

Fernando Augusto Groh de Castro Moura

**DO MANICÔMIO À ASSOCIAÇÃO:  
UMA ETNOGRAFIA DE UMA ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS E  
USUÁRIAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE  
FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de graduação em  
Ciências Sociais da Universidade  
Federal de Santa Catarina, como  
requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Ciências Sociais.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Weidner  
Maluf

Florianópolis – SC  
2013



Fernando Augusto Groh de Castro Moura

**DO MANICÔMIO À ASSOCIAÇÃO:  
UMA ETNOGRAFIA DE UMA ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS E  
USUÁRIAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE  
FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais, aprovado em sua forma final pelo curso de graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 25 de fevereiro de 2013.

---

Prof. Dr. Tiago Bahia Losso  
Coordenador do Curso de Ciências Sociais

**Banca Examinadora:**

---

Profª. Drª. Sônia Weidner Maluf (Orientadora)  
Departamento de Antropologia, UFSC

---

Profª. Drª. Márcia Grisotti  
Departamento de Sociologia Política, UFSC

---

Profª. Drª. Eliana Elisabeth Diehl  
Departamento de Ciências Farmacêuticas, UFSC



Dedico este trabalho à Helena e Valdez, cujo amor incondicional transcende as mais belas palavras de gratidão que alguém sequer imaginou.



## AGRADECIMENTOS

Ao grande Pai de Amor e Luz, pela oportunidade em seguir aprendendo nesta maravilhosa escola da Vida.

À Sônia Weidner Maluf, por todo o apoio, confiança e por ter aceitado ser minha orientadora, algo que desempenhou de maneira louvável. Além da gratidão, meu sincero respeito e admiração por uma pessoa faz seu trabalho com muito amor, fazendo de sua erudição e sensibilidade algo que estimula seus alunos a seguirem firmes e seguros pelas veredas acadêmicas.

Às professoras e professores da banca de qualificação e de avaliação do TCC, pelas interessantes e sugestivas contribuições e pela disponibilidade em participar e compartilhar deste processo tão importante para mim.

Aos tantos colegas de faculdade, pelas vivências e aprendizados em nossa caminhada pelo curso de Ciências Sociais. Não me arriscarei em mencionar nomes, com o receio de cometer injustiças. Agradeço desde os colegas adolescentes, aos jovens, aos pais e mães de família e a tantos outros que muito me ensinaram em meio a tanta diversidade.

A todos os funcionários da UFSC, tanto os servidores administrativos quanto o pessoal da limpeza e da vigilância. Meu respeito e reconhecimento por cada gota de suor e esforços burocráticos que mantém a universidade, com todos os seus defeitos, de pé. À Rose, por aguentar com apreciável paciência e atenção minhas inúmeras idas à Secretaria, sempre disposta a me ajudar com muito profissionalismo e alegria.

A todo o corpo docente do curso de graduação em Ciências Sociais da UFSC com quem tive contato, cuja diversidade de abordagens e didáticas muito contribuiu para a minha formação de Bacharel. Em especial, à professora Antonella Maria Imperatriz Tassinari pela confiança em orientar minha primeira Iniciação Científica, na qual a antropologia “me pegou”, bem como aos demais integrantes do NEPI.

Aos amigos e amigas da associação, por terem me recebido de maneira tão atenciosa e proporcionarem uma oportunidade extremamente importante em minha vida, não só acadêmica, mas, sobretudo, existencial. Que este trabalho possa ajudar a vocês assim como vocês ajudaram a mim.

Ao Coletivo PIRA, pelas portas abertas e pela boa vontade de todos seus integrantes em ajudarem nesta pesquisa e me deixarem participar das reuniões e discussões, que foram de grande importância

para a realização deste trabalho. Espero que este TCC ajude de alguma forma em suas lutas e reivindicações.

Ao Dr. Ricardo Bittencourt Nepomuceno (*in memorian*), a todos os funcionários e funcionárias da Clínica Saint-Germain e a todos os internos e internas que compartilharam comigo um momento não tão bom em minha vida. Agradeço por terem feito deste momento algo menos sofrido e que me proporcionou um imenso aprendizado.

Aos companheiros do time de futebol de campo da UFSC, por aguentarem meus berros e pontapés durante os treinamentos. Em especial ao treinador André Martins, por ter confiado em mim para ser o capitão do time vice-campeão catarinense universitário, demonstrando minha importância para o grupo e alimentando minha imperfeita vaidade.

Aos meus pais José Valdez e Helena, pela incansável disposição em ajudar de todas as maneiras possíveis e imagináveis não só a seus filhos, mas também àqueles que lhes estão próximos. Aos meus irmãos de sangue, José Henrique e Luiz Eduardo, pelo companheirismo e amizade que nos unem em laços que transcendem o tempo e a distância, variáveis ínfimas perto de meu amor incondicional por vocês.

À minha avó Herta e à minha tia-avó Margot, lindas irmãs cuja relação prova que o Amor tem várias facetas. À Tereza, uma das mulheres mais versáteis que conheço e que tá sempre “atrasada”. Meu agradecimento a vocês, mulheres tão especiais em minha vida, assim como às minhas cunhadas Renatinha e Lica, “as noras que toda mãe queria ter”.

À Rachel Pantalena Leal, pelo carinho e paciência com que me trata desde o primeiro momento que a vi. Amo você, obrigado por ser a mulher com quem durmo, acordo e também a mulher dos meus sonhos.

Ao Dr. Marcos, Moça, “Zezinhos”, ao pessoal do EECL e a todos aqueles que nas demais esferas existenciais me auxiliam a seguir em minha jornada, sempre com fé, amor e caridade como princípios fundamentais.

Ao Instituto Brasil Plural, pela concessão da bolsa de Iniciação Científica (IC) fomentada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), que muito me ajudou no processo de desenvolvimento desta pesquisa. À Sulane e, mais uma vez, à professora Sônia Weidner Maluf, pela agilidade e competência na implantação desta bolsa.

## Na ilha por vezes habitada

Na ilha por vezes habitada do que somos, há noites,  
manhãs e madrugadas em que não precisamos de  
morrer.

Então sabemos tudo do que foi e será.

O mundo aparece explicado definitivamente e entra  
em nós uma grande serenidade, e dizem-se as  
palavras que a significam.

Levantamos um punhado de terra e apertamo-la nas mãos.  
Com doçura.

Aí se contém toda a verdade suportável: o contorno, a  
vontade e os limites.

Podemos então dizer que somos livres, com a paz e o  
sorriso de quem se reconhece e viajou à roda do  
mundo infatigável, porque mordeu a alma até aos  
ossos dela.

Libertemos devagar a terra onde acontecem milagres  
como a água, a pedra e a raiz.

Cada um de nós é por enquanto a vida.  
Isso nos baste.

José Saramago



## RESUMO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa que teve por objetivo analisar etnograficamente as atribuições de sentido concernentes às práticas e discursos dos integrantes de uma associação de “usuários” e “usuárias” de serviços de saúde mental de Florianópolis, Santa Catarina. Para a pesquisa de campo, foram utilizados procedimentos qualitativos, próprios ao método de natureza etnográfica, a partir de observação participante nas reuniões da associação e de entrevistas e diálogos com os sujeitos. Para as reflexões neste trabalho, realizaram-se algumas discussões acerca de categorias como “loucura” e “doença mental”, bem como uma breve revisão histórica sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira, para em seguida ressaltar as tensões, ambiguidades e paradoxos que emergem nos interstícios das associações de “usuários” e “usuárias”. Se, por um lado, os princípios da reforma psiquiátrica brasileira assentam-se na ideia de “desinstitucionalização”, por outro lado, uma nova forma institucional é engendrada na busca da autonomia dos “usuários” e “usuárias” e os sujeitos cujas vozes eram, outrora, silenciadas ou apenas objeto de interpretação terapêutica, ocupam agora os cargos de Presidente, Vice-presidente e Secretário. Entre reivindicações e estigmas, foi possível perceber que o movimento que vai “do manicômio à associação” ora avança e ora retrocede, cujos significados transitam entre os ranços manicomial e a conquista de direitos, no qual a hegemonia da biomedicina tem um preponderante papel.

Palavras-chave: saúde mental, reforma psiquiátrica, associativismo.



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 15        |
| Inserção em campo e instrumentos de pesquisa.....                                    | 18        |
| Discussões éticas.....   | 22        |
| Estrutura do trabalho.....   | 24        |
| <br>   |           |
| <b>PRIMEIRO CAPÍTULO - LOUCURA É DOENÇA MENTAL? ..</b>                               | <b>25</b> |
| Dos leprosários aos hospícios .....  | 25        |
| Relativizando a aflição: o sofrimento e o “nervoso”.....                             | 28        |
| A reforma psiquiátrica no Brasil .....   | 30        |
| <br>   |           |
| <b>SEGUNDO CAPÍTULO – ENTRE ESTIGMAS E PROTESTOS.</b>                                | <b>39</b> |
| A Associação Saint-Germain: configurações e reivindicações .....                     | 42        |
| A “discriminação positiva” .....   | 47        |
| Sujeitos e Estigmas: o papel das hierarquias internas na busca por<br>autonomia..... | 49        |
| Militância e terapia: a legitimidade do sofrimento.....                              | 54        |
| Um possível diálogo.....   | 60        |
| <br>   |           |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>63</b> |
| <br>   |           |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....  | <b>65</b> |
| <br>   |           |
| <b>ANEXO I</b> .....   | <b>71</b> |



## INTRODUÇÃO

Certa vez, li uma pequena história que teria se passado na Grécia Antiga. Um conhecido havia se aproximado de Sócrates e dito: “*Sabe o que acabo de ouvir sobre um amigo seu?*”. O distinto filósofo o interrompeu, indagando: “*Antes de me falar qualquer coisa, vejamos se você consegue passar no ‘teste dos três filtros’.* O primeiro é o filtro da verdade. Você tem certeza de que o que vai me contar é verdade?”. “*Não, acabei de ouvir de outra pessoa*”, respondeu o homem. “*Bem, então não sabe se é verdade. Mas vamos ao segundo filtro, o da bondade. O que está prestes a me dizer sobre meu amigo é algo bom?*”. “*Não, pelo contrário, é bem ruim*”. “*Bom, então quer me contar algo ruim sobre alguém, sem nem saber se é verdade. Mas pode ser que você ainda passe no terceiro filtro, o da utilidade. O que você quer dizer é útil para mim?*”. “*Não, de fato, não é*”, admitiu o sujeito. Sócrates, então, concluiu: “*Ora, mas se não é verdadeiro, bom ou útil, para que me contar afinal?*”.

Esta pesquisa é vinculada ao projeto “Cuidados de si e políticas da vida: políticas públicas e experiências sociais no campo da saúde e cidadania no Brasil”, projeto este articulado à rede de pesquisa “Saúde: Práticas Locais, Experiências e Políticas Públicas”, financiada pelo Instituto Brasil Plural (IBP). No presente trabalho, voltarei meu olhar para as associações dos chamados “usuários” e “usuárias” dos serviços de “saúde mental”, organizações que existem por todo o país com as mais diversas configurações, distintas reivindicações e submetidas às mais variadas contingências<sup>1</sup>.

Se, de acordo com Clifford Geertz, “os antropólogos não estudam as aldeias (tribos, cidades, vizinhanças...), eles estudam nas aldeias” (1978, p. 16, grifo do autor), de forma análoga não estudei as associações, mas sim *nas* associações. Considerei que nesses espaços havia elementos que poderiam suscitar significativas reflexões antropológicas e, para tal, procurei analisar etnograficamente as atribuições de sentido concernentes às práticas e discursos dos integrantes da Associação Saint-Germain<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> O termo “usuário” é utilizado para designar as pessoas que “usam” os serviços de “saúde mental” do SUS (Sistema Único de Saúde). Inspirado em Maluf (2010), que discute a relevância da dimensão da experiência dessas pessoas, o termo “usuário” será utilizado entre aspas durante todo este trabalho. Em relação aos termos “saúde mental” e “aflição”, no primeiro capítulo realizarei uma discussão sobre o uso destes.

<sup>2</sup> Nome fictício.

Durante um prévio levantamento bibliográfico sobre essas associações, constatei a existência de pouquíssimos trabalhos de cunho antropológico. Há uma produção acadêmica considerável no campo da Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Enfermagem, mas poucas são as pesquisas no âmbito das Ciências Sociais. Jefferson Rodrigues e Eduardo Mourão Vasconcelos (2010) evidenciam tal carência:

Há uma considerável **escassez de pesquisas mais abrangentes** a respeito da organização dos usuários e familiares em saúde mental no Brasil. [...] uma tentativa recente de investigar e traçar o perfil, a tipologia das formas de organização dos usuários e familiares no país e sua comparação internacional (Vasconcelos, 2008), mostrou não só a **inexistência de estudos abrangentes**, como também a enorme dificuldade de coleta de dados em associações e projetos de caráter muito local, e cuja estrutura organizativa se mostrou muito informal, frágil ou volátil (2010, p. 1, *grifo nosso*).

A escolha do tema investigado é fruto de motivações tanto acadêmicas quanto pessoais. Em relação às últimas, faz-se necessário um breve relato de como se deu minha aproximação com objeto e sujeitos de pesquisa. Em agosto de 2003, pela primeira vez tive um contato intenso com os serviços de “saúde mental”. Aos 19 anos, alguns “surto” e “crises” culminaram no diagnóstico do chamado transtorno bipolar agudo. Após um período de dezoito dias de internação em uma clínica psiquiátrica particular no interior de São Paulo, seguiu-se um tratamento com medicamentos e algumas restrições. Passados poucos meses, algumas “recaídas” e testes em vários tipos de medicação, o psiquiatra solicitou uma segunda opinião, recomendando-me a outro, que me diagnosticou com esquizofrenia.

Mais alguns meses de medicações e restrições e tornou-se evidente a imprecisão dos diagnósticos, já que meu quadro clínico dificilmente se estabilizava. Imprecisão esta que, segundo meu julgamento, não se deu por incompetência dos psiquiatras ou dos remédios, mas talvez pelo fato de que o “modelo psiquiátrico de cura” não se mostrava suficientemente eficaz para mim. Foi quando procurei um centro de umbanda, em Minas Gerais, onde havia amigos que trabalhavam por lá e recomendaram que eu fizesse uma “cirurgia espiritual”. “Cirurgia” feita, algumas medicações com chás e ervas,

redução dos remédios farmacêuticos até sua extinção e, desde então, nada mais que pudesse ser classificado como “transtorno mental” se sucedeu.

Confesso que o fato de ter vivido uma experiência próxima com alguns dos sujeitos de pesquisa com quem trabalhei não significou uma vantagem que tive em campo. Do contrário, exigiu um esforço a mais de distanciamento, pois, neste caso, “exótico” e “familiar” se misturavam e reforçavam a necessidade da relativização antropológica. De acordo com Gilberto Velho,

Esse movimento de relativizar as noções de distância e objetividade, se de um lado nos torna mais modestos quanto à construção do nosso conhecimento em geral, por outro lado permite-nos observar o familiar e estudá-lo sem paranoias sobre a impossibilidade de resultados imparciais, neutros (1987, p. 129).

Em busca de questionamentos e inspirações que pudessem suscitar ideias e reflexões que fossem viáveis de serem pesquisadas no âmbito de um Trabalho de Conclusão de Curso, tive a oportunidade de participar do IX Encontro Catarinense de Saúde Mental<sup>3</sup>. Foi nesta ocasião a primeira vez que fiquei sabendo da existência de associações de “usuários” e “usuárias” de serviços de saúde mental, na “Oficina de Usuários de Serviços de Saúde Mental”, um dos eventos da programação.

Este fora um dos poucos espaços do Congresso em que a voz era dada para aqueles que se relacionam com o campo da saúde mental de forma bastante íntima e intensa. As falas, protagonizadas pelos “usuários” e “usuárias”, diziam respeito a algumas reivindicações e comentários sobre os serviços de saúde mental. Após o término da Oficina, conversei com algumas daquelas pessoas, que me informaram sobre a existência de várias associações pelo Brasil, das quais fazem parte, além dos “usuários” e “usuárias”, familiares e profissionais da área. Algumas delas se encontram em um estágio de organização relativamente consistente, outras nem tanto. Algumas conseguem recursos para a participação em encontros nacionais e chegam até a

---

<sup>3</sup> Encontro realizado entre os dias 28 a 30/08/2011, em Florianópolis.

possuir veículos de comunicação<sup>4</sup>. Já outras, mal conseguem mobilizar as pessoas para se organizar coletivamente.

Desde o início de 2011, venho acompanhando discussões sobre a reforma psiquiátrica brasileira, mais especificamente em Florianópolis, por meio de pesquisas na graduação em Ciências Sociais realizadas tanto para a disciplina de Pessoa e Corporalidade, quanto para a disciplina de Psicologia Social<sup>5</sup>. Por conta disso, participei de algumas reuniões do Coletivo PIRA (Produção Integrada de Resistência Antimanicomial), grupo de luta antimanicomial de Florianópolis formado em sua maioria por estudantes de Psicologia, alguns psicólogos, bem como alguns “usuários” e “usuárias” de serviços de saúde mental. Cabe ressaltar que nas reuniões no PIRA – além de me proporcionar um fecundo contato com interessantes discussões da área – conheci aqueles que seriam os sujeitos de pesquisa com quem eu viria a trabalhar. Com exceção de um, os “usuários” e “usuárias” que participam da associação que pesquisei são também integrantes deste grupo.

Em uma das reuniões do PIRA, quando eu estava vendo a possibilidade de realizar esta pesquisa e explicava para os “usuários” e “usuárias” membros da associação o que eu pretendia fazer, surgiu a seguinte pergunta de uma “usuária”: “*Fernando, você vai ajudar a gente?*”. Respondi, um tanto surpreso, que sim, minha ideia era essa. Outro integrante do PIRA, um psicólogo, completou: “*A melhor forma de você ajudar é assim, com produção científica*”. Voltando à história de Sócrates, possivelmente este trabalho não passaria pelo primeiro filtro, já que a relação entre a verdade e a Ciência é, no mínimo, conflituosa e seria tema de outra pesquisa. Já em relação aos outros dois, são neles que deposito minhas expectativas mais otimistas.

### **Inserção em campo e instrumentos de pesquisa**

Conforme mencionei anteriormente, conheci a maioria dos sujeitos de pesquisa com quem trabalhei em reuniões do Coletivo PIRA,

---

<sup>4</sup> Veículos estes com sugestivos nomes, como a TV Pinel, TV Tantan, TV Parabolinoica, Rádio Antena Virada, Jornal Interlouceção, entre outros.

<sup>5</sup> As pesquisas realizadas para estas disciplinas, ministradas pelas professoras Sônia Weidner Maluf e Rachel de Barros Pinto Miguel, respectivamente, culminaram na produção do artigo “Mais amor, por favor: O processo de subjetivação e ressignificação do paradigma biomédico nos 10 anos da Reforma Psiquiátrica” (CASTRO MOURA; KONTOPP; ZANARDI, no prelo).

grupo de luta antimanicomial de Florianópolis. Como eu já havia participado de quatro encontros desse grupo, tinha uma certa proximidade com os “usuários” e “usuárias” – integrantes da Associação Saint-Germain que também fazem parte deste grupo –, quando falei de minhas intenções e pedi permissão para realizar uma pesquisa por lá. Felizmente, todos se mostraram muito dispostos a colaborar e me convidaram a participar das reuniões da associação.

As reuniões ocorrem na sede da associação, localizada junto a um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). A sede é um local onde era uma pequena garagem, que foi adaptada e transformada em uma saleta de cerca de 15m<sup>2</sup>, com uma porta e duas janelas voltadas para o prédio principal do CAPS, separado por pouquíssimos metros por um corredor não muito largo. O espaço é cedido, mas não doado, já que a simples fixação de um cartaz em sua parede externa requer autorização do CAPS.

Além das reuniões da associação, nesta pequena sala também funciona um brechó e é vendido café. Logo, o ambiente é repleto de roupas e calçados, contendo ainda uma mesa sobre a qual ficam a cafeteira, a garrafa térmica, o açúcar e os copos descartáveis. Há duas gavetas nesta mesa, nas quais são guardados alguns papéis da associação, entre eles o livro de Atas das reuniões. Em um dos cantos, há um armário com portas de vidro, dentro do qual ficam expostas algumas peças de artesanatos feitas nas oficinas terapêuticas do CAPS<sup>6</sup>. Há, ainda, quatro ou cinco cadeiras, embora geralmente seja necessárias mais algumas nos dias de reunião, ocasião em que algumas são emprestadas da sala de recepção do CAPS. Na parede, um pôster com uma foto de antigos integrantes está pendurado, datada do ano 2000, ano de fundação da associação.

Os encontros ocorrem semanalmente, com duração de cerca de uma hora. Com exceção desses momentos, aquele espaço é frequentado por “usuários” e “usuárias” que desejam comprar café ou estão interessados em roupas ou calçados. Visto que a arrecadação do brechó e da venda de café é convertida para a associação, são seus membros que ficam responsáveis pelo atendimento às pessoas, que quase sempre são

---

<sup>6</sup> Segundo documento do Ministério da Saúde, as oficinas terapêuticas são uma das principais atividades de tratamento nos espaços dos CAPS. Podem ser de três tipos: expressivas, envolvendo atividades de cunho artístico, como desenho, pintura, artesanato, dança, teatro e música; geradoras de renda, servindo como instrumento de geração de renda através do aprendizado de alguma atividade específica ou oficinas de alfabetização (BRASIL, 2004).

os demais “usuários” e “usuárias” do CAPS. Há uma escala de revezamento, organizada por eles, que define uma dupla por dia para trabalhar no local.

Na primeira reunião que participei, fui muito bem recebido. Estavam presentes os “usuários” Raí, Denilson e Leonardo, as “usuárias” Camélia e Rosa, além de Ágata – integrante do Coletivo PIRA e a assistente social do CAPS, Telma. Destes, eu já conhecia a maioria, com a exceção de Leonardo, Denilson e Telma<sup>7</sup>. Apesar de a associação ser independente do CAPS, o fato de sua sede ser localizada junto a ele me deixou receoso quanto à necessidade de alguma autorização de lá. De imediato, Telma me tranquilizou e disse que, se os integrantes da associação me convidaram para estar ali, não era preciso nenhuma autorização formal. Perguntei se alguém se importava se eu fizesse anotações e saquei meu caderno de campo.

Devidamente autorizado, durante cerca de três meses fui semanalmente à Associação Saint-Germain, entre os meses de agosto e novembro de 2012. No total, foram onze idas, contemplando oito reuniões, o dia em que realizei entrevistas individuais com dois integrantes, o evento de posse da nova diretoria e o dia em que os acompanhei a uma reunião do Conselho de Saúde de Florianópolis. Com exceção das entrevistas, nas quais o gravador foi utilizado com o consentimento dos sujeitos, em todas as reuniões que participei optei por não utilizar o gravador e fazer anotações em meu caderno de campo, recurso que se mostrou suficientemente eficaz. No dia da solenidade de posse da nova diretoria da associação, foi-me permitido filmar o evento.

Um pequeno comentário sobre as entrevistas: quando as marcamos, tanto Raí quanto Camélia sugeriram para que, no lugar da conversa que eu estava propondo, eu passasse questionários com perguntas para eles levarem para casa e responder. Considerei que a sugestão dada pelos questionários revelava a existência de alguma familiaridade de ambos com estes, por dois motivos: em primeiro lugar, talvez por questões terapêuticas e o uso de questionários por parte de psicólogos; em segundo lugar, conforme constatei depois, eles já haviam participado de outras pesquisas com estudantes de Psicologia que, talvez, privilegiassem o uso dos questionários como instrumento de pesquisa.

De qualquer forma, disse a eles que minha ideia não era essa, mas que tivéssemos uma conversa mais aberta, sem muitas formalidades, se

---

<sup>7</sup> Com vistas a garantir o anonimato, todos os nomes próprios dos sujeitos de pesquisa utilizados no decorrer deste trabalho são fictícios.

eles topassem. Por fim, acabaram concordando e realizamos as entrevistas, que duraram cerca de quarenta minutos cada. Elas foram realizadas no próprio CAPS, a pedido deles, em um dia que não haveria reunião da associação.

Segundo Clifford, “a etnografia está, do começo ao fim, imersa na escrita. Esta escrita inclui, no mínimo, uma tradução da experiência para a forma textual” (2002, p. 21). A etnografia, por ser um processo que textualiza, traz consigo uma série de implicações. Se, com Malinowski, a autoridade etnográfica residia na experiência em campo, com Clifford Geertz, esta autoridade foi deslocada para uma via interpretativa (CLIFFORD, 2002). Para Geertz (1978), o fluxo do discurso social deve ser “inscrito” e seus significados lidos como um texto a ser interpretado, para que seja possível realizar-se uma “descrição densa” que permita compreender os sentidos da ação simbólica<sup>8</sup>. Contudo, de acordo com Clifford (2002), o fato do discurso ser “inscrito” pelo etnógrafo acarreta em certo estranhamento que leva ao deslocamento da autoridade monológica para uma dialógica e polifônica, em que há uma tentativa de partilhamento de tal autoridade.

Nas narrativas dos sujeitos de pesquisa com quem trabalhei, busquei enfatizar sua dimensão performativa, em que a linguagem não é meramente representacional e descritiva. Assim como outros autores, considero que o performativo é parte crucial da formação de um sujeito que não é dado *a priori*, mas constituído também como efeito da performance do ato de narrar<sup>9</sup>. Logo, os sentidos e significados que aparecem são articulados à situação narrativa de “usuários” ou “usuárias” *no ato da enunciação como membro de uma associação*.

A despeito de ter sido fundada no ano 2000, conforme indicava o pôster, a associação havia sido dissolvida alguns meses antes de eu conhecê-la. Considero que a época que estive em campo foi um interessante ensejo, já que tive a oportunidade de acompanhar de perto seu processo de reestruturação, com novas pessoas, novo nome

---

<sup>8</sup> Neste sentido, o autor afirma que Victor Turner pode ser considerado um ponto de articulação entre a autoridade monológica e polifônica, ao enfatizar a dimensão da exegese nativa sobre os símbolos dos rituais ndembu (CLIFFORD, 2002).

<sup>9</sup> Para uma discussão antropológica mais aprofundada sobre a dimensão performática da narrativa e a busca de sentido, ver em LANGDON, Ester Jean (1999); MALUF, Sônia (1999 e 2005) e CARDOSO, Vânia (2007).

fantasia<sup>10</sup> e uma nova diretoria a ser eleita. O único integrante que faz parte dela desde sua fundação é o “usuário” Raí.

### Discussões éticas

Por se tratar de uma pesquisa que envolva “usuários” e “usuárias” de serviços de saúde mental, subjaz aqui a recorrente discussão sobre a Resolução 196/96<sup>11</sup>. Luiz Fernando Dias Duarte nos chama a atenção para o controle bioético das pesquisas antropológicas, em que há uma espécie de “correção política” pautada no paradigma fiscalista biomédico. Duarte propõe uma inversão desta “correção”, em que a atividade crítica reflexiva da Antropologia evidenciaria tensões e contradições para irmos além destes entraves (DUARTE, 2004).

Nesse sentido, Luis Roberto Cardoso de Oliveira (2004) discute o quanto não faz sentido uma regulamentação ética pautada em critérios biomédicos para pesquisas nas ciências sociais, apontando para as inúmeras diferenças entre pesquisas *em* seres humanos para pesquisas *com* seres humanos. Embora seja muito diferente de uma pesquisa médica, a pesquisa antropológica, por envolver seres humanos, é submetida ao mesmo código de regulamentação, algo que problematiza e dificulta sua realização por meio de entraves burocráticos um tanto incoerentes. Segundo o autor, a natureza da pesquisa antropológica relativiza a condição entre sujeito e objeto de pesquisa, na qual “o sujeito de pesquisa deixa a condição de cobaia (ou de objeto de intervenção) para assumir o papel de ator (ou de sujeito de interlocução)” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2004, p. 34).

O caráter qualitativo da pesquisa antropológica implica em novas formas de “negociação” e “consentimento” entre pesquisador e pesquisados. Tal “consentimento” é negociado “durante a própria convivência e diálogo entre pesquisadores e pesquisados, em momentos

---

<sup>10</sup> Nome fantasia, também chamado de “nome de fachada”, é a designação pela qual uma instituição pública ou privada torna-se conhecida do público. Difere da “razão social”, que contém o nome oficial utilizado perante aos órgãos públicos de acordo com o número no CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica). Utilizei aqui o nome fictício Associação Saint-Germain de forma genérica, que não corresponde nem à razão social nem ao nome fantasia.

<sup>11</sup> Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 1996, o texto da Resolução 196, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, pode ser consultado em sua íntegra em <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>.

e de formas muito particulares e distintas dos moldes postulados pelos Comitês” (LANGDON *et al*, 2008, p. 138). Contudo, conforme apontam as mesmas autoras, o debate vai além da discussão metodológica, já que a “aplicação” do método etnográfico antropológico não resolve em si questões do universo ético, fundamentais para a prática científica:

O reconhecimento de que, no cerne do fazer antropológico, existem questões éticas presentes desde o surgimento da antropologia como campo de saber, não nos põe em posição confortável de acreditar que, ao aplicarmos o “método etnográfico”, essas questões estão tacitamente resolvidas: não estão. Pois o nosso método não é uma questão de “aplicação” de uma série de procedimentos (como parece ser entendido em muitos Comitês), mas é, sobretudo, a adoção de uma postura reflexiva e crítica no que diz respeito à própria pesquisa, a partir de um distanciamento que só pode ser garantido na relação com uma comunidade de pares: a produção teórica e etnográfica no campo antropológico e a avaliação das pesquisas pelos próprios pares (2008, p. 144).

Langdon *et al* (2008) apontam que a imposição de uma ética que se coloca como universal não significa que a ética dos sujeitos pesquisados esteja sendo considerada, ética essa que uma pesquisa antropológica deveria se comprometer. Nesse sentido, parti da premissa de me colocar em um espaço relacional no qual fossem contempladas as expectativas tanto do antropólogo quanto do “nativo”<sup>12</sup>, bem como de uma perspectiva ética que também contemplasse a ética deste (GOLDMAN, 2004).

Parti do princípio que era preciso “levar o nativo a sério”. Isto significa que o ponto não era determinar as relações sociais no objeto pesquisado, mas trazer elementos que permitissem investigar o que é relação social em seus termos. Nesse sentido, não se tratava de interpretar ou explicar o pensamento “nativo”, mas de realizar uma experimentação com ele que se recusasse a atualizar os possíveis expressos pelos “nativos”, guardando-os como virtualidades (VIVEIROS DE CASTRO, 2002).

---

<sup>12</sup> Ver discussão sobre a relatividade do “nativo”, que aponta para o devir que atravessa aquele que é chamado de “outro”, sugerindo que este deve ser tomado como “outrem” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002).

## **Estrutura do trabalho**

Este trabalho está dividido em dois capítulos. No primeiro, será realizado um empreendimento de relativização e contextualização, em que, inicialmente, farei uma discussão preliminar acerca de algumas categorias que são utilizadas no âmbito da temática deste trabalho, dentre elas os termos “loucura” e “saúde mental”. Em seguida, será feita uma breve revisão histórica sobre a reforma psiquiátrica brasileira, de forma a esclarecer sobre o contexto em que se deu a emergência das associações de “usuários” e “usuárias” no Brasil.

No segundo capítulo, adentrarei no universo das associações de “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental. A princípio, serão resgatadas as primeiras mobilizações coletivas da área no Brasil e no mundo para que, em seguida, eu me debruce sobre a Associação Saint-Germain. Analisarei suas atividades, categorias, finalidades e reivindicações, bem como as tensões, implicações e paradoxos que emergem destes espaços.

Quais as decorrências de um processo no qual “usuários” e “usuárias” se organizam e procuram reestruturar uma associação? Quais as significações que emergem da busca de autonomia política e representativa, na qual a afirmação de uma diferença em prol da reivindicação de direitos pode reafirmar a estigmatização e o preconceito contra a “loucura”, enfraquecendo a luta pela igualdade? Quais os significados de um movimento de institucionalização de uma associação, imerso no contexto de outro movimento, o da reforma psiquiátrica brasileira, cujos princípios de assentam na desinstitucionalização? Ao final deste trabalho, todas estas questões terão sido exploradas.

A despeito de já ter vivenciado uma experiência íntima e intensa com um serviço de saúde mental, até alguns anos atrás eu nunca tinha ouvido falar nem em luta antimanicomial, nem em associação de “usuários” e “usuárias” de serviços de saúde mental. Logo, minhas preocupações giravam em fazer um trabalho que trouxesse não só reflexões significativas que contribuíssem para a área na qual eu me propus enveredar cientificamente, mas também uma boa contextualização que proporcionasse ao leitor leigo na área algum embasamento para que ele realmente se interessasse pelo assunto tratado. Vamos a ela.

## PRIMEIRO CAPÍTULO - LOUCURA É DOENÇA MENTAL?

*“Mas vai tirar os loucos dos manicômios e colocar onde?”*. Segundo o relato de um dos integrantes do Coletivo PIRA, essa foi uma das indagações que o fizeram enquanto distribuía panfletos explicativos na semana que antecedeu o dia 18 de maio de 2011, data comemorativa da luta antimanicomial. A frase transcrita acima, bem como “lugar de louco é no hospício” ou “esse cara tem doença mental, tem que ser internado” poderia ser ouvida amiúde no senso comum. Como poderia o “louco” se organizar em uma associação? Ele não deveria estar internado?

Antes de qualquer coisa, algumas discussões preliminares devem ser levantadas: o que é “saúde mental”? O que significam termos como “doença mental”, “loucura” e “transtorno mental”, ou conceitos encontrados na literatura antropológica como “nervos”, “aflição” e “perturbação físico-moral”? O que é, afinal, ser “louco” e quais os significados atribuídos à “loucura” no decorrer do tempo?

Na primeira seção do presente capítulo, essas questões serão trazidas a partir de um diálogo com autores como Michel Foucault e Luiz Fernando Dias Duarte. Em seguida, discutirei sobre o contexto em que surgiram as associações de “usuários” e “usuárias” dos serviços de “saúde mental” no Brasil, por meio de uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil.

### **Dos leprosários aos hospícios**

A partir de uma historicidade das ideias e da experiência da loucura, Michel Foucault publica, em 1972, o livro “História da Loucura na Idade Clássica”. O autor, ao analisar as condições de possibilidade para um pensamento sobre a loucura, evidencia o caráter dinâmico da divisão entre aquilo que é considerado “louco” e “normal” ao longo do tempo, além de discutir o nascimento da instituição Psiquiátrica e da Psicologia (FOUCAULT, 1997).

Foucault aponta que, por volta do século XV, no final da Idade Média, ocorre uma ruptura nos modos de pensar e de se relacionar com o confinamento, a partir do desaparecimento dos leprosários. Entretanto, essa ruptura não fez desaparecer a carga simbólica atribuída à figura do leproso e ao sentido produzido pela segregação deste. Segundo o autor, isto será retomado quase dois séculos depois e ressignificado para caracterizar outro fenômeno: a loucura.

Neste interim, a carga semântica atribuída à loucura durante a Renascença carregava um sentido completamente diverso. A Nau dos Loucos, que no imaginário deste período representava uma viagem simbólica daqueles que iam em busca de fortuna e revelação de seus destinos, nos navios em que os loucos eram transportados para territórios longínquos após serem expulsos das cidades, simbolizava uma experiência cósmica que expressava uma inquietude em relação à loucura, a qual passou a exercer atração e fascínio:

As figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento *trágico* e o elemento *crítico* irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido. De um lado, haverá uma Nau dos Loucos cheia de rostos furiosos que aos poucos mergulha na noite do mundo, entre surdas ameaças de bestialidade e do fim dos tempos. Do outro lado, haverá uma Nau dos Loucos que constitui, para os prudentes, a Odisséia exemplar e didática dos defeitos humanos (FOUCAULT, 1997, p. 27).

Conforme Foucault, a formulação da loucura no início da Renascença é expressada pelo embate entre a experiência cósmica – simbolizada pela Nau dos Loucos – e a experiência crítica da loucura – que confronta o ser humano com sua verdade. No começo do século XVI, a experiência crítica mascara e oculta o sentido da experiência cósmica e ganha um privilégio cada vez mais intenso. A loucura passa a ser compreendida somente em relação à razão e, na metade do século XVII, ela é vinculada à ideia de internamento. O vazio deixado pelos leprosos da Idade Média é preenchido pelos “internos” do século XVII.

Tal vinculação pode ser compreendida pela resignificação dada à ociosidade, miséria e assistência na época. Se o louco era acolhido na Idade Média, era porque fazia parte da esfera da miséria, algo que pertencia ao domínio do sagrado para a caridade cristã medieval. No século XVII, em que a assistência cabe ao Estado e não mais à Igreja, a ociosidade é moralmente condenada e aqueles que revelam incapacidade para o trabalho são excluídos. Assim, os pobres e os loucos são unidos na esfera do isolamento e da exclusão. De acordo com o autor, “se a loucura no século XVII está como que *dessacralizada* é de início porque a miséria sofreu essa espécie de degradação que a faz ser encarada agora apenas no horizonte da moral” (*idem*, p. 63).

Cabe ressaltar que ainda não há qualquer preocupação com a cura ou um sentido médico relacionado à ideia de internamento, mas “o que o tornou necessário foi um imperativo do trabalho” (*idem*, p. 64). É no decorrer do século XVIII que o sentido da exclusão e do internamento é ressignificado. O estreitamento da relação entre a medicina e o internamento não se deve ao alavancamento do estatuto médico em relação ao conhecimento da loucura, mas sim a um sentimento de medo em relação às casas de internamento. Estas não significam mais um afastado leprosário, mas sim a lepra face às pessoas. O médico é solicitado menos para arbitrar a divisão entre o mal e a doença, do que para proteger as pessoas do medo simbolizado pelo Impuro.

No interior dos asilos antigos, o número de loucos diminui no decorrer do século XVIII, já que são criados locais destinados a receber exclusivamente os insensatos. Um novo significado é dado à loucura, bem diferente daquele da era clássica, ganhando um sentido e linguagem específicas. Somente quando a experiência da loucura tem sua unidade dissociada entre a doença e o desatino que emergem as condições de possibilidade para o saber psicológico. Doenças físicas e morais são separadas, distinção totalmente estranha à era clássica: “o que era doença procederá do orgânico, e o que pertencia ao desatino, à transcendência de seu discurso, será nivelado no psicológico. E é exatamente aí que nasce a psicologia” (*idem*, p. 337).

A loucura, ao mesmo tempo em que se desvencilha de suas outras formas de utilização, toma posse do espaço de internamento no final do século XVIII. A ressignificação política, moral e social entre loucura e desatino permite à medicina assumir o asilo e as experiências da loucura em sua totalidade. Portanto, segundo Foucault, não é uma preocupação filantrópica e humanista que aproxima a medicina do internamento e da loucura. Foram a transformação na consciência da loucura e a roupagem asilar terapêutica adquirida pela casa de internamento que deram as condições de possibilidade para que o pensamento médico se aproximasse das práticas de internamento, nascendo assim a psiquiatria positiva e o asilo do século XIX. A medicação no espaço do internamento fez com que o diacrítico negativo da exclusão adquirisse o significado positivo da cura.

Embora, desde o século XIX, tenha cabido à medicina vigiar as fronteiras que definem os limites entre as ditas razão e “loucura”, é patente na análise de Michel Foucault que nem sempre esta teve seu significado pautado nos moldes do paradigma biomédico atual, comprometido com a ideia de “doença”.

### **Relativizando a aflição: o sofrimento e o “nervoso”**

De uma perspectiva antropológica, aquilo que na experiência humana é considerado “sofrimento” transcende o que, em algumas culturas, é entendido por “doença”. De acordo com Luiz Fernando Dias Duarte (2003), o empreendimento relativista sobre tais fenômenos conduz ao uso do conceito “perturbação”, o que significa admitir que o “patológico” em algumas culturas pode ser considerado “regular” em outras e sequer implicar qualquer espécie de “sofrimento”<sup>13</sup>. Basta pensarmos na gravidez e no parto, em que uma “perturbação” regular adquire no Ocidente uma carga semântica associada à medicina e à doença.

Em relação ao uso de termos como “doença mental” e “loucura”, o autor adverte que “as imprecisões e vicissitudes da categoria ‘doença mental’, criada para abarcar a maior parte das antigas formas de ‘loucura’ no Ocidente, bem demonstram as dificuldades de se estender a convenção fisicalista da ‘doença’ para as formas globais do ‘sofrimento’” (DUARTE, 2001, p. 13). Segundo Duarte, uma reação ao reducionismo biomédico vinculado à ideia de “doença mental” consolidou-se no decorrer do século XX. De um lado, emerge uma premissa ontológica em que as perturbações passam a ter nomes como “psíquicas”, “psicológicas” e “inconscientes”, sobretudo devido aos desenvolvimentos no âmbito da Psicanálise, relacionada a uma especificidade da realidade humana que passa a ocupar “o lugar antigo da alma” (DUARTE, 1994, p. 83). De outro lado, carregando uma crítica aos efeitos perniciosos do capitalismo industrial, articula-se as experiências de tais perturbações a uma espécie de condicionamento social. Contra o reducionismo biomédico, emerge da confluência desses dois eixos – “psicologismo” e “sociologismo”, nos termos do autor – o conceito de “distúrbio” ou aflição “psicossocial”, em que “compreende-se sob tal rubrica a ação concomitante dos condicionamentos sociais e de uma dinâmica propriamente psicológica” (DUARTE, *idem*, p. 84).

No que diz respeito ao uso da categoria “nervoso”, o autor defende a ideia que esta categoria deve ser utilizada como uma forma alternativa à racionalização moderna da “doença”, embasada na hipótese metodológica de uma diferença cultural fundamental entre os modelos relacionais de “pessoa” e o modelo do “indivíduo” ocidental moderno. Segundo Duarte, esta diferença cultural é extremamente significativa se

---

<sup>13</sup> Para uma discussão mais aprofundada acerca do “normal” e o “patológico”, ver em CANGUILHEM (2000).

pensarmos sobre a caracterização das diversas formas de experiência da “saúde” e “doença” entre as classes portadoras dos saberes biomédicos dominantes e as classes populares das sociedades nacionais. O autor se vale das categorias universalismo/racionalismo e cientificismo/fiscalismo como características da ideologia do individualismo, as quais promovem uma espécie de compromisso dos segmentos que detêm os saberes biomédicos oficiais. Já as práticas, instituições e representações dela dependentes revelam-se no lado oposto, no âmbito relacional, holista, como são pensadas e experimentadas as “doenças” (DUARTE, 1994 e 2003).

Neste sentido, o autor sugere que o fenômeno dos “nervos” é heurísticamente privilegiado para compreender algumas dimensões das ditas “perturbações”, as “perturbações físico-morais”. Para ele, a categoria do “nervoso” deve levar em conta o conjunto semântico que emerge a partir da relação entre o “físico” e o “moral”, adquirindo um caráter mediador entre a construção social da Pessoa e da corporalidade com todas as dimensões da vida social, inclusive, a transcendental ou espiritual<sup>14</sup>. Logo, para Duarte a expressão “físico-moral” deve ser utilizada para dar conta da ampla gama de experiências humanas entendidas como excepcionais que não sejam interpretáveis como estritamente físicas, expressão esta associada às condições em que essas experiências se realizam na cultura ocidental moderna, em que o fiscalismo biomédico é hegemônico.

Ao serem consideradas as diferentes experiências sociais, modelos e representações a respeito do sofrimento e da aflição, Duarte evidencia os limites do conceito “saúde mental” como categoria da análise antropológica. Neste trabalho, o termo “saúde mental” será utilizado para referir-se ao contexto institucional da pesquisa, sobretudo em relação aos serviços, programas e políticas públicas englobadas por uma ideia de política de saúde mental. Já o âmbito experiencial dos sujeitos será tratado pela categoria mais abrangente da aflição ou aflições<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Neste sentido, Duarte (1986) afirma que os “nervos” são um significativo idioma para expressar a experiência humana no mundo do trabalho e seus corolários sobre a perturbação e identidade dos grupos sociais.

<sup>15</sup> Inspirei-me diretamente nas sugestões dadas pela professora Sônia Weidner Maluf acerca de suas considerações realizadas sobre o uso desses termos em seu artigo “Gênero, Saúde e Aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais” (MALUF, 2010).

## A reforma psiquiátrica no Brasil

Na seção anterior, alguns termos foram relativizados, bem como a ideia de que as ditas “loucura”, “doença mental” e a internação manicomial sempre andaram juntas. Nesta parte, farei uma breve revisão sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, com o intuito de evidenciar como se deu esse processo que buscou desconstruir a ideia de que a única forma de tratamento é a internação manicomial. Isto será feito com a finalidade de resgatar as condições que permitiram o surgimento das associações de “usuários” dos serviços de saúde mental, já que é inviável pensar em pessoas com camisas-de-força dentro de um hospício se organizando em uma associação.

Erving Goffman foi um dos primeiros autores a analisar sociologicamente a instituição Psiquiátrica, a partir de trabalho de campo realizado no Hospital Saint Elizabeths, em Washington, no período de 1955 e 1956. Publicado em 1961, o livro *Manicômios, Prisões e Conventos* já trazia à tona o caráter excludente dos chamados hospícios, identificando-os como uma “instituição total”. Goffman afirma que uma instituição nestes moldes age de forma a homogeneizar aqueles que ali estão internados, em um processo que ele chama de “mortificação do eu”, despersonalizando os indivíduos que ali adentram e apresentando uma tendência de segregação, algo que simboliza o seu caráter “total”:

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 (2001, p. 11).

Os princípios que norteiam a reforma psiquiátrica brasileira propõem a superação do tratamento clínico fundamentado na internação manicomial<sup>16</sup>, através da criação de uma rede de serviços extra-hospitalares que substituiriam o hospital psiquiátrico, visando à aproximação e integração do chamado “portador de transtorno mental” à comunidade. Cabe a ressalva que a expressão “portador de transtorno mental” é utilizada no texto da Política Nacional de Saúde Mental, bem

---

<sup>16</sup> Tratamento este embasado no decreto no 24.559, presente na Constituição Federal de 1934 (BRASIL, 1934).

como em leis, resoluções e outros contextos que dizem respeito ao âmbito político-institucional. Este termo denomina as pessoas diagnosticadas com algum “transtorno mental”, classificados de acordo com o CID – Código Internacional de Doenças, organizado pela Organização Mundial de Saúde – e com os DSM – *Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders*, editado pela Associação de Psiquiatria dos Estados Unidos.

O processo de reformulação nos chamados “modos de cuidar em saúde mental” está vinculado a uma série de elementos, que vão desde a redemocratização do país no final da década de 1970, que possibilitou a consolidação de críticas e denúncias ao modelo de saúde vigente na época e culminou na chamada reforma sanitária; o diálogo com a experiência italiana, a partir do modelo proposto por Franco Basaglia; o fechamento de leitos psiquiátricos e a tentativa de implantação de uma rede de serviços substitutos, com equipes interdisciplinares de trabalhadores em saúde mental. Certamente, estes fatores se entrelaçam e carregam consigo inúmeras tensões e nuances<sup>17</sup>.

Pode-se dizer que este processo teve início no ano de 1978, ano de ressurgimento dos principais movimentos sociais no país, após o período de repressão da ditadura militar. No Rio de Janeiro, emerge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), resultado de articulações em congressos de psiquiatria, do Movimento de Renovação Médica e do diálogo com lideranças mundiais da psiquiatria crítica, sobretudo com o italiano Franco Basaglia. Este movimento, além de denunciar as péssimas condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos brasileiros e a chamada “indústria da loucura” em hospitais privados<sup>18</sup>,

---

<sup>17</sup> Diversos autores entre os citados têm tematizado a relação entre a reforma psiquiátrica e questões de subjetividade e individualismo. Em outro trabalho, realizei uma discussão sobre o processo histórico da reforma psiquiátrica no Brasil, em que resgatei os discursos de algumas partes favoráveis e contrárias a sua implantação, cotejando com uma discussão teórica sobre o Individualismo e as formas modernas de Pessoa, bem como com a questão dos regimes disciplinares do Corpo e os processos de subjetivação a ele relacionados (CASTRO MOURA; KONTOPP; ZANARDI, no prelo). Para uma discussão mais ampla sobre a reforma psiquiátrica brasileira, ver em ANDRADE (2012), BEZERRA (2007 e 2011), FERREIRA (2006), VASCONCELOS (1996 e 2000) e AMARANTE (1995), entre outros.

<sup>18</sup> Por “indústria da loucura”, entende-se como um promissor mercado resultante da “(...) maior privatização da assistência psiquiátrica que se tem notícia”,

criticava arduamente o tratamento desumano concedido aos pacientes, construindo um pensamento crítico em relação às práticas asilares no âmbito da saúde mental.

No cenário político, importantes espaços foram conquistados no princípio da década de 1980, sobretudo nos governos dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (VASCONCELOS, 2000). No Rio de Janeiro, preparou-se o caminho para o lançamento do CONASP - Conselho Consultivo de Administração Previdenciária - modelo sanitário das ditas “Ações Integradas de Saúde”, que culminou na formação do SUS, o Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição de 1988<sup>19</sup>. Nos estados de São Paulo e Minas Gerais, por meio da participação em secretarias de saúde, objetivou-se a regionalização das ações em Saúde Mental, restrições e controle para novas internações, redução de leitos psiquiátricos, além da expansão de equipes interdisciplinares de profissionais para atendimento em saúde mental, com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

No dia 18 de maio de 1987, ocorre a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Bauru (SP). Neste evento, com inspiração no modelo proposto por Franco Basaglia e pela Psiquiatria Democrática Italiana, emerge o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”<sup>20</sup>. Segundo Gina Ferreira, o modelo sanitário brasileiro, apesar de buscar a humanização do hospital psiquiátrico, ainda mantinha uma série de características excludentes, tais quais de uma instituição total, nos termos de Goffman (2001). Já a busca pela extinção dos manicômios objetivou não somente a desospitalização, mas sim a desinstitucionalização e a implantação de serviços substitutivos<sup>21</sup>.

No mesmo ano, surge na capital paulista o primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, que anos mais tarde difundiram-se por todo o país –, considerados estratégicos na rede de serviços de saúde mental do SUS, o Sistema Único de Saúde. De acordo com Andrade

---

consolidada a partir do Plano de Pronta Ação do Ministro Leonel Miranda (AMARANTE, 1995).

<sup>19</sup> Para um aprofundamento da relação entre a implementação do SUS e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ver em FERREIRA (2006).

<sup>20</sup> Para ter-se uma ideia da enorme repercussão deste evento, dia 18 de maio é considerado dia nacional da luta antimanicomial.

<sup>21</sup> Ver discussão de AMARANTE (1995).

(2012), os CAPS, que eram no início denominados por NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial, “foram influenciados pelos centros de saúde mental italianos, bem como pelas experiências de comunidade terapêutica de Maxwell Jones na Escócia e dos hospitais-dia franceses” (2012, p. 23).

Em 1989, ocorre um dos eventos emblemáticos para a reforma psiquiátrica brasileira: é fechada a Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico da rede privada de Santos que tinha mais de 500 internos, substituído pela criação de NAPS pela cidade. Neste mesmo ano, surge o Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a progressiva substituição do modelo psiquiátrico asilar para outras modalidades<sup>22</sup>. Apesar de não aprovada de imediato, os princípios de reforma psiquiátrica ali presentes passaram a nortear leis nos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Ceará.

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, a qual propunha a reestruturação da assistência psiquiátrica no âmbito latino-americano (BRASIL, 2005). Em 1991 e 1992, duas portarias do Ministério da Saúde possibilitaram ao SUS o financiamento de outras formas assistenciais para além dos recorrentes leitos e consultas ambulatoriais, promovendo avanços para a reforma psiquiátrica no campo legislativo.

Em dezembro de 1992, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Se a primeira conferência foi marcada pelo lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, nessa ocasião destaca-se a atuação dos “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental e de seus familiares. Pode-se dizer que, no Brasil, esse é o período em que despontaram as associações, cuja análise será aprofundada no decorrer deste trabalho (VASCONCELOS, 2000). De acordo com Manuel Desviat (1999), na II Conferência estiveram presentes mais de 1.500 pessoas, entre profissionais, políticos, associações de “usuários” e “usuárias”, familiares, além de movimentos sociais da área de saúde mental. Em 1996, havia cerca de cinquenta organizações de “usuários” e “usuárias” por todo o país.

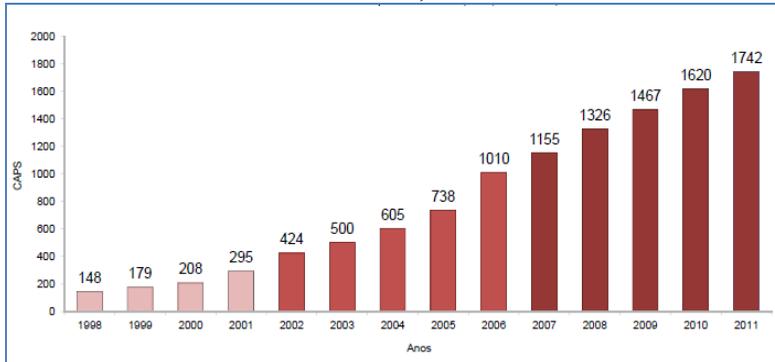
Após as propostas formuladas na II Conferência, a rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos ampliou-se por todo o país. Entre 1991 e 1995, trinta hospitais privados fecharam, mais de cem NAPS e CAPS foram criados e 14 mil leitos psiquiátricos foram extintos, passando de cerca de 86 mil para 72 mil (AMARANTE, 1995;

---

<sup>22</sup> Sobre os modelos “asilares” e “psicossocial” de cuidado, ver em BEZERRA (2007).

VASCONCELOS, 1996). Vale ressaltar que, desde 1998, o número de CAPS teve um aumento extremamente significativo, conforme Gráfico I.

**Gráfico I - Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998 – 2011)**



Fonte: BRASIL, 2012

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria nº336/GM de 19/02/2002, a qual prevê que eles só podem funcionar em espaço físico específico, com equipe própria e independente de qualquer estrutura hospitalar. Além disso, há várias modalidades para esse tipo de serviço: podem ser do tipo CAPS-I, CAPS-II, CAPS-III, CAPS-i e CAPS-ad . O que diferencia os CAPS I, II e III é, principalmente, a estrutura e a equipe mínima de profissionais atuando, sendo que o CAPS-i é destinado para pessoas com menos de dezoito anos e o CAPS-ad para pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas.

Também fazem parte da rede de serviços de saúde mental os SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos), também conhecidos como Residências Terapêuticas, instituídos pela Portaria nº 106/GM de 11/02/2000. As Residências Terapêuticas são moradias destinadas às pessoas que permaneceram em longas internações psiquiátricas e estavam impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem, devendo possuir uma equipe técnica que atue na supervisão e assistência das atividades (BRASIL, 2004). Apesar das continuidades da lógica manicomial impregnadas nos SRT, estes serviços contribuíram para a

aprovação da Lei 10.216, em 2001<sup>23</sup>. Ressalta-se que a lei é um substitutivo da Lei original Paulo Delgado, com modificações em seu texto que não instituem claros mecanismos para a extinção dos manicômios, embora tenha impulsionado o processo de reforma psiquiátrica ao privilegiar o oferecimento de serviços psiquiátricos de base comunitária<sup>24</sup>.

Em 2003, o programa “De Volta Para Casa” foi criado pelo Governo Federal, fundamentado em programa homônimo promovido em Angra dos Reis (RJ) no ano de 1996. Instituído pela Lei Federal 10.708, de 31/07/2003, a partir da Portaria nº 3088/GM, consiste em um auxílio financeiro mensal de R\$ 320,00 para os pacientes que receberam alta hospitalar após histórico de longa internação psiquiátrica.

Além da expansão dos CAPS, NAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos, também compõe esta rede os Centros de Convivência e Cultura, espaços instituídos pela Portaria nº 396 de 07/07/2005. Estes espaços, destinados, sobretudo, a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, devem ser locais que estimulem a sociabilidade e o convívio dessas pessoas por meio de atividades coletivas, de forma a facilitar a inclusão e a construção de laços sociais. Há também a estratégia da articulação com as equipes das redes de atenção básica de saúde do Programa de Saúde da Família e dos NASF (Núcleos de Apoio de Saúde da Família), com o objetivo de ampliar esta rede de assistência psiquiátrica, sobretudo em pequenos municípios brasileiros (BRASIL, 2005).

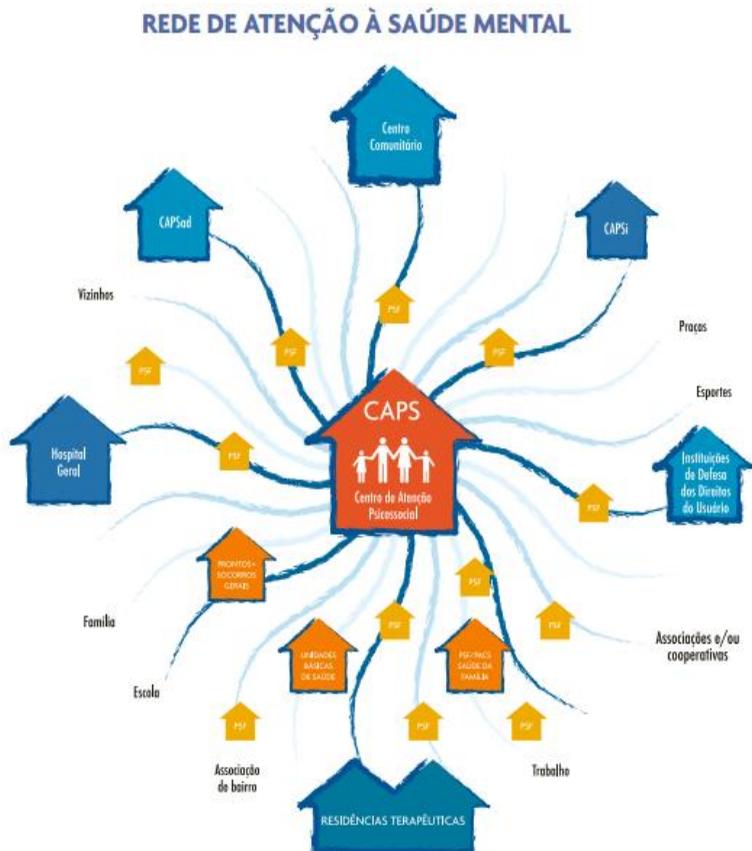
De forma heterogênea, inúmeros serviços de saúde mental vêm sendo implantados no Brasil, fundamentados em premissas que *deveriam* orientar-se em uma proposta que organizasse uma rede de cuidados na comunidade, superando os modos de cuidar em saúde mental embasados na simples internação. Ressalto a palavra *deveriam*,

---

<sup>23</sup> O artigo de Maika Roeder (2010) é esclarecedor em relação a tais continuidades, além de evidenciar como o gênero age de forma a promover desigualdades e hierarquias nos SRT, com regras e tratamento desigual às mulheres. Na mesma coletânea deste artigo, Ana Paula Müller de Andrade (2010) aborda aspectos relacionados à questão do gênero, no âmbito da assistência, militância e política pública no movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

<sup>24</sup> Retornarei à discussão sobre a Lei Paulo Delgado no segundo capítulo.

pois nem sempre é isto que ocorre<sup>25</sup>. Esta rede é representada da seguinte maneira pelo Ministério da Saúde:



Fonte: BRASIL, 2004

Tal processo é um fecundo terreno para a reflexão sobre as tensões e configurações que surgem a partir das novas trajetórias de vida dos chamados “usuários” e “usuárias” dos serviços de “saúde mental”,

<sup>25</sup> Nesse sentido, Andrade (2010) fala em “movimento” da reforma psiquiátrica no Brasil, “(...) tanto por tratar-se do movimento social como por fazer parte do processo complexo da reforma psiquiátrica brasileira, com avanços e retrocessos, transformações e estagnações, que produz inúmeros sentidos e inquietações e que precisa ser inventado cotidianamente” (2010, p. 290).

que têm (ou deveriam ter) cada vez menos a ver com manicômios, hospícios e internações compulsórias de alhures. Neste contexto, prevê-se a formulação de “(...) propostas capazes de superar a simples assistência e incorporar uma nova forma de cuidar, contribuindo para a invenção de novas perspectivas de vida e de subjetivação para os sujeitos” (ANDRADE, 2010, p. 275).

\*\*\*

Na primeira parte deste capítulo, trouxe algumas discussões e reflexões preliminares acerca de categorias como “loucura” e “doença mental”. Em seguida, por meio de uma breve revisão sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira, procurei resgatar o contexto em que emergiram as condições que possibilitaram o surgimento das associações de “usuários”. Pode-se dizer que essas associações surgiram no bojo das reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras, processos concomitantes que datam da época da redemocratização do Brasil, a partir do final da década de 1970. Tais reformas ensejaram a emergência dessas associações, as quais despontaram na década de 1980 e princípio dos anos 1990.

Penso que este capítulo inicial é um pequeno esforço de relativizar algumas ideias, tal qual “como pode o louco se organizar em uma associação, ele não deveria estar internado?”. Conforme escreve Michel Foucault (2009, p.10 e 11):

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 (...).

Em sua análise sobre a reforma psiquiátrica brasileira, Andrade (2012) a faz a partir da perspectiva dos “usuários” e “usuárias”, por ela chamados de “experientes”. A autora toma por referência a experiência desses sujeitos, considerando, assim como Joan Scott (1999), que não são os indivíduos que têm a experiência, mas os sujeitos é que são constituídos por meio dela:

Seja no caso de Eva, Daniel, Augusto e outros *experientes*, a possibilidade de ocupar o lugar de sujeito aparece em determinados contextos, onde determinadas configurações são possíveis e desaparece em outros, onde o sujeito tido como “louco”, e enunciado como tal, perde o lugar, a voz e a possibilidade de emergir (2012, p. 168).

No capítulo seguinte, iremos mergulhar no universo das associações de “usuários”, a partir de pesquisa de campo que realizei na Associação Saint-Germain. Veremos que, na medida em que “usuários” e “usuárias” decidem se organizar em uma associação e assumir o protagonismo de suas ações políticas, é possível perceber não só que as relações estratégicas de luta e resistência se relacionam com as complexas relações de poder, mas também as maneiras pelas quais os processos de subjetivação se articulam aos saberes e poderes constituídos<sup>26</sup>. Neste sentido, a subjetivação das experiências pelos sujeitos desdobra-se não só em suas estratégias micropolíticas, mas também na relação deles com o regime psiquiatrizante ainda hegemônico na atualidade<sup>27</sup>.

Na esteira de Foucault (1995), são sujeitos que não podem ser reduzidos à ideia de “razão” e que são também *sujeitos a*. Nos termos do autor, “há dois significados da palavra sujeito: sujeito a alguém pelo controle ou dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento” (1995, p. 235). Assim como Andrade (2012), ao falar de sujeitos, considero um sujeito inacabado, em constante processo de constituição.

---

<sup>26</sup> Conforme discussão de Foucault (1995), sobre o sujeito e o poder, que sugere que tais relações evidenciam a forma com que as estratégias de poder e os dispositivos de poder se articulam.

<sup>27</sup> De acordo com Andrade (2012), esse regime, assentado na premissa do sujeito da razão, fundamenta-se na prescritiva e classificatória racionalidade biomédica. Para uma discussão mais ampla sobre a hegemonia do modelo biomédico, ver em Duarte (2003); Alves e Rabelo (1998) e Maluf (2010).

## SEGUNDO CAPÍTULO – ENTRE ESTIGMAS E PROTESTOS

Enquanto o capítulo anterior foi um esforço de relativização e contextualização, este buscará trazer algumas reflexões que emergem dos espaços das associações de “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental. A partir da pesquisa de campo que realizei na Associação Saint-Germain, explorarei alguns questionamentos, tais quais: Quais as motivações para que “usuários” e “usuárias” de serviços de saúde mental se mobilizem em uma associação e quais as implicações disto? De que forma se configura esta organização, quais suas finalidades e quem pode participar? Quais as bases que fundamentam suas reivindicações? Como é a relação com o poder público, bem como com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira? Quais as relações de poder aí envolvidas?

No Brasil, conforme mencionado no capítulo anterior, as primeiras mobilizações coletivas em torno da área de saúde mental surgiram no final da década de 70, no contexto do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, também conhecido como movimento antimanicomial. De acordo com Andrade (2012):

O movimento da luta antimanicomial foi protagonizado por diferentes atores sociais e o tema, que era reduto de especialistas, na sua dimensão teórico-técnica passou a introduzir questões da esfera político-ideológica tais como: cidadania, direitos e ética, dentre outros (2012, p. 77).

Andrade (2012) ressalta que as diversas conferências e encontros que se realizaram em várias regiões do Brasil tiveram um papel fundamental no movimento da reforma psiquiátrica: “O movimento da luta antimanicomial, por sua importância para este processo, representa uma instância política que mantém vivo, através de diferentes fóruns, o ideário de transformação da assistência psiquiátrica no país” (2012, p. 77). Tal movimento até hoje mobiliza e organiza pessoas, como é o caso do Coletivo PIRA, entre tantos outros grupos de luta antimanicomial espalhados pelo país.

No mesmo período em que foram engendradas as discussões pela superação do modelo psiquiátrico asilar e os movimentos antimanicomiais, é fundada a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), no Rio de Janeiro, no

ano de 1979. Esta é a primeira associação oficial de familiares no Brasil, criada por Dona Ivete Braga, mãe de uma “usuária”, cujos objetivos giravam em torno de oferecer “(...) suporte afetivo e social aos familiares dos doentes mentais” (SOUZA, 1999, p. 128).

Na década de 80 e 90, estas organizações despontaram por todo o país. Em 1992, é fundada a Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (APACJUM), cuja principal motivação para sua constituição foi a preocupação com as condições de assistência prestada aos internos da Colônia. Em 1991, também no Rio de Janeiro, surge a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM), organizada em torno de uma preocupação com os efeitos da Lei Paulo Delgado<sup>28</sup>.

Cabe lembrar que, em 1989, surgiu o Projeto de Lei 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG), que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares, bem como regulamentava a internação compulsória. De acordo com Souza (1999):

O projeto foi aprovado na Câmara de Deputados somente em dezembro de 1990, chegando à Comissão de Assuntos Sociais do Senado em abril de 1991. Nesta Comissão acabou sofrendo uma série de lobbies de donos de clínicas privadas, de profissionais contrários aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, e de alguns familiares, representados pela AFDM (1999, p.133).

Neste período, enquanto a SOSINTRA e a APACJUM eram complacentes em relação ao processo da reforma psiquiátrica brasileira, os interesses da AFDM iam de encontro aos princípios de tal reforma. Amarante (1995) escreve sobre o papel dessa associação no contexto da reforma psiquiátrica e da “indústria de loucura”:

Alguns destes empresários, movidos pela ameaça que representa a reforma psiquiátrica, e não apenas o projeto Paulo Delgado, vêm aterrorizando familiares, deturpando os princípios da reforma, dizendo-lhes que o que se propõe é o fechamento dos hospícios e a devolução dos

---

<sup>28</sup> Para maiores informações sobre a SOSINTRA, APACJUM e AFDM, ver em Souza (1999).

internos aos familiares ou o abandono dos mesmos nas ruas. Tal iniciativa já se faz presente na criação de uma entidade de familiares financiada por estes mesmos empresários, para oporem-se às reformas (1995, p. 493).

No âmbito internacional, Vasconcelos (2000) resgata que o movimento de “usuários” e “usuárias” de serviços de saúde mental teve seu início nas décadas de 1960 e 1970, em vários países da Europa e da América do Norte. Segundo o autor, em países escandinavos, bem como na Holanda, Inglaterra, Estados Unidos, Canadá e Nova Zelândia, o desenvolvimento se deu de forma bem organizada, autônoma e consolidada. Já em países como a Itália, Alemanha, República Tcheca e Japão, o desenvolvimento se deu de forma mais lenta ou tardia. Nos anos 1980, por meio de encontros em conferências internacionais, os “usuários” e “usuárias” europeus começaram a se articular e, nos anos 90, duas entidades internacionais foram fundadas: *A World Federation of Psychiatric Users* e a *European Network os Users and Ex-Users* (ver em VASCONCELOS, 2000, p. 70 e 71).

O autor afirma que, tanto nos países europeus quanto nos da América do Norte, há um “(...) perfil organizativo predominante de autonomia e independência dos usuários em relação aos grupos de familiares e de profissionais” (VASCONCELOS, 2000, p. 72). Vasconcelos traz o exemplo de Maths Jespersion, liderança do movimento sueco, que deu a seguinte declaração em 1996, em Roterdã, quando questionado sobre a necessidade de uma organização que não fosse mista<sup>29</sup>:

“Para não misturar profissionais e famílias falando em nosso nome. Há interesses diferentes. O diálogo entre os três deve se iniciar com este reconhecimento, e nós temos de lutar para afirmar nossa experiência e pontos de vista próprios” (Maths Jespersion).

Voltando ao contexto brasileiro, em mapeamento realizado por Vasconcelos (2009), o perfil das associações em saúde mental no país caracteriza-se por serem de caráter misto, fundadas a partir de um

---

<sup>29</sup> O termo “misto” é utilizado para designar uma composição que inclua, além de “usuários” e “usuárias”, familiares e profissionais.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou relacionadas a um e, em geral, são apoiadoras da reforma psiquiátrica. Tal mapeamento foi realizado entre os anos de 2004 e 2007 e constatou a existência de 107 grupos pelo país. Vale lembrar que tal amostra é condicionada à possibilidade de contato com as associações, algo que presume que este número possivelmente é maior.

### **A Associação Saint-Germain: configurações e reivindicações**

Grande parte das características da Associação Saint-Germain enquadra-se no perfil citado acima, exceto pelo fato de lá não haver familiares atuando. Todos os integrantes da associação ou são “usuários” e “usuárias” do CAPS, ou nele trabalham ou já trabalharam; apenas um deles é psicólogo de um instituto conveniado<sup>30</sup>. Nas oito reuniões em que participei, Camélia, Jasmim, Violeta e Rosa (“usuárias”), Raí e Denilson (“usuários”) e Telma (assistente social) foram os participantes mais assíduos; Ricardo, o psicólogo do instituto conveniado ao CAPS, foi a três; Terezinha, ex-psicóloga de lá, a duas e, em outras três ocasiões, algum integrante do Coletivo PIRA, grupo de luta antimanicomial, compareceu. Fora estas pessoas, houve ainda “usuários” e “usuárias” que compareceram uma só vez e, por alguma razão, não mais voltaram.

Em uma das reuniões que participei, quando estavam falando sobre a lista de convidados para a posse da nova diretoria, surgiu a questão se os familiares haviam sido incluídos. Rosa, uma das “usuárias” que seria eleita a nova presidente, demonstrou algum conhecimento sobre o perfil das associações e afirmou: “*A família faz parte da associação. Uma associação é formada também por profissionais e familiares*”. Talvez Rosa vislumbrasse no evento de posse um ensejo para uma aproximação entre a associação e os familiares, os quais todos se comprometeram a convidar.

Conforme mencionei anteriormente, a Associação Saint-Germain estava passando por um processo de reestruturação. Embora tenha sido fundada no ano 2000, somente Raí participava desde essa época. No período em que estive em campo, novas pessoas estavam participando, um novo Estatuto Social foi aprovado e uma nova diretoria foi empossada.

---

<sup>30</sup> Instituto que oferece gratuitamente diversas atividades para os “usuários” e “usuárias” do CAPS, como aulas de computação, desenho, pintura e artesanato.

Ricardo, que já havia participado do processo de fundação do instituto em que trabalha, foi quem o elaborou o novo Estatuto Social, composto por trinta e sete artigos, dividido em seis capítulos<sup>31</sup>. Todos os itens foram aprovados em Assembléia Geral, formada no dia da solenidade de posse por cerca de trinta pessoas, das quais, com exceção de Ricardo, Telma e Terezinha, eram todas “usuárias” ou “usuários” do CAPS.

Segundo o artigo 6º do Estatuto Social, os associados devem ser “obrigatoriamente usuários do CAPS, ou seus familiares, ou pessoal técnico vinculado a algum dos serviços do CAPS, ou ainda pessoa com histórico de atuação e vínculo junto à população de usuários do CAPS”. Vale atentar também para o Capítulo III, que determina um mandato de dois anos para o Conselho Fiscal e para a Diretoria. O Conselho Fiscal foi formado por Ricardo, Violeta, Margarida (“usuária”) e Ronaldo (“usuário”). Já a Diretoria foi constituída por Rosa (Presidente), Raí (Vice-Presidente), Camélia (secretária Executiva), Jasmim (secretária Adjunta), Terezinha (Diretora Financeira) e Telma (Diretora Financeira Adjunta)<sup>32</sup>.

O discurso de posse proferido por Rosa, a nova presidente eleita, contém muitas das principais reivindicações da associação. Vale a pena o trazermos na íntegra:

“Boa tarde a todas e a todos.  
Gostaria de cumprimentar todos nossos convidados aqui presentes.  
Agradecemos profundamente todas as pessoas e instituições que nos acompanham e apoiam. Em especial, à Secretaria Municipal de Saúde, pelo espaço físico cedido à Associação. À coordenadora do CAPS, pela parceria e pelo coquetel que brindaremos ao final. Aos companheiros do Coletivo de Produção Integrada de Resistência Antimanicomial, o PIRA. Ao Instituto presidido por Sandra, que nos acompanhou passo a passo nesta etapa mais

---

<sup>31</sup> Vide Anexo I.

<sup>32</sup> Pude constatar que o processo de escolha da nova diretoria havia ocorrido em reuniões da associação algumas semanas antes de eu ir a campo e, de acordo com Ricardo, sem maiores entreveros.

recente, em nome do psicólogo Ricardo, que está junto com nossa companheira Terezinha olhando a parte legal e jurídica da associação e nos acompanhando no dia-dia. Também agradecemos à servidora Telma pelo carinho e atenção aos usuários da associação.

Reconstruir nossa associação representou uma árdua caminhada. Criada no ano 2000 com a participação de usuários, familiares e dos profissionais que naquele momento aqui trabalhavam, surgiu com o objetivo de promover a cidadania aos usuários dos serviços de saúde mental, naquele que era o primeiro e único Núcleo de Atenção Psicossocial.

Com o passar dos anos, a associação enfrentou muitos problemas, o que a levou à inatividade por um longo período, até que este grupo, ao qual eu represento, “arregaçou as mangas” e se empenhou nos últimos meses para colocar tudo em dia.

Assim, ressurgiu aqui a Associação dos Usuários do CAPS, que de agora em diante será conhecida como Associação Saint-Germain<sup>33</sup>, cujas forças colocaremos ao serviço da luta em defesa dos usuários e do Sistema Único de Saúde – SUS, sob os princípios:

Da Universalidade, entendendo a saúde como direito fundamental de todo ser humano, cabendo ao estado em suas diversas instâncias a garantia do pleno exercício deste direito;

Da Equidade, como um princípio de justiça social, tratando desigualmente os desiguais, isto é, que os investimentos se concentrem onde há maior carência e necessidade;

Da Integralidade, princípio que engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a garantia de fornecimento articulado e contínuo de ações e serviços exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade da assistência;

Estes princípios norteadores não teriam razão de ser sem o Princípio da Participação Popular, conquistada na Lei 8.142 de 1990 que é constituinte do SUS, como meio de garantir a

---

<sup>33</sup> A reprodução deste parágrafo encontra-se aqui levemente modificada, com vistas a garantir o anonimato da associação.

efetividade das políticas públicas de saúde e o exercício do controle social.

Nossos princípios nos levam à defesa imediata da Criação de um Centro de Convivência e Cultura, dispositivo não sanitizado, onde o que se opera não é o tratamento por princípio, mas a oferta de atividades criativas e diferenciadas, relacionadas à cultura, tendo nas oficinas seu elemento organizador.

O Centro de Convivência constrói e articula com os outros dispositivos da rede e setores sociais, utilizando recursos disponíveis fora do campo sanitário e patológico. É através da cultura que acontece a produção de inegáveis e fortes efeitos terapêuticos na vida das pessoas frequentadoras desse serviço.

Também lutamos pela criação de um Serviço Residencial Terapêutico, conhecido como Residência Terapêutica, local de moradia destinado a pessoas com sofrimentos psíquicos que permaneceram em longas internações psiquiátricas, impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Também servem a outras pessoas com sofrimentos psíquicos que não encontram suporte adequado na comunidade.

As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria nº 106 de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, ainda não implementados em nossa região são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social.

Queremos ressaltar aqui que a Portaria ministerial nº 336 de 2002, estabelece que os municípios com mais de 200.000 habitantes devem possuir CAPS-II, CAPS-III, CAPS-AD, CAPS-i, rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU. Com base nesta diretriz, apontamos a necessidade da abertura de outros CAPS-II descentralizados, aproximando do usuário a oferta deste serviço.

Já o CAPS-III que, entre outras atribuições, deve constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana, ainda não existe aqui,

em que pese dados atualizados do IBGE é de 421.240 habitantes, mais do que o dobro do que prevê a legislação. No entanto, ainda não possuímos CAPS-III.

Por fim, queremos também a imediata efetivação da Lei Municipal nº 417 de 2011, garantindo o Passe Livre aos usuários do serviço de saúde mental da capital.

Para alcançar nossos objetivos, contamos com a parceria dos movimentos sociais aqui presentes e outros que possuem afinidade com nossas lutas, assim como desejamos manter estreita relação com os gestores públicos num diálogo de alto nível com respeito aos processos democráticos que constituem a vida civil.

Muito obrigado a todos por este momento tão especial” (Rosa).

Nota-se que o surgimento desta associação tem a ver com a promoção da “cidadania aos usuários dos serviços de saúde mental” e as reivindicações contidas no discurso são claramente alinhadas ao SUS e aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Isto é evidenciado não só com a exigência pela criação de Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura e CAPS-III, mas também com a “*parceria dos movimentos sociais aqui presentes*”, no caso, o Coletivo PIRA. Além disso, há a reivindicação por direitos especiais, como a gratuidade do transporte público, por meio da “*imediata efetivação da Lei Municipal nº 417 de 2011, garantindo o Passe Livre aos usuários do serviço de saúde mental da capital*”.

Articuladas a estas reivindicações mais amplas, muitas das lutas da Associação Saint-Germain são relacionadas aos serviços ofertados no CAPS a partir do qual ela foi fundada, que é do tipo CAPS-II<sup>34</sup>. Neste

---

<sup>34</sup> Segundo a Portaria nº336/GM de 19/02/2002, um CAPS-II *deveria* ter capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. *Deveria* funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante todos os dias úteis. A assistência *deveria* incluir as seguintes atividades: atendimento individual e em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família e, por fim, atividades comunitárias, as quais, segundo o texto desta Portaria, devem enfatizar “(...) a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social” (BRASIL, 2004, p. 32). A equipe técnica *deveria* contemplar um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais

sentido, a associação denunciava que este CAPS estava com um investimento cada vez mais reduzido, sendo transformado em uma espécie de ambulatório, com poucos espaços de socialização e poucas atividades terapêuticas.

Havia, ainda, alguns protestos em relação ao passe de ônibus que deveria ser cedido pelo CAPS, já que o transporte de ida e volta de cada “usuário” e “usuária” de sua casa para lá é subsidiado pela prefeitura. O passe é creditado no cartão de ônibus de acordo com o número de dias em que participa em alguma atividade terapêutica, por meio de comprovação no PTI – Projeto Terapêutico Individual, chamado ironicamente por Raí de “*pai-te-i*”. A reclamação que se dava era que este passe estava sendo creditado de forma limitada. Segundo eles, isto explicava o fato de colocarem várias atividades no mesmo dia, pois assim o subsídio era menor, fato que “esvaziava” o CAPS em alguns dias e prejudicava a convivência entre os “usuários” e “usuárias”.

Além disso, houve a reivindicação para que o almoço servido no refeitório do CAPS fosse acessível aos trabalhadores do brechó. Por algum tempo, só podia almoçar ali quem tivesse mais de uma atividade terapêutica no dia, comprovada pelo PTI. A luta da associação era para que as duplas que trabalhavam no brechó – cuja renda é revertida para a associação e também é sede dela – tivessem, também, direito ao almoço, já que ficavam lá por quase o dia todo. Após cinco meses de diálogos junto à coordenação do CAPS, o almoço foi cedido, sob o argumento que aquele espaço contemplava também uma atividade terapêutica. Voltarei a esse assunto mais adiante.

### **A “discriminação positiva”**

Na medida em que “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental reivindicam a gratuidade do transporte público, isto é feito em nome de direitos específicos, em que a justificativa reside na afirmação de uma condição de diferença. Contudo, isto tem efeito contrário no âmbito dos direitos civis, que promulga a igualdade básica entre as pessoas e inclui a não-estigmatização e segregação. Conforme escreve Vasconcelos (2000):

---

de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Em nome de que diferenças os usuários em saúde mental merecem direitos, serviços e benefícios especiais? Isso é mais ou menos como um cobertor muito curto que, quando nos cobre o peito, nos descobre os pés: quando acentuamos a luta por direitos especiais, corremos o risco de acabar afirmando a diferença que justifica e alimenta o estigma e o tratamento “diferenciado” que a sociedade normalmente tem com o louco, ou seja, despotencializamos a luta no campo dos direitos civis! Em outras palavras, estamos diante do conhecido dilema de reivindicar cuidado e não querer o controle (2000, p. 80, grifo do autor).

O autor aponta que o movimento europeu adotou algumas estratégias para, de um lado, consolidar a luta por direitos especiais e, por outro lado, a luta contra o preconceito. Uma delas foi justificar os direitos especiais valendo-se da expressão “*survivors*” – como “sobreviventes” do sistema psiquiátrico –, bem como expressar a diferença de forma positiva, como “pessoas mais sensíveis que passam por experiências existenciais mais radicais” (VASCONCELOS, 2000, p. 74). Por fim, utilizaram a tática chamada por alguns de “discriminação positiva”, em que os direitos especiais são justificados a partir de uma situação de desvantagem a ser compensada<sup>35</sup>.

É possível perceber que algumas destas estratégias são encontradas também no contexto brasileiro. O auxílio financeiro do programa nacional “De Volta pra Casa”, concedido aos pacientes que receberam alta hospitalar após histórico de longa internação psiquiátrica, é um exemplo da ideia de “*survivors*” do sistema psiquiátrico, já que tal auxílio é considerado também de caráter indenizatório. Além disso, quando o princípio da Equidade do SUS é resgatado no discurso de posse proferido por Rosa, vê-se um exemplo claro da chamada “discriminação positiva”: “*como um princípio de justiça social, tratando desigualmente os desiguais, isto é, que os investimentos se concentrem onde há maior carência e necessidade*”.

---

<sup>35</sup> No contexto brasileiro, a ideia de uma “assimetria compensatória”, ao justificar que grupos historicamente oprimidos recebam cotas para o ingresso em universidades, por exemplo, é mais um caso da dita “discriminação positiva”, também chamada de ação afirmativa. Uma assimetria é introduzida em um sistema assimétrico com o intuito de compensar a assimetria inicial.

Segundo Vasconcelos (2000), o movimento na Suécia não se recusou a defender direitos específicos para “usuários” e “usuárias”, adotando a estratégia de aliar-se ao movimento dos deficientes<sup>36</sup>. Valeram-se da tática de assumir o reconhecimento social da deficiência e, “apesar de não gostarem de ser chamados como tais, tiveram acesso ao que se chama de ‘salário subsidiado’, pelo qual o empregador recebe um subsídio do governo e paga o salário comum de mercado para deficientes” (VASCONCELOS, 2000, p. 74).

Além disso, Tiago Moreira dos Santos (2005), ao analisar o par doença/política no contexto do ativismo soropositivo brasileiro, afirma que, na militância do movimento antiaids no Brasil, a sorologia positiva é afirmada como principal ponto da identidade de seus sujeitos. Inicialmente, havia uma preocupação com o preconceito e a discriminação, “(...) mas, com o fortalecimento do ativismo soropositivo, essa atitude migrou para uma afirmação aberta da soropositividade, encarada também como elemento de reivindicação de direitos específicos” (2005, p. 102).

### **Sujeitos e Estigmas: o papel das hierarquias internas na busca por autonomia**

No âmbito de uma associação de “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental, vários planos de hierarquias internas se cruzam. Ressalto não só a hierarquia institucional no interior da associação – que define cargos como Presidente, Vice-Presidente e Secretário –, mas também sua composição “mista”, que conta não só com “usuários” e “usuárias”, mas também com três “técnicos”<sup>37</sup> – dois psicólogos e uma assistente social. Dentro desses planos, há vários atravessamentos que se misturam e se complementam no universo da diferença.

Nas reuniões da Associação Saint-Germain em que participei, foi possível perceber que os psicólogos Terezinha e Ricardo eram pessoas com bastante liderança naquele espaço. Terezinha foi a principal pessoa a estimular a retomada dos encontros por parte dos “usuários” e “usuárias”, organizando as reuniões. Ricardo foi quem conduziu a solenidade da posse, elaborou o novo Estatuto Social, bem como

---

<sup>36</sup> Para um aprofundamento sobre o assunto, ver em Mello (2010), que traz uma interessante abordagem antropológica sobre a deficiência como um regime de subjetivação no contemporâneo.

<sup>37</sup> Os profissionais que trabalham na área, na linguagem do campo.

redigiu, em parceria com Rosa, o discurso de posse por ela proferido. Além disso, teve um papel fundamental no processo jurídico para a reestruturação legal da associação.

Quando ambos não podiam comparecer às reuniões, a ausência deles era bastante sentida pelo grupo, a ponto de Rosa afirmar em um dos encontros: “*Estamos sem pessoa de esclarecimento. ‘Tamo’ perdido aqui*”. Em outra ocasião, Telma, a assistente social, teceu o seguinte comentário: “*A associação não está no ponto ainda de caminhar sozinha, não tá no ponto de ‘desumbigar’*”. Todos os “usuários” e “usuárias” que estavam ali concordaram.

A metáfora do cordão umbilical ressalta que uma grande relação de dependência se faz presente naquele espaço. Já a fala de Rosa ressalta não só esta dependência em relação aos “técnicos”, mas também a assunção de uma condição de falta de esclarecimento, estendida ao restante do grupo. Tais elementos vão ao encontro daquilo que é encontrado em outras associações em saúde mental, como é o seguinte caso analisado por Almeida *et al* (2010):

Embora haja presença de alguns usuários, percebemos que a liderança concentra-se nos técnicos e familiares. Neste ponto, é notável uma contradição quando os usuários alegam que são eles os que conhecem sua condição e sua realidade, mas, utilizando como subterfúgio a incapacidade – historicamente atribuída à loucura, acreditam que a associação precisa ser encabeçada por um técnico. Assim, enxergamos uma situação de passividade dos usuários frequentadores frente à associação. Entendemos que o fato de ser assistido por um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e ter o discurso antimanicomial na ponta da língua não significa a derrocada absoluta de práticas e concepções demarcadas por um ranço asilar. (ALMEIDA *et al*, 2010, p. 585)

Embora a Associação Saint-Germain tenha uma configuração diferente do caso supracitado – já que não possui familiares como membros e é composta majoritariamente por “usuárias” e “usuários” –, percebe-se que muitas das expectativas dos integrantes são depositadas nos “técnicos” que dela participam. Em uma das reuniões que Ricardo não compareceu, Rosa chegou a declarar que “*a associação tá parada*”.

A despeito da tentativa de conferir autonomia aos “usuários” e “usuárias” – por diversas vezes, Ricardo comentou com eles que era importante a associação não depender de ninguém e caminhar por si só, é inegável a existência de uma assimetria de poder envolvendo a categoria “técnico” e “usuário”. Em uma das reuniões da associação, discutiu-se a possibilidade dos integrantes da associação irem ao ENEAMA – Encontro Nacional de Estudantes Antimanicomiais. A tentativa foi frustrada, por falta de recursos. Raí externou seu descontentamento, afirmando: “*Quem vai nas conferências é técnico*”.

No processo de reforma psiquiátrica, no qual há demandas diferenciadas entre as pessoas que dele participam – como “usuários”, familiares, “técnicos”, políticos, entre outros –, a luta pelo direito à voz e ao protagonismo político é realizada à duras penas. Além disso, a busca por uma autonomia política dos “usuários” e “usuárias” encontra-se imbricada com a busca por autonomia como sujeito. Segundo Andrade (2012):

[As] estratégias de invisibilidade, presentes nos espaços que frequentei, estão relacionadas com o modo de considerar os experientes como sujeitos ou não. Várias vezes estive envolvida em conversas com trabalhadores ou familiares em que se falava sobre os experientes como se eles não estivessem presentes, como discutido anteriormente (2012, p. 179).

A afirmação dos “usuários” e “usuárias” como sujeitos é constantemente desafiada, também no espaço da associação. Em um dos encontros que participei, Telma, após explicar que iria tirar férias e estaria ausente em algumas reuniões, gerou uma situação constrangedora, ao me dizer na frente de todos: “*cuida deles*”. Assim que ela se retirou, Raí foi o primeiro a se manifestar: “*ninguém é bebezinho*”. Vê-se que, de fato, há resquícios de uma condição de tutela historicamente relegada aos “loucos”, que desafia constantemente a afirmação dessas pessoas como sujeitos. Para Telma, naquele âmbito ou o “cuidar” é algo natural, ou ela falou comigo como se ninguém mais estivesse ali.

O desafio que se segue é: como afirmar uma diferença marcada por uma valoração negativa? De que forma tal afirmação pode agir em prol de fortalecer a busca pela igualdade, na reivindicação de direitos, se ela pode reafirmar a estigmatização da “loucura” e o preconceito com o “louco”, enfraquecendo a luta pela igualdade?

Em relação ao “estigma”, Erving Goffman (1986) resgata que esse termo foi criado pelos gregos antigos e designava “sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou de mau acerca do estatuto moral de quem os apresentava” (1986, p. 5). Tratava-se de marcas corporais, feitas com cortes ou com fogo, que identificavam de imediato um escravo ou um criminoso, por exemplo. Segundo o autor, com o passar do tempo o termo foi sendo utilizado de forma mais ampla, remetendo a identidades que fogem às expectativas socialmente criadas como “normais”.

Nesse sentido, destaco dois eixos em que o estigma esteve presente em minha experiência de campo, que dialogam com os conceitos de “desacreditado” e “desacreditável”, de Goffman (1986): em primeiro lugar, o modo pelo qual “usuários” e “usuários” da associação se viam e os atributos a eles relacionados; em segundo lugar, as expectativas em mim depositadas.

De acordo com o Goffman (1986):

O termo estigma e seus sinônimos ocultam uma dupla perspectiva: assume o estigmatizado que a sua característica distintiva já é conhecida ou é imediatamente evidente ou então que ela não é nem conhecida pelos presentes e nem imediatamente perceptível por eles? No primeiro caso, está-se lidando com a condição do desacreditado, no segundo com a do desacreditável. Esta é uma diferença importante, mesmo que um indivíduo estigmatizado em particular tenha, provavelmente, experimentado ambas as situações (1986, p. 7).

Em diversas situações que presenciei em campo, foi possível perceber que a “característica distintiva” da condição de estigmatizado, por parte daqueles que Goffman considera na dimensão de “desacreditado”, era articulada à assimilação de uma inferioridade. Isto foi evidente no dia em que houve um ensaio para a solenidade de posse da nova diretoria e a “usuária” Jasmim disse a Ricardo: “*não se esqueça que a gente é usuário, não é perfeito*”.

Vê-se que mesmo em uma associação na qual a busca por autonomia é almejada, os estigmas, as marcas, os atributos negativos, acompanham e reforçam a condição de “desacreditado”. Nas discussões

sobre as oficinas de geração de renda<sup>38</sup>, essa condição de inferioridade foi novamente resgatada. Quando surgiu a proposta da associação fazer cachorro-quente para vender, a “usuária” Violeta faz a seguinte ressalva: *“Só não podem saber que foram doentes mentais que fizeram. Eu não confio em doente mental levando salsicha pra casa”*. Acácia, outra “usuária”, completa: *“no doente mental, o que enfraquece é a higiene”*.

Outra dimensão do estigma que vale a pena ressaltar é a condição de “desacreditável”, trazida por Goffman (1986):

Uma possibilidade fundamental na vida da pessoa estigmatizada é a colaboração que presta aos normais no sentido de atuar como se a sua qualidade diferencial manifesta não tivesse importância nem merecesse atenção especial. Entretanto, quando a diferença não está imediatamente aparente e não se tem dela um conhecimento prévio (ou, pelo menos, ela não sabe que os outros a conhecem), quando, na verdade, ela é uma pessoa desacreditável, e não desacreditada, nesse momento é que aparece a segunda possibilidade fundamental em sua vida. A questão que se coloca não é a da manipulação da tensão gerada durante os contatos sociais e, sim, da manipulação de informação sobre o seu defeito. Exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo; revelá-lo ou escondê-lo; mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, como, quando e onde (1986, p. 38).

Cabe aqui resgatar um importante momento que vivenciei em campo. Ao final da primeira reunião que participei, Raí disse que, em algumas ocasiões, se sentia uma “cobaia”. No intuito de mostrar que minha intenção como pesquisador não era essa, senti a necessidade de falar a eles um pouco melhor sobre minha experiência pessoal com internação e medicamentos, procurando salientar o quanto eu não via ninguém ali como “cobaia”. O ponto que resalto é que muitos deles

---

<sup>38</sup> De acordo com documento do Ministério da Saúde, tais oficinas “servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário” (BRASIL, 2004, p. 20). Nas reuniões da Associação Saint-Germain, os integrantes estavam vendo os interesses dos “usuários” e “usuárias” para que fosse criada alguma oficina deste tipo.

ficaram surpresos com esta informação e uma “usuária” chegou até a falar em “*erro médico*” no meu caso. Isto significa que algumas expectativas do grupo em relação a alguém com histórico de internação giravam em tornos de atributos negativos, a algum “defeito” ou “qualidade especial”, no termos de Goffman.

Vale ressaltar que Goffman escreve a partir de uma perspectiva interacionista simbólica, propondo que se conceba o estigma levando em consideração o processo social no qual os papéis do “normal” e do “estigmatizado” se articulam e são negociados. É um trabalho inovador para a época (início dos anos 60), em que o autor analisa os mecanismos sociológicos desencadeadores de estigmas, mostrando, sobretudo, como se processa a manipulação da identidade de pessoas “estigmatizadas”.

Na reflexão sobre a luta de “usuários” e “usuárias” na busca por autonomia, Vasconcelos (2008) trabalha com a noção de empoderamento, como:

Uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde e de militância social (2008, p. 60, grifo nosso)

Nos diversos exemplos de campo que trouxe acima, vê-se que a relação dos “usuários” e “usuárias” com o estigma é bastante estreita. O “empoderar-se” naquele âmbito reconhece a existência de práticas discriminatórias, mas há pouca preocupação em relação a isto. A busca pela autonomia no espaço da Associação Saint-Germain tem menos a ver com a superação de uma carga de valores negativa – por diversas vezes, até a reforça – do que com a busca por um protagonismo político na luta por melhorias nos serviços de saúde mental.

### **Militância e terapia: a legitimidade do sofrimento**

Nas primeiras reuniões que participei, um dos principais assuntos em pauta foi a organização do evento de posse da nova diretoria. As discussões iam desde a lista dos convidados, o discurso de posse, a elaboração e distribuição dos convites, até a decoração do local onde

seria a solenidade, as roupas que eles iriam vestir e o que cada um iria fazer no dia. Uma semana antes da festividade, houve até um emocionante ensaio.

É importante ressaltar que isto não se deu de forma mecânica, desprovida de significativas nuances e tensões. Nos momentos das reuniões, foi possível perceber que a experiência associativa neste contexto envolve fluxos e atravessamentos nos quais a diferença é permanentemente construída e ressignificada.

Em um dos encontros, notando uma certa ansiedade dos “usuários” e “usuárias” em relação ao dia da posse e não sem um ar de preocupação, Ricardo falou a eles sobre a questão da importância do processo da preparação que eles estavam realizando, independente de se tudo iria ou não ocorrer conforme o planejado. Usou a seguinte metáfora: *“vamos pensar que, se estivéssemos fazemos um bolo, mais do que o fato do bolo ficar gostoso ou não, o que vale a pena mesmo é o processo, se nos divertimos, se foi prazeroso fazê-lo”*.

A fala de Ricardo ressalta uma importante dimensão da militância naquele contexto: a terapêutica. Da “metáfora do bolo”, sobressai a ideia que aquele espaço é também um espaço de cura, no qual o significado das atividades ali praticadas transcende a esfera do ativismo político. Tal qual uma oficina terapêutica de música ou de artesanato, enfatiza-se mais o fato de estar em um momento de tratamento do que ser um bom músico ou um bom artesão.

Em uma das entrevistas, Raí, afirma que *“o próprio estar aqui já é uma atividade, se comunicando”*, mas que está ali *“mais é para lutar mesmo pelo usuário, né. Os usuários não querem lutar pelos direitos, acha que tá bom do jeito que tá. A grande maioria quer o bolo pronto”*. Nota-se que ele ressalta tanto a capacidade terapêutica da associação, comparando-a às atividades nas oficinas terapêuticas do CAPS, quanto a importância do ativismo político em prol de direitos para “usuários”.

O fato de estarem em um espaço de ativismo político não implica que os “usuários” e “usuárias” ali presentes deixem de ser vistos como pacientes. Logo, a carga semântica que emerge no âmbito de uma associação de “usuários” e “usuárias” carrega significados que transitam entre a dimensão do político e do terapêutico<sup>39</sup>. Na entrevista realizada com Camélia, isto se torna patente:

---

<sup>39</sup> Na ocasião em que participei da “Oficina de Usuários”, no IX Encontro Catarinense de Saúde Mental, a fala de uma “usuária” já havia me chamado a atenção em relação a isto, ao ressaltar *“o quanto é terapêutico lutar pelos direitos, às vezes não precisa nem de remédio”*.

“Logo que cheguei no CAPS, comecei a trabalhar, comecei a me juntar da turma. Aí eu comecei a ir ali pro brechó, pra associação, comecei a vender umas peças de roupa e comecei a me interessar pela associação. E agora eu sou Secretária. E eu tô feliz, tô bem feliz mesmo com a associação. Acho muito interessante o trabalho que eles fazem aqui. Me sinto bem melhor. Os medicamentos também ajudam, que sem os medicamentos eu não fico. Mas, assim, só em saber que eu tô ali no brechó, que tô trabalhando, eu me sinto útil, entendeu? Tô muito bem trabalhando no brechó, muito bem” (Camélia).

Na esteira de Michel Foucault (1995), a subjetivação das experiências pelos sujeitos desdobra-se não só em suas estratégias micropolíticas, mas também na relação deles com os saberes e poderes constituídos<sup>40</sup>. Isto é patente tanto na fala de Ricardo quanto na de Camélia e de Raí, ao ressaltarem que a experiência deles na associação não se restringe à dimensão da militância, contemplando uma relação também terapêutica.

Conforme resgatei no primeiro capítulo, uma das principais premissas da reforma psiquiátrica é a ideia de desinstitucionalização, que busca retirar o hospital psiquiátrico como apanágio no tratamento das aflições. No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica, aliado a uma política pública de universalização do acesso à saúde<sup>41</sup> implicou em uma pulverização dos serviços de saúde mental, que estenderam suas práticas e saberes para uma população mais ampla. De acordo com Maluf (2011b):

Se, de um lado, os hospitais psiquiátricos estão fechando leitos (ou deveriam estar), como uma

---

<sup>40</sup> Cabe lembrar as reflexões de Foucault (1979, 1988) sobre a genealogia do poder, em que ele analisa de que forma o poder é produtivo e não meramente repressor ou negativo. O poder, para o autor, é algo que se dissemina por toda a estrutura social e a perpassa, sendo um elemento capaz de explicar como se produzem os saberes e como os sujeitos se constituem na articulação entre ambos.

<sup>41</sup> Segundo Maluf (2010), vista como sinônimo de, entre outras coisas, “distribuição massiva de medicamentos”.

das metas da reforma psiquiátrica, por outro, a psiquiatria está cada vez mais presente nos ambulatórios, e os medicamentos psicotrópicos sendo cada vez mais utilizados para além dos tratamentos psiquiátricos convencionais (p.2).

A autora resgata que a crescente expansão da lista de “doenças mentais” nos DSMs, combinada com o uso dos psicofármacos de forma cada vez mais abrangente, aponta para um processo de biologização da psiquiatria. Nesse sentido, houve um deslocamento para uma espécie de “racionalização médica da experiência subjetiva e do sofrimento” (MALUF, 2010, p. 28).

Maluf (2010) analisa o quanto o fenômeno do consumo de medicamentos psicotrópicos e do uso de um léxico médico, sobretudo entre mulheres de classes populares, caracteriza uma mudança significativa na percepção dos sofrimentos entre estes setores, vistos como tradicionalmente menos habituados aos oficiais e dominantes discursos psicologizantes e biomédicos. Intensifica-se a racionalização de um modelo de explicação vinculado a um paradigma biomédico, acarretando em uma configuração de valores que essencializa a importância do medicamento, perpassando as práticas e discursos de toda a rede de atores sociais da saúde mental<sup>42</sup>. É interessante resgatar aqui a fala de Camélia acerca da relação dela com os medicamentos:

“Eu tomo três qualidades. Tomo Citta pra depressão, tomo Clorpromazina de 100mg pra minha cabeça e tomo Ácido Valpróico também pra minha cabeça. Tô me sentindo muito bem com esses medicamentos. E não é muito, em vista de outros aí que tomam seis, sete qualidades de remédio. Tem pessoas que tomam muitas qualidades de remédio aí dentro. Eu tô tomando três só, três qualidades. E me sinto feliz com esses medicamentos e com as atividades aqui no CAPS, me sinto bem, entendeu? Tô renovada. Tô me sentindo muito bem” (Camélia).

São evidentes as relações de poder aí envolvidas, no sentido foucaultiano, em que há “condução de condutas” (FOUCAULT, 1995).

---

<sup>42</sup> Para um aprofundamento sobre a questão dos usos e representações dos medicamentos, ver em AZIZE, Rogério (2002).

Evidencia-se a forma com que as relações de poder articulam à obediência a liberdade e agência individual, no sentido em que a medicamentação massiva é acompanhada do reconhecimento e aceitação do paradigma biomédico – algo que, segundo Maluf (2010), não ocorre sem a ressignificação destes valores, de acordo com as experiências individuais:

(...) mesmo com toda a crítica acadêmica à medicalização e à dimensão política do uso das tecnologias médicas como regimes de assujeitamento e controle, percebe-se nos diversos movimentos sociais ligados a saúde, nas políticas públicas e nos discursos dos chamados “usuários” do sistema público de saúde um certo consenso em torno de uma “demanda por medicalização” (MALUF, 2010, p. 46).

A partir deste processo de biologização da psiquiatria, que implica em uma redução dos fenômenos de sofrimento e aflição para a esfera do orgânico, Maluf (2011*b*) faz um interessante diálogo com o conceito de “biolegitimidade”, de Didier Fassin. Afinal, “(...) é essa dimensão biologizada do sofrimento e da aflição que legitima uma política pública de ‘saúde mental’, configurando uma forma de ‘biolegitimidade’” (2011*b*, p. 13),

Uma boa forma de entender esse conceito é a partir do caso da expansão do saturnismo infantil na França, analisada por Fassin (2005). O autor conta que havia dez casos registrados desta doença até o ano de 1981. Em 1999, esse número passou para cerca de 85.000. Acrescenta-se a isto o fato que 99% dessas crianças eram de famílias africanas.

Fassin nos recorda que, até a década de 1970, a política de imigração francesa era bem aberta, permitindo a vinda de parentes dos trabalhadores imigrantes provenientes de ex-colônias na África. Em meados dos anos 1980, essa política ficou mais restrita, algo que aumentou o número de imigrantes ilegais, os quais passaram a residir em locais menos salubres. Visto que nesses locais havia pinturas à base de chumbo, proibidas na França desde 1948, isto oferecia uma interpretação consistente para o que estava ocorrendo<sup>43</sup>. Entretanto, durante os anos 1980, não foi esta explicação que prevaleceu, mas

---

<sup>43</sup> Já que o saturnismo é uma doença decorrente da intoxicação por chumbo.

argumentos relacionados a práticas geofágicas de mães africanas, que transmitiam os minerais a seus filhos.

Não entrarei nos diversos meandros dessa história. O que reterei para o escopo deste trabalho são as estratégias de resistência salientadas por Fassin, que passaram da reivindicação por melhores condições de moradia para a exposição de figuras com os corpos deteriorados destas crianças. Se a indignação local e nacional não veio por meio da insalubridade habitacional, foi através do sofrimento associado ao corpo que isto se deu:

La légitimité de la maladie a eu raison de l'illégitimité de la population. Ce ressort moral qui va chercher dans la vie physique ce que l'existence sociale ne suffit pas à justifier, en l'occurrence le relogement des familles immigrées, opère aujourd'hui dans de nombreux registres de l'action publique (FASSIN, 2005, p. 13)

O autor ressalta que há um deslocamento da legitimidade, em que foi buscada na vida física o que na existência social não foi suficiente para justificar<sup>44</sup>. Maluf (2011b) nos lembra que “para Fassin, é o conceito de biogitimidade que melhor define a questão crucial do contemporâneo, não mais o poder *sobre a* vida (biopolítica), mas o poder *da* vida enquanto tal” (2011b, p. 16, grifo da autora)<sup>45</sup>. Menos de

---

<sup>44</sup> Nesse sentido Fassin dialoga com Giorgio Agambem e Hannah Arendt em relação ao deslocamento da legitimidade da vida como *bios* – a vida em grupo, política – para a vida como *zoe* – a vida no plano biológico.

<sup>45</sup> A expressão “poder sobre a vida” é um diálogo com Michel Foucault e sua análise sobre a biopolítica. Foucault analisa que, no momento em que ocorre a inter-relação entre novas forças na época moderna – vida, trabalho e linguagem, manifestadas na biologia, economia política e linguística -, é engendrado um sistema punitivo que procura assegurar e reproduzir a economia política do corpo para criá-lo com docilidade e extrair dele utilidade. A esfera do político é articulada com as do biológico e científico, condicionando a vida à situação de objeto de uma tecnologia política. Evidencia-se o caráter biopolítico na sociedade moderna, em que os regimes disciplinares do corpo são intimamente vinculados aos processos de subjetivação (FOUCAULT, 1988). Se, durante séculos, a política foi organizada em torno de um poder soberano, que determinava o “direito à morte”, uma reversão paulatina dos princípios e valores fez com que a gestão da vida se tornasse o cerne da política – o “poder sobre a vida”.

1% das famílias contaminadas por saturnismo foram realocadas, revelando um frágil biopoder, embora as “razões humanitárias” em jogo, argumentadas a partir da afirmação de uma patologia, tenham construído um consenso a ponto de dois ministros conseguirem que fosse aprovada uma modificação na Lei francesa (FASSIN, 2005). Se, de um lado, houve a perda de legitimidade no âmbito do asilo político, de outro, a recuperação dela se deu no plano do reconhecimento do sofrimento enunciado no corpo<sup>46</sup>.

No contexto da associação de “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental, na medida em que os significados que dela emergem transitam entre a dimensão da militância e da terapêutica, uma significativa complexidade vem à tona: de que forma o reconhecimento político é almejado naquele espaço? Até que ponto não há um deslocamento da legitimidade da vida como *bios* para uma noção da vida como *zoe*, pautada no sofrimento psíquico biologizado?

### **Um possível diálogo**

Para encerrar, gostaria de resgatar uma importante discussão em relação à reflexão sobre identidades e ativismo político, a partir dos debates acerca das identidades fixas nas teorias feministas. Butler (2003) considera que o uso da categoria “mulher”, como sujeito representado politicamente pelo feminismo, pressupõe um sujeito que é produzido discursivamente pelo próprio feminismo:

Em sua essência, a teoria feminista tem presumido que existe uma identidade definida, compreendida pela categoria de mulheres, que não só deflagra os interesses e objetivos feministas no interior de seu próprio discurso, mas constitui o sujeito mesmo em nome de quem a representação política é almejada (2003, p. 17).

---

<sup>46</sup> Nesse sentido, é interessante pensar a chamada cirurgia de “transgenitalismo” e os argumentos instituídos para que ela seja realizada. Segundo a Resolução 1955/2010 do Conselho Federal de Medicina, tal cirurgia é condicionada à “paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual”. Nota-se que o reconhecimento político da transexual reside na comprovação de um sofrimento psicológico que causa um “distúrbio de identidade”.

Partindo do princípio que a identidade é discursivamente construída, negar sua existência não implica necessariamente em negar a existência de sujeitos políticos, mas sim em reconfigurar sua composição. Joan Scott defende a ideia que o feminismo foi uma forma de protestar contra a exclusão das mulheres da política, tendo por objetivo eliminar a diferença sexual neste âmbito. Entretanto, o fato de agir em uma campanha voltada às mulheres produziu e reforçou a diferença sexual que queria eliminar. Neste sentido, a autora afirma que “(...) podemos dizer que as demandas pela igualdade necessariamente evocam e repudiam as diferenças que num primeiro momento não permitiram a igualdade” (2005, p. 20). Isto fez com que as feministas fossem colocadas em face de um pernicioso dilema. Nas palavras de Scott:

Esse dilema chegou até nós na forma de debates sobre ‘igualdade’ ou ‘diferença’: serão mulheres iguais a homens, fato do qual decorreria a única base para se poder reivindicar direitos? Ou serão seres diferentes e, por causa ou apesar das diferenças, com direito a igual tratamento? Qualquer das duas posições atribui identidades fixas e análogas a homens e mulheres, ambas endossam implicitamente a premissa de que pode haver uma definição oficial e autoritária de diferença sexual (SCOTT, 2002, p. 18).

A discussão dos termos “igualdade” e “diferença” dicotomicamente constitui uma armadilha para o ativismo político, pois, segundo Scott, estruturam uma escolha impossível de ser feita: “Se alguém optar pela igualdade, estará forçado a aceitar que a noção de diferença é sua antítese. Se alguém optar pela diferença, admitirá que a igualdade é inalcançável” (SCOTT, 1999, p. 17). A autora argumenta que se deve rejeitar a escolha por um dos termos, os quais não devem ser entendidos como antíteses, mas termos interdependentes que estão necessariamente em tensão. Sugere, portanto, uma abordagem que permita pensar em termos de pluralidades e diversidades.

Nesse sentido, debater as diferenças entre mulheres e homens não é suficiente; é preciso também discutir as múltiplas diferenças internas, entre os homens e entre as mulheres: “nosso objetivo não é só ver as diferenças entre os sexos, como também as formas em que estas funcionam para reprimir as diferenças no interior de cada grupo de gênero” (SCOTT, 1999, p. 220).

Se pensarmos em termos dicotômicos, como igualdade/diferença, universalidade/especificidade e masculino/feminino caímos na armadilha do “dilema da diferença”. Tais oposições binárias, assim como normal/patológico, razão/desrazão ou normalidade/loucura, pressupõem um termo dominante e um subordinado, isto é, uma hierarquia que organiza a diferença. Pensar nesses termos reforça a dificuldade de defender a diferença sem reforçar o preconceito, além de suprimirem-se as diferenças internas de cada lado da oposição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro capítulo, trouxe algumas discussões e reflexões preliminares acerca de categorias como “loucura” e “doença mental”, bem como uma breve revisão histórica sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira. No capítulo dois, voltei meu olhar para as associações de “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental, ressaltando suas ambiguidades, especificidades e paradoxos<sup>47</sup>.

O título deste trabalho, “do manicômio à associação”, pressupõe um movimento, movimento este que permeou todo o trabalho. Movimento que ora avança, ora retrocede, no qual procurei ressaltar as tensões e nuances nele envolvidas. Se, por um lado, os princípios da reforma psiquiátrica brasileira assentam-se na ideia de “desinstitucionalização”, por outro lado, uma nova forma institucional é engendrada na busca da autonomia dos “usuários” e “usuárias”. Os sujeitos cujas vozes eram, outrora, silenciadas ou apenas objeto de interpretação terapêutica, ocupam agora os cargos de Presidente, Vice-presidente, Secretária Executiva e Secretária Adjunta.

No interior do “movimento” de “usuários” e “usuárias”, os “movimentos” não param. O fato de “usuários” e “usuárias” se organizarem na busca por direitos específicos trouxe interessantes elementos para a discussão sobre *diferença* e *igualdade*. Se a afirmação de uma *diferença* pode reafirmar a estigmatização da “loucura” e o preconceito com o “louco”, enfraquecendo a luta pela *igualdade*, de que forma tal afirmação e reivindicação por direitos pode agir em prol de fortalecer a busca pela *igualdade*? O que está em questão são os significados que emergem disto, os fundamentos antropológicos contemporâneos que emergem deste movimento dialético.

Além disso, foi possível notar nas narrativas tanto dos “técnicos” quanto nas de alguns “usuários” e “usuárias”, que as atividades praticadas nos espaços da Associação Saint-Germain adquirem significados que transitam entre a dimensão do político e do terapêutico. Por vezes, aquele espaço é visto como (mais) um espaço de cura, bem como os “usuários” e “usuárias” ali presentes vistos como pacientes também no momento de militância. Entre estigmas e protestos, mais

---

<sup>47</sup> Tanto no sentido da Lógica – tal qual uma proposição que não pode ser resolvida e que é falsa e verdadeira ao mesmo tempo –, quanto no sentido da Retórica e da Estética, em que o paradoxo é como um signo capaz de harmonizar complexamente ideias e sentimentos contrários, dos quais emerge a criatividade poética (ver em SCOTT, 2005).

uma vez o movimento entre os ranços manicomial e a conquista de direitos se fez presente, no qual a hegemonia da biomedicina tem um papel preponderante.

É de suma importância ressaltar que “teoria e conhecimento antropológicos estão no crivo de sua interminável desconstrução pelo campo, ou seja, pelo mundo, pelos *outros*” (MALUF, 2011a, p. 43, grifo da autora). Levando em consideração tanto a antropologia quanto a biomedicina como sistemas de conhecimento construídos socioculturalmente, com seus saberes e dualismos dicotômicos – tais quais loucura/doença, normal/patológico, médico/paciente, antropólogo/nativo, “nós”/“outros” –, penso que a aproximação entre a antropologia e a “saúde mental” é de grande relevância, em várias dimensões. Tanto para o campo da Saúde, ao ajudar a pensar de que forma a antropologia pode fornecer bases que contribuam para sua práxis, quanto para a Antropologia Social, em que a emergência de novas reflexões permite esboçar possíveis ressignificações no interior da disciplina.

Para finalizar, saliento que esta pesquisa foi um esforço não para preencher lacunas ou esgotar algum recorte temático, mas sim no sentido de trazer novas lacunas, novas dúvidas e novos paradoxos que pretendo continuar investigando. Penso que os espaços das associações de “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental, repletos de ambiguidades e complexidades, requerem uma investigação com um escopo mais amplo, em que a dimensão restrita de um Trabalho de Conclusão de Curso não permite contemplar a necessária sofisticação analítica que estes locais nos colocam. Reflexões que apenas esbocei neste trabalho devem, certamente, ser realizadas com uma cautela e profundidade um pouco maior, como as discussões de gênero e de identidades, a questão dos usos e representações dos medicamentos neste contexto, entre outros necessários eixos investigativos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. In: **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.577-89, jul./set. 2010.

ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (orgs.). **Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

ANDRADE, Ana Paula Müller de. **Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da Reforma Psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes**. Tese de Doutorado do Programa de Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

\_\_\_\_\_. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

AZIZE, Rogerio Lopes. **A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

BEZERRA, Benilton. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva** 16(2):4598-4600, 2011.

\_\_\_\_\_. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 13 de janeiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental – 1990/2004**. 5ª Edição Ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934**: dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Coleção de Leis do Brasil, 1934.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forense Universitário, 2000.

CARDOSO, Vania Zikán. Narrar o mundo: estórias do “povo da rua” e a narração do imprevisível. In: **Mana**, 13(2), 2007.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luiz Roberto. Pesquisas em *versus* pesquisas com seres humanos. In: VICTORA, C.; OLIVEN, R.; MACIEL, M. E. & ORO, A. (orgs.). **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: EdUFF-ABA, 2004.

CASTRO MOURA, Fernando A. G.; KONTOPP, Márcio; ZANARDI, Paula. Mais amor, por favor: O processo de subjetivação e ressignificação do paradigma biomédico nos 10 anos da Reforma Psiquiátrica. In: **Revista Mosaico Social**, Florianópolis: UFSC, no prelo.

CLIFFORD, James. **A experiência etnográfica**: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2002.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editorial FIOCRUZ, 1999.

DUARTE, Luiz Fernando Dias Ética de pesquisa e “correção política” em antropologia. In: VICTORA, C.; OLIVEN, R.; MACIEL, M. E. & ORO, A. (org.). **Antropologia e ética**: o debate atual no Brasil. Niterói: EdUFF-ABA, 2004.

\_\_\_\_\_. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1), 2003, p. 173-183

\_\_\_\_\_. Investigação Antropológica sobre Doença, Sofrimento e Perturbação: uma introdução. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

\_\_\_\_\_. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecilia de S. (orgs.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. **Da vida nervosa nas classes trabalhadora urbanas brasileiras**. Rio de Janeiro: JZE/CNPQ, 1986.

FASSIN, Didier. Le sens de la santé: Anthropologie des politiques de la vie. In **Anthropologie médicale**: Ancrages locaux, défis globaux. Chapitre 14, pp. 383-399. Québec: Les Presses de l'Université Laval; Paris: Anthropos, 2005.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio-política. In: **Revista de Psicanálise**, v.4, n.1: 77-85, jun. 2006.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 19ª ed. São Paulo: Editora Loyola, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. 5ªed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

\_\_\_\_\_. O Sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**, São Paulo: Ed. Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I: A vontade de saber**, tradução de Maria Thereza da costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**, organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª Ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 2001.

\_\_\_\_\_. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

GOLDMAN, Márcio. Os Tambores dos Mortos e os Tambores dos Vivos. Etnografia, Antropologia e Política em Ilhéus, Bahia. In: **Revista de Antropologia**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 445-476, 2004.

LANGDON, Ester Jean. A fixação da narrativa: do mito para a poética de literatura oral. In: **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n. 12, dez. 1999.

LANGDON, Esther Jean; MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MALUF, Sônia Weidner. A antropologia reversa e “nós”: alteridade e diferença. In: **Revista Ilha**, 12(1), 2011a.

\_\_\_\_\_. **Antropologia do sujeito e políticas da vida**: uma reflexão sobre biopolítica, experiências sociais e modos de subjetivação no contexto das políticas de saúde mental no Brasil. 2011b. (mimeo)

\_\_\_\_\_. Mitos Coletivos e Narrativas Pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da “Nova Era”. In: **Mana**, 11(2), 2005.

MALUF, Sônia Weidner. Antropologia, Narrativas e a Busca de Sentido. In: **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 5, n. 12, dez. 1999.

MELLO, A. G. A Construção da Pessoa na Experiência da Deficiência: corpo, gênero, sexualidade, subjetividade e saúde mental. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana. **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

RODRIGUES, Jeferson; VASCONCELOS, Eduardo Mourão.

**Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil: uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. (2010) Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/organizacaoeduardojeferson.pdf>>.

Acesso em: 13 de janeiro de 2013.

ROEDER, Maika. Serviço Residencial Terapêutico: morada do gênero. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana. **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

SANTOS, Tiago Moreira. **Políticas e Subjetividades**: itinerários do ativismo soropositivo. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

SCOTT, Joan W. “O enigma da igualdade”. In: **Revista de Estudos Feministas**, pp 11-30, jan/abr 2005.

SCOTT, Joan W. **A cidadã paradoxal**: as feministas francesas e os direitos do homem. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2002.

\_\_\_\_\_. “Igualdade *versus* diferença: os usos da teoria pós-estruturalista”. **Debate Feminista. Cidadania e Feminismo** (Edição especial). São Paulo: Cia. Melhoramentos, 1999. pp. 203-222.

SOUZA, Waldir da Silva. **Associações de Usuários e Familiares frente à Implantação da Política de Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz/RJ, 1999.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. In: **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, 2009.

\_\_\_\_\_. **Abordagens psicossociais II**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

\_\_\_\_\_. Novos desafios para a reforma psiquiátrica. In: **18 de maio**: Informativo do Instituto Franco Basaglia, 9 (IV), Rio de Janeiro, 1996

VELHO, Gilberto. **Individualismo e Cultura**: notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. In: **Revista Mana** 8(1): 113-148, 2002.

## ANEXO I

### ESTATUTO SOCIAL DA ASSOCIAÇÃO \*\*\*\*\*<sup>48</sup>

#### Capítulo I – DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINALIDADES

**Artigo 1º** – A Associação \*\*\*\*\*\*, constituída em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2000 é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de duração por tempo indeterminado, com sede e foro no município de Florianópolis, Capital do Estado de Santa Catarina.

**Parágrafo Único** – Para efeitos de registro no CNPJ, a entidade manterá a razão social “\*\*\*\*\*” e o nome de fantasia “\*\*\*\*\*”.

**Artigo 2º** – A Associação \*\*\*\*\* tem por finalidades:

- a) a ampla defesa dos Direitos Humanos com base na Declaração Universal da ONU;
- b) a promoção da saúde, educação, arte e cultura, a defesa e conservação do patrimônio histórico, artístico, material e imaterial, e ambiental, a promoção da ética, da cidadania, do exercício dos direitos humanos, da liberdade de expressão e o uso de tecnologias disponíveis para cumprir este fim, bem como o desenvolvimento de metodologias e criação de instrumentos para democratizar e promover o acesso das pessoas que vivem com sofrimentos psíquicos a essas finalidades;

**Artigo 3º** – No desenvolvimento de suas atividades, a Associação \*\*\*\*\* observará os princípios da legalidade, impessoalidade, ética, publicidade, economicidade, eficiência, e não fará quaisquer discriminações de raça e etnia, cor, gênero e identidade de gênero, religião, sexo e orientação sexual, política, filosófica ou ideológica.

**Parágrafo Primeiro** – A Associação \*\*\*\*\* se dedica às suas atividades por meio de projetos, programas ou planos de ações e metas, por meio de doação de recursos físicos, humanos, financeiros e logísticos, ou prestação de serviços intermediários a outras organizações públicas e privadas que atuem em áreas afins.

**Parágrafo Segundo** – A Associação \*\*\*\*\* não distribui entre os seus associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos,

---

<sup>48</sup> As informações contidas neste anexo que prejudicavam o anonimato da associação e dos sujeitos de pesquisa foram omitidas pelo uso de asteriscos.

dividendos, bonificações, participações ou parcelas de seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e os aplicará integralmente na consecução do seu objetivo social.

**Parágrafo Terceiro** – A Associação \*\*\*\*\* se compromete em aplicar suas receitas, rendas, rendimentos ou eventual resultado operacional integralmente no território nacional, na manutenção e no desenvolvimento de suas finalidades institucionais, de acordo com o artigo 3º, inciso I da Resolução 31/1999 do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

**Artigo 4º** – A Associação \*\*\*\*\* terá suas atividades regidas pelo presente Estatuto, e por Regimento interno aprovados por Assembleia Geral.

**Artigo 5º** – Para de cumprir suas finalidades, a Associação \*\*\*\*\* se organizará em tantas unidades de prestação de serviços quantas se fizerem necessárias, as quais se regerão pelas disposições estatutárias e regimentais.

**Parágrafo Único** – Em função da demanda de suas ações específicas, a Associação \*\*\*\*\* poderá criar Comissões, cuja regulamentação deverá estar contemplada no Regimento Interno.

## Capítulo II – DOS SÓCIOS

**Artigo 6º** – A Associação \*\*\*\*\* é constituída por número ilimitado de sócios – que obrigatoriamente devem ser usuários do CAPS-II \*\*\*\*\*, ou seus familiares, ou pessoal técnico vinculado a algum dos serviços do CAPS-II \*\*\*\*\*, ou ainda pessoa com histórico de atuação e vínculo junto à população de usuários do CAPS-II \*\*\*\*\*.

**Artigo 7º** – São direitos dos sócios quites com suas obrigações sociais:

**I** – participar das atividades da Associação \*\*\*\*\*, com restrição àquelas que requeiram especialização, a critério da avaliação técnica competente;

**II** – votar e ser votado, observando as disposições deste Estatuto;

**III** – tomar parte nas Assembleias Gerais;

**IV** – encaminhar sugestões às instâncias deliberativas da Associação \*\*\*\*\*;

**V** – propor mudanças ou alterações neste estatuto;

**VI** – Recorrer à Assembleia Geral contra qualquer ato da Diretoria ou do Conselho Fiscal.

**Artigo 8º** – São deveres dos sócios:

**I** – conhecer e cumprir as disposições estatutárias e regimentais;

**II** – Respeitar e cumprir as decisões da Assembleia Geral;

**III** – Zelar pelo bom nome da Associação \*\*\*\*\* mantendo luta incessante pelo seu fortalecimento;

**IV** – informar as instâncias administrativas sobre qualquer violação aos direitos e à dignidade da pessoa humana;

**V** – Denunciar qualquer irregularidade verificada dentro da Associação, para que a Assembleia Geral tome providências.

**Parágrafo Único** – É dever do associado contribuinte honrar pontualmente com as contribuições associativas.

**Artigo 9º** – Os associados, mesmo que investidos na condição de membros da diretoria executiva e conselho fiscal, não respondem, nem mesmo subsidiariamente, pelos encargos e obrigações sociais da Associação \*\*\*\*\*.

### **Capítulo III – DA ADMINISTRAÇÃO**

**Artigo 10** – A Associação \*\*\*\*\* tem por instâncias administrativas e deliberativas:

**I** – Assembleia Geral;

**II** – Diretoria;

**III** – Conselho Fiscal.

**Parágrafo Primeiro** – A Associação \*\*\*\*\* não remunera, sob qualquer forma, os cargos de sua Diretoria e do Conselho Fiscal, cujas atuações são inteiramente gratuitas.

**Parágrafo Segundo** – A Associação \*\*\*\*\* poderá contratar profissionais que se fizerem necessários para a efetivação de suas atividades, desde que haja recursos para tal ação.

**Artigo 11** – A Assembleia Geral, órgão máximo e soberano da Associação \*\*\*\*\* se constituirá dos sócios em pleno gozo de seus direitos estatutários e, excepcionalmente, por convidados que abster-se-ão obrigatoriamente do exercício do voto.

**Artigo 12** – Compete à Assembleia Geral:

**I** – eleger a Diretoria e o Conselho Fiscal;

**II** – aprovar o Estatuto Social;

**III** – aprovar o Regimento Interno;

**IV** – denunciar, suspender ou destituir diretores com maioria de 2/3 dos votos;

**V** – decidir sobre reforma do Estatuto na forma do Artigo 34;

**VI** – decidir sobre a extinção da instituição nos termos do Artigo 33;

**VII** – decidir sobre a conveniência de alienar, transigir, hipotecar ou permutar bens patrimoniais.

**Artigo 13** – A Assembleia Geral realizar-se-á ordinariamente uma vez por ano para:

**I** – aprovar a proposta anual de atividades da instituição, submetida para Diretoria;

**II** – apreciar o relatório anual da Diretoria;

**III** – discutir e homologar as contas e o balanço aprovado pelo Conselho Fiscal.

**Artigo 14** – A Assembleia Geral se realizará extraordinariamente quando convocada:

**I** – por “metade mais um” dos membros da Diretoria;

**II** – por “metade mais um” dos membros do Conselho Fiscal;

**III** – por “metade mais um” dos sócios quites com as obrigações sociais;

**Artigo 15** – A convocação da Assembleia Geral será feita por meio de edital afixado na sede da instituição, publicação no sítio de internet e por mensagens eletrônicas aos associados, com antecedência mínima de 48 horas.

**Parágrafo Primeiro** – Qualquer Assembleia Geral se instalará em primeira convocação com a maioria dos sócios e, em segunda convocação, com qualquer número.

**Parágrafo Segundo** – A Assembleia Geral deliberará por maioria simples dos votos, salvo nos casos previstos neste Estatuto Social.

**Artigo 16** – A Associação \*\*\*\*\* adotará práticas de gestão administrativas, necessárias e suficientes, a coibir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios e vantagens pessoais, em decorrência da participação nos processos decisórios.

**Artigo 17** – A Diretoria será constituída por um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário Executivo, um Secretário Adjunto, um Diretor Financeiro e um Diretor Financeiro Adjunto.

**Parágrafo Primeiro** – O mandato da Diretoria será de 02 anos.

**Parágrafo Segundo** – As eleições para a Diretoria e o Conselho Fiscal ocorrerão entre os meses de agosto e setembro, em Assembleia Geral, podendo ser em votação aberta ou secreta, votando os membros presentes que estejam em situação social regular.

**Parágrafo Terceiro** – A votação será realizada para cada cargo da Diretoria e do Conselho Fiscal, observando os sócios que se candidatarem ou aceitarem a indicação de outros sócios. Em caso de empate, haverá nova votação imediatamente após a primeira apuração.

**Parágrafo Quarto** – Em caso de vacância em quaisquer dos cargos da Diretoria ou do Conselho Fiscal, cada uma dessas instâncias, respectivamente, indicará um sócio para ocupa-lo até o final da gestão vigente.

**Artigo 18** – Compete à Diretoria:

**I** – elaborar e submeter à Assembleia Geral a proposta anual de atividades da instituição;

**II** – executar a proposta anual de atividades da instituição;

**III** – elaborar e apresentar à Assembleia Geral o relatório anual;

**IV** – reunir-se com instituições públicas e privadas, movimentos sociais e outros entes para mútua colaboração em atividades de interesse comum;

**V** – contratar e demitir funcionários;

**VI** – delegar responsabilidade ou representatividade a sócios quites com suas obrigações sociais.

**Artigo 19** – A Diretoria reunir-se-á no mínimo uma vez por mês.

**Artigo 20** – Compete ao Presidente:

**I** – representar a Associação \*\*\*\*\* judicial e extrajudicialmente;

**II** – cumprir e fazer cumprir este Estatuto Social e o Regimento Interno;

**III** – presidir a Assembleia Geral;

**IV** – convocar e presidir as reuniões de Diretoria;

**V** – assinar com o Diretor Financeiro os documentos referentes às finanças.

**Artigo 21** – Compete ao Vice-Presidente:

**I** – auxiliar o Presidente na consecução de suas atribuições;

**II** – substituir o Presidente em suas faltas ou impedimentos.

**Artigo 22** – Compete ao Secretário Executivo:

**I** – secretariar as Assembleias Gerais e as reuniões de Diretoria, lavrando as respectivas atas;

**II** – publicar todas as notícias das atividades da entidade;

**III** – redigir e assinar as correspondências;

**IV** – manter os arquivos em dia;

**V** – na ausência do Presidente, assinar com o Diretor Financeiro os documentos referentes às finanças. Da mesma forma, na ausência do Diretor Financeiro, assinar com o Presidente os documentos referentes às finanças.

**Artigo 23** – Compete ao Secretário Adjunto:

**I** – auxiliar o Secretário Executivo na consecução de suas atribuições;

**II** – substituir o Secretário Executivo em suas faltas ou impedimentos.

**Artigo 24** – Compete ao Diretor Financeiro:

**I** – arrecadar e contabilizar as contribuições dos associados, rendas, auxílios e donativos, mantendo em dia a escrituração da instituição;

**II** – efetuar os pagamentos de contas da instituição;

**III** – apresentar relatórios de receitas e despesas, sempre que forem solicitados;

**IV** – apresentar ao Conselho Fiscal a escrituração da instituição, incluindo os relatórios de desempenho financeiro e contábil e sobre as operações patrimoniais realizadas;

**V** – conservar sob sua guarda e responsabilidade os documentos relativos à tesouraria;

**VI** – manter o numerário em estabelecimento de crédito, exceto pequenas quantias em espécie no caixa para operações cotidianas;

**VII** assinar com o Presidente, e em sua falta com o Secretário Executivo, os documentos referentes às finanças;

**Artigo 25** – Compete ao Diretor Financeiro Adjunto:

**I** – auxiliar o Diretor Financeiro na consecução de suas atribuições;

**II** – substituir o Secretário Executivo em suas faltas ou impedimentos.

**Artigo 26** – O Conselho Fiscal será constituído por 03 membros titulares e três membros suplentes.

**Parágrafo Único** – A eleição e o mandato do Conselho Fiscal será coincidente com a eleição e o mandato da Diretoria.

**Artigo 27** – O Conselho Fiscal reunir-se-á ordinariamente a cada trimestre e, extraordinariamente sempre que julgar necessário.

#### **Capítulo IV – DO PATRIMÔNIO**

**Artigo 28** – O patrimônio da Associação \*\*\*\*\* será constituído de bens móveis, imóveis, veículos, semoventes, ações e títulos da dívida pública, quais sejam:

**I** – contribuições de seus membros;

**II** – contribuições de terceiros;

**III** – prestação de serviços;

**IV** – subvenções, juros, correções ou dividendos resultantes das contribuições;

**V** – rendimentos de bens móveis ou imóveis;

**VI** – rendimentos auferidos em promoções de entidades e venda de produtos com identificação institucional.

**Artigo 29** – A diretoria será responsável pelos bens patrimoniais da Associação \*\*\*\*\* e responderá por eles perante suas instâncias deliberativas.

**Parágrafo Único** – A Associação \*\*\*\*\* não se responsabilizará por obrigações contraídas em seu nome por seus sócios sem prévia e expressa autorização da Diretoria.

**Artigo 30** – No caso de dissolução ou extinção da instituição, todo seu patrimônio será transferido a outra entidade congênere, registrada no CMAS, ou a entidade pública, de acordo com o Artigo 3º, inciso IV da Resolução 31/1999 do CMAS.

**Artigo 31** – Na hipótese da instituição obter e, posteriormente, perder a qualificação instituída pela Lei Federal 9.790/99, o acervo patrimonial disponível, adquirido com recursos públicos durante o período em que perdurou aquela qualificação.

#### **Capítulo V – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**Artigo 32** – A prestação de contas da Associação \*\*\*\*\* observará no mínimo:

**I** – os princípios fundamentais de contabilidade e as Normas Brasileiras de Contabilidade;

**II** – a publicidade, por quaisquer meios eficazes, no encerramento do exercício fiscal, ao relatório de atividades e das demonstrações financeiras da entidade, incluindo as certidões negativas de débitos junto ao INSS e ao FGTS, colocando-os à disposição para o exame de qualquer cidadão;

**III** – a realização de auditoria, inclusive por auditores externos independentes se for o caso, da aplicação dos eventuais recursos objeto de Termo de Parceria, conforme previsto em regulamento;

**IV** – a prestação de contas de todos os recursos e bens de origem pública recebidos será feita, conforme determina o Parágrafo Único do Artigo 70 da Constituição Federal.

## **Capítulo VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Artigo 33** – A Associação \*\*\*\*\* será dissolvida por decisão de Assembleia Geral Extraordinária, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuação de suas atividades.

**Artigo 34** – O presente estatuto poderá ser reformado, a qualquer tempo, por decisão da maioria absoluta dos sócios, em Assembleia Geral especialmente convocada para este fim.

**Artigo 35** – Nenhum sócio poderá intitular-se representante da Associação \*\*\*\*\* sem autorização expressa da Diretoria.

**Artigo 34** – Os casos omissos neste Estatuto Social serão resolvidos pela Diretoria e referendados oportunamente pela Assembleia Geral.

**Artigo 36** – Este estatuto entrará em vigor imediatamente após sua aprovação em Assembleia Geral e deverá ser imediatamente registrado em Cartório do Registro Civil.

**Artigo 37** – Revogam-se as disposições em contrário.