalho.

Se for mesmo preciso dar lugar às sexualidades ilegítimas, que vão incomodar noutro lugar: que incomodem lá onde possam ser reinscritas, senão nos circuitos da produção, pelo menos nos do lucro. O *rendez-vous* e a casa de saúde serão tais lugares de tolerância: a prostituta, o cliente, o rufião, o psiquiatra e sua histórica – estes ‘outros vitorianos’, diria Stephen Marcus – parecem ter feito passar, de maneira sub-reptícia, o prazer a que não se alude para a ordem das coisas que se contam; as palavras, os gestos, então autorizados em surdina, trocam-se nesses lugares a preço alto. Somente aí o sexo selvagem teria direito a algumas das formas do real, mas bem insularizadas, e a tipos de discurso clandestino, circunscritos, codificados. Fora desses lugares, o puritanismo moderno teria imposto seu tríplice decreto de interdição, inexistência e mutismo.” (FOUCAULT, 1988, p. 10-11)

A produção discursiva do sexo, que Foucault observa em meados do século VXI, produziu uma crescente incitação que se revelava na disseminação e implantação das sexualidades polimorfos, em discursos acerca do sexo, a práticas confessionais e prescrições interditas, em uma incitação política a regular o sexo, com o objetivo de encerrá-lo num mecanismo de poder a serviço de uma lógica capitalista, instaurando práticas jurídicas, médicas, pedagógicas, terapêuticas.

Foucault aponta que no final do século XVIII três grandes códigos, norteados pelas relações matrimoniais, regiam as práticas sexuais: o direito canônico, a pastoral cristã e a lei civil. Tal orientação, voltada para as relações conjugais não deve ser entendida como uma política conservadora da moral e dos bons costumes. Consistia numa política disciplinar normativa que afastava e punia os desviantes, exercia um poder vigilante e um controle através da produção de saber-poder que se dá no interior de uma ciência da sexualidade.

3.5 Governamentalidade

E com essa palavra quero dizer três coisas:

- 1) o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança.

- 2) a tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina, etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes.
- 3) o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado. (FOUCAULT, 2015, p; 429).

O conceito de governamentalidade apresentado por Foucault em *Segurança Território e População* (2008) aparece no momento em que surge o problema específico da população e a questão das técnicas de governo da população. O curso foi ministrado, entre janeiro e abril de 1978, após licença durante no ano sabático de 1977 (FOUCAULT, 2008, p. XIII), no Collège de France, instituição de pesquisa a que esteve vinculado desde 1970 até o ano de sua morte, em 1984 e se organiza em torno dos conceitos de governo e de governamentalidade.

Após investigar as tecnologias analíticas do espaço e as técnicas de vigilância exercidas nas sociedades disciplinares por uma organização panóptica das instituições punitivas, Foucault desenvolve na exposição das aulas de 1978 a genealogia da razão de Estado, um saber político organizado para o controle da população.

Nesse intuito, Foucault analisa como a sociedade centrada na tecnologia do biopoder se alterou de modo a vir a tornar-se em um governo que Foucault afirma ser o Estado como uma instituição totalizante, e questiona: “Passagem de um ‘Estado territorial’ a um ‘Estado de população’? Certamente não, porque não se trata de uma substituição, mas antes de um deslocamento de tônica e do aparecimento de novos objetivos, logo de novos problemas e de novas técnicas” (FOUCAULT, 2008, p. 489). O problema específico da população conduziu à questão do governo: a relação entre segurança, população e governo.

A análise do termo governo passa por buscar compreender o que seja governar e o que seja governante. Por governante pode-se citar o monarca, o rei, o imperador, o príncipe, o magistrado, o juiz e similares. Contudo, também governam os pais, os professores e pedagogos e o sacerdote. A diferença que se coloca é apresentada em três formas básicas: o governo de si mesmo, que podemos entender por ética; a arte de governar adequadamente sua casa, seus bens e sua família, que era entendida por economia; e a arte de governar bem o Estado, a política.

Foucault localiza no século XVI a convergência de distintas questões acerca do governo, relacionados ao fim da estrutura feudal e ao surgimento dos Estados-Nação e à Reforma protestante e à Contrarreforma que suscitou a questão do modo como se quer ser dirigido espiritualmente para alcançar a salvação (FOUCAULT, 2015).

Um conjunto de saberes – a estatística como ciência de Estado – e ainda alguns outros distintos elementos, fizeram emergir, nessa época, o tema de uma razão de Estado.

“Foi com o desenvolvimento da ciência do governo que a economia pode centralizar-se em um certo nível de realidade que nós caracterizamos hoje como econômico; foi com o desenvolvimento dessa ciência do governo que se pode isolar os problemas específicos da população; mas também se pode dizer que foi graças ao isolamento desse nível de realidade, que chamamos a economia, que o problema do governo pode enfim ser pensado, sistematizado e calculado fora do quadro jurídico da soberania. (FOUCAULT, 2015, p. 423)

O termo economia sofreu uma ressignificação entre os séculos XVI e XVIII. Inicialmente, “economia” significava governar, no sentido da gestão dos indivíduos e dos seus bens no interior de sua família; no século XVIII adquire o sentido de “um campo de intervenção do governo através de uma série de processos complexos absolutamente capitais para nossa história” (FOUCAULT, 2015, p. 414).

Buscando elucidar o tema razão de Estado, por razão entenda-se a essência completa que integre todas as partes de algo, e num outro sentido subjetivo, um meio de conhecimento das coisas. Por Estado deve-se apreender quatro sentidos: um domínio; uma jurisdição que se realiza num conjunto de leis, regras e costumes; uma condição de vida ou um estatuto individual como uma profissão ou o estado civil, ou ainda uma opção religiosa; e a qualidade de algo que é perene, ou seja, algo que se caracteriza por uma certa imobilidade. Por sua vez, a República é um estado, nos quatro sentidos descritos: enquanto domínio é um território e, conseqüentemente um meio de jurisdição, sendo ainda um estatuto dos indivíduos e uma estabilidade nessa configuração (FOUCAULT, 2008). Razão de Estado pode, então ser entendida por toda essa configuração a serviço da manutenção do Estado.

Nesse entendimento, depreende-se que “a razão do Estado é a própria essência do Estado. [...] o fim da razão do Estado é o próprio Estado” (FOUCAULT, 2008, p. 344-345), e que a governamentalidade, afastando-se da ideia de reinar, comandar ou legislar; e aproximando -se da noção de uma arte de governar, se manifesta como forma de poder que tem no saber a economia política e por instrumentos os dispositivos de segurança.

De forma que a governamentalização do Estado se apoiou num tripé composto pelo poder pastoral no qual o líder político é por Foucault comparado a um pastor e a população a um rebanho que o segue; numa técnica diplomático-militar e num terceiro pé que o filósofo chama de estado de polícia. A genealogia do Estado governamentalizado do ocidente se deu na passagem de um Estado de justiça a um Estado administrativo e, conclusivamente, a um Estado de governo.

O poder pastoral tem origem na sociedade hebraica. É um poder finalizado sobre aqueles sobre os quais se exerce; não sobre uma unidade tipificada como a cidade, o Estado ou o território.

Paradoxalmente, é um poder que se opera individualizante, conferindo “tanto valor a uma ovelha quanto ao rebanho inteiro” (FOUCAULT, 2008, p.490) Foucault busca na figura do soberano-pastor, do rei, do magistrado, do pedagogo, do médico, do professor de ginástica analisar a metáfora do pastor que zela pelas ovelhas e sacrifica todo o rebanho em favor de uma das ovelhas, ou ainda, que fornece ao rebanho o sustento, segurança e salvação. (FOUCAULT, 2008)

Parece que nas sociedades gregas e romanas, o exercício do poder político não implicava nem o direito nem a possibilidade de um “governo” entendido como atividade que tem por meta conduzir os indivíduos ao longo da vida, colocando-os sob a autoridade de um guia responsável pelo que fazem e pelo que lhes acontece. (FOUCAULT, 2008, p. 490)

Foucault afirma que a igreja cristã introduziu esse tipo de governo no seio da sociedade moderna, que o pastorado não exerce uma pedagogia, ou uma retórica, ou uma política. “É uma coisa inteiramente diferente. É uma arte de governar os homens” (FOUCAULT, 2008, p. 219). Entende que o nascimento do Estado Moderno se dá quando a governamentalidade se torna uma prática política calculada e refletida, de modo que o pastorado inaugura a governamentalidade,

“tal como esta vai se desenvolver a partir do século XVI [...] e também pela constituição tão específica de um sujeito [...] cujos mérito são identificados de maneira analítica, de um sujeito que é sujeitado em redes contínuas de obediência, de um sujeito que é subjetivado pela extração de verdade que lhe é imposta. [...] essa constituição típica do sujeito ocidental moderno, que faz que o pastorado seja, sem dúvida, um dos momentos decisivos na história do poder nas sociedades ocidentais.” (FOUCAULT, 2008, p. 243-244)

Contudo, “onde há poder, há resistência” (FOUCAULT, 1988, p. 105) e os conflitos de condutas, que Foucault nomeou de contra-condutas, se estabeleceram em diversos

setores do campo social. Foucault elenca alguns como o ascetismo, a crença escatológica, as sociedades secretas, e outras formas de resistências difusas.

Nesse cenário de resistências, revoltas, subversão e revolução, e cita os grandes processos sociopolíticos revolucionários – a Reforma Protestante, a Contra-Reforma católica, a Revolução Inglesa, a Revolução Francesa, a Revolução Russa.

Outra característica que aponta uma subversão ou ainda uma inversão no período compreendido entre os séculos XVI e XVIII é o desaparecimento dos tratados de conduta dirigidos aos príncipes, com conselhos de como governar, de modos de exercer o poder e se portar diante de seus súditos, dando lugar a tratados outros, com outros temas, muito diversos dos anteriores e versando sobre múltiplos aspectos, (FOUCAULT, 2015). O problema que vai se configurando é de que maneira se quer ser governado e até que ponto se quer esse governo, bem como o objetivo de ser governado e por quem.

Foucault irá desenvolver a análise da consolidação do Estado moderno, do dispositivos diplomático-militar, como forma de equilíbrio estatal em meio aos demais estados autônomos, do dispositivo político de polícia, que possibilita fazer crescer as forças do Estado e a “tempo de manter a boa ordem do Estado” (FOUCAULT, 2008, p. 421), do aparelhamento do Estado através da governamentalidade de polícia, e sua posterior alteração para a governamentalidade de segurança. Governar admite novos elementos de governamentalidade:

Podemos fazer a genealogia do Estado moderno e dos seus diferentes aparelhos a partir de uma história da razão governamental. Sociedade, economia, população, segurança, liberdade: são os elementos da nova governamentalidade, cujas formas, parece-me, ainda conhecemos em suas modificações contemporâneas. (FOUCAULT, 2008, p. 476)

Foucault fecha o curso com uma “grande forma de contra-conduta”

A ideia de uma nação titular do seu próprio saber, ou ainda a ideia de uma sociedade que seria transparente a si mesma e que deteria a sua própria verdade, mesmo que, aliás, seja um elemento dessa população ou também uma organização, um partido, mas representativo de toda a população, a formular essa verdade do Estado, a razão de Estado, não cabe mais ao próprio Estado detê-las, é à nação inteira que cabe ser titular delas. (FOUCAULT, 2008, p. 479)

Governamentalidade nesse sentido, responde a uma preocupação política do poder exercido na esfera do Estado. Contudo, Foucault irá desenvolver outro conceito de governamentalidade na construção de práticas contemporâneas de liberdade que possam se constituir em resistência ao governo pelo outro. Admite, então, o conceito de

governamentalidade como a noção de governo dos homens pela verdade que está relacionada com a noção de *parresia* – o falar a verdade –, que ele não trata nesse momento.

3.6 Cuidados de si

Foucault parece buscar nas práticas e técnicas de si uma possibilidade de resistência ao biopoder, à biopolítica e à tecnologia da governamentalidade. Foucault sempre apontou que o poder implica em resistência, que o poder é produtivo. Dessa forma, o conceito do cuidado de si consiste numa tomada de posição ante ao poder, considerando-se que tal atitude em nada se relaciona com uma postura repressiva.

A ética do cuidado de si traduz-se em produção de práticas de liberdade. Trata-se de uma noção situada na filosofia greco-romana intrinsecamente relacionada a questões éticas atravessadas por questões políticas, entendendo-se, no entanto, que Ética e Política não podem ser dissociadas ou consideradas separadamente. As técnicas de si envolvem uma construção do sujeito que permite-lhe moldar sua existência de maneira regrada na relação com o mundo e com os outros. (FOUCAULT, 2010)

A história do cuidado e das técnicas de si seria, portanto, uma maneira de fazer a história da subjetividade; porém, não mais através da separação entre loucos e não loucos; entre doentes e não doentes; entre delinquentes e não delinquentes, não mais através da constituição de campos da objetividade científica, dando lugar ao sujeito que vive, que fala e que trabalha, mas através dos empreendimentos e das transformações na nossa cultura, das ‘relações consigo mesmo’, com seu arcabouço técnico e seus efeitos de saber. seria possível, assim, retomar num outro aspecto a questão da governamentalidade: o governo de si por si na sua articulação com as relações com o outro (como é encontrado na pedagogia, nos conselhos de conduta, na direção espiritual, nas prescrições dos modelos de vida etc.). (FOUCAULT, 1997, p. 11. In: GALLO, 2011, p. 372)

Foucault utiliza o termo governo de forma bastante ampla. Considera o governo na concepção de uma instância do Estado, conforme vimos anteriormente, o governo no sentido ético, e discorre que aquele que quiser bem governar primeiro deve saber governar a si mesmo, em seguida governar bem sua casa, seu bem e sua família, para só assim chegar a governar o Estado. Completa, afirmando que um bom governo se reflete na conduta de seus governados, ou seja, um Estado bem governado tem bons administradores de suas famílias e indivíduos que se dirigem como convêm. No entanto, esse cuidar-se parece precisar da figura de outrem, de um “mestre de existência antigo”. (FOUCAULT, 1985). De um lado, para cuidar de si, se faz necessária a presença ou a participação de um mestre do cuidado. Do outro lado, é cuidando de si que se faz mestre.

Foucault apresenta alguns aspectos que revelam o que ele chama de campo de moralidade. Um aspecto diz respeito ao comportamento de cada indivíduo diante de um conduto moral. Outro aspecto, que ele denomina de sujeição, revela-se na forma como os indivíduos respondem ou reconhecem suas obrigações morais, o que implica em apurar se atendem a uma lei divina, a uma lei natural, a uma regra racional ou no intuito de tornar mais bela sua existência. A pretexto de exemplo ele apresenta uma situação: “não é permitido fazer sexo com ninguém, exceto com a própria esposa”. (DREYFUSS, RABINOW, 1995, p. 263).

É um código que determina valores positivos ou negativos. Há ainda códigos com valores expressos em atos permitidos ou proibidos. A forma como cada indivíduo responde a esses preceitos constitui esse indivíduo como sujeito moral de suas ações.

Em termos micropolíticos, na direção de uma ética como estética da existência a ocupar-se de si mesmo, o cuidado em construir uma vida bela e justa faz-se na contraposição a um sistema de dominação, faz-se na construção de fissuras, produzindo linhas de fuga e uma espécie de resistência ativa.

À luz das reflexões e da analítica de Foucault, entende-se que a operacionalização do sistema de saúde, quanto à assistência e cuidados em saúde, relativo à promoção, à prevenção e à continuidade do cuidado em seu sentido mais restrito, de reduzir e tratar patologias, de fomentar, favorecer ou restaurar saúde se dá no interior de uma governamentalidade específica e complexa que tem por alvo a população pobre de Campo Grande, e cuja finalidade, através de instrumentos técnicos, de ortopedias disciplinares e do uso racional do espaço, é o controle sobre os indivíduos, sobre seus corpos, sobre suas ações. A saúde, assim, torna-se um ambiente propício para operar uma medicina de exclusão atendendo a uma lógica capitalista neoliberalista.

Contudo, depreende-se que Foucault expõe uma possibilidade de resistência ou uma “grande forma de contra-conduta”, a incitação de práticas de liberdade a produzir outros modos de subjetivação, quando se detém a analisar uma ontologia do presente a corroborar com um sujeito ético.

4 Musicoterapia: uma abordagem expressiva

A musicoterapia atua como agente de saúde a promover no sujeito o apropriar-se de si mesmo, de sua expressão e de sua história. Possibilita o desenvolvimento do potencial criativo e comunicativo, muitas vezes empobrecido em decorrência dos quadros patológicos ou de situações de intenso sofrimento psíquico, de violência, de risco ou de vulnerabilidade.

A musicoterapia utiliza a música e o som como agente da terapia e como elemento terapêutico. A manifestação sonora do usuário é acolhida pelo musicoterapeuta como expressão de seu universo interno e de sua visão de mundo, integrando na experiência musical; ou não musical, aspectos do ato comunicativo, como códigos expressos em gestos ou numa movimentação ou na expressão facial ou em fragmentos sonoros.

Tais aspectos revelam a dimensão simbólica e a realidade socioeconômica e cultural do indivíduo, bem como características pessoais, visto que a música é produto da cultura tomada no horizonte mais amplo; mas também traduzindo a cultura de uma comunidade ou localidade. Por exemplo, da cultura brasileira no macro contexto cultural; porém com peculiaridades da cultura local, como Inhoaíba e o que ali se produz musicalmente. Nesse enfoque pondera-se que aquilo que se constitui como singularidade também é fundado por um comum.

No trabalho de musicoterapia a experiência musical nem sempre se dá no uso, na apreciação ou no fazer de uma composição musical. É preciso ampliar bastante a noção que se tem de música. Para o musicoterapeuta um silêncio profundo do usuário/paciente é pura música personalíssima. Um olhar perturbador como muitos que já presenciei no *setting* de musicoterapia. E é importante ressaltar que o olhar que o musicoterapeuta devolve ao usuário/paciente ressignifica a expressão deste numa interação não-verbal e acessando elementos anteriores à linguagem.

A Federação Mundial de Musicoterapia define assim a musicoterapia:

A Musicoterapia é a utilização profissional da música e de seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), como intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidianos, com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectuais, espirituais e de saúde e bem estar. A investigação, a educação, a prática e o ensino clínico em musicoterapia são baseados em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos. (World Federation of Music Therapy (WFMT), 2011).

4.1 Música, Som, Linguagem e a musicoterapia

Benenzon (1985) afirma que o termo musicoterapia limita o entendimento do alcance da terapêutica através da música, do som e da linguagem musical. Entende-se a linguagem como expressão do pensamento, de ideias, de afetos através de um universo ou sistema de códigos e de signos.

O autor expõe que o processo musicoterápico utiliza o som, o movimento e a música como estímulos sonoro-musicais para afetar o indivíduo e desencadear reações orgânicas, psicológicas e fisiológicas. Assim, a noção de música estruturada em seus elementos musicais, esteticamente configurada num enquadramento sociocultural é uma visão limitante da aplicação da música no contexto da musicoterapia.

É consenso o entendimento de que a música é uma forma de comunicação. À música em musicoterapia cumpre assegurar recursos expressivos ao indivíduo, prioritariamente. Os aspectos estéticos, a ordenação dos elementos musicais e a dimensão artística da música não se constituem fundamentais. O prioritário é a aplicação criteriosa do som ou o fazer musical do musicoterapeuta voltado a afetar, estimular, sustentar, dar continente e dialogar com a produção musical do usuário (BARCELLOS, 1996).

A música é um fenômeno físico, acústico, sonoro, vibratório e de movimento que acontece no espaço e no tempo. Compõe-se de elementos rítmicos, melódicos, harmônicos, sonoros, e de fatores que lhe conferem uma forma característica: os timbres, as dinâmicas, as intensidades, as densidades, as alturas do som. O som é onda vibratória resultante dos movimentos dos corpos que se manifesta no ar e impressiona o ouvido humano.

O som é movimento que se traduz em frequências que comportam sinais de presença e ausência, de silêncio e de som, de forma que se pode afirmar que o som comporta uma infinidade de silêncios e que ambos, som e silêncio, são complementares. Assim, só é possível perceber o som porque existe essa oscilação. Da mesma forma, podemos dizer que o silêncio comporta sons, mesmo quando não o ouvimos.

Assim, é possível assegurar que o movimento de onda vibratória oscila periodicamente no espaço e tempo, delimitando uma frequência, uma propagação, um pulso, uma pulsação (WISNIK, 2017). É essa pulsação que percebemos ora como duração, ora como altura, em duas dimensões. Desse modo, pode-se compreender o movimento, o som e a música – formalmente caracterizada por melodia, harmonia e ritmo – como uma mesma entidade (BENENZON, 1985).

Isto ocorre porque o ouvido humano consegue perceber os sons entre 20 hertz e 20.000 hertz. Nas frequências abaixo de 20 hertz e superiores a 10 hertz, o que se ouve é uma substância difusa entre duração e altura, e no limiar de 10 hertz ouve-se sinais discretos e separados, caracterizados por um ritmo.

À medida que essa frequência aumenta, os sons vão se tornando mais agudos até não serem mais perceptíveis aos ouvidos humanos. Mas um cão pode percebê-los numa dada altura que o ouvido humano não mais reconheça. Assim, tendemos a entender erroneamente ritmo e melodia como instâncias distintas. No entanto, a partir dessa compreensão, apreende-se que o que muda é um padrão de escuta.

A discussão é importante visto que esses fenômenos que observamos no mundo exterior, se mostram vivos e em movimento constante no universo interior do homem. A cinesia, o pulso e a frequência estão presentes no fluxo sanguíneo das veias e artérias, no movimento respiratório de inspiração e expiração, nos movimentos mecânicos viscerais, articulares, musculares, nos processos químicos e enzimáticos, nas frequências cardíaca e cerebral, na voz e no andar.

4.1.1 Princípios da musicoterapia

O ser humano constitui-se num complexo sonoro desde sua concepção até a sua morte. É nessa perspectiva que a musicoterapia enquanto metodologia e aplicação clínica utiliza dois princípios: o princípio de ISO e o objeto intermediário. ISO quer dizer igual e traduz a experiência de “sons ou fenômenos sonoros internos que nos caracteriza e nos individualiza” (BENENZON, 1985, p. 43)

Benenzon chamou de ISO ao dinâmico mosaico que integra as vivências sonoras desde a época gestacional intrauterina e ao longo da vida de cada indivíduo, abarcando potencialmente as vivências presentes e passadas do indivíduo. O conceito de ISO e sua aplicabilidade contribuem para produzir um canal de comunicação entre o usuário e o musicoterapeuta a partir de um tempo sonoro-musical que se estabelece no contato e na confluência do tempo mental do usuário (BENENZON, 1985).

Desta forma, o ISO universal compreende uma identidade sonora própria a todos os seres humanos e caracterizada pelos sons da respiração, da frequência cardíaca e cerebral e por todos os sons relativos aos processos e sistemas biológicos. Envolve também a voz da mãe e os sons oriundos desse contato que evoluem para um ISO gestáltico que se caracteriza pela experiência sonora personalíssima de cada indivíduo.

O ISO grupal refere a identidade sonora de um grupo de indivíduos e relaciona-se com o ambiente social no qual o indivíduo se insere. São exemplos simples esclarecedores: as músicas religiosas tocadas nas rádios gospel que o usuário costuma trazer para a oficina de musicoterapia, e um repertório que se estabelece como unidade de integração dos membros da oficina e que sintetiza uma identidade sonora desse grupo.

Benenzon descreve o ISO complementar como as alterações sonoras ambientais específicas que se dão no cotidiano de cada indivíduo, e o ISO cultural revelado na configuração cultural na qual se insere cada sujeito.

Na associação com o ISO na prática da musicoterapia, tem-se o objeto intermediário que consiste no instrumento musical ou ainda outro objeto introduzido no *setting* que irá mediar a relação usuário-som-terapeuta sem desencadear reações de alarme.

O objeto intermediário se caracteriza por ter uma existência concreta, ser facilmente identificado e utilizado como prolongamento do usuário. Distingue-se por ser acessível e adaptável às necessidades do portador e por favorecer sua comunicação, musicalmente; ou não. É, geralmente, um objeto sonoro ou um instrumento musical que se revela não invasivo na relação e manuseio. Muitas vezes, no atendimento musicoterápico, o usuário escolhe um instrumento que o identifica sonora e/ou formalmente e que o qualifica, de algum modo, no grupo.

4.1.2 O complexo som-ser humano

Benenzon (1985) afirma que o complexo som-ser humano se constitui na interface dos elementos sonoros encontrados na natureza, no organismo do homem em seus múltiplos sistemas: auditivo, tátil, perceptivo, visual e nervoso e nos elementos produtores de estímulos sonoros que podem ser objetos, instrumentos musicais, equipamentos eletrônicos, frequências de infrassom e ultrassom. A dinâmica desse complexo na interrelação com os diferentes processos que o alimentam sustentam as bases da musicoterapia.

Assim, o estímulo e a produção sonora abrangem a linguagem verbal e a linguagem não verbal, incluídos os parâmetros de ampla riqueza de timbres, de densidades, de volumes, de intensidades, de fragmentos sonoros, dos diversos sons vocais como os balbucios, os murmúrios, os muxoxos, os gritos, os choros, os grunhidos, os suspiros, as risadas e uma ampla gama de expressões.

A música estruturada, produto e expressão da cultura como conhecemos é ferramenta terapêutica aplicável da mesma forma que o som, o infrassom, o ultrassom e qualquer fonte sonora transmitida, desenvolvida e utilizada pelo usuário.

Observamos o cérebro, ou seja, o sistema cortical, o tálamo ou o sistema subcortical e a interrelação tálamo/hipófise, o bulbo e a medula e suas conexões com o sistema vago-simpático ou sistema autônomo. O tálamo é o lugar onde chegam as sensações e emoções que ficarão ali num plano não consciente; ou seja, que mediante um ritmo musical podemos condicionar uma resposta inconsciente automática. Uma pessoa pode tamborilar com seus dedos ou assobiar seguindo a música a este nível de tálamo; porém só a nível cortical é possível apreciar conscientemente uma música. Por isso o ritmo e talvez a melodia são atributos do homem e dos animais, visto que ambos se desenvolvem a nível subcortical; porém a harmonia, que já é um produto intelectual, só se pode realizar a nível cortical e é atributo exclusivo do homem; é ali na passagem do tálamo ao corte, onde os elementos musicais e sonoros podem sofrer inibições e deslocações que ainda desconhecemos. (BENZON, 1985, p. 22).

Assim, a música como agente da musicoterapia não deve ser tomada somente quanto a sua capacidade de afetar organicamente o cérebro. Deve ser entendida enquanto elemento cultural, situado historicamente no contexto social, no universo pessoal e coletivo de cada indivíduo, bem como carregada de significações e de conotações simbólicas.

Desse modo, a música se mostra atrelada às condições históricas, caracterizando uma estética própria de um período histórico, compreendendo elementos na sua estrutura musical – tais como o tempo, o pulso, a dinâmica, o ritmo, o modo, o timbre – que informam acerca do homem de uma época em seu modo de pensar, de ser e de organizar o mundo (MUSZKAT et al., 2000). A música intui o tempo, um dado tempo histórico.

A música em seus aspectos estruturais e na sua organização estritamente temporal, traduz e reflete a consciência que o homem tem do próprio tempo, seja este relacional (que lida com correlação linear entre os eventos, antecedente/consequente), ou psíquico (que traduz os processos perceptivos, cognitivos e afetivos em uma ordem que reflete ritmos circadianos internos, estados neurovegetativos e emocionais de expectativa, tensão ou repouso). No período medieval, a visão unidimensional do universo físico e a forma de pensamento intuitivo, de tendência espiritual, eram representadas por uma música monodimensional, de idioma modal, que expressava uma maneira de estar no mundo não dividida. Igualmente, o cérebro era interpretado como massa homogênea, um reservatório que distribuía seus humores vitais pelos ventrículos cerebrais. A partir do Renascimento, com a criação da perspectiva na pintura e da convergência tonal e harmônica na música, há a emergência de uma visão racionalista de um mundo dividido, que separa o eu (self) do espaço newtoniano que o circunda (mundo), no qual o tempo métrico e facetado, representa e reflete as relações de causa-efeito. A música basicamente temática, com um tempo métrico, sendo pulso, marcado na música barroca como o tique-taque de um relógio, reflete o pensamento determinista de tendência racionalista e materialista. A visão dualista e racional desse período apresenta o cérebro como centro orgânico privilegiado da vida psíquica. (MUSZKAT, et al., 2000, p 71)

A música modal medieval estava muito relacionada ao ambiente eclesiástico com os cantos gregorianos e uma característica monodia. Nesse período o cérebro era entendido como a sede de humores e de percepções sensoriais e da imaginação, como se um reservatório habitado pelos espíritos. Com o Iluminismo o cérebro já passara a ser compreendido numa visão dualista e racional, compartimentado em diversas áreas e funções psíquicas. A música desse período já havia evoluído da monodia para uma polifonia modal e, paulatinamente, rompeu com o modalismo para o tonalismo com temas e um centro tonal.

No século XX a música se afastou de referências fixas tonais, de padrões rítmicos e tímbricos, assimilando novas sonoridades, tempos inusitados, revelando uma consciência de mundo auto reflexiva, um modelo de mundo e um homem fragmentados. O cérebro na atualidade é tido como um sistema que comporta áreas específicas e não-específicas que integram funções cognitivas, afetivas e sensoriais, atribuindo distintos papéis funcionais ao hemisfério cerebral direito e ao esquerdo (MUSZKAT et al, 2000).

Desta maneira a música intui o tempo histórico e a ele se atrela estética e culturalmente, apresentando em sua estrutura elementos passíveis de comunicar uma época e modelo de mundo, um sistema cultural e social, revelando o homem em suas manifestações expressivas. Na aplicação clínica da música tais aspectos se mostram relevantes quanto a beneficiar tal expressividade, a promover o apropriar-se de si mesmo e de suas necessidades.

No entanto, no contexto clínico essas duas dimensões da música, biológica e cultural, não se mostram suficientes para analisar o que ocorre com o usuário ou ainda o que ele transmite com sua produção musical, é preciso, ainda, associar à sua história pessoal (BARCELLOS, 2004).

O som, o movimento e a música são instâncias em que cada um desses elementos funciona como portador do outro e, na musicoterapia, constituem-se em estímulos sonoro-musicais que desencadeiam reações e expressões orgânicas e psicológicas e comunicam o modelo de mundo do usuário.

A utilização da música, do som e do movimento em musicoterapia engloba ampla gama de aspectos musicais, culturais, psicológicos, biológicos, neurofisiológicos, dentre outros a considerar. O musicoterapeuta precisa estar atento ao ato de fazer música do usuário, bem como desenvolver sua musicalidade a fim de afetar-se e responder musicalmente através das diversas intervenções em musicoterapia e interações musicoterápicas.

4.1.3 Movimentação musical, interações e intervenções musicoterápicas

Barcellos entende que no processo musicoterápico, as interações musicais são uma importante possibilidade de expandir esse universo do usuário (BARCELLOS, 1992). Afirma que através de “movimentação musical” na qual se estabelece uma mudança contínua de posição corporal ante a um referencial: o paciente na relação com o musicoterapeuta; este na relação com o paciente e ambos na interrelação numa mesma direção, é possível estimular e ouvir o paciente em sua manifestação expressiva, interagir e intervir musicalmente e verbalmente.

Esta movimentação seria: mover-se e deslocar-se em direção ao paciente; fazer com que o paciente se movimente; mexer com o paciente; exercer influência sobre o paciente; estimular, provocar, perturbar, alterar, induzir, levar, abalar o paciente, comover-se com o paciente; deixar-se convencer pelo paciente; dar de si para o paciente; caminhar junto com o paciente; dirigir-se ao paciente, [...] musicalmente. (BARCELLOS, 1992, p. 4)

A movimentação musical supõe o perceber-se o universo do outro, envolvendo uma conduta não invasiva e de profundo respeito quanto aos conteúdos e à visão de mundo do paciente. As interações musicais se revelam como um diálogo musical entre o usuário e o musicoterapeuta, ora em improvisações clínicas que favorecem o a ampliação do universo e do repertório do usuário, possibilitando “a expansão do seu modelo de mundo” (BARCELLOS, 1992, p.10), ora acolhendo em aceitação o que é trazido pelo usuário.

As intervenções musicoterápicas podem ser verbais, paraverbais, musicais, abrangendo variações do tom e da inflexão da voz, de variações rítmicas, sonoras, melódicas, harmônicas, feitas através do canto, dos gestos, da mímica, da improvisação.

Não pretendo explicitar cada interação e intervenção musicoterápica neste trabalho, entendendo pertinente à discussão em curso considerar os aspectos já elucidados da aplicação clínica do som e da música como recurso de resistência à produção capitalística da subjetividade que regula, fomenta e induz a esquemas de conduta, a modos de pensar, de reagir, e de se afetar e a comportamentos patológicos (MILLECCO, 2001).

A música como ato criativo, a musicoterapia como ferramenta de expressão e de apropriação de conteúdos subjetivos e o canto como elemento estruturante para o ser humano constituem recursos em nível de linguagem a produzir nos sujeitos modos de resistência ante a formas de dominação. “O ato criador é um ato de ruptura, de mergulho no caos em busca de uma forma. Criar é um ato individual e coletivo [...] O coletivo gesta a ideia e o artista parteja a obra” (MILLECCO et al, 2001, p.4).

4.2 A resistência dos índios Ava-canoeiros expressa na canção: outra analogia

Canoa canoa desce
 No meio do rio Araguaia desce
 No meio da noite alta da floresta
 Levando a solidão e a coragem
 Dos homens que são
 Ava avacanoê
 Ava avacanoê

Fernando Brant / Nelson Angelo

O rio Araguaia nasce nos altiplanos que dividem dois estados brasileiros e traça seu curso, ampliando suas águas para mais outros dois estados. Em seu trajeto ele recebe outras águas, outros rios, encontra uma imensa ilha, encontra o cerrado, a mata densa da floresta amazônica e os alagados pantaneiros.

Os índios Avá-canoeiros são um povo tupi guarani que ocupava áreas dos estados de Goiás e parte do Tocantins. No passado, foram 5 mil. Hoje, não passam de 20 pessoas que vivem na Ilha do Bananal, nas áreas do Parque Indígena e no Parque Nacional do Araguaia. São vítimas do genocídio de quinhentos anos de história do Brasil, marcada por massacres, que resultou em quase extinção de sua etnia. São exímios pescadores e têm esse nome pela grande habilidade com que conduzem suas canoas pelo Araguaia.

O rio Araguaia tem sua nascente na divisa dos estados de Goiás e de Mato Grosso. Compreende a maior bacia hidrográfica do Centro-Oeste, e estende-se por 2.114 quilômetros, delimitando com a maior ilha fluvial do mundo, a Ilha do Bananal, onde se localizam o Parque Nacional do Araguaia e o Parque Indígena do Araguaia. Araguaia procede do termo arauay quer dizer um tipo de maracanã, ave em processo de extinção, ou ainda, rio do esconderijo dos papagaios

A canção de Brant e Angelo³⁶ tem uma tonalidade indefinida caracterizada por um cromatismo e por uma condução de baixo fortemente marcada, impondo um ritmo que remete à força e ao fluxo do movimento de remar, conforme diz a letra: “avacanoeiro prefere remar”. Parece sugerir o fluir da canoa rasgando o rio.

Inicia com alguns pios remetendo à cultura indígena. Apresenta uma repetição de alturas, como quando repete as palavras – “canoa, canoa desce... rio Araguaia desce” – numa insistência do motivo da canção, a célula que se repete continuamente. Sugere a persistência do povo homenageado na letra. Traz no tema um trítone – “no meio do rio” – que é um intervalo de três tons, uma dissonância que impõe uma tensão que impacta a percepção sem resolução e sem repouso. O texto também contribui com a noção de

³⁶Milton Nascimento. Canoa, Canoa. In: Clube da Esquina 2. EMI- Odeon, 1978.

atravessamento e embate quando os compositores utilizam o termo “no meio do”, a produzir movimento de transpor o rio.

A composição apresenta uma densidade crescente que se expressa no início com um *piano* pianíssimo³⁷, seguida de outros *pianos*, da voz e da harmonia, e de um coro, para desembocar no refrão em que são citados os nomes dos peixes, depois gritados cada nome. A harmonia acompanha a melodia entoada apresentando mais timbres e o ritmo mais marcadamente enfático com a repetição da condução. Parece sugerir a força de um povo que resiste há quinhentos anos, em fugas e em rigoroso nomadismo. A letra informa que os índios avacanoeiros seguem “no meio da noite alta da floresta levando a solidão e a coragem dos homens que são Ava avacanoê”³⁸.

Outra analogia. Por vezes as palavras não bastam, tornam-se vazias, esvaziadas de sentido ou duras para exprimir afetos. A música penetra e cria sons quase palavras. Na musicoterapia o som, o silêncio, a música, a canção, o canto, a letra cantada, o improviso, o gesto, o gesto expressivo, o movimento, a expressão do movimento, um ruído, uma associação, dentre outros elementos são de extrema importância no processo terapêutico.

4.3 As oficinas terapêuticas

O trabalho de musicoterapia no CAPS geralmente se implementa através de oficinas. Dentre muitos objetivos e justificativas que se pode elencar, destaco dois. Primeiramente, se observa que a prática de musicoterapia no grupo potencializa a interação. A atividade musical coletiva propõe uma série de diálogos e repertórios: musical, verbal, da linguagem corporal, da comunicação subliminar através de gestos, do som, do movimento do corpo, do uso dos instrumentos, da escolha do instrumento e da interlocução em si. Todo esse repertório é passível de troca em múltiplos níveis de comunicação e interação e em infinitas nuances, tornando o processo extremamente rico.

O segundo motivo que considero justificar o investimento na forma oficina de musicoterapia é que a atividade amplia o sentido de produção. Na oficina é possível experimentar os instrumentos musicais e outras fontes sonoras, no corpo mesmo e fora dele. É possível ainda experimentar formas de comunicação menos invasivas, uma vez que a música media a dinâmica da interação e dissipa reações de alarme. Deste modo o usuário se apropria da experiência e pode acessá-la na interação com outros no cotidiano.

³⁷ Pianíssimo refere a uma dinâmica do som musical em que o compositor indica emissão suave, muito leve e quase inaudível.

³⁸ Povos indígenas do Brasil, 2012. site; Tribo Avacanoeiro, 2012. Curta metragem

É importante salientar que a oficina terapêutica remonta ou tem suas origens em atividades corretivas impostas àqueles considerados improdutivos, ociosos, num posicionamento moral atrelado a um modelo de assistência social e já no interior de uma ordem moderna orientada pelo capitalismo e pela tecnologia disciplinar de docilização dos corpos.

Um olhar apurado sobre a história denota como o mundo da loucura foi-se tornando o mundo da exclusão. [...] a partir de determinado período da Idade Média houve uma condenação burguesa ao ócio, de modo que qualquer forma de improdutividade, inclusive a loucura, era condenada. Assim, foram criadas casas correccionais as quais tinham por finalidade impedir a mendicância, a ociosidade e qualquer forma de comportamento humano considerado desordem social. Nestas casas havia uma imposição do trabalho aos ociosos. [...] o uso do trabalho e de outras atividades como modalidades terapêuticas não nasceram no território psiquiátrico, mas num território que pode ser associado ao da polícia ou da assistência social. (DIMENSTEIN, CEDRAZ, 2005, p. 302).

A relevância dessa análise se mostra útil em muitos aspectos, alguns pouco notados, como o termo “saúde mental” usado para qualificar, categorizar o que se pratica nos CAPS. Conforme exposto anteriormente a noção de saúde se dá sempre atrelada à experiência pessoal de cada sujeito, e à postura que ele assume diante da vida, das circunstâncias adversas e da doença. Ademais, o sentido de doença se apreende social, cultural e historicamente.

Desenvolver potencial criativo e autonomia em oficina terapêutica envolve uma atenção criteriosa e constante do profissional a fim de evitar cristalização da dinâmica e dos movimentos, hierarquização de papéis sociais e submissão ou outras formas de mortificação do eu, conforme visto anteriormente. Sob relações hierarquizadas não há possibilidade de desenvolvimento de processo criativo. “A produção de multiplicidade depende da qualidade das relações, e relações hierarquizadas, comumente verificadas no CAPS, dificilmente despertam a potência de uma expressão artística (instituinte) que provoque ressonâncias” (DIMENSTEIN, CEDRAZ, 2005, p. 318).

A apropriação da loucura pela psiquiatria e a devolução do “doente mental” ao ambiente social também consiste numa categoria sujeita à ordem capitalista, visto que o louco não tem representatividade social nem produz, senão loucura. Tais funcionamentos respondem em muitas instâncias a um dispositivo disciplinar. Nesse sentido, a institucionalização se dá na relação, subliminarmente. E não é possível nenhum processo de criatividade e autonomia do sujeito institucionalizado. A cultura, a arte e suas manifestações vão sendo retiradas com a captura de espaços de criação.

4.3.1 Uma música que vem da sala, que vem da espera... Contribuições da musicoterapia no dispositivo clínico sala de espera.

Quarta-feira, 04/08/2004, em meu terceiro dia no CAPS havia uma grande quantidade de pessoas na sala, aguardando pelo atendimento médico, e a enfermeira sugeriu que eu propusesse uma atividade. Assim começou uma oficina de musicoterapia. Inicialmente como uma atividade de sala de espera, operando na ansiedade gerada pela expectativa do atendimento médico, minimizando pensamentos mórbidos que frequentemente eram revelados na atividade, e favorecendo a interação, a comunicação e a capacidade de adaptação e tolerância ao ambiente e às situações. Caracterizava-se como uma atividade de sala de espera, sem, contudo, adentrar num fazer de Serviço Social.

Todas as quartas-feiras acontecia a sala de espera musical. Eu improvisava com um piano de uma única oitava³⁹, quase um brinquedo. Não havia outros instrumentos musicais, senão a voz e o pequeno piano. A sala era espaçosa, mas se tornava pequena porque a cada semana outras pessoas chegavam, agora para participar do encontro. Havia um encontro tácito que se estabelecia informalmente com cada um, de forma individual e singular, e de cada um com o grupo, coletivamente. Algumas pessoas chegavam, sentavam, e ao final da atividade simplesmente iam embora, sem palavra. Mas voltavam na semana seguinte.

Havia uma expectativa daqueles que já tinham participado que os trazia de volta, mesmo sem o agendamento médico ou qualquer marcação de atendimento para aquele dia. Chegavam cedo, bem antes do horário da atividade, que começava por volta das nove horas. Vinham de todo jeito: alguns ávidos da atividade, outros ansiosos por problemas pessoais, alguns excitados; outros apreensivos com a interação grupal, de forma que muitas vezes havia um burburinho na sala. O prazer da atividade era evidente na expressão do rosto, na postura do corpo, no comportamento, nas falas, mesmo para os que chegavam em crise.

A coordenação da atividade ficava comigo, mas por vezes, a enfermeira assumia o comando cantando com o grupo. Eu conduzia assim. Um certo afrouxamento nos papéis sociais, nas funções uniformizadas, na expectativa e na demanda pelo médico, pelo psicólogo, pelo enfermeiro. Como a atividade ocorresse na sala de estar, muitas vezes era difícil saber quem era o técnico, o profissional, o familiar ou o paciente.

³⁹Oitava corresponde à primeira nota seguinte às sete notas da escala musical, e que corresponde ao dobro da frequência da primeira nota.

Essa conduta trazia problemas, confusões e incômodos para algumas pessoas, poucas, que reclamavam: “o que acontece aqui?”, “que bagunça é essa?”. Nem sempre o som, musicalmente apreendido, era agradável. Com o passar do tempo, e à medida que as pessoas se apropriavam do espaço da sala de espera, subjetiva e objetivamente, elas se sentiam à vontade para compartilhar seus conteúdos internos, para chorar, para cantar alto ou de forma breve - porque sob condução e intervenção minha – relatar situações pessoais.

O administrador do CAPS absorvia as queixas, contornava situações, orientava pessoas, providenciava muitos recursos. Ele cedeu o pequeno piano ao CAPS para a atividade. Depois emprestou um violão que era como uma relíquia, pois que tinha o braço todo ornamentado em entalhes na madeira. Nunca combinamos acerca de sua participação na atividade. Era espontâneo. Ele participava no entorno da atividade, atento – ele é um senhor bem atento a tudo que se passa! – investido de sua função de administrador. Porém, havia um “para além do administrador” em muitos momentos no decorrer da atividade. Revelava uma dimensão outra, humana de troca pessoal, respeito e ética.

Com a enfermeira não era diferente. Ela era a co-terapeuta da atividade, mas não conversávamos sobre o fazer em si, sobre os pacientes presentes na atividade com maior frequência, senão nas reuniões e nas supervisões da equipe. Não planejávamos repertório musical, nem nenhum outro. A atividade acontecia na sala. Só! Acontecia no encontro, na troca de repertório musical. Cantava-se de tudo, sem a preocupação anterior quanto a saber a letra, ou saber cantar, ou de que o outro cantasse junto. Cantava-se junto, mesmo quando o outro não sabia a letra ou não cantava. O cantar junto se expressava na postura do corpo, na entrega desarmada à atividade.

O fato de a atividade ser essencialmente musical favorecia o movimento das pessoas de se sentirem atraídas e inibidas a participar, simultaneamente. Observei que havia uma exigência de alguns quanto a corresponder no operar em grupo musicalmente, ou seja, cantar bem, ter voz bonita, tocar um instrumento musical. Em alguns momentos eu observava um cochichar: “como que toca isso?”, ou o comentar sobre a voz da musicoterapeuta.

Esses movimentos paralelos ocorriam todo o tempo do encontro. A atividade não era engessada. As pessoas entravam, saíam, iam fumar na varanda, conversar lá fora e andar no jardim, tomar o chá ou a limonada de capim limão que a enfermeira providenciava de vez em quando.

Neste ponto, interrompo o relato, para efetuar algumas considerações relevantes.

Primeiramente, tomemos por observação a sala de espera. A sala de espera é um dispositivo clínico extremamente potente. É o momento que, antes mesmo do acolhimento ou de qualquer tipo de recepção o usuário está ‘em estado de natureza’⁴⁰, não reativo ou afastado de qualquer impressão resultante do contato com o serviço. Nesse momento é possível vê-lo em seus modos, gestos, no seu natural.

No contexto em debate, esse primeiro contato é exponencialmente frutífero, visto que o usuário é e sente-se de fato acolhido, pois que a música possibilita-lhe tratar seus conteúdos internos, sem que ele os tenha especificamente verbalizado. A música suscita conteúdos por vezes não conscientes, desencadeia lembranças, memórias apreendidas através da associação livre que flui do pensamento (MILLECCO, et al., 2001).

A música em forma de canção empresta palavras, sentidos, até sensações, traduzindo conteúdos e impressões inomináveis ou indizíveis ou sem possibilidade de qualificar. Muitas vezes são cantos falhos, falhas no ato de cantar ou trocas de palavras do texto da canção, ou ainda um fragmento que fica insistindo na memória, como um lapso que a música corrige; ou não, mas que apazigua conflitos e outros conteúdos.

A sala de espera qualifica a demanda do usuário, pois possibilita a ele organizar, atualizar e reposicionar sua necessidade, alterar seus critérios, e reexaminar sua experiência de adoecimento. No contato com outros usuários está simultaneamente exposto e protegido – porque em meio a muitos, visivelmente numa roda, falando ou cantando seus conteúdos, se expõe, porém ainda é um anônimo no rol de canções que transcorrem a atividade. Essa forma de estar em contato com outros e consigo mesmo ajuda o indivíduo a rever seus pontos de vista, seus valores e a ressignificar conteúdos. Não é incomum o usuário mesmo reorientar sua demanda.

Na sala de espera o profissional de saúde, utilizando de escuta qualificada, pode identificar, já nesse primeiro contato, as necessidades do usuário e o benefício ou o prejuízo de permanecer assistido na unidade. Constitui um espaço interativo, clínico, porém, não cristalizado, favorecendo que a interação se dê de forma diferente do espaço tradicional de consulta. Qualifica a espera em si, porquanto se reveste do próprio atendimento, é um atendimento. No caso em estudo, é um atendimento que caracterizava, inclusive, um processo de tratamento, uma vez que o usuário semanalmente retornava e era acompanhado em seu trabalho terapêutico. Após a atividade eu evoluía em prontuário.

⁴⁰ O termo é inapropriado! Equivale a *in natura*, expressão ainda pior, por remeter a coisas e não pessoas.

Um segundo ponto a debater é a clientela que vinha para a atividade. No primeiro dia tudo era novidade. Eu me apresentei, expliquei a proposta do encontro – nomeei “encontro”. A enfermeira também se apresentou, localizamos a situação e a condição do serviço – o CAPS tinha um ano apenas no território, um serviço relativamente novo. Passados alguns encontros, já se tinha usuário matriculado no CAPS, usuário de primeira vez, familiar, usuário que aguardava o encaminhamento ou outra avaliação. De modo que a atividade era aberta a quem chegasse, porém, atendendo de forma singular àqueles em tratamento, num dispositivo coletivo.

Há um terceiro ponto a destacar que é a abordagem musicoterápica. Havia um coletivo bastante heterogêneo que semanalmente trazia extenso e diversos conteúdos dentre repertórios musicais, temas, assuntos que os preocupavam ou que estavam em pauta na mídia, na novela. Outros discursos marcadamente pessoais, como o relato de uma experiência, do processo de adoecimento ou ainda a maneira como percebia a doença e o adoecer. Optei, assim, pela abordagem músico-verbal de Luiz Antônio Millecco. (MILLECCO, et al., 2001).

Por ser um agrupamento extremamente heterogêneo, as falas ‘vinham’ de todo ‘lugar’, ou seja, revelavam a visão do usuário, do familiar, do técnico que em algum momento participava da atividade, depois retornava à sua rotina. As falas eram genéricas, no sentido de não tratar de questões pessoais *stricto sensu*. Mesmo os relatos de experiências, não eram tratados como questões pessoais naquele espaço, naquele momento. A ferramenta utilizada era a técnica musicoterápica músico-verbal que favorecia a fluência dessa dinâmica discursiva – linguagem verbal, linguagem não verbal, imagens, ideias, associações, relatos, experiências, memórias, choros, sussurros, balbucios, muxoxos.

A técnica músico-verbal parte do princípio de que o organismo busca o equilíbrio funcional, a homeostase. O conceito de homeostase foi desenvolvido no início do século XX pelo médico fisiologista norte-americano, Walter Cannon (1871-1945), pesquisador da Universidade de Harvard. A homeostase⁴¹ consiste em complexos processos físicos, químicos e glandulares que agem sobre o organismo a fim de que este encontre o reequilíbrio interno diante de situações adversas, agressoras que convocam mecanismos de resposta que provocam o sistema nervoso autônomo a liberar neurotransmissores.

⁴¹ <http://www.medicinapsicossomatica.com.br/glossario/alostase.htm> Acesso em 24/06/2018 às 9:35.

Desse modo é possível à pessoa reagir, fugir, correr, gritar, enfim, responder à agressão (SOUSA et al., 2015)

Na técnica musicoterápica músico-verbal, o usuário era estimulado através de um diálogo inicial, de uma fala surgida no grupo ou de uma situação daquele momento especificamente, a um contato consigo mesmo, trazendo canções. Funcionava como um disparador de uma sequência de eventos que iriam se dar no encontro. A esse disparador iam se ligando outros elementos musicais e não musicais, como memórias, histórias, emoções que por meio de associação livre e no interior da interação iam sendo trazidas ao encontro. Através do canto era possível alcançar um afrouxamento das tensões, seguido de uma apropriação de cada um dos seus conteúdos internos – uma tomada de consciência – e algumas vezes, de uma ressignificação da experiência na atividade.

Vale ressaltar, que utilizo o termo “atividade” considerando que minha proposta com aquele trabalho não era caracterizar um processo terapêutico, que entendo implica num contrato, ainda que tácito, após entrevista inicial e objetivo traçado, num compromisso de atendimento regular, estabelecido um *setting* musicoterápico. Essa discussão gera importantes questionamentos, porém não pertinentes a este estudo.

Barcellos (1999) explicita “Etapas do Processo Musicoterápico” considerando que: “[...] qualquer processo terapêutico tem, para efeitos didáticos, etapas bem definidas que vão proporcionar ao terapeuta o conhecimento do paciente, vão possibilitar o processo propriamente dito e preparar terapeuta e paciente para a ‘separação’” (BARCELLOS, 1999, p. 9).

Deste modo, entendo que não seria possível propor um atendimento de musicoterapia naquelas condições, qual sejam: a porta de entrada do sistema de saúde, com todas as implicações que carrega em si mesma. A proposta era clara: uma atividade de musicoterapia na sala de espera de um dispositivo público de saúde mental.

Tal característica, que poderia ser tomada como um detalhe sem importância, revestia-se de crucial relevância, visto que a ressignificação de conteúdos internos possível a alguns usuários presentes na atividade se dava no mesmo dia. Mas esse efeito não se dá corriqueiramente. Não era previsível quem estaria presente no próximo encontro. Cada encontro era único! De maneira que era aconselhável que eu estivesse na atividade integralmente e ética, manejando e contornando situações que pudessem se tornar excessivas, por vezes, efetuando um corte mesmo. De forma paliativa, eu sempre me disponibilizava ao término da atividade para conversar ou dar informações.

A atividade de sala de espera esteve em funcionamento de agosto de 2004 até o início de 2005. Alterações foram-se dando a partir de observações e análises da Supervisão Institucional, que entendia que a atividade musical de sala de espera esvaziava o atendimento médico. A supervisora passou a solicitar que o encontro se desse exclusivamente como uma atividade relaxante-estimulante. Recordo que a médica que efetuava os atendimentos naquele dia, comentava nas reuniões de supervisão que para alguns usuários a atividade de sala de espera preparava o atendimento médico que se dava muito produtivo.

No momento seguinte houve a saída da enfermeira que estabeleceu outra parceria com a terapeuta ocupacional. Em seguida, se deu a alteração do dia do atendimento médico e a sala de espera se esvaziou. Os integrantes assíduos da atividade passaram a se encontrar comigo na varanda. Mas... essa é outra história.

4.4 Cultura, identidade e memória na música que vem da sala...

Participar da sala de espera musical, do encontro, da atividade terapêutica, cultural, lúdica, de grupo, que envolvia trocas de repertórios muitos. Chegar, encontrar um lugar na roda, observar a movimentação das pessoas, a tv ligada. Logo chega a enfermeira. E a musicoterapeuta. A tv é desligada, e começa... uma brincadeira? Um jogo de música? Um jogo de memória?

As músicas vêm, vão sendo trazidas quase sem querer. E junto com elas fragmentos de histórias, sensações e sentimentos, de dor, luto, tensão ou aprisionamento, depois vem um afrouxamento das tensões, um canto, outro canto, uma sensação de alívio, um relaxamento. Alguém conta uma história, alguns ficam em silêncio.

Um sentido de pertencimento, vem uma canção na memória, essa eu sei de cor...

A cultura, a identidade e a memória são construções sociais. Desta forma, envolvem elementos compartilhados como hábitos, pensamentos, ideias e gostos que informam acerca de condições da existência desses sujeitos sociais, e influenciam na qualidade de vida desses indivíduos. Depreendem, assim, uma relação intrínseca entre si, ou seja, a cultura a promover marcas de identidade ou padrões de identificação, a memória a contribuir com a significação e ressignificação de acontecimentos, de lugares e de indivíduos na interlocução com aspectos culturais.

Enquanto construções discursivas, a cultura, a identidade e a memória assumem múltiplas formas de expressão. A sala de espera operava algumas destas formas como as narrativas e as canções, o choro e outras manifestações e favorecia o reconhecimento e a

liberação de conteúdos latentes de forma acolhedora e não invasiva. Nesse aspecto a música contribuía por sua característica polissêmica que admite a possibilidade de acessar múltiplos sentidos (BARCELLOS, SANTOS, 1996).

Construções discursivas são polifônicas, permitindo, assim, que diversas vozes se expressem, por vezes, simultaneamente em outros momentos se manifestam através de longos e profundos silêncios, que refletem o esquecimento enquanto produção de memória (MORAES, 2000), produzindo novas tensões e sínteses.

A sala de espera tornava possível compartilhar memórias, num momento em que a cultura se esvazia como um valor social e se industrializa, se faz mercadoria. Na troca com o grupo, ainda que de forma difusa, a memória se revitaliza, perde o sentido de passado e se faz construção do presente e potência num ambiente dominado por uma realidade de violência.

Considerações Finais

Inicialmente, é preciso considerar que o percurso da pesquisa foi trazendo à luz um aspecto não cogitado quando de sua proposição. O estudo fez aparecer a mudança de perfil do profissional de saúde do Sistema Único de Saúde, problema que não me foi possível focar e levantar dados. De modo que efetuo considerações que entendo interferem no problema da pesquisa, sem, contudo, formular nenhum problema novo ou apresentar dados quanto ao efetivo do SUS. Entendo que a observação contribui com a prática e quanto a consistir em problema para futuras pesquisas.

O profissional do SUS hoje atua formado, conformado ou influenciado pela lógica do mercado. Ele geralmente desconhece, não reconhece ou esquece o SUS como política pública, e formula seu discurso cotidiano atravessado por duas lógicas: o atendimento de caráter público estatal e a lógica mercadológica. Os contatos que tive – informalmente e como profissional do sistema (não francamente como pesquisadora, conforme já informado) mostravam um profissional insatisfeito, submetido à lógica privada, muitas vezes sem a exata noção do contexto neoliberal que se justapõe e justifica muitas ações gerenciais do sistema quanto à assistência.

Esse é outro ponto. O sistema é fragmentado em diversas instâncias. O SUS se mostra com várias facetas e com algumas incoerências. Ponderando ainda sobre o profissional do SUS, e considerando as incoerências, vê-se que o servidor municipal que atua no SUS tem plano privado de saúde oferecido pelo gestor, o mesmo que gerencia o SUS em sua esfera municipal. O profissional contratado pelas OSs não tem plano de saúde. Não irei me deter nesse aspecto porque é um atravessamento e não corresponde ao foco da pesquisa, consistindo, portanto, em material para pesquisa posterior.

Entendo que há um discurso nessas duas condições. Discurso esse que implica num posicionamento diverso e atípico ante o usuário do sistema, afetando-o diretamente. Afirmo de um posicionamento diverso porque o agente público de saúde servidor e o agente público terceirizado irão responder às ações cotidianas de forma distinta. O agente concursado, com vínculo protegido, tem plano privado de saúde. O agente público precarizado, sem estabilidade, não tem plano oferecido pela OS. Em geral, ele mesmo custeia um plano de saúde para si ou efetua atendimento no sistema de saúde. Tais condições, de um e de outro, ressignificam o sistema para esses agentes e, em diferentes níveis, consideradas inúmeras peculiaridades, dirigem suas ações no cotidiano e impactam o usuário dos equipamentos públicos de saúde.

Atípico porque há nessa conduta da gestão um discurso de menos valia do sistema que produz desconforto e mal-estar dentre seus agentes de saúde e, conseqüentemente, insegurança e ansiedade em seus usuários.

A gestão do sistema informa nesse discurso e no modo como operacionaliza e distribui seus equipamentos que aqueles que podem pagar por uma consulta ou por um plano de saúde, é melhor que paguem. Assim, os que afluem às unidades públicas de saúde são aqueles que não têm como arcar com suas necessidades quanto à assistência e cuidados em saúde.

A legislação, a Constituição Federal e a LOS afirmam explicitamente um acesso universal com integralidade da assistência. Essa ambigüidade gera mais mal-estar, insegurança, ansiedade e desconforto. É atípico, bizarro e estranho um sistema de saúde que produz e/ou cronifica patologias.

Tal discurso gerencial já seria muito grave se posto em análise de que modo o profissional o recebe e de como reage. Conduz à necessidade de compreender o que pensa o profissional que utiliza serviços privados de saúde complementar e atua no sistema público de saúde. E ainda, por que não utiliza o serviço público e de que modo se posiciona no sistema, já que atua neste. São problemas para novas pesquisas.

A questão do compromisso e do posicionamento do profissional do SUS surge mais claramente quando me debruço sobre a relação profissional-usuário e no decorrer deste estudo foram se colocando algumas falas de cunho preconceituoso quanto ao usuário: “pra quem é tá bom!”, “que patrimônio? Eles não têm patrimônio”, “abriu a porteira”. São exemplos que indicam um profissional já viciado desestimulado.

Nos movimentos da greve essa visão deturpada do SUS se mostrou aparentemente positiva. Foram inúmeras falas dizendo de: “Não tira a saúde da favela!”, que demonstra uma valorização do sistema e de sua relevância; e também um não entendimento do que é o SUS. Nos cartazes, nos discursos, nas falas, o pedido era de não acabar com a saúde da favela, num reducionismo que propaga uma imagem do SUS que contradiz seus princípios e diretrizes de sistema universal, acessível e integral.

Há nesse discurso uma delimitação pela linguagem, e conseqüentemente pelo pensamento de um sistema de assistência, de prestação e cuidados em saúde. Todas as demais ações do SUS tornam-se outro objeto, outro assunto, “outra coisa”, apartadas e em nada referentes ao SUS. Essa visão fracionada do sistema dificulta a percepção integral do mesmo, tornando invisíveis as ações eficazes nos diversos setores.

De forma conclusiva, essa fala se mostra como consequência das reduções concretas que o sistema sofreu nesses anos de funcionamento: perdas quanto a financiamento, quanto aos seus agentes, quanto à consolidação de suas bases.

As perdas quanto ao financiamento se deram desde a implantação do sistema, conforme vimos neste estudo, fruto de ferrenhos embates políticos que se mantém, inclusive em nível dos discursos midiáticos, de setores interessados em que se acredite que o sistema é inadequado, inábil e inútil. Dessa forma se paralisa ou mitiga o controle social e o sistema fica vulnerável.

A privatização de seu efetivo e a ausência de concursos públicos que têm relação direta com a qualificação de OSs à prestação da assistência, promoveu a evasão de profissionais, a desvalorização do agente servidor público, a morte do antigo anseio por planos de carreira, a queda abissal das remunerações, uma rotatividade imensa de profissionais que beira à irresponsabilidade quanto a longitudinalidade e a lógica mercadológica arraigada nas ações de saúde.

A inexistência de fomento em qualificação de recursos humanos, em desenvolvimento profissional e em educação permanente é o usual. Mesmo os fóruns que foram apresentados nesse estudo no primeiro capítulo, eles foram destituídos, desorganizados porque a lógica vigente é mercadológica.

A lógica de mercado comprometeu o acesso universal e integral ao sistema, caracterizado agora por uma regulação de vagas para procedimentos complexos que não atende à demanda e impõe filas ao usuário – agora filas virtuais –, sob o discurso de que o investimento é em prevenção e profilaxia, é a promoção de saúde com academias abertas à população, mas “esquecendo” que o vazio sanitário, os valões, os lixões, as facções que lá se infiltram, a violência como prática do cotidiano estão do lado de fora, no entorno do equipamento de saúde. Esse é um discurso outro que produz sujeitos em estado de “menoridade” (KANT, 1974), alijados da cidade, destituídos de sua liberdade, de sua autonomia e crítica.

Retomando as considerações de Santos (2006) tem-se na supervalorização do aparato técnico/tecnológico uma forma de se apropriar de espaços, de ideias, de pensamentos, de formas de circular, de ocupar, de habitar e de agir. É nesse propósito que se faz a escolha de um determinado tipo de prestação de serviço, de unidade, de instalação, em detrimento de outro. Dialogando com Foucault tem-se ambientes como dispositivos, formas de enunciação, discursos a produzir modos de subjetivação.

Ambientes estabelecem representações, significações e discursividade espacial. A apropriação do espaço produz territórios, territorialidades, perfis territoriais e conformações a esses espaços. Não é sem consequências promover espaços de convivência, de tratamento, de sociabilidade, de trabalho, tudo no mesmo lugar, sem acesso à cidade, numa exclusão socioespacial. É a privatização da cidade-mercadoria.

As territorialidades que disputam e se afirmam na constituição do território implicam na apropriação e na responsabilização de cada ator envolvido, uma vez que a construção do território se dá sob bases pactuais.

Estive refletindo acerca dos discursos praticados no interior das unidades de saúde. Parece-me que não estamos suficientemente atentos ou críticos quanto ao que se produz em ato nos atendimentos, nos procedimentos, na forma como nos movimentamos para exercer nosso mandato de produção, prevenção e cuidados em saúde. Parece-me que as tecnologias leves vêm perdendo espaço e importância ante as tecnologias duras e a todo aparato tecnológico, que é importante e imprescindível, mas não substitui o profissional humano diante de outro humano usuário necessitando de cuidados.

Além disso, o modelo vigente opera uma lógica médica neoliberalista na qual a ação do profissional médico é assimilada como hegemônica, diferenciada dos demais profissionais não médicos da equipe, o que torna secundárias e relevantes as demais ações em saúde, bem como as práticas não médicas e a dimensão de cuidado.

Esse manejo tem comprometido a relação usuário-profissional de saúde, comprometendo todo o projeto de tratamento, visto que se desloca o foco da lógica de cuidado para o tratar de redimir sintomas, prescrever medicamentos, manter o usuário calmo e sedado, fazer calar sua agitação e sua pessoa – aquele ser que reivindica, que insurge, que denuncia, que incomoda. São práticas ortopédicas que produzem outros modos de subjetivar-se, tanto usuários, quanto profissionais.

Também aqui me vi questionando as múltiplas formas em que a clínica se mostra política. Muitas vezes, em meio às instabilidades da política de saúde que afetavam crucialmente o cotidiano do CAPS, testemunhei um usuário querelante que trazia constantemente problemas para a equipe, assumir o protagonismo e dizer em nome da equipe, dos usuários, da comunidade CAPS. A Saúde Mental tem suas especificidades!

Mas a clínica é política! – nos agenciamentos que se propõe, no investimento nesse protagonismo; não para uma circulação no CAPS, na Clínica da Família em qualquer outro ambiente de saúde; mas na vida, a produzir vida, a recriar cotidianos, a promover resistências.

Nessa direção, Deleuze e Guattari teriam importantes contribuições que nos ajudassem a um viver criativo, com sua visão de territórios a desterritorializar, a retorritorializar em desterritorializar, num mundo constituído de muitos platôs e em linhas de fuga a favorecer novos modos de existência.

No tocante ao sistema público de saúde, o SUS é uma política pública de amplo alcance, a maior política pública do Brasil. Carrega no nome a mais desafiadora de suas características: ser único. O SUS é único enquanto política. Nenhuma política pública, norma ou lei alcança e afeta tantas pessoas e realidades quanto o sistema de saúde, porque integra todos os brasileiros de qualquer nível ou formação escolar, social, profissional, de qualquer lugar, de qualquer orientação ou condição.

O SUS tem sua origem no âmago da Reforma Sanitária, já ampliando o conceito de saúde e inculcando a noção de cidadania, propondo uma reforma de Estado. Ao implantar um sistema único de saúde com tais características em meio a um deserto sanitário e a crescentes demandas típicas de um país periférico e com baixa noção de cidadania, o setor saúde assimilou e tomou para si a tarefa reformista, conforme visto anteriormente.

Nenhuma outra política pública em nenhum outro setor da sociedade brasileira propôs-se empreitada de tal monta. Talvez essa condição explique porque a população pobre e atendida pelos equipamentos do SUS se dirige aos serviços e a seus agentes como se o Estado fosse em sua totalidade, inclusive com demandas estranhas à saúde.

O SUS é único como sistema de saúde, considerando que não há política semelhante com acesso universal, sem contrapartida e com atendimento integral em nenhum país do mundo, desenvolvido ou subdesenvolvido. Tal condição traz em si mesma um desafio, visto que não há experiência similar com que dialogar.

Observar e mapear os fluxos e os fixos no território objetivo de Campo Grande e na cidade do Rio, na intercessão com o território da saúde fornece-nos as informações necessárias para concluir que os equipamentos de assistência do SUS se proliferam nas zonas de baixa renda.

Ora, nem sequer se oferta serviço público de saúde a outras camadas da população. Logo, conclui-se que a ineficácia do sistema gera consumidores do SUS, não exatamente usuários, visto que tal dicotomia também aparece em alguma parcela dentre os usuários do SUS que têm plano de saúde para procedimentos usuais e afluem para o SUS quando necessitam de um procedimento complexo e caro. Conforme exposto anteriormente, o mercado é financiado pelo SUS através da saúde suplementar que oferta a cesta básica, e

não autoriza procedimentos complexos a seus clientes. A agência reguladora estatal não impõe contrapartida ou consequência a este tipo de conduta do setor privado.

Depreende-se ainda que a ineficácia do sistema tem relação com uma biopolítica, que se reveste de um racismo de Estado a comprometer um efetivo hipossuficiente da população, em detrimento de interesses corporativistas.

Outra questão relevante diz respeito à gestão da coisa pública. O programa Saúde Presente era um programa de gestão. A cada gestão se aloca recursos públicos como aprouver ou for conveniente. Não há efetivamente uma prestação de contas do gestor público diante da população contribuinte. Prestação pública do gestor; não das equipes. Afinal, em última instância, é o chefe do Executivo que delibera, que baixa decretos, que modifica as vidas das pessoas e de seus cotidianos. Convênios e os contratos de gestão assumidos por uma gestão, são desconsiderados por outra, impondo nova direção de trabalho sem qualquer implicação com os recursos públicos malversados e desperdiçados.

Referências

- AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? **outra travessia**, Florianópolis, n. 5, p. 9-16, jan. 2005. Disponível em:
<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576/11743>>.
Acesso em: 21 junho 2018 às 11:32.
- ALVES, P.C., RABELO, M. C. **Antropologia da Saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Org. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. Disponível em:
<<https://play.google.com/books/reader?id=aXAUbAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt&pg=GBS.PA107.w.4.1.47>> Acesso em 10 junho 2018 às 12:25
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- BARCELLOS, L. R. **Musicoterapia**: Alguns escritos. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.
- _____. **Cadernos de Musicoterapia**, n.2. A Movimentação Musical em Musicoterapia: interações e intervenções. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
- _____. **Cadernos de musicoterapia**, n. 4. Etapas do processo musicoterápico ou para uma metodologia de musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.
- BARCELLOS, L. R; SANTOS, M A. A Natureza Polissêmica da Música e a Musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano I, no 1, 1996. Disponível em:<<http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/12/1-A-Natureza-Poliss%C3%AAmica-da-M%C3%BAsica-e-a-Musicoterapia.pdf>>
- BENENZON, R.O. **Manual de Musicoterapia**. Enelivros, 1985.
- _____. Teoria da musicoterapia. São Paulo: Summus, 1988.
- BRASIL. **Constituição**. (1988) Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 29 maio 2018, 04:46.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 86/2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Diário Oficial da União** de 18/03/2015. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm#art4>
Acesso em 20/07/2018 às 13:34.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 20/9/1990. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 29 maio 2018, 4:46.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** de 31/12/1990. Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em 29 maio 2018, 04:41.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva. Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. **Legislação de Saúde** Tiragem: 1.ª edição – 2007 – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf> Acesso em 10 maio 2018, 03:45

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: **CONASS**, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf> Acesso em 10 maio 2018, 04:05

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: **CONASS**, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf> Acesso em 10 maio 2018, 02:30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Legislação em Saúde**. Coordenação-Geral de Documentação e Informação Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 28/04/2018 às 04:33

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em 19/07/2018 às 12:26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. **Normas e Manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf> Acesso em 16/06/2018 às 18:07.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 545/93, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União** de 20/05/1993. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html> Acesso em 10 maio 2018, 05:55.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria GM/MS nº 2.203, de 05 de Novembro de 1996. **Diário Oficial da União** de 22/02/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>

Acesso em 28 janeiro 2018, 03:25.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006.

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União** de 22/02/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/pacto-pela-saude>

Acesso em 19/06/2018 às 17:15

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** de 30/12/2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>

Acesso em 19/06/2018 às 17:30.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas o que são, para que servem**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Brasília – Distrito Federal, 2004. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>> Acesso em 19/06/2018 às 17:05

BUSS, P. M., PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. In:

Physis: revista de saúde coletiva, v. 17, n. 1, p. 77-93,

2007. <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>> Acesso em 23/05/2018, 00:36

CAMPOS, G. W. S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde soc.** São Paulo, v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2901992000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abril 2018, 05:50.

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901992000200005>>.

CASTELO BRANCO, G., VEIGA-NETO, A. **Foucault**: filosofia & política. (org.). Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica. Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. **Homeostase/Alostase**. Disponível em:

<<http://www.medicinapsicossomatica.com.br/glossario/alostase.htm>> Acesso em

20/07/2018 às 18:23

CORIOLOANO, M. W. L. et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232010000500019&lng=en&nrm=iso>.

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500019>>. Acesso em 28/04/2018, 07:34

COSTA, E.A., ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 15-40. ISBN 978-85-7541-325-8. SciELO Books. <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-04.pdf>> Acesso em 22/04/2018.

DEBARY, O. **Políticas de Memória: Narrativas, esquecimentos e usos do passado**. In: Escola de Altos Estudos. Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. 2016, Rio de Janeiro.

DIMENSTEIN, M. CEDRAZ, A. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? In: **Revista Mal-estar e Subjetividade**. V. 2. Fortaleza. Set.2005, p. 300-327.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In: **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. Aula inaugural no Collège de France. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 1999.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **História da Sexualidade 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2015.

_____. **O governo de si e dos outros: curso no Collège de France (1982-1983)**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

_____. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FURTADO, R. N. A atualidade como questão: ontologia do presente em Michel Foucault. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 144-156, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302015000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 maio 2018, 9:20.

- GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- GONDAR, J. O esquecimento como crise do social. In: WEHLING, A., [et al.]. **Memória Social e documento: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro, 1997.
- GUATTARI, F. ROLNYK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996
- HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 1990.
- HARVEY, D. **Cidades Rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.
- KANT, I. Resposta à pergunta: Que é esclarecimento? In: **Textos Seletos**. Petrópolis: Vozes, 1974. Disponível em:
<<https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2014/03/kant-textos-seletos-bilingue.pdf>> Acesso em 27/05/2018, 15:14.
- LAPS Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
<<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/61>> Acesso em 19/06/2018 às 16:38
- MORAES, N. A. Memória e Mundialização: Algumas Considerações. In: LEMOS, M. T. T. B. e MORAES, N. **Memória e Construções de Identidade**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2000.
- MEHRY, E. E. A mutilação da Lei Orgânica da Saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. **Saúde em Debate**, (30):8-9,1990. <
http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.30+-dez.+1990&pesq=a+mutila%E7%E3o+da+Lei+Organica+da+saude&x=58&y=6>
Acesso em 28 janeiro 2018, 02:57.
- _____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Digital Repository**, University of New Mexico, 2008.
http://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/140 Acesso em 28 janeiro 2018, 01:05.
- _____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 janeiro 2018.
- _____. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.

_____. Universalidade, equidade e acesso sim. Mas, não bastam. Palestra em Campinas, março de 1995. Disponível em:
< <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>. > Acesso em 28 janeiro 2018, 04:37.

MERHY E. E., FRANCO T.B. Trabalho em saúde. In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio** org. Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de trabalho observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPJV, 2006. Disponível em: <
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf>> Acesso em 28 janeiro 2018, 2:47

MILLECCO, L. A. BRANDÃO, M., MILLECCO, R. **É Preciso Cantar:** Musicoterapia, Cantos e Canções. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Brasília: **Centro de Documentação do Ministério da Saúde**, 1987. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_fi nal.pdf> Acesso em 28 janeiro 2018, 00:32.

MUSZKAT, M.; CORREIA, C.M.F. & CAMPOS, S.M. Música e Neurociências. In: **Rev. Neurociências**. Vol. 8, n. 2, p. 70-75, 2000. Disponível em:
<<https://www.meloteca.com/musicoterapia2014/musica-e-neurociencias.pdf>> Acesso em 20 mar 2018, 23:40.

NASCIMENTO, M. **Clube da Esquina 2** Emi-Odeon, 1978. 1 disco sonoro.

OBSERVATÓRIO DE TECNOLOGIA EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE – OTICS. Clínica da Família, Projeto Arquitetônico. 1 imagem. Disponível em: <
<http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/clinicasdafamilia/projeto-arquitetonico/projeto-arquitetonico>> Acesso em 20/07/2018 às 20:05

OCKÉ-REIS, C.O. **SUS: O desafio de ser único**. [online] Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. <
<https://pensesus.fiocruz.br/entrevista-carlos-oct%C3%A1vio-ock%C3%A9-reis-destaca-que-sa%C3%BAde-n%C3%A3o-rima-com-lucro>>

ONOCKO CAMPOS, R. T, FERRER A. L., GAMA C. A. P., CAMPOS, G. W. S., TRAPÉ, T. L., DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. In: **Saúde Debate**. Vol. 38, n. especial, p. 252-264, 2014.
<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>> Acesso em 09/05/2018, 01:25

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em:
<<https://play.google.com/books/reader?id=0hP0AgAAQBAJ&pg=GBS.PP1.w.0.0.0.3>>

_____. **O que é o SUS?** [online] Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009
<<https://play.google.com/books/reader?id=5unrAgAAQBAJ&pg=GBS.PA2.w.0.0.0.3>>

_____. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 maio 2018.

PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Orgs. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PIMENTEL, A. F., BARBOSA, R. M., CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 741-754. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300010&lng=en&nrm=iso> Acesso em 22 junho 2018.

RIO DE JANEIRO. Lei 5.026 de 20/05/2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Poder Executivo. **Diário Oficial do Rio de Janeiro** de 20/05/2009. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf> Acesso em: 19/07/2018 às 13:23.

RIO DE JANEIRO. **Orientações para as Reformas/Adequações da Unidades Básicas de Saúde** (Centros Municipais de Saúde) da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Equipe de Implantação das Clínicas da Família. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2761838/DLFE-246204.pdf/1.0>> Acesso em 18/02/2018 às 05:28.

RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Saúde 2013-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf Acesso em: 22/10/2017 às 16:30.

ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Org.) Suely Rozenfeld. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, Sept. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-5902008000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2018. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007>> Acesso em 24 maio 2018, 19:57.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006

_____. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: Humanismo, Ciência e Tecnologia HUCITEC Ltda., 1993

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, Dec. 2001. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>> <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>> Acesso em 28 abril 2018, 3:56

SILVEIRA, C.; GOLDBERG, A. Apresentação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 257-261, Junho 2017. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200257&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Junho 2018, 12:15. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0060>

SILVEIRA, F.A. Michel Foucault e a construção discursiva do corpo do sujeito moderno e sua relação com a psicologia. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 733-742, Dec. 2008. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400011&lng=en&nrm=iso>. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000400011>>. Acesso em 27/05/2018, 13:57.

SOMEKH, B., LEWIN, C. **Teoria e métodos de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2015.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, Mar 2016. <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>>. Acesso em 24 maio 2018, 20:16 <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>>

SOUSA, M. B. C. de, SILVA, H. P. A., & GALVÃO-COELHO, N. L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. **Estudos de Psicologia**, 20(1), 1-10, 2015.

SOUZA, C. E. **A evolução econômica e populacional de Campo Grande - Século XX**. Rio de Janeiro: Edital, 2015.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**. A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002 <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf> Acesso em 05/05/2018, 23:19

TEMPLE, G. C. Aufklärung e a Crítica kantiana no pensamento de Foucault. **Caderno de Ética e Filosofia Política**, 2009, 14: 225-246. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cefp/article/view/83328/86352>> Acesso em 17/05/2018, 08:43

UNICEF - Brasil – 1979. Cuidados Primários - Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Publicado originalmente pela **Organização Mundial de Saúde - OMS** em 1978 sob o título "Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Alma-Ata - URSS, 6 to 12 September 1978" - Copyright: 1978 The World Health Organization. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=21DE38384D2299F293136A845FBB5216?sequence=5 Acesso em 15/05/2018, 01:59.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R.. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3311998000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2018. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311998000200002>>. Acesso em 24/05/2018, 20:20

WISNIK, J. M. **O som e o sentido**: uma outra história das músicas. São Paulo: Cia das Letras, 2017.

AUDIOVISUAIS / FILMES / VÍDEOS

DONA Cristina perdeu a memória. Direção: Ana Luiza Figueiredo. Roteiro: Ana Luiza Azevedo, Jorge Furtado, Rosângela Cortinhas. Trilha original: Gustavo Finkler. Elenco: Lissy Brock, Pedro Tergolina. Edição: Giba Assis Brasil. Direção de Arte: Fiapo Barth. Fotografia: Alex Sernambi. Casa de Cinema PoA. Produção: Synapse. Brasil, RS, 2002, 35mm – 13 minutos. <<https://www.youtube.com/watch?v=3ZTnC9pcC3U>> Acesso em 01/07/2018 às 15:45.

ENCONTRO com Milton Santos ou O Mundo Global Visto do Lado de Cá. Direção: Silvio Tendler. Roteiro: Claudio Bojunga, Silvio Tendler, André Alvarenga, Miguel Lindenberg, Ecatherina Brasileiro e Daniel Tendler. Concepção Musical: Caique Botkai. Assistência de Produção, Direção e Pesquisa: André Alvarenga, Miguel Lindenberg. Produção: Ana Rosa Tendler. Montagem: Bernardo Pimenta. Documentário. Narração: Fernanda Montenegro, Beth Goulart, Milton Gonçalves. Brasil, Caliban Produções Cinematográficas, 2006 – 90 minutos. <<https://www.youtube.com/watch?v=0nom9LyCH3g>> Acesso em 22/04/2018 às 11:03.

OFICINA: Conversando sobre territorialização. Território: espaço de produção de sujeitos. Daniele Sacardo. Departamento de Saúde Coletiva FCM/UNICAMP. Campinas:2014. 39:01 min. <<https://www.youtube.com/watch?v=ZKitjoKrut4&t=495s>> Acesso em 23/04/2018, 20:25

OITAVA: a conferência que auscultou o Brasil. ENSP FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 2016. 26:13 min. <<https://www.youtube.com/watch?v=zZAHdF0fNps>> Acesso em 22/04/2018 às 12:54

POVOS Indígenas no Brasil. Portal do Instituto Socioambiental. Coordenação Geral: Fany Pantaleoni Ricardo. 2012. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Av%C3%A1-Canoero>> Acesso em 07/07/2018 às 11:40.

THE TRUMAN Show. O Show de Truman. Direção: Peter Weir. Roteiro: Andrew Niccol. Música: Philip Glass e Burkhart von Dallwitz. Elenco: Jim Carrey, Ed Harris, Laura Linney, Natascha McElhone, Paul Giamatti. Edição: William M. Anderson e Lee Smith. Efeitos especiais: The Computer Film Company / Cinesite Hollywood / EDS

Digital Studios. Produção: Edward S. Feldman, Andrew Niccol, Scott Rudin e Adam Schroeder. EUA, Paramount Pictures, 1998 – 103 minutos.

TRIBO Ava-canoeiro: a história de um “povo invisível” nas matas do país. Direção: Bernardo Palmeiro. Documentário. Curta metragem. TVNBR, 2012 – 20:23 minutos. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=T9hSRn2UuF4>> Acesso em 07/07/2018 às 11:40.