

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**RENATA FLOREZ ROCHA**

**CINEDEBATE:  
(DES)CONSTRUINDO TERRITÓRIOS DA LOUCURA**

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

### **Ficha Catalográfica**

R672c ROCHA, Renata Florez

Cinedebate: (des)construindo territórios da loucura. 2009  
[dissertação] / Renata Florez Rocha– Florianópolis (SC): UFSC/PEN,  
2009.

116p.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Terapia ocupacional. 3. Centro de Atenção  
Psicossocial. 4. Enfermagem - Cuidado. I. Autor.

CDU – 616.89: 615.8

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

**RENATA FLOREZ ROCHA**

**CINEDEBATE:**  
**(DES)CONSTRUINDO TERRITÓRIOS DA LOUCURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.  
Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo de Viver, Ser Saudável e Adoecer

Orientadora: Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

**FLORIANÓPOLIS**  
**2009**

**RENATA FLOREZ ROCHA**

**CINEDEBATE: (DES) CONSTRUINDO TERRITÓRIOS DA LOUCURA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 27 de fevereiro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



---

Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



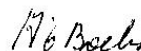
---

Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos  
Presidente



---

Dr. Ari Nunes Assunção  
Membro



---

Dra. Astrid Eggert Boehs  
Membro

---

Dra. Juliana V. de Araújo Sandri  
Membro Suplente

---

Dra. Kenya Schmidt Reibnitz  
Membro Suplente

*Ao João Vitor que há 4 anos nasceu entre  
livros, folhas, canetas e grupos. Minha  
potência de viver que transborda alegria em  
todos os momentos de existência.*

## *Agradecimentos*

*Escrevi, apaguei e reescrevi diversas vezes os agradecimentos. São diferentes textos salvos no computador, pedaços de papel com frases e nomes espalhados pela casa. São horas, muitas horas de pensamentos e lembranças antes de dormir, enquanto dirigia ou andava de ônibus.*

*Parece uma tarefa quase impossível listar todos os que passaram pela minha vida (e memória) durante esses anos de mestrado e provocaram transformações movimentando o rizoma na construção de processos criativos. Certamente não será possível listar cada um que atuou no filme e participou (e ainda participa) do cenário da minha história. A certeza de ter contribuído e influenciado estará para sempre marcada no meu coração.*

*Tarefa complexa e cheia de significado que transborda meu ser com intenção de continuar sempre em busca de algo novo, do diferente, de mais um sujeito a agradecer e mais um obstáculo para desafiar. Tarefa que me apavora, me paralisa e me provoca ao mesmo tempo uma força e uma vontade de sair da posição inicial e propor uma mudança.*

*A especial lembrança aos que mais tempo permaneceram do meu lado neste período, sem medo de faltar alguém ou de esquecer de algum grupo, pois sei que todos que me instigaram a querer mais estão marcados para sempre em mim.*

*À professora Silvia, pelo acolhimento, dedicação e constante motivação na construção deste processo. Obrigada pela possibilidade de aprendizado!*

*Aos professores Astrid, Ari e Rosângela pela valiosa participação, contribuição e disponibilidade em participar da Banca.*

*Aos colegas, amigos e professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e do GESPI pelos momentos de encontro que me permitiram aperfeiçoar meu crescimento acadêmico e tornar mais leve a jornada de estudos. Principalmente à*

*Claudia que sempre esteve muito disponível em todos os momentos e se faz presente na vida acadêmica de todos que circulam pelo Programa.*

*Aos usuários, familiares, amigos e profissionais do CAPS II de Itajaí que no início da minha jornada me acompanharam e permitiram a definição deste trabalho. Sem vocês tudo teria sido diferente!*

*Aos amigos da Reabilitação Profissional do INSS - Glória, Lourdes, Maria Helena, Celina, Ana Maria, Lia, Rosi, Moacir, Gilmar e Jorge - que entraram no meio do caminho e fizeram toda a diferença. Sofreram e sorriram comigo no último ano tornando a conclusão possível. Obrigada pelo apoio e confiança!*

*Aos amigos Cláudia e Daniel, Heloísa e Paulo, Jefferson e Gislaine, Fábio e Juliana e ao sempre amigo Bruno Alessandro pelos raros e muito importantes momentos de conversas, casamentos, churrascos e descontrações que tornaram a vida uma festa.*

*Aos distantes amigos Juliane, Diego, Camila, Rita, Elen, Felipe e Márcio que permanecem sempre na minha lembrança.*

*Em especial aos meus pais, **Hellen e Verginia**, pelo apoio incondicional nas minhas loucas escolhas e pelo amor que me fortalece a todo instante. Vocês são insubstituíveis! Amo vocês!*

*Ao meu irmão e cunhada, **Hellen e Fernanda**, que com suas existências permitem o meu ir e vir com calma e muita confiança. Vocês são muito importantes para mim!*

*Ao meu amor e companheiro, **Alex**, que esteve presente em todos os momentos. Me incentivou, apoiou e motivou para sempre continuar querendo mais. Nas grandes discussões permitiu meu crescimento pessoal e profissional. Simplesmente muito obrigada por estar ao meu lado sempre!*

*Ao pequeno **João Vitor**, amor de toda a minha vida, pelo simples fato de existir. Te amo pra todo o sempre!*

*Agradeço de coração aos usuários, familiares, profissionais e estagiários do CAPS II de Florianópolis que tornaram tudo possível, confiaram e acreditaram em mim.*

*Vocês são a realidade viva!*

*E agradeço, enfim, a todos que de alguma forma tentam ressignificar e desconstruir os territórios da loucura, tornando este mundo cada dia melhor e mais humano.*



## **Não sei quantas almas tenho**

Não sei quantas almas tenho.  
Cada momento mudei.  
Continuamente me estranho.  
Nunca me vi nem acabei.  
De tanto ser, só tenho alma.  
Quem tem alma não tem calma.  
Quem vê é só o que vê,  
Quem sente não é quem é,

Atento ao que sou e vejo,  
Torno-me eles e não eu.  
Cada meu sonho ou desejo  
É do que nasce e não meu.  
Sou minha própria paisagem;  
Assisto à minha passagem,  
Diverso, móbil e só,  
Não sei sentir-me onde estou.

Por isso, alheio, vou lendo  
Como páginas, meu ser.  
O que segue não prevendo,  
O que passou a esquecer.  
Noto à margem do que li  
O que julguei que senti.  
Releio e digo: "Fui eu ?"  
Deus sabe, porque o escreveu

Fernando Pessoa

ROCHA, Renata Florez. **Cinedebate**: (des)construindo territórios da loucura. 2009. 116 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2009.

Orientador: Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo investigar como os usuários, familiares e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, da cidade de Florianópolis, se afetam com o cinedebate como possibilidade intercessora na desterritorialização do espaço da loucura. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou a pesquisa-ação como estratégia para coleta de dados junto a 33 sujeitos. Esse estudo teve como referencial teórico-filosófico a Filosofia da Diferença e a Esquizoanálise. Para coleta dos dados foram utilizadas as seguintes técnicas: oficinas terapêuticas e o cinedebate. Essas funcionaram como intercessores que tornaram possível a reflexão com os sujeitos envolvidos na pesquisa. No âmbito das oficinas e logo após a exibição dos filmes selecionados buscou-se discutir as possibilidades de desterritorialização de espaços instituídos da loucura. A análise de conteúdo foi utilizada na codificação e no tratamento dos dados coletados, onde foram identificados quatro grandes eixos temáticos: os intercessores da loucura, as linhas de fuga no mundo moderno, os modos de existência no palco da vida e a experiência-sofrimento. Os resultados da pesquisa apontaram que é possível afetar-se com as idéias de filmes cinematográficos. Mostraram, ainda, que os vários processos de subjetivação viabilizaram a construção e desconstrução de diferentes rizomas e possibilitaram a circulação da loucura pelo diferente. Verificou-se, assim, que a problematização dos possíveis espaços de circulação da loucura e dos aspectos que envolvem as relações favorece a desinstitucionalização e a desterritorialização da loucura.

**Palavras-chave:** saúde mental, terapia ocupacional, desinstitucionalização.

ROCHA, Renata Florez. **Cine-debate**: (de) constructing craziness territories. 2009. 116 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Post-Graduation Program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2009.

Advisor: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Research Line: The Care and the process of living, be healthy and become ill.

### **ABSTRACT**

The present study had as an aim to investigate how the users, relatives and professionals of a Psycho-social Attention Center, of the city of Florianópolis, affect themselves with the cine-debate as an intercessor possibility at the desterritorialization of the craziness space. It concerned of a qualitative research that used research-action as a strategy for the data collection along with 33 individuals. This study had as a theoretical-philosophical referential the Philosophy of the Difference and the Schizoanalysis. For the data collection the following techniques were used: therapeutic workshops and the cine-debate. Those worked as intercessors that made possible the reflection with the individuals involved on the research. Within the workshops and right after the exhibition of the selected movies it was sought to discuss the desterritorialization possibilities of craziness institutionalized spaces. The content analysis was used on the codification and on the treatment of the collected data, where four big thematic points were found: the craziness intercessors, the escape lines in the modern world, the existence manners on the stage of life and the suffering-experience. The research results pointed that it is possible to affect one another with the ideas of cinematographic movies. They also showed that the various processes of subjectivation made feasible the construction and the deconstruction of different rhizomes and made possible the circulation of the craziness for the different. It was verified, therefore, that the problematization of the possible circulation spaces of the craziness and of the aspects that involve the relations favors the deinstitutionalization and the desterritorialization of the craziness.

**Key-words:** mental health, occupational therapy, deinstitutionalization.

ROCHA, Renata Florez. **Cinedebate**: (des)construyendo territorios de la locura. 2009. 116 p. Disertación (Master en Enfermería) – Programa de Post-Grado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2009.

Orientador: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Línea de Pesquisa: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermarse.

## RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo investigar cómo los usuarios, familiares y profesionales de un Centro de Atención Psicosocial, de la ciudad de Florianópolis, son afectados con el cine-debate como posibilidad intercesora en la desterritorialización del espacio de la locura. Se trató de una pesquisa cualitativa que utilizó la pesquisa-acción como estrategia para la recolección de datos junto a 33 sujetos. Este estudio tuvo como referencial teórico-filosófico la Filosofía de la Diferencia y la Esquizoanálisis. Para la recolección de los datos fueron utilizadas las siguientes técnicas: oficinas terapéuticas y el cine-debate. Estas técnicas funcionaron como intercesores que hicieron posible la reflexión con los sujetos envueltos en la pesquisa. En el ámbito de las oficinas luego de la exhibición de las películas seleccionadas se buscó discutir las posibilidades de desterritorialización de espacios instituidos de la locura. El análisis del contenido fue utilizado en la codificación y en el tratamiento de los datos recolectados, donde fueron identificados cuatro grandes ejes temáticos: los intercesores de la locura, las líneas de fuga en el mundo moderno, los modos de existencia en el palco de la vida y la experiencia-sufrimiento. Los resultados de la pesquisa apuntaron que es posible que uno sea afectado por las ideas de las películas cinematográficas. Además, mostraron que los varios procesos de subjetivación viabilizaron la construcción y la desconstrucción de diferentes rizomas y posibilitaron la circulación de la locura por lo diferente. Se verificó que la problematización de los posibles espacios de circulación de la locura y de los aspectos que envuelven las relaciones favorece la desinstitucionalización y la desterritorialización de la locura.

**Palabras clave:** salud mental, terapia ocupacional, desinstitucionalización.

## SUMÁRIO

<b>PENSANDO O ENREDO</b> .....	<b>12</b>
1.1 UM PANORAMA DA SAÚDE MENTAL.....	16
1.2 A TEORIA QUE ACOMPANHA A PESQUISA .....	28
1.3 OBJETIVO GERAL .....	33
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	33
<b>2 A CONSTRUÇÃO DOS ENCONTROS: O PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>34</b>
2.1 TÉCNICAS PARA COLETA DOS DADOS.....	36
2.2 LOCAL DO ESTUDO .....	39
2.3 A ENTRADA NO CAMPO .....	40
2.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....	41
2.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	42
2.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS .....	43
2.7 COMO ACONTECEU: UM ESPAÇO DE (DES)CONSTRUÇÃO DA LOUCURA.....	44
2.8 A ANÁLISE DOS DADOS .....	51
<b>3 OS ACHADOS DAS OFICINAS DE CINEDEBATE: RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>53</b>
3.1 INTERCESSORES DA LOUCURA .....	53
3.1.1 Sentimentos-afetos: alegria, carinho, otimismo, entusiasmo e tantos outros que sentimos que talvez não tenham nomes .....	57
3.1.2 Desejos: uma luta pela conquista.....	60
3.2 LINHAS DE FUGA NO MUNDO MODERNO .....	65
3.2.1 Fazer diferente: uma potência criadora.....	66
3.2.2 O Outro como culpado pelo meu sofrimento .....	68
3.2.3 A arte como manifestação-expressão .....	69
3.3 MODOS DE EXISTÊNCIA NO PALCO DA VIDA.....	72
3.3.1 O homem: a multiplicidade do ser .....	73
3.3.2 O uso de drogas: seus encontros e desencontros .....	75
3.3.3 A prática do bem e o Eu responsável pelos meus atos.....	78
3.3.4 Amor e paixão: tênue separação entre saúde e doença.....	80
3.4 EXPERIÊNCIA-SOFRIMENTO .....	81
3.4.1 A Igreja como poder de opressão.....	82
3.4.2 As instituições totais continuam atormentando e a cura continua sendo esperada.....	85
3.4.3 Família e sociedade: padrões impostos e imutáveis .....	88
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>96</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>102</b>

## PENSANDO O ENREDO

E não te esqueças, meu coração,  
que as coisas humanas apenas  
mudanças incertas são.  
*Arquíloco, poeta Grego do séc. VII a.C.*

A história iniciou quando eu cursava o primeiro semestre do curso de terapia ocupacional. Estava vivendo pela primeira vez longe daqueles que sempre foram o meu porto seguro, e que continuam sendo até hoje. Era tudo novo. Morar sozinha, escolher entre cozinhar para uma pessoa (eu) ou almoçar no restaurantezinho no final da rua, ter que organizar o dia de lavar a roupa, limpar a casa e tudo mais o que a vida cotidiana de quem precisa fazer por si exige. Estava assinada minha “carta de alforria”.

Mas uma coisa me inquietava. Se assinasse minha carta de alforria, precisaria começar a trabalhar. Sabia que não me faltaria financeiramente nada, portanto era necessário conciliar o “tal trabalho” com minha faculdade. Fui logo procurar o meu primeiro estágio, que apareceu em pouco mais de duas semanas.

Era uma clínica psicopedagógica que cuidava apenas de sujeitos com autismo ou qualquer outro transtorno invasivo do desenvolvimento, nome dado aos problemas que aquelas pessoas apresentavam. Estava sedenta por aprender o que na prática seria a terapia ocupacional. Hoje não me surpreendo quando recordo que no final do meu primeiro mês de estágio me sentia mal todo dia antes de sair de casa. Não era por menos. Eu sabia exatamente o que ia acontecer naquele dia a mais na clínica. As mesmas pessoas chegariam no mesmo horário e seriam recebidos do mesmo jeito. Sentaria cada uma no seu lugar pré-estabelecido (que não podia mudar de um dia para o outro), virada de frente para a parede para que nenhum estímulo externo a atrapalhasse. Eu, como uma boa estagiária, separaria (e não selecionaria) as mesmas atividades dos dias anteriores, conforme o nível em que cada aluno se encontrava, sentaria do mesmo lado sempre e acompanharia o movimento automático de repetição. Em alguns momentos, essa acomodação era interrompida por gritos altos e constantes: “Ele é autista. Ele é autista. Ele é autista...”, que insistentemente ecoavam em meu pensamento. Acho que nessa hora os meus olhos se arregalavam, pois sempre surgia uma explicação: “Não se

preocupe. É assim mesmo. Ele apenas está repetindo o que ouve os outros falarem!”

Não preciso comentar que não cheguei a concluir dois meses de estágio naquele centro de psicoeducação. Depois disso, iniciei meu percurso, que me acompanha até hoje, na luta por um cuidado que promova a construção de processos criativos.

O terapeuta ocupacional é um profissional da área da saúde que emergido na tríade atividade/paciente/terapeuta possibilita um viver e um fazer que busque habilitar, reabilitar ou modificar as ações, situações ou ambiente que prejudiquem a autonomia, a independência e a cidadania do sujeito e que estejam causando sofrimento para ele. O terapeuta ocupacional, por viver em um “território de fronteiras” (LIMA, 1997) e por ter em sua formação diferentes saberes que se completam e interagem, pode trabalhar em equipes multiprofissionais com ações inter ou transdisciplinares, bem como estar inserido em propostas intersetoriais. Atualmente, a política nacional de atenção em saúde mental tem como proposta ações interdisciplinares e no profissional terapeuta ocupacional um aliado na luta pela desinstitucionalização.

Na área da saúde mental, o terapeuta ocupacional é um profissional que tem como função o resgate da autonomia dos sujeitos em relação às suas dificuldades específicas, possibilitando melhora da autoestima, da realização pessoal, do autocuidado, da inclusão no mercado de trabalho, da participação na comunidade e da qualidade de vida.

Conheci o manicômio de perto durante os anos seguintes como estagiária de terapia ocupacional em unidades de internação, e após como residente da Residência em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental Coletiva, pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Comecei a associar todos os momentos de sofrimento que passei enquanto estagiária e depois como profissional em clínicas, hospitais, centros de saúde, residenciais terapêuticos e escolas. Percebi que os momentos em que mais sofri foram aqueles em que os encontros me incomodavam pela repetição de comportamentos, pensamentos e pela redução do espaço de se fazer um cuidado criativo enquanto profissional de saúde e terapeuta ocupacional.

Foi pelas inquietudes vivenciadas em diferentes espaços de práticas de saúde mental, pelo distanciamento observado entre as ações da clínica, a teoria e as políticas da área que surgiu esta minha pesquisa de mestrado. Além disso, o que

me motivou foi a minha crença na possibilidade de um fazer que rompa com o modelo de cuidado centrado no saber médico, nas instituições totalizantes, na medicalização do cotidiano e nas ações cristalizadas dos profissionais de saúde, dos familiares e dos próprios usuários dos serviços de saúde mental; um fazer que incluísse as multiplicidades como potências criativas no cuidado em saúde e na desinstitucionalização da loucura.

No atual cenário da saúde mental brasileira, o terapeuta ocupacional está inserido, junto com outros profissionais, nas propostas políticas de desinstitucionalização e participa ativamente dos serviços criados para desterritorializar a loucura – os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Mesmo com a implantação de serviços substitutivos de saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Residenciais Terapêuticos, Oficinas Terapêuticas, Hospitais-dia, Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Renda), os tratamentos, algumas vezes, reproduzem modos manicomiais de entender e cuidar das pessoas com sofrimento psíquico. Essa reprodução pode acontecer por diferentes motivos, que poderão ser modificados conforme a realidade de cada município, comunidade, profissionais, usuários, familiares, gestores. Porém romper com um modelo por muito tempo instituído requer um pensar e repensar constante das práticas realizadas, dos pensamentos cristalizados e dos comportamentos repetitivos.

As práticas manicomiais, muitas vezes reproduzidas nos serviços substitutivos, podem ser vistas através de diferentes indicativos, como: usuários não recebem alta, “inchaço” dos serviços, falta de tempo (organização) dos profissionais para práticas desinstitucionalizantes, usuários e familiares dependem excessivamente dos serviços, dificuldade de relação com outros espaços de cuidado (de saúde ou não), usuários não circulam por outros espaços que não dos serviços substitutivos, atividades funcionando durante muito tempo com os mesmos usuários e as mesmas propostas, profissional médico como o centralizador das indicações terapêuticas (modelo hegemônico). Segundo Pélbar (1992), o manicômio está muito além dos muros físicos dos hospitais psiquiátricos, o “manicômio mental” é uma forma já assimilada e tida como verdadeira, introjetada pelas pessoas. Esse “manicômio mental” talvez seja o que deva ser primeiramente desconstruído e possivelmente o mais difícil de ser enfrentado. Romper com o “manicômio mental” é acreditar em um cuidado humanizado, junto à família e com a sociedade, que



envolva saúde, lazer e trabalho. Para que as ações sejam coletivas e digam de uma sociedade, as partes, os sujeitos, devem inicialmente estar de acordo. Para que possam estar de acordo com uma nova forma de cuidar, é preciso que se viabilize o conhecimento, o entendimento, a reflexão, as discussões e as possibilidades de mudança.

Acredito em um cuidado desinstitucionalizante, não estigmatizador, que diga da singularidade de cada indivíduo, que seja potencializado pelas coisas que dizem respeito à sua vida (casa, lazer, trabalho), na qual familiares e usuários são os principais atores desse cenário político, cultural e de cuidado. Sinto-me afetada/incomodada por ações manicomiais desenvolvidas em serviços substitutivos, mesmo com a Política Nacional de Saúde Mental estando em vigor. Propus neste trabalho uma desacomodação do “manicômio mental” de alguns sujeitos (nesse caso usuários, familiares e profissionais), na tentativa de instalar um processo de aprendizagem que questione o modelo instituído e padronizado de cuidado, o que massifica modos de existências e segrega indivíduos. Acredito que possibilitando a problematização dos possíveis espaços de circulação da loucura e os aspectos que envolvem as relações existentes, seja possível a desinstitucionalização e a desterritorialização da loucura.

Propostas de cuidados nessa direção que favorece o envolvimento de familiares, usuários e profissionais são inovadoras e desafiadoras no sentido de superação dos modelos tradicionais. Romper com modelos de cuidado verticais, totalizantes, alienantes e cristalizados requer um constante repensar das práticas, dos desejos, das possibilidades, uma escuta para além dos muros. A esquizoanálise foi pensada como a norteadora dos entendimentos centrais desta pesquisa por ser utilizada em propostas antimanicomiais e por permitir uma grande circulação pelas singularidades e pluralidades, considerando as multiplicidades como potências criativas de agir.

Para que pudéssemos refletir sobre as possibilidades de um fazer diferenciado e propor o aperfeiçoamento de ações de cuidado que falem em nome da Reforma Psiquiátrica Brasileira, fiz a seguinte **pergunta de pesquisa**: *Como os usuários, familiares e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial de Florianópolis afetam-se com o cinedebate como possibilidade intercessora na desterritorialização do espaço da loucura?*

## 1.1 UM PANORAMA DA SAÚDE MENTAL

A loucura é algo que sempre existiu na sociedade, sendo interpretada de variadas formas nas diferentes épocas. Foucault (1978), em seu livro “A história da loucura”, fez um resgate histórico do surgimento da psiquiatria enquanto especialidade médica e como esta, como instituição, dominou não só o cuidado da doença, mas as histórias de vidas de muitos sujeitos abandonados pela sociedade e negligenciados enquanto produtores de desejo.

O entendimento e a percepção da loucura são, para Silveira e Braga (2005), o que define os espaços onde os sujeitos podem circular, bem como as formas de tratamento preconizadas. Segundo esses autores, somente depois do pós-guerra (Segunda Guerra Mundial) é que começa a se questionar o modelo instituído, hospitalocêntrico, asilar, médico-centrado, com denúncias e críticas contra a precária assistência aos doentes mentais. Tais denúncias vinham principalmente de trabalhadores e de alguns setores da sociedade civil, no momento em que se iniciou a luta pela Reforma Psiquiátrica. O sofrimento passa a ser entendido como uma manifestação da existência de um corpo que vive em um determinado espaço social. O sujeito é produtor de desejos e como qualquer outro pode manifestar dor, sofrimento e desespero. Ele é ainda resultado de tudo que o rodeia, que o torna único e complexo. Esse novo paradigma de cuidado não é o primeiro movimento em busca da superação de um modelo em decadência, é mais uma reforma entre tantas que já existiram.

As reformas no âmbito da psiquiatria não são tão recentes como imaginado por muitos, elas decorrem desde o início do surgimento da própria psiquiatria como saber médico. Desde o século XVIII, com as propostas de tratamento de Pinel, tais “reformas” podem ser observadas. No entanto, vamos nos ater apenas na “Reforma Psiquiátrica Brasileira”, movimento político, social e econômico legitimado pela Lei 10.216 (Anexo 1), de 06 de abril de 2001, inspirada no modelo da Reforma Psiquiátrica Italiana.

A Reforma é uma proposta de desinstitucionalização, de abandono do modelo de cuidado asilar. Nessa proposta, o cuidado não é mais centrado na doença, mas sim no sujeito em sofrimento como o ator principal desse cenário.

Nesse novo modelo de atenção, os cuidados devem acontecer com os sujeitos inseridos nas suas comunidades e principalmente, quando benéfico, nas suas famílias. O hospital deixa de ser o centro de tratamento de referência e os chamados serviços substitutivos passam a ocupar esse lugar. Com os serviços substitutivos, que devem ser de base territorial e comunitária, sendo os agenciadores dos cuidados especializados das pessoas em sofrimento psíquico, prevê-se uma redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e posteriormente o seu fechamento.

A Reforma Psiquiátrica não preconiza apenas transferir o cuidado de um espaço para outro, mas romper com um paradigma centrado na doença, no hospital e na figura do médico como o único detentor do saber e do poder. Paradigma que durante muitos anos retirou de milhares de sujeitos os seus poderes de criação, segregando, estigmatizando e mantendo os sujeitos em espaços de vazio. O sofrimento psíquico precisa ser entendido como uma forma de manifestação subjetiva que se dá conforme as interações, as situações e o momento, para além de um conceito de patologia, como supõe a psiquiatria tradicional. A Saúde Mental é muito mais do que a ausência de sintomas manifestos de doenças psiquiátricas.

Saraceno (2001) fala de uma Saúde Mental que diz de todas as práticas que envolvem o cuidado para promover e manter a saúde mental dos indivíduos. Diferentemente da Psiquiatria tradicional, que é tida como uma parte da medicina que estuda e assiste os pacientes acometidos de uma doença mental, a Saúde Mental é entendida de forma complexa, pois considera todos os fatores e as dimensões psicossociais que determinam o processo de saúde-doença.

Fundamentando-se nas ideias da Reforma Psiquiátrica Brasileira, faz-se necessário que os tratamentos convencionais propostos até então pelos diversos profissionais sejam questionados. Os cuidados assumidos pelos próprios usuários, pelas famílias e pelas comunidades também devem ser objetos de indagação. É trilhar um caminho na busca de fazeres desinstitucionalizantes, que modifiquem práticas cristalizadas, repetitivas e produtoras de sofrimento.

Para Lobosque (2003), uma das possibilidades de se fazer diferente na saúde mental é com uma “Clínica Antimanicomial”, proposta que requer um novo olhar para a Saúde Mental e que implica mudanças não apenas no atendimento clínico e na assistência direta ao usuário, mas também uma mudança social. É uma ressignificação da loucura na sociedade, a quebra de um estigma e a possibilidade

de circulação por espaços antes fechados para a loucura. É uma clínica que politiza, amplia e resgata a cidadania e a autonomia dos sujeitos que se encontravam marginalizados e excluídos do convívio social e das formas manifestas de desejo.

Saraceno (1998) acredita em um artesanato da clínica do sujeito, uma clínica de escuta, de acompanhamento do real material do sujeito, onde exista a possibilidade do paciente experimentar a intermitência de seu sofrimento, na qual ele possa produzir sentido em seus delírios, alucinações, e em suas relações como sujeito de uma sociedade.

Qualquer uma dessas práticas assistenciais pensadas para se efetivar as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem suas diretrizes fundamentadas nos entendimentos da reabilitação psicossocial como uma modalidade de se fazer saúde; saúde não como ausência de doença ou um completo bem-estar físico e mental, mas saúde como poder de escolhas, de trocas, de cidadania, de multiplicidades, de encontros, de atos de criação, de formação de redes e principalmente de transformações.

A reabilitação psicossocial, para Ana Pitta (2001), é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais, que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. Isso nos leva a reforçar que qualquer nome que se dê aos cuidados, aos entendimentos, aos atos ou vontades que coloquem o usuário de saúde mental como um sujeito potencialmente criativo e pertencente a um dado contexto sócio-político-econômico-cultural tem a reabilitação psicossocial como norteadora de seus pressupostos.

Acompanhando serviços de saúde mental e processos de desinstitucionalização, nota-se que as transformações não se dão apenas nas reflexões teóricas e nas mudanças de paradigmas na assistência técnica especializada, mas também nas políticas públicas, o que legitima as ações desenvolvidas pelos profissionais que buscam a efetivação da desinstitucionalização da loucura e a produção de Saúde Mental.

Silva (2005) chama atenção para o cuidado que se deve ter para que as políticas públicas relativas à implementação da reabilitação psicossocial sejam cumpridas de forma a não desassistir os sujeitos egressos de hospitais psiquiátricos.

Os serviços substitutivos devem assumir a responsabilidade de desinstitucionalizar a loucura. Para tanto, faz-se necessário a desmontagem de saberes que comprimem a loucura no interior da doença mental, bem como a criação de modos diferentes de sociabilidade e de produção de valor social na busca de autonomia e cidadania. Ainda segundo esse autor, as possibilidades de trocas e de existências do usuário de saúde mental na rede social devem aumentar e o sofrimento psíquico deve ser minimizado, com a atenção psicossocial como modalidade terapêutica. Nesse sentido, são convocados os diversos atores que compõem o cenário social dos sujeitos a fazerem parte desse processo de cuidar, para diminuir a dependência institucional e aumentar os laços sociais. Começam então a serem incluídos na assistência em saúde mental os familiares, a comunidade, os diferentes profissionais e os próprios sujeitos, atores ativos no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Houve um período em que as únicas pessoas com direito a voz no cenário da saúde mental eram os médicos. Os sujeitos portadores de sofrimento psíquico eram apenas os pacientes, no sentido literal da palavra. A família era colocada como ator coadjuvante no processo e poucos participavam de todo o contexto. O sujeito era tratado longe de tudo e de todos, inclusive da própria família, pois era reforçado o imaginário de que todo louco é perigoso e oferece riscos potenciais a qualquer um que esteja ao seu redor. O único com poder de escolha acerca do tratamento e/ou punição era o detentor do então saber médico: o psiquiatra. (JARDIM et al, 2007).

Considerando as histórias relatadas pelos diferentes sujeitos (usuários, familiares, profissionais e estudiosos) envolvidos na luta pela desinstitucionalização da loucura, é possível afirmar que mudanças aconteceram e continuam acontecendo. Com a mudança de paradigma de cuidado, com os entendimentos ampliados sobre o processo saúde-doença (mental), com a reformulação das políticas públicas de saúde (não apenas de saúde mental, mas também de saúde geral) e com os movimentos da Luta Antimanicomial, os atores se multiplicaram. As forças existentes nos diferentes sujeitos se manifestaram e se fizeram (e se fazem) presentes nos diferentes espaços sociais, inclusive nos antes fechados para a circulação da loucura. Os grupos começaram a ganhar poder de voz e de visibilidade.

O Movimento da Luta Antimanicomial tenta tirar a psiquiatria do centro da saúde mental e coloca o sujeito nessa posição. É a busca da cidadania, da

autonomia, da desinstitucionalização<sup>1</sup>, da desospitalização, da superação do estigma, da família, da sociedade, da contratualidade, da clínica em movimento. É o abandono do corpo/mente doente, da docilidade dos corpos<sup>2</sup> (FOUCAULT, 1997), das instituições totais e do modelo hospitalocêntrico/médico-centrado. É um movimento que luta por uma reforma psiquiátrica.

Com a emergência de forças motivadoras de mudança, diversos atores se tornaram responsáveis e corresponsáveis pelo cenário da Saúde Mental Brasileira. Os principais responsáveis são os próprios usuários, que saíram da posição de “loucos perigosos”, improdutivos, incomunicáveis, indesejantes. Eles tornaram-se representantes de associações, diretores de clubes, advogados, escritores, pintores, vendedores, vizinhos, amigos, filhos, maridos, esposas, pais, mães e cidadãos, reassumindo seus papéis sociais. Pessoas com dificuldades, como todas, que precisam de determinadas ajudas, mas que têm potencialidades variadas. Pessoas com fraquezas e forças, que podem lutar para fazer valer suas potencialidades e conhecimentos. Pessoas que deixaram de ser pacientes para serem sujeitos que manifestam suas vontades, que podem fazer escolhas, sendo atores participantes ativos de suas próprias vidas.

Silva e Fonseca (2003) fazem um resgate histórico no tempo a respeito do lugar que a loucura ocupou desde os povos primitivos até os dias atuais. Os autores falam que atualmente o usuário de saúde mental é visto como um sujeito situado em uma rede de situações históricas, familiares e de constituição do próprio sujeito, para além da manifestação de sinais e sintomas. Ao passo que antes os profissionais tinham sua formação focada, um saber específico que pertencia unicamente a uma disciplina. O sujeito que precisava de diferentes cuidados era submetido aos diferentes profissionais, conforme suas especificidades e especialidades. O usuário era atendido de forma fragmentada, reforçando um modelo cartesiano de entendimento de saúde-doença e de corpo-mente. Junto com esse modo

---

<sup>1</sup> Amarante (2003) fala de desinstitucionalização como um processo ético-estético de produção de novos sujeitos, direitos de sujeitos e sujeitos de direitos, a partir do reconhecimento de novas situações. É a recolocação complexa de um problema, a reconstrução de saberes e práticas, o estabelecimento de novas relações.

<sup>2</sup> Foucault (1997) fala que o sujeito pode impor sua força como pode sofrer ação de um poder de fora. Durante muito tempo, os sujeitos carregavam em seus corpos as marcas, os estigmas de suas posições no grupo (as marcas de guerra nos corpos dos soldados, por exemplo) e descobriu-se que os corpos são valiosos instrumentos e objetos de poder. A docilidade dos corpos é a resposta às obrigações, limitações e proibições impostas pela máquina dominante. Um corpo dócil é aquele que pode ser manipulado, moldado, treinado e responde conforme lhe cobram. É o “bom comportamento” que previne punições.

fragmentado de lidar com os problemas e tratamentos, aliava-se a transmissão vertical de conhecimento, em que o profissional é detentor de um saber e o sujeito é o paciente que recebe as informações e indicações. Cada profissional repetia, dessa forma, modelos fechados de cuidado, na maioria das vezes sem compartilhar com os outros seus conhecimentos e sem se permitir aprender algo diferente.

Atualmente, as diferentes formações profissionais estão modificando suas formas de entender e lidar com a complexidade da vida e dos sujeitos. Os cursos formadores começam a valorizar na saúde ações de promoção e prevenção, bem como o cuidado inserido na cultura de cada um, próximo a família e comunidade. Com essas propostas de cuidado, os profissionais já formados precisam rever seus posicionamentos, conceitos e pré-conceitos, bem como transitar por diferentes campos de conhecimentos, construindo, a cada dia, novos saberes e horizontalizando suas ações.

Koda (2002) coloca que nesse modelo o profissional de Saúde Mental passa a ser não mais o único detentor de um saber específico, segundo sua formação. Ele passa a ser um facilitador das negociações dos projetos dos usuários, em busca da singularidade, dos desejos, das necessidades e dos potenciais de cada sujeito. No entanto, muitos profissionais ainda acreditam que a melhor forma de se organizar e desenvolver um trabalho em equipe é através da elaboração de protocolos padronizados de atendimento, em que muitas vezes se define inclusive como deve ser a circulação dos usuários. Esses parecem ser padrões e regras rígidas e verticalizadas que aumentam a distância entre profissionais e usuários, onde os saberes e poderes pertencem unicamente a um determinado grupo. Tal prática, além de se distanciar muito da proposta de “clínica antimanicomial”, reforça os “manicômios mentais” e o estigma da loucura entre os profissionais e a sociedade, realidade que desde o início da Luta Antimanicomial e das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica tem sido problematizada por uma grande parte dos profissionais da área da saúde mental. Essas discussões caminham na direção da interdisciplinariedade, da complexidade das relações e das propostas de humanização no atendimento.

A distância das ações de saúde e as angústias despertadas nos profissionais quando se deparam com propostas interdisciplinares devem-se não apenas às formações fragmentadas de cada área, com suas estruturas rígidas e cristalizadas. A necessidade de reformulação de seus saberes, bem como a

necessidade de apropriação de novos saberes, gera desconforto e medo. São processos constantes de construção e desconstrução de conhecimento que questionam o instituído. É um exercício que exige uma constante reflexão teórica e prática por parte de todos os sujeitos envolvidos e muitas vezes mostra a necessidade de se promover mudanças.

Vilela e Mendes (2003) fazem um resgate histórico da disciplinariedade e da interdisciplinariedade. Relatam que sempre existiu uma preocupação com a ideia de um saber unitário, entretanto a ciência foi alicerçada no modelo cartesiano, que durante muito tempo explicou de forma objetiva, prática e fragmentada as dificuldades vividas e enfrentadas pela humanidade e auxiliou no processo de industrialização.

Esse paradigma cartesiano foi construído e reafirmado em determinado momento histórico, político, econômico e culturalmente aceito pela comunidade científica como uma possibilidade de certeza. Esse mesmo paradigma é hoje amplamente questionado e sofre processo de transformação em busca de uma produção de conhecimento que seja menos segmentado, seja mais compartilhado e que não dê respostas unicamente certas ou erradas. A interdisciplinariedade aparece como uma alternativa que se propõe a ampliar a visão de mundo, dos sujeitos e da realidade.

Minayo *et al* (2003) acredita que a articulação entre as diferentes disciplinas não é algo natural e que não se produz no senso comum, necessita, portanto, ser problematizada. A interdisciplinariedade não é a mera justaposição de métodos, com discussão dos limites teórico-conceituais de determinadas disciplinas. É o diálogo entre as diferentes áreas; diálogos que permitem as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença.

Vilela e Mendes (2003) discorrem sobre as diferentes opiniões acerca da interdisciplinariedade. Consideram que só se pode falar em interdisciplinariedade com um diálogo que gere integração mútua entre as disciplinas, produzindo um novo conhecimento que busque atingir um objetivo comum. A interdisciplinariedade seria uma resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual. Na área da saúde, a interdisciplinariedade coloca-se como uma exigência interna, um desafio possível e desejável, considerando que a área da saúde é um setor que está intimamente relacionado às interações sociais, às expressões emocionais, afetivas e biológicas dentro de um contexto social, histórico e cultural dos sujeitos e dos grupos.



O trabalho em equipe interdisciplinar na Saúde Mental já é amplamente discutido nos diversos espaços que direcionam seus fazeres conforme os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. A complexidade das ações, a necessidade de auxiliar os diferentes atores a agenciar modos de existência singulares, as transformações constantes e a trama rizomática que é construída no cuidado em saúde mental são forças que direcionam os profissionais a buscarem novos conhecimentos e a construírem diferentes estratégias conforme cada situação. Essa busca do diferente, do novo, do singular perpassa pelas ações desenvolvidas não apenas pelos profissionais especialistas e em espaços demarcados (*setting* formal), mas está presente nas ações desenvolvidas: pelas diversas equipes de cuidado (saúde, educação, lazer); pelos familiares; pela comunidade; e nos diferentes espaços de circulação, na busca constante de desterritorialização do instituído.

Vários são os profissionais que podem fazer parte das diferentes equipes. As configurações acontecerão conforme o serviço a ser desempenhado, a comunidade a ser atendida e as necessidades locais. O terapeuta ocupacional, para Neistadt e Crepeau (2002), é um profissional que trabalha tipicamente em equipes. No Brasil, esses profissionais estão muito presentes, principalmente, nas propostas de saúde mental, participando de equipes multiprofissionais e inseridos em ações interdisciplinares.

A terapia ocupacional é uma profissão recente, datada do final do século XIX e início do século XX. Porém, conforme Benetton (1999), a ocupação enquanto produtora de saúde é utilizada desde o início da história da humanidade, sendo inclusive narrada em histórias mitológicas sobre o surgimento do homem. As atividades eram (e ainda são) utilizadas naturalmente pelos sujeitos na tentativa de não poder sobrar tempo vazio (para alguns, ocioso) e afastar possíveis dificuldades. Em alguns dizeres populares, percebemos esse raciocínio: “mente vazia, morada do Diabo”, “quem canta seus males espanta”, “quem não tem cabeça para pensar tem pernas para andar”, dentre tantos outros.

Muitas podem ser as histórias encontradas para justificar o surgimento da Terapia Ocupacional como profissão, guerras frias, reformas psiquiátricas, guerras mundiais, dominação capitalista, e diversas outras que requeiram um profissional para recolocar os sujeitos em contato com os mais variados fazeres humanos, mesmo nas mais adversas situações (ambientais, físicas, mentais, sociais).

Soares (2007) conta um pouco da história oficial e da extraoficial do surgimento da Terapia Ocupacional no mundo e no Brasil. Oficialmente, foi instituída nos Estados Unidos da América, no final da Primeira Guerra Mundial. A categoria foi organizada em 1917, com o surgimento da Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional (atual Associação Americana de Terapia Ocupacional), seguido pela aprovação do padrão mínimo de formação, em 1921, tendo seus cursos credenciados no ano de 1938. A autora ainda conta que na Europa a institucionalização da Terapia Ocupacional se deu na primeira metade do século XX, de forma mais dispersa, e que lá se utiliza ainda nos dias atuais o termo *ergotherapie* para se referir a Terapia Ocupacional, palavra de origem grega, *ergein*, que significa “fazer”, “trabalhar”, “agir”.

No Brasil, a profissão foi institucionalizada entre os anos de 1948 a 1961. Iniciou com Nise da Silveira ministrando cursos de treinamento em saúde mental, no ano de 1948. Apenas no ano de 1961, o curso de Terapia Ocupacional, junto com o de Fisioterapia, torna-se de nível superior, pela Lei de Currículo Mínimo. Apesar do reconhecimento da Terapia Ocupacional como curso de nível superior ter ocorrido em 1961, a profissão foi realmente se consolidar em torno da década de 80. Atualmente, com a expansão da categoria, diversos profissionais terapeutas ocupacionais encontram-se engajados em projetos políticos e de democratização da sociedade. (SOARES, 2007).

Assim como as histórias a respeito da terapia ocupacional e do uso das atividades humanas como produtoras de saúde são diversas, os conceitos de Terapia Ocupacional também são. Variam e modificam conforme o tempo, o lugar e as pessoas envolvidas nos processos. Determinados conceitos formulados sobre a profissão se aproximam dos entendimentos e referenciais de alguns profissionais, e outros conceitos de outros profissionais. Esses conceitos estão sempre sendo reformulados, reescritos e recriados, em uma constante “dança” de significados.

Acredito ser importante pensar que a Terapia Ocupacional é uma profissão que busca, por meio da atividade humana como elemento centralizador e orientador, promover espaços de trocas e agenciamentos nos quais se efetivem mudanças criativas em busca de emancipação e autonomia. Para tanto, é necessário respeitar as singularidades e potencializar as multiplicidades de cada sujeito, ambiente, situação e contexto, levando em consideração as fragilidades e forças de cada um na superação das dificuldades.

Na saúde mental, o terapeuta ocupacional está cada vez mais envolvido na trama interdisciplinar, nos cuidados horizontalizados e de múltiplas responsabilidades, propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelas Políticas Públicas de Saúde. No entanto, vale lembrar que mesmo em se tratando de uma profissão com campo de conhecimento definido, com propostas metodológicas estruturadas e referenciais teóricos que orientam as práticas ao se trabalhar com a saúde mental, há que se ter maior flexibilidade e muita criatividade. Nesse sentido, vale citar Ferrari (1997), *apud* Bock (1998, p. 33), quando diz que:

Tratar psicóticos é aceitar o convite para uma viagem onde não há como ter roteiros preestabelecidos; onde ser estrangeiro é a marca dos dois viajantes (um em relação ao mundo do outro), onde o terapeuta (aquele que se oferece a acompanhar o paciente nessa viagem) tem que ter um gosto inusitado, uma certa paixão pela aventura. Nessa incursão ao desconhecido, o terapeuta ocupacional leva em sua bagagem de viagem, além de sua história e suas marcas, uma ferramenta a mais, que marca um diferencial em sua prática. Esta ferramenta é a atividade, da mais simples à mais complexa..

É com esse envolvimento, participando dessa viagem que juntos, terapeuta ocupacional e usuário, podem e devem desvendar espaços e trilhar caminhos. Essa é uma das formas de se construir processos de subjetivação que permitam atos criativos. Esses caminhos percorridos e os espaços desvendados são possibilidades de resgate de cidadania e de conquista de autonomia.

Segundo Schirakawa (1998), o terapeuta ocupacional utiliza a atividade para trabalhar a realidade externa e interna do sujeito na busca de reabilitação social. Essa atividade permite a observação de fenômenos intrapsíquicos e possibilita o desenvolvimento afetivo-emocional e simbólico do usuário com sintomas negativos.

Uma das estratégias amplamente utilizadas pelos terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental são os atendimentos em grupos. Essas modalidades de atendimento também sofrem modificações diversas. Variam desde o referencial teórico utilizado, passando pela metodologia, atingindo a identificação dos diferentes grupos. Os grupos de terapia na saúde datam seu início, em referências literárias com bases empíricas, no ano de 1905. Nesse ano, Pratt, fisiologista americano, inicia em uma enfermaria com pacientes tuberculosos grupos sobre higiene e os problemas da tuberculose. Entre os anos de 1910 e 1930, Freud publica importantes contribuições para as terapias de grupo, destacando-se entre elas a obra *Psicologia*

*das massas e análise do ego*. Nessa obra, há uma revisão sobre a psicologia das multidões, os grandes grupos artificiais, os processos identificatórios que vinculam as pessoas e os grupos, as lideranças e as forças que influenciam na coesão e desagregação dos grupos, mesmo Freud não tendo trabalhado diretamente com eles.

Em 1930, surge o psicodrama, com Moreno, médico romeno. A partir de 1936, Lewin cria a expressão “dinâmica de grupo”, e contribui com as concepções de “campo grupal” e a formação dos papéis. Em 1948, Foulkes inaugura a psicoterapia psicanalítica de grupo com enfoque gestáltico, contribuindo com variados conceitos e postulados. Com a finalidade de operar em uma determinada tarefa, os grupos operativos são aceitos e praticados mundialmente com valiosas contribuições de Pichon-Rivière, psicanalista argentino. Na década de 1940, Bion contribuiu com importantes postulados e originais conceitos acerca da dinâmica do campo grupal. (Zimerman, 1997).

Um dos recursos de grupo amplamente utilizado pelos profissionais da saúde mental são as chamadas *oficinas*. Inicialmente o profissional terapeuta ocupacional tinha entre suas atribuições as oficinas terapêuticas/educativas/recreacionais/de geração de renda, como uma das diversas possibilidades de intervenções grupais. Na proposta da Reforma Psiquiátrica, as oficinas são uma estratégia de atenção bastante utilizada, que participa do processo de desconstrução do modelo hospitalocêntrico e estigmatizante.

Para Galleti (2004), o trabalho nas oficinas em saúde mental surge no momento de alargamento das intervenções que promovem o rompimento com a couraça que circula o modo manicomial de cuidar (o que não necessariamente aparece apenas dentro dos hospitais). Conforme a autora, as oficinas em saúde mental não estão atreladas a um único profissional específico, e muitas vezes não possuem uma teoria ou metodologia formal de funcionamento. São espaços que permitem que os sujeitos estejam vivenciando, significando, ressignificando, desterritorializando seus sofrimentos, o que modifica antigas práticas crônicas. É um espaço onde os sujeitos podem estar criando diferentes possibilidades de estar e se sentir no mundo. Os espaços das oficinas são para Galleti (2004) lugares que exigem uma produção de sentido, que singularizam modos de existências, que permitem o surgimento de processos criativos e que legitimam a pluralidade da vida.

Alguns lugares utilizam a reprodução de filmes cinematográficos como

ferramentas nas oficinas. Podem ser úteis para se trabalhar assuntos específicos ou com a finalidade de recreação, reproduzindo ambientes de cinema, culturalmente utilizados em momentos de lazer. Entretanto, como relata Siedler (2006), é uma técnica que pode ser muito bem aproveitada na construção de espaços educativos.

O cinema, aqui entendido como a ação de assistir filmes em conjunto com outras pessoas, pode ser visto como uma prática social. Ele possibilita a promoção de relacionamentos interpessoais (mesmo que silenciosos), a participação em atividades comunitárias, de lazer, e principalmente de reflexão, funcionando como possível intercessor<sup>3</sup> nos processos de mudança. O uso de projeção de filmes para grupos pode funcionar como intercessores na desterritorialização da loucura, desde que façam sentido para os que o assistem e carreguem significados que contribuam em processos criativos.

Segundo os estudos de Siedler (2006), a técnica de reprodução de filmes como processo educativo ainda é pouco sistematizada e muitas vezes utilizada como “tapa-buracos”. Nas oficinas em saúde mental, podemos utilizar as oficinas de filmes, conforme os moldes do cinedebate. Elas funcionam como um espaço que promove a reflexão, os encontros, os agenciamentos, os afetos<sup>4</sup> e as transformações na possibilidade de desterritorializar o lugar da loucura. Para que mudanças possam ser efetivadas no rompimento dos modos manicomial de cuidar, é preciso que as pessoas conheçam outras possibilidades e se incomodem com as relações institucionalizantes.

A clínica se modifica com a construção de diferentes conhecimentos, com a construção de processos educativos. Por serem os usuários, os familiares e os profissionais atores fundamentais no cenário da Reforma Psiquiátrica, e para que possam ser ativos nas mudanças, devem ter acesso a informações e conhecimentos que permitam modificar as ações e os desejos, devem se afetar com o outro. É preciso circular por espaços onde seja possível produzir estranheza no instituído e romper com modelos padrões de ser e estar no mundo, onde o diferente possa

---

<sup>3</sup> “O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores.” (DELEUZE, 1992, p. 156). Os intercessores seriam os elementos que provocam os processos de criação, promovendo mudanças. Eles são, para Vasconcelos (2006), o encontro que faz o pensamento sair de sua imobilidade natural.

<sup>4</sup> O afeto, para Rocha (2006), é a mistura de corpos que recebem características de ambos, transformando seus estados anteriores. É o corpo que pode e está no limite de afetar e ser afetado.

também movimentar uma realidade na eterna mutação do rizoma.

## 1.2 A TEORIA QUE ACOMPANHA A PESQUISA

Para que se pense na diferença, na construção de desejos, na desinstitucionalização da loucura, no espaço da sociedade como possibilidade de circulação e em atos criativos, foram escolhidas a Filosofia da Diferença e a Esquizoanálise, como referenciais teórico-filosóficos que nortearão os caminhos a serem trilhados por esta pesquisa.

A esquizoanálise surge com Gilles Deleuze e Félix Guattari, na década de 1960, na França, com grande influência de Michel Foucault e Friedrich Nietzsche. Dá-se após a descoberta de que a psicanálise e o marxismo estavam sendo utilizados como teorias de dominação, desviando-se de suas ideias originais de irem ao encontro da produção de um desejo. Guattari (1987) refere não ser contra o “marxismo e o freudismo”, mas contra a forma reducionista de utilização dessas teorias para o controle de massa, homogeneização da sociedade, quando se reduz toda a teoria a uma psicanálise das lutas de interesse que conduz à integração puramente capitalista.

A Filosofia da Diferença foi trabalhada principalmente por Deleuze, quando ele discutia questões referentes ao pensamento e ao nomadismo. Para Zourabichvili, apud Rocha (2006), a “obra deleuziana busca, antes, retomar práticas filosóficas que produziram outras formas de viver e de pensar a vida, no que esta tem de múltiplo”. Em todas as direções e em todos os tempos que olharmos para o legado deixado por Deleuze e Guattari, vimos transpassar conceitos e entendimentos comuns aos diferentes espaços vividos e nos agenciamentos dos encontros. Comuns, porém nunca iguais, sempre construindo e desterritorializando a luta constante pela potência de transformação.

Tanto na clínica como na filosofia (se é que alguém pode separar), o corpo, o sujeito e as relações se modificam constantemente. Forma-se um emaranhado de possibilidades sem bordas definidas. É um todo, com variados panos de fundo que

se enlaçam e se tramam nas mais variadas configurações. Dançam com todos os atores e cenários que se impliquem na música. É a dança da vida, da mudança, da diferença.

Se a teia se constrói e se destrói, se o corpo se permite afetar e afeta o outro, se os processos de subjetivação se constituem nos diferentes momentos e espaços, também não podemos separar saúde de educação. É o rizoma se formando e transformando, a construção de uma realidade, de um corpo que age e sente. Entende-se que a realidade é constituída de forma rizomática. Uma rede com diversos pontos de encontro com diversas outras ou a mesma rede. Esses pontos são modificados na sua estrutura sempre que algo diferente interfere em determinada rede, o que, em consequência, modifica toda a estrutura e os encontros que se fazem. (PARPINELLI e SOUZA, 2005).

Pensando assim, o sujeito não pode mais ser entendido com as diversas definições postas ou impostas, por conceitos rígidos e padrões normalizantes, por leis e regras rígidas e instituídas, por pensamentos e poderes cristalizados. Um sujeito é sempre diferente do outro e diferente de si mesmo, na medida em que o tempo transforma suas relações, reconfigurando a teia de sua existência e permitindo que ele dance ao som de diferentes melodias.

Como o sujeito é constituído pela construção e modificação constante do rizoma, ele é um ser em constante mutação. Os processos de subjetivação são o que definem em determinado momento a potência de criação, na busca de saúde. Para Deleuze e Guattari (1976), a subjetivação é o contato da dobra de si com as forças cósmicas e a subjetividade são os nucléolos que surgem no interior da dobra como desaceleração do processo de subjetivação. Parpinelli e Souza (2005) definem o sujeito como que constituído por uma dobra interna. Uma fenda que internaliza o exterior e que possui um limite de contato do meio interno com o meio externo, que é constantemente movimentado.

Deleuze e Guattari (LIMA, 2005) falam de dois polos de delírio, um esquizo e um paranóico. No primeiro, amplia-se a força de existir e a potência de agir, predominando as forças ativas, a singularização, o processo criativo e o de subjetivação. No polo paranóico, o processo é interrompido pelas forças reativas e de homogeneização, é o tempo do dever. A psicose ou neurose só se instala quando o processo criativo (esquizo) é interrompido, dando lugar ao vazio, às tristezas das paixões (paranóico). O delírio pode então ser saúde ou doença. É

possível encontrar uma maneira única de se expressar, na qual cada sujeito encontra sua “língua menor”<sup>5</sup>.

Em muitas pessoas, os dois polos estão tão próximos que a qualquer momento é possível deixar o polo esquizo se tornar uma esquizofrenia. Alguns desses indivíduos não se permitem falar uma “outra língua” que não a imposta pela máquina normalizadora. Outros não resistem ao desejo de criar algo novo, “devires minoritários”<sup>6</sup>, que de tão intensos podem romper com o polo esquizo ou construir uma outra história, uma criação, permitindo que o desejo se expresse no campo social.

Muitos dos sujeitos que têm seus polos de delírio na iminência de produzir ou de adoecer não encontram espaço para a criação no atual modo de produção e de pensar estritamente capitalista. Isso também acontece com o sujeito que teve seu processo interrompido e não encontra lugar para restaurar um domínio do polo esquizo. A repetição, a cobrança e o controle não permitem um fazer diferenciado, inovador e criativo. Urge a necessidade de se possibilitar a circulação por diferentes espaços, tempos, fazeres e viveres, para que o polo esquizo de cada pessoa possa se manifestar de forma a produzir vida, desejo e vontade. Os sujeitos buscam insistentemente o reconhecimento da micropolítica do diferente na produção de seus desejos.

Dessa forma, os profissionais de saúde, familiares, usuários e sociedade devem constantemente repensar seus fazeres (de maneira a não mecanizar e homogeneizar seus cuidados), para que possam efetivamente permitir a circulação dos sujeitos em processos esquizos. É a politização da clínica, a produção do desejo. Pode-se pensar, desse modo, a clínica como um dispositivo que propicia a criação e potencializa a transformação do cotidiano através da desarticulação das totalizações nele instituídas e da emergência de suas multiplicidades. A clínica pode

---

<sup>5</sup> Lima (2005) relata que qualquer um pode encontrar ou inventar uma “língua menor” como jeito único de sair da inércia de processos paranóides de despersonalização. O autor cita, ainda, Deleuze e Parnet (1998): “devemos ser bilíngues mesmo em uma única língua, devemos ter uma língua menor no interior da nossa língua, devemos fazer da nossa própria língua um uso menor... falar em sua língua própria como um estrangeiro”.

<sup>6</sup> A noção de “devir” foi reinventada por Deleuze (1992a). Devir é experimentar, é um desvio da história para criar algo novo, é sempre atual. “Devir é resistir ao presente”. (LIMA, 2005, p. 27). Devir minoritário é um caso político e apela a todo um trabalho de potência, uma micropolítica ativa. É o contrário de macropolítica, e até da história, onde se trata de saber, sobretudo, como se vai conquistar ou deter uma maioria. (DELEUZE, 1997, p. 89). É concebido como processo criativo pelo qual as minorias se metamorfoseiam e escapam ao controle social, são utilizadas por grupos minoritários para reaparecerem de modos inesperados no campo social.



também abrir espaço para as produções criativas que permitam a singularização de cada um na busca de saúde.

Vale lembrar que a esquizoanálise e a filosofia da diferença não são utilizadas apenas para poder pensar a clínica na loucura (ou grupos minoritários, ou “grupelhos”<sup>7</sup>), as formas de “tratar”, territorializar, desterritorializar e produzir desejo apenas como assistência terapêutica. É possível utilizá-las para propor um processo educativo, espaço de aprendizagem que questione os entendimentos do processo saúde (mental) e/ou doença (mental), os conceitos padronizados e rígidos que direcionam e cristalizam as práticas assistenciais, que massificam e homogeneizam os comportamentos e os modos de existência<sup>8</sup>. Pode-se, ainda, provocar os diferentes fazeres, para se viabilizar aproximações, sensibilizações e modificações, uma vez que se movimenta constantemente a realidade rizomática.

A utilização desse referencial como proposta de pesquisa é também a construção de um personagem conceitual, não como a encarnação do pensamento vivo, mas como um pensamento vivo em ato, que intervém e agencia o surgimento de novas relações, é um ato de criação. E o ato de criar é construir não simplesmente uma imagem, mas uma imagem que se relaciona com diversas outras imagens e que pode assumir diferentes sentidos. Essa leitura se dá não apenas no ato de falar, mas nas diferentes maneiras que o sujeito se manifesta, pois é a relação em rede de variados conceitos e enunciados. (LECLERCQ, 2002).

Na tentativa de entender a loucura na sociedade, no seio familiar, na realidade dos sujeitos, propôs-se instalar um processo educativo criativo-reflexivo, através de oficinas de cinedebate. Pretendeu-se com essas técnicas reformular, repensar e redirecionar as diferentes formas de cuidar, de desinstitucionalizar e de romper com o estigma da loucura na sociedade dominante. Sendo assim, seria permitida a circulação dos diferentes modos de existência, bem como o aparecimento metamorfoseado no campo social dos grupos minoritários (“loucos”).

Quando falamos em um processo educativo criativo-reflexivo, pensamos em desenvolvimento, desconstrução e reformulação que se descaracteriza da forma tradicional e reguladora imposta pela realidade atual. É o constante repensar das

---

<sup>7</sup> Guattari (1987, p. 18) utiliza o termo “grupelhos” como afirmação de uma posição política, uma multiplicidade singular que age e fala, uma dimensão de toda a experimentação social, sua singularidade, seu devir.

<sup>8</sup> Deleuze (1996) chama de “modos de existência” o mesmo que Foucault chamou de “estilos de vida”.

práticas, a movimentação da rede, a metamorfose do rizoma em busca de um devir-menor, que auxilia no processo criativo dos sujeitos envolvidos. São as diferentes relações que se instalam nas transformações.

Por intermédio desse processo, foram provocados espaços criativos que resgataram da diferença potências de vida por meio do ato cinematográfico (arte). O ato de criação se deu com a implicação e o afeto entre os corpos, os tempos e os movimentos, e conforme as dificuldades de cada um. Produzir ideias com o eco das ideias de filmes cinematográficos, dar voz e fazer diferente do que se repete, foi possibilitar um encontro que produzisse mudança e provocasse o pensamento.

Deleuze (2004; 2007) divide o cinema em dois tomos: o cinema clássico e o cinema moderno. No primeiro, Deleuze, em *Imagem-Movimento*, refere um automovimento das imagens, um apelo aos esquemas sensório-motores, narrativas sequenciais que se reportam a uma única história. No segundo tomo, *Imagem-Tempo*, Deleuze refere-se ao cinema moderno como o início da utilização de situações áudio-visuais puras, com a criação de novos conceitos, nos quais se estabelece a relação entre filosofia e não-filosofia (arte), pensamento e ação (cinema). Nesse momento, a utilização de situações corriqueiras do dia-a-dia dos personagens começa a entrar em cena e se aproximar da vida das pessoas reais, sai o super-herói e os finais não mais sofrem interferências extraordinárias. É com esse cinema moderno, que cria novas imagens e mundos, que trabalhamos nos nossos encontros.

Entendo que a utilização dos conhecimentos trazidos, principalmente por Deleuze e Guattari, auxiliou na (des)construção de formas de pensar e fazer cristalizadas e dos possíveis entendimentos que aprisionavam os sujeitos em modos de existências que não permitiam o desenvolvimento de processos criativos e que tornavam o viver um aprisionamento em si mesmo. As contribuições teórico-filosóficas e clínicas trazidas pelos autores foram utilizadas para provocar o pensamento em espaços de reflexão e de troca de conhecimentos.

### 1.3 OBJETIVO GERAL

Construir com usuários, familiares e profissionais de um CAPS de Florianópolis um espaço de reflexão e discussão de desterritorialização da loucura, usando o cinedebate como intercessor.

### 1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Problematizar na pesquisa-ação as possíveis relações entre a realidade vivida e os conteúdos dos filmes apresentados para o cinedebate;
- Possibilitar que se discutam espaços de desterritorialização da loucura;
- Viabilizar a troca de experiências e vivências na busca de um fazer diferente e desinstitucionalizante.

## 2 A CONSTRUÇÃO DOS ENCONTROS: O PERCURSO METODOLÓGICO

...construímos um conceito de que gosto muito, o de desterritorialização. (...) precisamos às vezes inventar uma palavra bárbara para dar conta de uma noção com pretensão nova. A noção com pretensão nova é que não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte. (DELEUZE, Gilles)

Lidar com o lugar ocupado pela loucura na sociedade e propor mudanças é romper com uma cultura secularmente instituída do saber médico como detentor do poder, da doença, como centro do cuidado, e das instituições fechadas e disciplinares como espaços únicos de circulação. No intuito de combater esse modelo, este estudo, de natureza qualitativa, propôs-se a explorar e descrever as percepções de um grupo de usuários acerca da desterritorialização de espaços da loucura, através do uso da técnica do cinedebate.

Na **pesquisa qualitativa** não é possível medir, numerar, padronizar e tomar como verdadeiro e imutável as relações interpessoais, os contextos vividos, os significados e os atos de criação. São situações que pertencem a uma realidade em constante transformação, com encontros e desencontros, com movimentações, com diferenças no se sentir, ser e estar no mundo. Todos os sujeitos envolvidos têm desejos, pertencem à determinada cultura e se afetam constantemente nos encontros agenciados.

Minayo (1994) referiu que a abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados das relações e das ações humanas, não captáveis nas quantificações. Através da abordagem qualitativa, trabalha-se um nível de realidade não possível de ser quantificado, respondendo questões muito particulares, em um espaço mais profundo e complexo das relações, dos processos e dos fenômenos.

Chizzotti (1998) fala da pesquisa qualitativa como uma abordagem que surge a partir dos questionamentos feitos às abordagens positivistas, que fixam estruturas e mantêm uma estabilidade. A abordagem qualitativa surge para valorizar a complexidade, as contradições e a imprevisibilidade das relações interpessoais e sociais. É necessário que, nesse tipo de pesquisa, o pesquisador seja ativo no

processo de produção de conhecimento, livre de preconceitos e disposto a partilhar da cultura de um outro. É da vida real dos sujeitos que parte a pesquisa qualitativa. Essas vidas são espaços de formação e transformação de vínculos, desejos, fatos da vida, ações do cotidiano, intenções e principalmente das relações.

Para Pagot (2000), a abordagem qualitativa, muito utilizada na pesquisa social, tem sua preocupação dirigida aos problemas e situações que envolvem as diferentes sociedades, inclusive no Brasil. Responde de forma satisfatória à problemática da loucura na sociedade, sem repetir as ações normalizando padrões de comportamento. Assim, como não inclui os sujeitos nas pesquisas exclusivamente por suas doenças e sim por fazerem parte de contextos pessoais e sociais dignos de serem estudados, esse entendimento de pesquisa social aproxima-se do que Eizirik (2003) fala sobre pesquisa qualitativa, quando refere o reconhecimento da complexidade do real, opondo-se à ideia de objetividade e considerando a não neutralidade e a influência entre pesquisador e sujeitos participantes da pesquisa. É uma visão que rompe com um modelo cartesiano e positivista.

Goldenberg (2002), assim como os autores supracitados, refere-se à pesquisa qualitativa como se opondo ao modelo positivista de fazer ciência, que explica os processos como quantificáveis, com leis, explicações gerais e a dita “neutralidade” científica. Para essa autora, o pesquisador das ciências sociais tende a pesquisar aquilo que tem interesse, na tentativa de compreender dentro de determinado contexto os valores, crenças, motivações e sentimentos dos sujeitos e/ou grupos.

Na abordagem qualitativa, múltiplas são as estratégias que se pode escolher para coleta dos dados, mas nesse estudo optou-se pela **pesquisa-ação**. Segundo Tripp (2005), a pesquisa-ação é a investigação da prática com a finalidade de aprimorá-la. É uma prática de difícil definição, bem como é difícil identificar quem iniciou a sistematizá-la. Sabe-se, contudo, que existem relatos de que antigos empiristas gregos utilizavam a pesquisa-ação e atribuem, muitas vezes, a Lewin a criação do processo de pesquisa-ação e a utilização do termo na literatura. A dificuldade de defini-la existe por ela ser um processo natural que se apresenta de maneiras diferentes em variados aspectos e por se desenvolver de maneiras diferentes para as diferentes aplicações.

A pesquisa-ação é, para Tripp (2005), um dos inúmeros tipos de

investigação-ação, por ser um processo cíclico no qual se aprimora a prática pela oscilação entre o agir e o investigar, com mudanças para melhoria tanto no campo da prática como da investigação. O ciclo na pesquisa-ação segue o que a maioria dos processos utiliza para a solução de problemas: identificação do problema, planejamento de uma solução, implementação, monitoramento e avaliação de eficácia. As aplicações dos ciclos exigirão ações diferentes em cada fase e começarão em diferentes lugares conforme cada realidade.

Para Miranda e Resende (2006), a pesquisa-ação articula teoria e prática em um mesmo processo de construção de conhecimento. A pesquisa nesta modalidade, por possibilitar uma efetiva transformação da realidade, converter-se-ia em intervenção social. A pesquisa-ação, para essas autoras, adota leituras e abordagens compreensivas e explicativas, afastando-se dos modelos positivistas de se fazer pesquisa. Elas utilizam as abordagens de Barbier, Morin, Carr e Kemmis para a compreensão da pesquisa-ação.

Miranda e Resende (2006) traçam alguns pontos de convergência importantes para o desenvolvimento da pesquisa-ação, que foram considerados no decorrer desta pesquisa. Um desses aspectos é a crítica incisiva ao positivismo nas ciências sociais. Outro é a utilização de abordagens compreensivas que possibilitem significar a realidade mediante categorias interpretativas, além da necessidade de vinculação de pesquisas a processos de transformações dos sujeitos e realidades envolvidas. Por último, destacam como aspectos convergentes devem ser considerados nas postulações de noções de totalidades que abrangem ações e experiências dos sujeitos, como também o posicionamento diante de questões de transformação social.

## 2.1 TÉCNICAS PARA COLETA DOS DADOS

Neste estudo, foram utilizadas as oficinas com a técnica do cinedebate para provocar o pensamento nas diversas possibilidades de desterritorialização da loucura, problematizando as percepções, os entendimentos e as possíveis

mudanças.

As **oficinas** são modalidades de atendimento amplamente utilizadas pelos terapeutas ocupacionais, como instrumentos intercessores nos processos de produção de desejo e saúde dos sujeitos em sofrimento. Atualmente, as oficinas não são de uso exclusivo dos terapeutas ocupacionais. São espaços de construção de fazeres variados em busca de encontros saudáveis. Podem ser mediados por diversos profissionais e muitas vezes não apresentam métodos ou referenciais teóricos definidos e estruturados.

Nesta pesquisa, as oficinas foram espaços de encontro, de socialização, de reflexão, de discussão, de se fazer algo junto e com um mesmo direcionamento. Não foram determinadas regras rígidas e pré-definidas de como deviam acontecer. As oficinas são espaços de construção coletiva, de agenciamento de desejos, de possibilidades, de diferenças e de mudanças.

Optou-se em utilizar o cinedebate enquanto técnica nas oficinas. Entende-se que essa é uma possibilidade de, por meio da arte, produzir espaços crítico-reflexivos em consonância com o referencial teórico-filosófico introjetado nesta pesquisa. A possibilidade de construir encontros criativos que não seguem um padrão pré-definido e imutável é fundamental quando falamos em e com sujeitos desejantes.

Siedler (2006) utilizou em sua pesquisa alguns procedimentos específicos no desenvolvimento da técnica do cinedebate. No nosso caso, (des)construindo territórios da loucura, os procedimentos propostos por Siedler (2006) precisaram ser modificados. Tratou-se de um grupo heterogêneo, que já caminha em um território de lutas e incertezas, que historicamente vem brigando pela ocupação social e pela desconstrução de modelos definidos, constantes e uniformes. Fomos à busca da singularidade dos sujeitos e das multiplicidades de encontros.

As mudanças foram realizadas a cada nova oficina, conforme o filme, o tema, a motivação dos participantes e as facilidades e dificuldades encontradas nos entendimentos dos assuntos e propostas. Essas mudanças aconteceram com a finalidade de viabilizar a vivência de maneira agradável e proveitosa. A intenção foi de que todos os usuários pudessem participar das discussões de modo que as oficinas fossem eficazes nos processos de desterritorialização do espaço da loucura.

Siedler (2006), em seu estudo, sistematizou o cinedebate como tecnologia no desenvolvimento da gerontocultura em um grupo definido de sujeitos. Segundo a

experiência da autora, cada sessão era dividida em seis procedimentos: sondagem inicial, projeção do filme, relatório individual escrito, conclusões escritas por pequenos grupos, leitura e discussão de texto teórico e conclusão final. Foi realizada a experiência em um grupo que já praticava esse tipo de metodologia há um ano e no qual a maioria possuía ensino superior.

Para este estudo, foram selecionados seis filmes: Chocolate; Meu nome é Rádio; Bicho de 7 Cabeças; Bem-me-quer, mal-me-quer; Banquete do Amor e Os surtos ou manual da internação involuntária.

Os encontros tiveram, na sua maioria, seus tempos divididos em cinco procedimentos, para um melhor aproveitamento.

1 - Apresentação sobre o tema geral do filme e os dados cinematográficos pertinentes, tais como: ano e local de produção, natureza do filme, drama, comédia, romance, ficção ou baseado em fatos reais, e outros que se fizeram necessários. Não foram apresentados para o grupo os objetivos pré-definidos de se trabalhar determinado filme. Essa estratégia foi utilizada para que os participantes não fossem induzidos a prestarem atenção em um único tópico. Foi uma forma de provocar a criatividade, os posicionamentos individuais e grupais, as diferentes formas de entendimento e uma maior possibilidade de desconstruir territórios institucionalizados conforme as experiências sociais e pessoais. O objetivo era trabalhado ao longo das discussões de forma velada.

2 - Projeção do filme, com intervalo posterior para lanche. Muitos usuários de serviços de saúde mental facilmente se distraem e dispersam sua atenção, dificultando uma posterior retomada coletiva da proposta. Esse foi um dos motivos pelos quais se optou por servir o lanche após a projeção. Outro motivo dessa escolha parte do entendimento de que o lanche funciona como um momento de encontro e descontração, é um dos espaços socializadores da pesquisa, mais um momento de (des)construir territórios da loucura.

3 - Livre manifestação sobre o entendimento, questões importantes e que chamaram a atenção no desenvolvimento e história do filme.

4 - Discussão dirigida baseada sempre no que foi desenvolvido no item anterior pelo grupo. Momento de provocações para processos de desinstitucionalização da saúde mental, da ocupação de outros espaços (físicos e subjetivos) pelos sujeitos envolvidos, de soluções possíveis, de agenciamentos e de relações. Discussão sobre as possibilidades de um fazer diferente em saúde mental que



rompa com modelos segregadores e dominantes e que permita a apropriação de outros fazeres.

5 - Síntese e fechamento sobre as discussões realizadas reforçando aspectos positivos de construção do grupo. Chamada para o próximo filme, reforçando local de encontro, título e horário.

## 2.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no estado de Santa Catarina, no município de Florianópolis, com familiares, usuários e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que surgiram com o processo de desospitalização e desinstitucionalização da loucura. São definidos e estruturados conforme a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Anexo 2). Esses serviços são capacitados para atender usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que apresentem transtornos mentais severos e persistentes e funcionam como reguladores da porta de entrada para o sistema de atendimento ao transtorno mental. Os CAPS diferem-se em três tipos, conforme o grau de complexidade e a abrangência populacional: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e CAPS III – municípios com população superior a 200.000 habitantes.

Os CAPS II podem atender uma população variada, usuários que apresentam diferentes transtornos mentais severos e persistentes e que durante anos foram mantidos em instituições manicomiais. Os CAPS II podem subdividir-se em CAPS i II – serviço de atenção psicossocial que atende crianças e adolescentes, tendo como referência uma população de cerca de 200.000 habitantes e CAPS ad II – serviço de atenção psicossocial que atende usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade para atendimentos em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

Florianópolis, conforme dados do *site* da Prefeitura Municipal, apresentava

uma população de aproximadamente 360.601 habitantes, de acordo com o censo de 2002 do IBGE. Tal número populacional justificaria a possibilidade de existência de CAPS I, II, i II, ad II e III funcionando na cidade. Atualmente Florianópolis conta com um CAPS II, um CAPS i II e um CAPS ad II. Esses serviços se diferenciam, entre outras coisas, pelo tipo de população que atendem, conforme previsto na legislação federal.

### 2.3 A ENTRADA NO CAMPO

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC) e avaliação do Comitê Gestor da Rede Docente Assistencial de Florianópolis (CGRDA/Florianópolis), foi realizado contato com a coordenação do CAPS II para agendar um primeiro encontro, no qual foi apresentada a pesquisa e deixado cópias do projeto para que a equipe se aproximasse da proposta. Após algumas semanas, conforme autorização da coordenação, a pesquisadora participou da reunião de equipe para esclarecer as dúvidas e combinar como se daria a aproximação com os usuários.

Assim, ficou acertado que durante o mês que se seguiu a pesquisadora participaria de diversas atividades realizadas no CAPS II. Nesse período de aproximação, a pesquisadora frequentou esse centro em diferentes horários e dias da semana, para que pudesse conhecer um maior número de pessoas, bem como as atividades terapêuticas nele desenvolvidas.

Foi definido com a equipe um horário para a realização do primeiro encontro oficial da pesquisa. Nesse momento, estavam presentes muitos dos sujeitos com potencial de participação. Foi exposta a proposta da pesquisa, com seus objetivos e implicações. Naquele encontro, foram definidos os filmes, os horários, os locais e foram combinadas algumas possibilidades de locomoção.

Após esse primeiro grupo, a pesquisadora realizou visita ao Hospital de Custódia de Santa Catarina para apresentar a proposta da pesquisa ao chefe da segurança e a uma assistente social. Essa visita foi necessária porque alguns dos

usuários do CAPS envolvidos com os grupos são internos desse hospital. A pesquisa teve total apoio do chefe de segurança, que contribuiu de forma extremamente positiva, disponibilizando, inclusive, transporte para esses usuários em todos os dias das oficinas de cinedebate.

A pesquisadora ainda retornou ao serviço de saúde mental alguns dias antes das três primeiras oficinas de cinedebate, para definir com os profissionais, estagiária e usuários a forma de locomoção até o local. Para as três últimas oficinas, as combinações aconteceram por telefone.

## 2.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram convidados a participarem da pesquisa usuários que frequentam um CAPS II de Florianópolis e alguns familiares, além dos profissionais que trabalham nesse centro. Foi solicitado auxílio da equipe técnica para motivar os familiares a participarem, já que a pesquisadora não teve muito contato com eles.

Os **critérios para inclusão dos sujeitos** e potencial para participar da pesquisa foram apresentados e discutidos com a equipe do CAPS II. Assim, definiu-se que utilizaríamos os seguintes critérios: que os sujeitos fossem maiores de idade; que estivessem em condições de interação interpessoal; que não dependessem da pesquisadora para locomoção e deslocamento até o local da coleta de dados e que aceitassem livremente participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram como sujeitos 29 usuários, sendo 19 homens e 10 mulheres, com idades entre 25 e 40 anos. Durante todos os encontros, contamos com a presença de apenas um familiar, em um único encontro. A participação dos profissionais do CAPS foi resumida a dois profissionais e uma estagiária. Circularam pelos encontros um total de 33 participantes, excluídas a pesquisadora e as duas observadoras. Desse total, 18 participaram com maior frequência.

## 2.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto inicial foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), conforme Parecer Consubstanciado – Projeto N. 1997/08 (Anexo 3), e passou pela avaliação do Comitê Gestor da Rede Docente Assistencial de Florianópolis (CGRDA/Florianópolis), da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Todas as questões éticas quanto à pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 (MS), foram respeitadas.

Em respeito aos princípios da bioética, neste trabalho, as informações foram e serão utilizadas apenas com fins acadêmicos e científicos, de produção de conhecimento e crescimento profissional. Os nomes dos participantes e qualquer informação que possa identificá-los foram mantidos em sigilo. Todos os envolvidos têm direito a informações sobre os dados gerais da pesquisa e ao trabalho final a qualquer momento.

Todo o grupo pôde participar das atividades propostas sem distinção pessoal e foram respeitadas todas as culturas e posicionamentos pessoais. Eles poderiam desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo de seus acompanhamentos terapêuticos ou outro procedimento punitivo qualquer.

A desistência e a pouca participação não foram consideradas como impeditivo de utilizar o depoimento na análise final dos resultados. Todos que participaram, em qualquer um dos encontros, contribuíram de forma positiva, tanto no desenvolvimento da pesquisa como na construção de espaços de efetivação de práticas de cuidado e de circulação social. Os nomes utilizados são nomes fictícios criados pelos próprios sujeitos, preservando o sigilo da identidade.

Foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a pesquisadora ter feito a apresentação do projeto de pesquisa e de seus objetivos e implicações.

## 2.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Foram realizadas sete oficinas, que aconteceram distribuídas ao longo de oito semanas, em três locais diferentes, e sempre com pelo menos um participante novo. Dos sete encontros, o primeiro foi a realização de um grupo para que os participantes pudessem acordar como seriam os encontros seguintes e seis foram oficinas de cinedebate. Durante os encontros em grupo, a pesquisa contou com a presença de dois observadores que ficavam anotando o máximo de informações possíveis, para que pudessem contribuir com a construção final. Os observadores participavam apenas no início do encontro, no momento em que todos se apresentavam e falavam seus nomes fictícios. Os participantes estavam cientes da presença dos observadores e em cada encontro era reforçada a função deles, para que não houvesse constrangimento durante as discussões.

A primeira oficina aconteceu no espaço físico do CAPS II e foi realizada com a intenção de apresentar oficialmente aos participantes em potencial o projeto de pesquisa com seus objetivos e foram esclarecidas as dúvidas que surgiram. A pesquisadora apresentou aos participantes uma listagem inicial dos filmes previamente selecionados. Tal relação foi discutida com o grupo, que concordou com as propostas. Foi ainda nesse primeiro encontro definido outro filme, que ficou a critério e escolha do grupo. Ao término, foi organizado o cronograma das atividades, definindo-se: horários, local e datas das oficinas de cinedebate.

Os seis encontros seguintes aconteceram sempre em espaços fora da estrutura do CAPS II, três foram realizados na Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina (BU/UFSC) e três aconteceram na Sala Multimídia do Centro Integrado de Cultura (CIC). Essa escolha foi proposital nesta pesquisa, pois se entende que a circulação social por espaços fora do convencional são estratégias de desconstruir possíveis territórios instituídos e normalizados. É rotineiro para muitos usuários de serviços de saúde mental ter seus trajetos resumidos ao deslocamento residência – serviço de saúde. Essa circulação permite que se vivenciem espaços diferentes, possibilitando encontros criativos e potencialmente produtores de desejos e saúde.

As sessões de cinedebate ocorreram distribuídas, conforme a tabela a

seguir:

Filme	Local	Usuários e Familiares	Profissionais	Estudantes
Chocolate	UFSC	18	2	3 (1 estagiária do CAPS e 2 observadores)
Meu nome é Rádio	UFSC	15	1	3 (1 estagiária do CAPS e 2 observadores)
Bicho de 7 cabeças	UFSC	12	1	2 (1 estagiária do CAPS e 1 observador)
Banquete do amor	CIC	10	2	1 (observador)
Bem-me-quer, mal-me-quer	CIC	13	1	2 (observadores)
Os surtos ou manual de internação involuntária	CIC	13	2	-

## 2.7 COMO ACONTECEU: UM ESPAÇO DE (DES)CONSTRUÇÃO DA LOUCURA.

As oficinas de cinedebate realizaram-se com os filmes definidos no primeiro encontro e os locais foram agendados conforme a disponibilidade das salas de projeção. Apenas um dos encontros com a data definida pelo grupo precisou ser adiado, devido à greve dos funcionários da UFSC, que fechou a Biblioteca. Naquele dia, não havia outro espaço reservado para a atividade. Os encontros serão relatados abaixo e seguem acompanhados pelos resumos e fichas catalográficas dos filmes.

O primeiro filme assistido foi **Chocolate**. Teve como **objetivo geral** debater com o grupo as possibilidades de enfrentamento de dificuldades e conquistas de espaços com a existência da diferença. Foi reproduzido na Sala de Projeção Harry Laus, na Biblioteca da UFSC. Contou com a participação de 24 sujeitos, incluindo a pesquisadora e os dois observadores. Houve um tempo curto de discussão, aproximadamente 24 minutos, devido ao atraso para iniciar nesse momento de conhecimento do novo território. Nesse dia, os procedimentos definidos para desenvolver a técnica do cinedebate se sobrepuseram por causa do tempo curto

que tivemos. Foi o momento inicial das oficinas, as pessoas estavam se conhecendo e se apropriando da prática que se iniciava. Foi um filme com pouca discussão, mas não foi possível identificar se isso aconteceu devido ao curto espaço de tempo para o debate ou por dificuldade de entendimento do filme.

**Nome:** *Chocolat* – Chocolate

**País/Ano de produção:** EUA e Reino Unido, 2000

**Duração/Gênero:** 121 min., Romance

**Direção de** Lasse Hallström

**Roteiro de** Joanne Harris, Robert Nelson Jacobs

**Elenco:** Juliette Binoche, Lena Olin, Judi Dench, Johnny Depp e Carrie-Anne Moss.

Nesse filme, o chocolate é apenas um pretexto para falar da moral, dos bons costumes, da tolerância/intolerância, da cultura e da hipocrisia de algumas sociedades. Vianne e sua filha Anouk chegam a um pequeno vilarejo na França, na década de 1950, e, em pleno período de quaresma, resolvem abrir uma chocolateria. Alguns moradores, e principalmente o intransigente prefeito, sentem-se ameaçados por essa mulher, que com doçura e carisma começa a cativar aos poucos a população.

Vianne se envolve com Roux, um cigano que, com seu acampamento, com músicas e festas, instala-se na mesma cidade, para escândalo e temor de muitos. Durante o filme, são mostradas situações rotineiras de relacionamentos interpessoais: violência doméstica, brigas entre pais e filhos, alcoolismo, amores, lutos, preconceitos, religião, lutas de poder, entre outros.

O segundo filme foi ***Meu nome é Rádio***. Teve como **objetivo geral** trabalhar questões de enfrentamento de dificuldades, de possibilidades de superação para além das limitações. A sessão aconteceu na Sala de Projeção Harry Laus, na Biblioteca da UFSC. Contou com a participação de 20 sujeitos, incluindo a pesquisadora e os dois observadores. Nesse dia, o horário foi respeitado, bem como os procedimentos para o cinedebate. A discussão durou aproximadamente 70 minutos e foi intensa. O grupo ficou muito envolvido com o filme e se mostrou bastante motivado e disposto a participar. Não foi um filme que exigiu um grande esforço para o entendimento e, de forma geral, foi bem compreendido pelos participantes. O grupo foi continente com os participantes que apresentaram alguma

dificuldade de compreensão. Poucos se mostraram intolerantes com a diferença manifestada e desejada por alguns.

**Nome:** *Radio* – Meu Nome é Radio

**País/Ano de produção:** EUA, 2003

**Duração/Gênero:** 109 min., Drama

**Direção de** Michael Tollin

**Roteiro de** Mike Rich, baseado em artigo de Gary Smith

**Elenco:** Cuba Gooding Jr., Ed Harris, Debra Winger, Alfre Woodward, S. Epatha Merkerson, Brent Sexton, Chris Mulkey, Sarah Drew, Riley Smith.

Filme baseado em fatos reais, conta a história de um homem adulto (Rádio ou James) que anda pelas ruas empurrando um carrinho de supermercado e recolhendo objetos que lhe interessem. Rádio apresentava um déficit cognitivo, ficava mais tempo sozinho e observando a vida na pacata cidade. Um de seus lugares preferidos era a escola, principalmente o campo de futebol americano, onde com frequência aconteciam os treinos. Assistindo a um treino, Rádio guarda uma bola que cai fora da área. Como “castigo” os alunos trancam Rádio em um quarto, com boca, pernas e braços amarrados. O treinador do time (técnico Jones) sensibiliza-se com a situação de Rádio e se aproxima dele. O técnico Jones envolve Rádio em assuntos da escola, dos alunos e de sua família. Aos poucos, Rádio vai conquistando a comunidade em que vive e se transformando em um homem de garra, luta e perseverança, conquistando pessoas e espaços. O filme conta uma história de superação para além das deficiências.

O filme ***Bicho de 7 Cabeças*** foi o terceiro filme discutido nas oficinas de cinedebate. Teve como **objetivo geral** discutir padrões de tratamento instituídos na sociedade. O encontro aconteceu na Sala de Projeção Harry Laus, na Biblioteca da UFSC. Contou com a participação de 16 sujeitos, incluindo a pesquisadora e um observador. Novamente o horário e os procedimentos para o cinedebate foram respeitados. A discussão durou aproximadamente 60 minutos e foi menos intensa do que na oficina anterior. O grupo apresentou mais dificuldade para participar. Os participantes precisavam ser constantemente estimulados para falar, trazer questões para a discussão e relacionar com a vida cotidiana. Foi um filme que exigiu certa concentração, mas foi entendido por quase todos os participantes. Um sujeito dormiu e alegou que com sua “doença”, com a medicação que usa, fica mais



sonolento e perde a capacidade de pensar. Esse participante foi motivo de riso para o grupo. Alguns sujeitos fizeram espontaneamente relação entre o filme e suas vidas e outros tinham dúvidas sobre a realidade daqueles fatos apresentados. Esse encontro aconteceu em um dia que chovia bastante e muitos dos participantes não haviam comparecido ao CAPS. Saíram do encontro motivados com o fato de o próximo estar agendado para acontecer no Centro Integrado de Cultura (CIC).

**Nome:** Bicho De Sete Cabeças

**País/Ano de produção:** Brasil, 2000

**Duração/Gênero:** 80 min., Drama

**Direção de** Laís Bodanzky

**Roteiro de** Luís Bolognesi, baseado no livro “canto dos Malditos” de Austregésilo Carrano Bueno.

**Elenco:** Rodrigo Santoro, Othon Bastos, Cássia Kiss, Jairo Mattos, Caco Ciocler, Luís Miranda, Valéria Alencar, Altair Lima, Linneu Dias, Gero Camilo, Marcos Cesana.

O filme foi escrito baseado no livro *Canto dos Malditos*, escrito na década de 1970, e que conta a história real do autor. Mesmo sendo baseado em fatos vividos na década de 70, o filme retrata uma realidade cruel e ainda encontrada em espaços manicomiais nos dias atuais.

O filme conta a história de Neto, jovem rapaz que vive um relacionamento distante com familiares (pais e irmã). Os familiares, após descobrirem o envolvimento de Neto com drogas (maconha), e não entenderem e concordarem com a vida levada pelo rapaz (festas, amigos estranhos, bebidas, drogas etc), o obrigam a passar por internações involuntárias em instituições psiquiátricas, na busca por tratamento.

Neto é encaminhado para internações sucessivas, sem apresentar “melhora de seus sintomas”. O filme retrata a ineficácia do sistema hegemônico da época. Mostra as crueldades cometidas em nome da “cura”. Apresenta rotinas e padrões de tratamentos de muitos manicômios.

O quarto filme apresentado foi **Banquete do amor**. Teve como **objetivo geral** discutir questões de culpa e perdão que interferem nas possibilidades de escolhas. Desenvolveu-se na Sala Multimídia do CIC. Contou com a participação de 14 sujeitos, incluindo a pesquisadora e um observador. Foi o primeiro encontro no

CIC. Os participantes vieram a pé do CAPS, o que diminuiu em alguns minutos a discussão. Esse foi considerado, por unanimidade, o mais difícil de todos os seis apresentados. A discussão precisou ser muito estimulada. Em alguns momentos, o silêncio não dizia de uma pausa para pensar, mas de não saber o que falar, por não terem entendido o filme. O grupo foi provocado para a questão da culpa e do perdão, porém isso não foi identificado no filme.

**Nome:** *Feast of Love* – Banquete do Amor

**País/Ano de produção:** EUA, 2007

**Duração/Gênero:** 101 min., Romance

**Direção de** Robert Benton

**Roteiro de** Allison Burnett, baseado em livro de Charles Baxter

**Elenco:** Morgan Freeman, Greg Kinnear, Radha Mitchell, Billy Burke, Selma Blair, Alexa Davalos, Toby Hemingway, Stana Katic, Erika Marozsán, Jane Alexander.

O filme mostra um professor (Harry Stevenson) que após a morte inesperada (overdose) do filho começa a participar da vida na comunidade e se afasta das aulas. Relações de amor e amizade se tramam e se desfazem tendo como cenário principal uma charmosa cafeteria. Bradley, dono da cafeteria, acredita no amor e o procura em diferentes relações. Sua vida é marcada por abandonos amorosos, intransigências pessoais, intrigas, paixões e finalmente um encontro “perfeito”. Sua primeira esposa encontra em outra mulher uma possibilidade de ser feliz e vista pelos olhos de outro. Ainda na vida de Bradley, surge uma vendedora imobiliária que, tomada por uma situação de racionalidade, casa com o dono da cafeteria, mas seu amor é por um homem casado. No final, já tentando sentir no corpo o que sente no coração, Bradley encontra uma médica que compartilha dos mesmos entendimentos sobre o amor.

Surge na comunidade local uma bela jovem que inevitavelmente se apaixona pelo atendente da cafeteria. Mesmo com dificuldades familiares e passados sombrios, os dois enfrentam juntos o amor e o destino traçado. O jovem rapaz morre precocemente, deixando a amada grávida.

Harry se culpa pela morte prematura do filho e pela impossibilidade de ter o ajudado no envolvimento com as drogas. Seu envolvimento na comunidade o permite traçar novas possibilidades de enfrentar a vida como ela é.

O penúltimo filme projetado foi ***Bem-me-quer, mal-me-quer***. Teve como **objetivo geral** perceber as mesmas situações sob vários pontos de vista, considerando as diferenças. Desenvolveu-se na Sala Multimídia do CIC. Contou com a participação de 17 sujeitos, incluindo a pesquisadora e dois observadores. Nesse dia, a chuva era mais intensa do que no anterior, o que prejudicou o número de participantes. Repete-se nesse encontro o cumprimento do horário e dos procedimentos do cinedebate. A discussão durou aproximadamente 60 minutos. Muitos dos participantes não entenderam o filme. A dificuldade de compreensão prejudicou uma das fases do cinedebate, na qual a livre expressão sobre as questões do filme ficou diminuída. Foi preciso dispensar um tempo para explicar o filme. Todos os participantes que entenderam ajudaram na explicação aos demais. Por ser um filme que proporcionou pouco a manifestação espontânea, foi preciso provocar a criatividade do grupo construindo finais diferentes e variados para os personagens do filme. Todos os sujeitos participaram da proposta apresentada.

**Nome:** *À la Folie... Pas du Tout* - Bem Me Quer, Mal Me Quer

**País/Ano de produção:** França, 2002

**Duração/Gênero:** 92 min., Romance

**Direção de** Laetitia Colombani

**Roteiro de** Laetitia Colombani e Caroline Thivel

**Elenco:** Audrey Tautou, Samuel Le Bihan, Isabelle Carré, Sophie Guillemin, Clement Sibony.

Angelique é uma jovem estudante de artes plásticas que se apaixona por um médico cardiologista (Loic) mais velho e casado. O filme mostra a história de amor vivida por Angelique. A continuidade do casamento de Loic e a frustração da personagem em ficar esperando pelo amado a levam a tentar cometer um suicídio. Ela é socorrida pelo médico.

Neste momento (aproximadamente metade do filme), as cenas retrocedem e a mesma história é vista pelo lado de Loic. O cardiologista é frequentemente presenteado com flores, obras de arte, músicas, porém não sabe quem é a sua ou o seu admirador secreto. Insistências de um relacionamento platônico abalam o casamento do médico e sua esposa perde o bebê após um atropelamento.

Após socorrer Angelique da tentativa de suicídio, Loic percebe que ela é sua admiradora secreta. Ao entrar na residência em que Angelique estava vivendo, depara-se com cenas chocantes de uma paixão atormentadora. Loic resolve se

afastar daquele lugar e é agredido por Angelique, o que o causa uma paralisia.

Angelique é internada em uma instituição psiquiátrica, e, após determinado período, recebe alta, por conseguir relatar sua experiência e seus sentimentos de forma racionalizada.

Para finalizar os encontros, o filme projetado foi escolhido pelos participantes no primeiro grupo: ***Os surtos ou manual da internação involuntária***. Esse filme provocou muita polêmica entre os presentes. Teve como **objetivo** estimular a autonomia, o poder de tomada de decisão. Foram visualizadas as possibilidades de que algo transformador é possível. O encontro desenvolveu-se na Sala Multimídias do CIC. Contou com a participação de 16 sujeitos, incluindo a pesquisadora. A discussão durou aproximadamente 60 minutos e teve respeitados os procedimentos. Por ser um filme que retrata a realidade de um outro espaço de tratamento do CAPS II e apresenta como seus atores-autores muitos dos usuários que participaram da proposta de cinedebate, aproximou o filme da realidade dos participantes. Foi difícil separar nesse encontro o que dizia respeito à oficina de cinedebate e o que era da oficina de teatro (realidade mostrada no filme). Muitos não se sentiram bem assistindo aquele filme e outros acharam tudo muito espontâneo, natural e gostoso. Foi um filme que produziu uma discussão grande, por alguns concordarem com a metodologia utilizada nas oficinas de teatro e na construção desse filme e outros discordavam totalmente, esperando algo com outra organização. Nesse dia, manifestaram a vontade de continuar com os encontros e com as oficinas de cinedebate e não com uma oficina de projeção e lazer, mas de discussão e construção.

**Nome:** Surtos ou manual da internação involuntária

**País/Ano de produção:** Brasil, 2008

**Gênero:** Documentário

**Coordenação de** Marcos Eduardo Rocha Lima

**Apoio:** Ministério da Cultura e Petrobras

Esse documentário conta a história da constituição do grupo de teatro, cinema e terapia para usuários do CAPS. Esse projeto teve seu início ainda na década de 1990, vinculado a um projeto de pesquisa do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). No filme, são apresentados momentos de construção do grupo, seus envolvimento com o público e seus

entendimentos sobre a participação nessa atividade. Alguns relatos de participantes mostram seus desejos, avanços e frustrações. O projeto de pesquisa teve como norteador a esquizoanálise, que possibilita aos sujeitos a experimentação de espaços de construção de desejo e possibilidade.

Em síntese, é possível dizer que todas as oficinas de cinedebate, guardadas suas dificuldades e facilidades, foram espaços de desconstrução de territórios instituídos; cada oficina com a sua forma, com os seus participantes, com seus agenciamentos e multiplicidades. Elas certamente foram espaços onde foi possível provocar a diferença e construir processos de subjetividade novos e únicos. Frente ao exposto, tenho a convicção de que todos os sujeitos participantes foram afetados ao longo desse processo e tiveram a possibilidade de discutir e refletir acerca de suas relações e seu processo de viver.

## 2.8 A ANÁLISE DOS DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados os relatórios dos observadores, o diário de campo da pesquisadora e um gravador de voz durante as oficinas de cinedebate. As gravações foram transcritas para um documento de texto pela pesquisadora. Foram respeitadas as falas conforme o dito por cada sujeito. Todos os dados foram salvos em pastas separadas pelos nomes dos filmes. Os dados foram utilizados para uso exclusivo desta pesquisa.

Os dados coletados foram analisados conforme os princípios da Análise de Conteúdo, de Bardin (1977), na qual se propõe um conjunto de técnicas para a análise das comunicações, com rigor científico. A análise de conteúdo organiza-se em: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase da pré-análise, acontece a aproximação com os documentos a serem examinados. É um período de intuições, mas também de organização e sistematização das ideias iniciais. Nesse período, acontece a seleção dos materiais que serão submetidos à análise.

Na fase de pré-análise desta pesquisa, foram selecionadas como documentos para a análise as transcrições literais, feitas pela pesquisadora, das seis oficinas de cinedebate. Foi realizada a leitura e releitura exaustiva dos dados brutos. Em seguida, foram selecionadas as frases e textos que apresentavam significado e relação com a pesquisa.

Na fase da exploração de materiais, os dados são codificados. É nesse momento que acontece a transformação dos dados brutos. Na fase de exploração, os conteúdos selecionados foram organizados por grupos de afinidade, independentemente da quantidade de vezes que apareceram. Nessa fase, começaram a se configurar as categorias. Estas foram reformuladas algumas vezes porque as analisamos à luz do referencial teórico norteador desta pesquisa. Para essas reformulações, foi necessária a releitura de bibliografias referentes à filosofia da diferença e esquizoanálise. Além disso, foi nessa fase em que também começou a se pensar na forma de organizar as categorias nos possíveis eixos temáticos.

Na fase do tratamento dos materiais, os dados brutos tornam-se significativos e válidos, de forma que é possível propor inferências e interpretações. Esse envolvimento sensível com os dados coletados permitiu a definição de quatro grandes eixos temáticos que guiaram a discussão dos dados; são eles: os *intercessores da loucura*; *as linhas de fuga no mundo moderno*; *modos de existência no palco da vida*; *experiência-sofrimento*.

### 3 OS ACHADOS DAS OFICINAS DE CINEDEBATE: RESULTADOS E DISCUSSÃO

A obra é mais do que a obra: o sujeito que escreve faz parte da obra.  
(Michel Foucault)

O desenvolver da pesquisa foi também a construção de espaços de desterritorialização da loucura. Essa desterritorialização foi um movimento que carregou uma complexidade de eventos, de encontros e afetamentos. Signos e significados variados apareceram em todo o processo de pesquisa.

Neste capítulo, passo a apresentar os resultados da análise dos dados e discussão de cada eixo temático com as respectivas categorias que o compõem. Todas as divisões, delimitações de temas e categorizações foram realizadas respeitando o rigor da pesquisa qualitativa e o referencial teórico que propõe o respeito à singularidade de cada sujeito e situação, a possibilidade de transformação da realidade conforme os atravessamentos de multiplicidades e a complexidade do rizoma.

#### 3.1 INTERCESSORES DA LOUCURA

Entendo que tudo que força ou imprime força sobre o ser e estar do homem no mundo é potencialmente um transformador das multiplicidades. Pertencer a um grupo, sair do espaço certo da convivência, permitir-se falar, ouvir, tocar e rir é por si só gerador de mudanças. Pensando que todas essas interferências podem vir a ser “intercessores”, conforme nos conceitua Deleuze (1992), questiono: como selecionar o que de fato seria um intercessor no processo de saúde-doença dos usuários de um serviço de saúde mental?

É difícil dizer isso é ou isso não é. Nas sessões de cinedebate, senti como se o interno e o externo de cada um se conectassem com o diferente e com o igual.

Foi para mim a construção de um intercessor pessoal que me motiva e me convida a reconfigurar o rizoma. No entanto, apenas na última hora do último encontro é que tive a certeza de que a utilização desta modalidade de clínica-ética-estética-política foi também intercessor para os outros ali presentes. Foi o pedido de que os encontros pudessem continuar, cada dia diferente do outro, com um novo tema, uma nova discussão e conseqüentemente a (des)construção de configurações rizomáticas ou o movimento sutil e delicado de enraizamentos que me convenceram disso.

Esses intercessores do qual falamos não são necessariamente visíveis e concretos, mas potências de transformação que carregam a função de romper com padrões cristalizados de pensamentos, vontades, oportunidades, atos e atitudes. É por isso que eles são únicos, servem para determinado sujeito em certo momento. Todavia, o sujeito é constituído por tudo aquilo que lhe permite existir, o dentro e o fora, o bom e o mau, a alegria e o sofrimento, o individual e o coletivo. Nesse coletivo, é possível identificarmos também os intercessores, que podem servir a todos, a poucos ou a alguns.

A arte (cinema) e a clínica (saúde mental/grupo/terapia ocupacional), neste contexto, puderam servir como intercessores nos processos de (des)construção de territórios da loucura, pois carregaram em seu ventre muito mais do que espaço de ocupar o tempo com algo prazeroso, foi uma possibilidade de encontro e transformação.

A utilização de filmes do cinema moderno, nesta pesquisa, foi um intercessor da filosofia da diferença, pois permitiu que em processos crítico-reflexivos se questionasse o instituído. Permitiu, ainda, que se tirasse o pensamento de seu estuor rotineiro, que se provocasse estranheza quanto aos modos de existência. Para Vasconcelos (2006, p. 9), não é apenas o cinema o único intercessor da filosofia da diferença: “A literatura, o teatro, e a pintura também podem ser identificados como intercessores da filosofia da diferença.”

A técnica do cinedebate foi um espaço intercessor-educativo-crítico-reflexivo, pois teve em sua proposta a intenção de romper com uma educação que está aprisionada e aprisiona o intolerável, o diferente, que asfixia a singularidade de cada sujeito e grupos em formas de produção (de vida, de desejo, de ação) totalizantes e alienantes.

Na perspectiva de um processo educativo participativo, as oficinas foram a experimentação de criação de espaços de discussão da clínica, nas quais o



pensamento pôde encontrar com o pensamento de outro, possibilitando um momento de conjunção, de aprendizado, de trocas e de tencionamentos nos saberes instituídos. É a educação entendida não como aprendizado no qual apenas se recebe e se assimila conhecimentos. É entender a educação como um ato de aprender com um momento de produzir estranheza, por penetrar no mundo de outro, compondo pontos singulares do eu com o outro, conforme propõe Tadeu (2002). Aprender é também a possibilidade de um fazer diferente para os variados grupos ou pelo menos um começar a pensar diferente.

O pensamento é, nesse entendimento, fruto de um corpo que em ato vive e age. Ele não mais é elaborado com o distanciamento do sujeito na busca de verdades absolutas, como propunha até então a filosofia platônica, o modo assistencialista de cuidar e a educação bancária. No nosso entendimento, o pensamento é nômade, valoriza o agenciamento de encontros e faz emergir a multiplicidade de modos de existência. A vivência da arte de pensar na diferença provoca a emergência das diversidades impostas pela vida, onde o sujeito não é um ser enraizado no seu eu, mas um ser pertencente a uma trama de conexões que se formam e se destroem constantemente em eterna mutação, possibilitando diferentes processos de subjetividade. O pensamento foi estimulado durante diferentes momentos do cinedebate. O processo educativo se deu por meio da utilização da arte como ferramenta de intervenção.

A clínica, nesse contexto, não pode aparecer fragmentada da educação. É o mesmo espaço de encontro e transformação que permite a manifestação de variados modos de ser e pensar. Entende-se a clínica como um dispositivo que propicia a criação e potencializa a transformação do cotidiano através da desarticulação das totalizações nele instituídas e da emergência de suas multiplicidades. A clínica pôde também abrir espaço para as produções criativas que permitiram a singularização de cada um na busca de saúde. E certamente é um espaço que permite o trânsito de diferentes intercessores, bem como pode ser o próprio intercessor em diferentes situações.

O trabalho em grupo, que tornou possível a produção de desejos, a percepção do diferente como pertencente ou não à pluralidade do mundo e da vida foi um intercessor-clínico. Trocar experiências na busca de enfrentar a realidade com um pouco menos de sofrimento e construir processos criativos que permitam a circulação em espaços até então fechados para a loucura são funções da clínica,

não uma clínica que chega para determinar o que se deve ou não fazer, que aparece para impor normalidade e simplesmente abater o sintoma, mas sim uma clínica que surge para dar voz ao sujeito, que permite a manifestação da multiplicidade e que auxilia no resgate da singularidade, como modo de existência, não como aprisionamento do eu.

A terapia ocupacional aparece, nesse contexto, na imagem do coordenador-pesquisador que carrega consigo a convicção de que a clínica da terapia ocupacional existe para promover espaços de trocas e agenciamentos onde se efetivem mudanças criativas em busca da emancipação e autonomia. Utiliza, para tanto, a atividade humana como elemento centralizador e orientador desse processo.

Os atendimentos em grupo, conforme já mencionado anteriormente, são um recurso que acompanha muitos terapeutas ocupacionais na saúde pública. Essas modalidades de atendimento permitem uma enorme variação nas intervenções e constantes modificações na prática. Essas modificações permitem a circulação de diferentes sujeitos, com variados modos de existência e pensamentos, que se transformam com a interferência de tudo que é externo ou interno a ele (sociedade e sujeitos) e que concomitantemente interferem nos diferentes contextos e sujeitos. É um dispositivo intercessor utilizado na clínica da terapia ocupacional por sua riqueza de possibilidades e por suas constantes transformações.

Para Maximino (1995), os grupos são utilizados não apenas por ser um recurso econômico, mas devido às suas “características intrínsecas”. A terapia ocupacional usa os grupos como forma de cuidado para mobilizar, estimular, educar, treinar para o trabalho, para a vida em sociedade, recriar e abordar problemas de relacionamento e possibilitar tomada de consciência. Para essa autora, o campo da terapia ocupacional está localizado exatamente na inserção interno-externo, indivíduo-sociedade (grupo), pensar-fazer, aquilo que é psíquico, aquilo que é corporal. Dessa forma, a terapia ocupacional se torna eminentemente social, pois o fazer é sempre um ato social. Os homens se juntam para fazer coisas e o fazer junto cria um tipo especial de relação, um identificar-se pela ação do outro ou por seus objetivos em comum.

Maximino (2001) coloca que os grupos e as atividades na terapia ocupacional possuem uma potência provocativa que afeta os sujeitos envolvidos, conectando ambiente e sujeitos, possibilitando processos criativos. O grupo seria ele mesmo ato real, produtivo e social, e não um simples laboratório de

comportamentos.

Não bastava pensar no cinema e nos grupos como os únicos intercessores daqueles encontros. Devia haver algo na fala daqueles participantes que trouxesse um pouco mais da realidade vivida por eles fora daquele espaço. Participei, ouvi, escrevi. Li e reli diversas vezes aquelas falas e, como uma pessoa em constante processo de construção, permiti-me afetar pelas falas, gestos, olhares e provocações dos usuários a cada encontro. Essa afetação me possibilitou sentir o que de tudo aquilo que estavam falando parecia ser o que de maior intensidade poderia desconstruir os territórios instituídos da loucura; pessoas, grupos, situações, sensações tidas como de fundamental importância na construção de algo diferente e que eles (os usuários-participantes) pudessem relacionar, questionar e talvez modificar em suas vidas pessoais.

Os intercessores percebidos nos dados analisados reúnem três categorias; são elas: sentimentos-afetos; desejos; amigos e família. São intercessores, pois apresentam potencial para construção e desconstrução rizomática da realidade de cada um. Podem ser: coisas, momentos, encontros e seres que permitem que os vários ramos de um rizoma se conectem a tantos outros, nos mais variados momentos. São conexões que constroem constantemente uma nova forma, sem início ou fim, mas sempre com um meio de multiplicidades.

Nesta pesquisa, os intercessores foram identificados não apenas como potências transformadoras de mudança para cada sujeito individualmente, mas para o grupo como um todo. Os sentimentos-afetos aparecem em todas as oficinas como propulsores de transformações, motivadores internos que possibilitam transformações no rizoma.

### **3.1.1 Sentimentos-afetos: alegria, carinho, otimismo, entusiasmo e tantos outros que sentimos que talvez não tenham nomes**

No processo de análise dos dados, foi interessante notar nas falas dos participantes, prioritariamente, a expressão dos sentimentos positivos. Parece que

esses são os que potencialmente podem provocar a saída de um estado de inércia em busca de movimento. Semelhante constatação pode ser observada, por exemplo, nas emissões abaixo:

*Ela veio trazendo alegria.* (Raposa, usuário. Filme: Chocolate)

*Ele teve a inteligência e sabedoria, o otimismo, o entusiasmo, a simpatia...tudo pra aprender, né! Se esforçou, aprendeu algumas coisas, evoluiu, ficou mais inteligente.* (Leão, usuário. Filme: Meu nome é Rádio)

A constância da expressão de sentimentos positivos, no decorrer do trabalho, não parece ser algo estranho quando centramos nossas leituras e nossos direcionamentos teórico-filosóficos nos ensinamentos deixados por Deleuze e Guatarri. No entanto, foi necessário refletir sobre o que entendemos por sentimentos no contexto desta pesquisa. Os sentimentos seriam manifestações subjetivas emocionais que ocorrem de dentro pra fora, a partir de estímulos recebidos, manifestações que não estão ao alcance do poder individual de cada um. Os sentimentos aparecem e desaparecem sem o nosso controle, sem que possamos definir quando, como e onde será.

Alguns sentimentos já são previamente conhecidos e nomeados, outros surgem pela primeira vez e não sabemos bem o que são e muito menos como se chamam. O importante disso tudo é que esses sentimentos provocam reações individuais que modificam o estado inicial do sujeito e, conseqüentemente, do grupo ao qual ele pertence. Essas modificações buscam um sentir-se melhor, contribuem na construção de processos criativos e possibilitam o encontro com linhas de fuga que traçam caminhos de desconstrução da repetição.

Para melhor entender o que significavam os sentimentos, foi necessário recorrer a outros autores além dos da filosofia da diferença e também a instrumentos conceituais utilizados pela sociedade, os dicionários. Com a ajuda de todos esses elementos, é que foi possível entender um pouco mais do significado de *sentimentos* e construir o que de fato ali foi vivenciado.

O Moderno Dicionário da Língua Portuguesa (Michaelis *Online*, 2009) define sentimento como:

Ação ou efeito de sentir. Faculdade ou capacidade de sentir, de receber impressões mentais. Sensação psíquica, tal como as paixões, o pesar, a mágoa, o desgosto etc. Disposição para ser

facilmente comovido ou impressionado. Emoção terna ou elevada, tal como o amor, a amizade, o patriotismo. Atitude mental a respeito de alguém ou de alguma coisa. Exibição ou manifestação de sensibilidade ou sentimentalismo, ou propensão às emoções ternas em literatura, arte ou música. Presentimento, suspeita. Opinião. Faculdade intuitiva de perceber ou apreciar as qualidades ou méritos de uma coisa. Conjunto de emoções. Conhecimento imediato.

Para Chauí (2000) e Milred (2008), os sentimentos são experiências de sensações pessoais, baseadas nas histórias de vida de cada sujeito, provocadas por algo externo. São as percepções geradas por estímulos de fora que podem se manifestar de diferentes formas, aceitas ou não socialmente. São situações transitórias, intransferíveis e pessoais.

Goleman (1995), em seu famoso livro da década de 1990, *Inteligência Emocional*, fala que os sentimentos “dão sabor ao intelecto”, são eles, os sentimentos, que dão poesia às representações mentais concretas e duras da razão. Nietzsche (s/d), em *Aurora*, fala que os sentimentos são muito mais aprendizados, juízo e apreciações que os sujeitos herdaram de seus familiares do que propriamente algo unicamente pessoal.

Percebemos que esses diferentes autores, com os mais variados referenciais, não conceituam de forma clara, objetiva e concreta o termo *sentimento*. Na verdade, não se pretende que exista uma unanimidade conceitual ou que todos sintam, percebam ou entendam os sentimentos e suas derivações da mesma forma. Cada sujeito é único e carrega em si uma única vivência, uma configuração rizomática formada pela interferência constante do estar no mundo. Assim, compreende-se *sentimento* como sendo pessoal e subjetivo.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, foi trazida, em diversos momentos, a importância de se utilizar os sentimentos de forma positiva para que se possam aprimorar os modos de existência de forma criativa. Não foi possível, durante as oficinas e a análise de dados, tratar os sentimentos separados do afeto, pois eles se tornaram um único entendimento. A palavra *afeto*, conforme o mesmo dicionário citado acima, é conceituada como: “sentimento de afeição ou inclinação para alguém, amizade, paixão, simpatia” e tem sua origem no latim, de *affectu*.

Deleuze, em uma aula dada em 24/01/1978, que falava sobre Spinoza, discursou sobre a questão do afeto e colocou que ele é um modo de pensamento

não representativo. O afeto seria uma variação das potências de agir ou das forças de existir, determinado por uma ideia. Os maus encontros levam a uma diminuição ou destruição das potências de agir, enquanto os bons encontros aumentam as potências de agir. Os intercessores trazidos pelo grupo como potenciais promotores de mudança são os afetos positivos, aqueles que aumentam as potências de agir. O afeto seria a variação de forças entre esses dois polos de existência, alegria-tristeza, como pode ser observado na fala abaixo:

*Eu acho que ele conseguiu, consegui. Porque ele foi feliz, né!*  
(Fantasia, usuário. Filme: Meu nome é Rádio)

A categoria sentimento-afeto é, para esta pesquisadora, um encontro entre os sentimentos e os afetos. Não como sobreposição de conceitos ou aglutinação de duas palavras. É uma sensação, uma força pessoal que motiva a continuidade do existir. É algo que auxilia na construção da história de vida de cada um, possibilita um aumento das potências de agir, conforme os entendimentos, as ideias e as vivências pessoais. Os sentimentos-afetos permitem que se enfrentem as dificuldades, rompendo com modos de existência cristalizados, tristes e doentes.

### **3.1.2 Desejos: uma luta pela conquista**

Como falar em desejo com um grupo que socialmente é estigmatizado de louco, aquele que, conforme Guattari (1987), é “um sujeito que por uma razão qualquer entrou em conexão com um fluxo desejante que ameaça a ordem social, mesmo que apenas ao nível de seu entorno imediato”? Isso não seria ameaçar a tal ordem social? Certamente, isso seria assim se tivéssemos a ideia de que a manifestação do desejo é fruto de algo proibido. Todos os desejos seriam uma ameaça à ordem, pois as lutas seriam travadas com base apenas na falta, na privação e no negativo. Mas não é isso. Entendemos que os desejos são produtores de vida advindos de sentimentos-afetos positivos.

Peixoto Junior (2004) faz uma relação com a noção de desejo desenvolvida

por Lacan, com base em Hegel, e outra desenvolvida por Deleuze, com base em Nietzsche. Enquanto uma é a vontade inatingível de alcançar um objeto proibido, de uma sociedade moralmente escrava, pautada no entendimento de que o indivíduo é um ser libidinal produzido pelo corpo da mãe, o outro é potência produtiva de vida.

Para Deleuze (*apud* Peixoto Júnior, 2004), o desejo pode e deve ser quebrado enquanto conceito de negatividade e proibição. Ele deve ter uma função de gerar, afirmar e produzir vida. O desejo teria como objetivo a emancipação do sujeito perante as forças coercitivas do capitalismo e das ideologias edipianas. O desejo como potência ativa é, nesse entendimento, a fonte afetiva de transformações revolucionárias, criadoras de novas possibilidades.

Não há desejo que não corra para um agenciamento. O desejo sempre foi para mim o construtivismo. Desejar é construir um agenciamento, construir um conjunto... Um agenciamento é sempre um coletivo... Todo agenciamento implica estilos de enunciação. Implica territórios, cada um com seu território, há territórios... E há processos que devemos chamar de desterritorialização, o modo como saímos do território. Um agenciamento tem quatro dimensões: estados de coisas, enunciações, territórios, movimentos de desterritorialização. E é aí que o desejo corre...(DELEUZE, 1988a)

É essa construção de desejos que tomamos como referência na (des)construção de territórios da loucura. São eles que possuem um potencial de transformação, que movimentam as lutas pelas conquistas. É essa vontade de alcançar algo positivo e possível que motiva os sujeitos a enfrentarem as dificuldades. O inatingível, o proibido, o ilegal, mantém o desejo reprimido, e a repetição se faz inevitável. Para Weinmann (2002), Deleuze e Guattari colocam o desejo como a produção do real, algo que percorre e produz o fato. As discussões geradas através do cinedebate abordaram também o desejo, o que pode ser observado na emissão a seguir::

*Ele era um garoto, um homem, ele era um cara assim muito doente, parecia um louco. Ele era um cara problemático, mas ele gostava das pessoas, ele queria ser amado, queria o bem pro próximo, ele não queria mal pra ninguém. Ele queria ser ajudado!* (Tubarão, usuário. Filme: Meu nome é Rádio)

Produzir algo que é real e positivo não deveria ameaçar a ordem social. O

que deveria ser a ameaça é o desejo que causa destruição, que leva ao sofrimento e à destruição de encontros criativos. Para Lobosque (2003), foi o desejo de transformação, com sua potência de constituir novos coletivos, que permitiu a sociedade em geral criar outro mundo possível.

Permitir que o desejo na loucura seja algo real e produtor de saúde é poder escutar e dar voz ao grito desejanter que foi por muitos anos silenciado, abafado e reprimido, do diferente, daquele que provocava incomodo e mal-estar na sociedade normalizante, o louco. O desejo, conforme Deleuze (1988a), em entrevista a Claire Pernet, não é de uma única coisa, é um conjunto. Desejamos não apenas algo, puro e simplesmente, mas desejamos também o que se encontra ao redor dele, o que o envolve e o faz ter sentido para esse sujeito desejanter. Desejar não é reduzido a ter algo, é a construção social que esse agenciamento implica

*Assim como tem a parada gay, nós temos que nos unir, todo mundo junto e defender isso aí: que nós somos gente também. Pegar lá na Beira Mar, juntar os loucos que a gente chama de doido e fazer uma passeata lá. Convida a televisão, o povo do rádio. Olha aqui, nós também somos cidadãos, somos seres humanos. Vocês são mais animais do que nós, porque vocês não nos compreendem. (Rubi,usuário. Filme: Meu nome é Rádio)*

O desejo trazido pelo grupo não diz de querer algo impossível, inatingível. São coisas simples, do grupo social ao qual pertence, possíveis de serem alcançadas e, portanto, motivadoras de um fazer diferente do que lhes foi imposto pelas relações de poder. É vontade de desterritorializar o espaço colocado como único para a loucura, é participar, é ser produtor de desejos. É não ficar vivendo unicamente em lugares frios, sombrios e fétidos, onde a multiplicidade de encontros se reduz ao cumprimento de normas, regras e horários únicos para todos.

Possibilitar que o sujeito usuário de serviços de saúde mental manifeste seus desejos de transformação é viabilizar o agenciamento de novos coletivos na luta pela (des)construção de territórios da loucura.

### **3.1.3 Amigos e família: apoio incondicional**

A família e os amigos foram identificados como elementos fundamentais na



possibilidade de mudança. É claro que não são todos, a todo o momento e para qualquer um, são aqueles amigos e familiares que fazem a diferença, que apoiam e permitem que o sujeito em sofrimento encontre meios criativos de desconstruir os espaços de vazio, tristeza e solidão.

Para que se possa pensar na família também como ator principal dessa história rica de relações e sempre em movimento, não é possível condicionar ao modelo tradicional de família, nem a laços consanguíneos. As famílias são entendidas, nesse contexto, como sujeitos unidos por laços afetivos intensos (fragilizados ou fortalecidos), são importantes na estruturação dos diferentes processos de subjetividade.

A família é o grupo prioritário de inserção dos sujeitos, não apenas a família nuclear, com quem é trabalhada a re-inserção social dos usuários de saúde mental, principalmente os que vêm desde os tratamentos asilares. Aqui são considerados todos os sujeitos que fazem parte na sua história de vida. Os filmes utilizados nas oficinas de cine debate por diversas vezes suscitaram, entre os participantes, reflexões acerca do papel da família como apoio no processo de desterritorialização da loucura, como podemos observar a seguir em alguns discursos.

*Com a morte da mãe espalha a base dele que é a família. E mesmo assim com ajuda do professor ele superou mais esse obstáculo... Tava precisando da presença do pai!* (Raposa, usuário. Filme: Meu nome é Rádio)

*A própria família dele acabou deixando ele na pior situação que possa existir que é o manicômio.* (Bambi, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)

*A família toda adoce, se volta pro doente, pra doença.* (Formiga, usuário. Filme: Meu nome é Rádio)

*Tu viu que na hora ali ele disse que precisava conversar, mas não tinha diálogo com o pai, com a família. Não tinha diálogo!* (Sabiá, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)

*...o filho ali cheirando, o exemplo, a família tem que ajudar!* (Fantasia, usuário. Filme: Os Surtos)

Segundo Romagnoli (2006), algumas famílias de usuários de serviços de saúde mental encontram dificuldades na vida cotidiana, de ordem financeira, de representações e papéis sociais e de enfrentamento dos sintomas dos sujeitos em sofrimento. Esses entraves levam a um enraizamento de modos de existência

devido à falta de processos e/ou atos criativos, além do empobrecimento dos territórios existenciais, que provocam padrões repetitivos de comportamentos. É a doença se instalando enquanto fato. Para essa autora, é necessário desterritorializar o escudo formado por essas famílias contra a doença mental, que a separa de seu cotidiano, para que seja possível ocorrer a criação de novos modos e territórios existenciais. Esse escudo defende as famílias do imprevisível, do diferente e da multiplicidade, com formações cristalizadas, previsíveis, reduzidas e repetitivas do rizoma.

É nesse momento que os profissionais de saúde entram na história. Sujeitos que assim como os usuários e os familiares precisam constantemente estar pensando, repensando, construindo e destruindo seus conceitos, entendimentos e atos institucionalizados e institucionalizantes.

Outras famílias, como conta Peixoto (2003), afetam-se com a desumanidade e os tratamentos excludentes oferecidos até pouco tempo atrás nos grandes hospitais psiquiátricos e fazem a história assumir novos caminhos; são familiares que lutam pela dignidade dos usuários, pela possibilidade de aprenderem como conviver, enfrentar e lidar com o sofrimento do outro (que se torna de todos). Eles participam das discussões e dos tratamentos, circulam pelos espaços sociais possíveis e brigam para ter os sujeitos portadores de sofrimento psíquico ao seu lado. Essas famílias conseguem, em processos criativos, afetar os modos de existência sofridos, agenciando possibilidades de fazer diferente, construindo linhas de fuga e rompendo com a repetição.

Os familiares e os amigos são sujeitos que convivem sistematicamente no cotidiano dos usuários, envolvidos por situações emocionais intensas e muitas vezes se confundem e se misturam aos processos de adoecimento. Isso acontece por pertencerem a realidades rizomáticas que se encontram e se afetam. Em diversos momentos precisam da ajuda de pessoas externas a essa rede para construir uma trama criativa e saudável, o que pode ser averiguado no depoimento abaixo

*Eu cheguei ao ponto de achar que eu mesma estraguei o meu próprio filho...eu sofro muito em saber como tá meu filho. (Laranjeira, usuário. Filme:: Bicho de 7 Cabeças)*

Ao mesmo tempo em que suas realidades rizomáticas se misturam e se afetam com as dos usuários, os familiares e amigos são identificados pelos sujeitos em sofrimento como os principais apoios de suas transformações. São eles que motivam e permitem a superação de dificuldades com o rompimento da repetição. Não importa qual o modo de existência e o território ocupado pela família (incluindo o usuário). O que importa é que ofereçam espaços onde se possam agenciar encontros que promovam mudanças. A família é o seio das transformações de qualquer sujeito. É com a interferência desses intercessores que se possibilita a viabilização de linhas de fuga que tracem caminhos diferentes aos impostos pelos padrões rígidos de adequação de comportamentos e modos de existência.

### 3.2 LINHAS DE FUGA NO MUNDO MODERNO

O mundo moderno é um mundo de transição entre a sociedade disciplinar (FOUCAULT, 1997) e a sociedade de controle (DELEUZE, 1992b). Viver em uma sociedade disciplinar ou de controle ou em qualquer outra que existiu ou que possa vir a existir exige do sujeito uma participação em grupos. Essa participação permite que o sujeito e os grupos sejam, conforme Dantas (1983) atravessados por linhas distintas. Algumas postas de fora para dentro se encontram ou se separam, demarcando seus próprios territórios. Outras atravessam e são produtos de acaso. Daremos maior importância aqui àquelas linhas que são construídas efetivamente pela vida de cada um. Cada sujeito deve ser responsável por traçar suas linhas de fuga, inventando uma possibilidade de uma nova configuração rizomática.

As linhas de fuga significam a construção, desconstrução e reconstrução de territórios de subjetivação. Quanto maior o número de linhas traçadas, mais vulnerável o sujeito fica em sofrer interferências do e no viver. É com esse aumento de possibilidades que ele se aproxima dos processos de construção de atos criativos e se permite que o viver seja com qualidade e não apenas quantidade (anos de vida). É poder fazer o que se acredita, o que se gosta, o que se permite crescer e viver sem culpa e sem prejudicar o outro.

*Eu to dentro dessa loucura! Se for ver, eu to dentro dessa loucura...posso me soltar tanto quanto eles se soltaram e eu posso fazer tudo que eles fizeram independente de alguém gostar ou não. O importante é que eu to fazendo aquilo ali e gosto do que eu to fazendo!* (Bambi, usuário. Filme: Os Surtos)

A clínica e a arte foram nesse trabalho uma possibilidade de conhecer o outro com seus conceitos e pré-conceitos, permitindo que cada sujeito (ou grupo) pudesse questionar o instituído no seu fazer e viver, na busca constante de tentar emergir a diferença como potência de criação. Foi a construção de momentos de encontro entre as diferentes formas de entender e cuidar da saúde mental, na busca constante de uma circulação pelos agenciamentos do tempo e dos movimentos. Foram momentos em que se permitiu a construção de desejos de viver e ser no mundo, em que se tentou possibilitar que se visualizem linhas de fuga que tornassem possível o habitar, que movimentassem o rizoma e que rompessem com dispositivos de poder<sup>9</sup>, que repreendem e normalizam os modos de existência.

Em linhas de fuga no mundo moderno encontramos as seguintes categorias: fazer diferente: uma potência criadora; o outro como culpado pelo meu sofrimento; a arte como manifestação-expressão.

### **3.2.1 Fazer diferente: uma potência criadora**

A diferença aparece como um dos eixos centrais em muitas das obras de Deleuze e Guattari. Não importa nesse momento a definição conceitual sobre *diferença*, mesmo porque para os autores-referência deste trabalho ela não se esgota conceitualmente. Importa, sim, o que de fato é a diferença. Deleuze (1999) construiu sua noção de diferença pautada na filosofia de Bérgrson. Essa é uma diferença da natureza das coisas. Não está atrelada apenas ao tempo-espaco, muito

---

<sup>9</sup> O poder é precisamente o elemento informal que passa entre as formas do saber, ou por baixo delas. É força e relações de forças, e não forma. Para Deleuze (1996), saltar as linhas de força, ultrapassar o poder, é fazer ceder a força, fazer com que ela se afete a si própria, em lugar de afetar outras forças; uma dobra, uma relação da força consigo própria. É um processo de dobra sobre dobra que cria modos de existência e invenções de novas possibilidades de vida.

menos a intensidade e quantidade. A diferença é a qualidade de cada objeto, mesmo que dentro de um mesmo gênero.

O que torna difícil conceituar diferença é que, conforme Schöpke (2004), os próprios Deleuze e Guattari afirmam que os conceitos são criados a partir de vários outros conceitos, relacionando suas histórias, devires e conexões com o presente. Pensando nisso, a diferença vai ser para cada sujeito aquilo que o obriga a sair de sua posição inicial. Portanto, será única e influenciada pelas multiplicidades do viver. Essas diferenças que incomodam carregam em si um potencial enorme de transformação. É preciso enfrentá-las, agregando ou afastando essa diferença do sujeito, para que seja possível alcançar um novo estado de paralisação, até que outra diferença surja para romper com o comodismo da repetição.

Pode-se afirmar, segundo descreve Schöpke (2004), que a diferença para Deleuze e Guattari é a própria expressão do ser. Apenas as formas mais baixas e menores de diferença podem ser associadas à ideia de negação e contrariedade. A diferença é permitir que o pensamento se desvincule do modelo normalizador da construção de conceitos, como impõe a filosofia cartesiana. Essa desvinculação não está apenas no plano dos conceitos e pensamentos, mas também dos desejos e forma de expressão.

Rolnik (1995) coloca que as diferenças são potências criadoras. A diferença aparece quando, por alguma interferência, é movimentado o nosso estado inicial, nosso rizoma. Essa movimentação causa um mal-estar, pois desacomoda aquele funcionamento ao qual estávamos adaptados ou acostumados. Nesse momento, é necessário que criemos novas possibilidades que permitam um sentir-se bem. Somos forçados a sair da posição de inércia e acomodamento e caminharmos na direção de um novo. É a diferença que possibilita a construção de um novo estado, que permite a manifestação de atos criativos.

Essas interferências e influências da diferença são uma das forças que age sobre os sujeitos, obrigando-os a construir seus próprios caminhos. São então levados a traçar linhas de fuga que permitam a acomodação, a desacomodação e reacomodação dos sujeitos aos seus modos de existência, num continuum de experiências. As interferências das diferenças apareceram de forma mais evidente para os sujeitos desta pesquisa na oficina em que se projetou o filme *Chocolate*, o que pode ser observado nos relatos a seguir:

*O povo era um povo reprimido. Era um povo mandado por aquele conde. Então ela veio trazendo aquele chocolate e aquilo representou uma liberação. Uma liberação* (Libra, usuário. Filme: Chocolate)

*Aquilo ali era uma novidade. Não existia nenhuma atividade ali.* (Rubi, usuário. Filme: Chocolate)

### 3.2.2 O Outro como culpado pelo meu sofrimento

Esse foi um tópico que chamou bastante atenção no desenvolver da pesquisa. A culpabilização do outro foi trazida em alguns momentos de forma clara e explícita e em outros de forma velada, o que só foi identificado no momento de se analisar as falas. Colocar a culpa em outro sujeito, ou grupo ou coisa, foi em diferentes momentos alvo de crítica e incomodação. Em outros foi uma fala que tentava tirar de si a culpa por determinada coisa ou estado e colocar no outro, o que impede a resolução. Se eu não sou o responsável por determinado problema, não sou eu também que tenho que resolvê-lo. Portanto, não preciso me movimentar do meu lugar de acomodamento para ir à direção da diferença.

*O ser humano sempre procura botar a culpa em alguma coisa ou em alguém... a grande luta do ser humano não é nem contra ti, é contra mim mesmo. Eu é que não enfrento a minha luta e acho que tu é o problema e o problema sou eu.* (Rubi, usuário. Filme: Chocolate)

Ficou claro nessa fala a culpabilização do outro pelo meu modo de ser e estar no mundo, é uma forma de alívio, abafando meus sofrimentos. É uma forma que nesse momento o sujeito acha de encarar as dificuldades. Semelhante atitude pode ser considerada uma linha de fuga. É um dilema que acredito não haver resposta, pois não há certo ou errado. Há o que cada um pode ou não fazer em determinado momento de sua vida, desde que não se transforme, como diz Deleuze (1988a), em um “trapo humano”. Desde que essa forma de encarar a realidade não interfira negativamente na vida de outro levando ao vazio, esse pode ser um caminho de alívio de sofrimento.

A transferência da responsabilidade ou causalidade de seu sofrimento para outra pessoa pode permitir a manutenção de determinado modo de existência que naquele momento se faz fundamental, porque só dessa forma é possível se traçar outras diferentes linhas nos agenciamentos das multiplicidades. Culpabilizar o outro seria uma manifestação de racionalização do sentimento. Uma forma de não permitir a manifestação ou simplesmente a verbalização de sentimentos-afetos e desejos que socialmente são recriminados e tidos, pelos padrões da sociedade cristã-ocidental, como feios, sujos e passíveis de punição.

Silberman e Blume (2009) referem que a culpabilização dos outros é uma das manifestações que aparecem em sujeitos que mantêm padrões de perpetrar comportamentos violentos e de uso de drogas. Numa situação como essa, a reprodução de atitudes repetitivas são promotoras do adoecimento do sujeito. Portanto, distanciar-se-ia das linhas de fuga propostas como promovedoras de processos criativos.

A culpabilização do outro nos grupos permite que os sujeitos possam, de alguma forma, manifestar e exteriorizar o lugar que se veem ocupando na sociedade, vitimizando seus papéis. É importante que o grupo possa acolher essa manifestação, porém deve possibilitar o agenciamento de outras formas de se permitir atravessar pela realidade. É utilizar esse lugar como forma para romper com esse discurso e com essa posição sendo o objeto de desejo, uma potência de transformação.

### **3.2.3 A arte como manifestação-expressão**

Durante os nossos encontros foram identificados por diferentes participantes algumas expressões artísticas como manifestação dos desejos e como forma de expressão por parte daqueles que ativamente se envolvem nos processos artísticos. Foi ainda associada a expressão artística a uma forma socialmente aceita de manifestar os mais diferentes desejos. O uso dela faz com que o indivíduo não seja tachado pela sociedade como louco e que requeira um tratamento específico

para tal. Por outro lado, a expressão artística foi compreendida por alguns dos informantes como uma possibilidade terapêutica de expressão de emoções e sentimentos, como evidenciam os depoimentos a seguir.

*Entendo que surtos é uma crise e então mostrou ali varias pessoas tendo, como se fossem loucas, tendo crises de loucura, vários surtos...E também mostrou o lado terapêutico do teatro, que através do teatro as pessoas liberam as emoções que ficam escondidas. (Leão, usuário. Filme: Os Surtos)*

*Tem mais expressão corporal do que conteúdo. Mas é a forma que eles encontram de manifestar a loucura! (Girassol, usuário. Filme: Os Surtos)*

A expressão artística faz parte da vida social, e tem-se como normal os mais variados comportamentos, atitudes e representações em nome da arte. É o espaço onde socialmente a loucura é aceita e é nesse encontro do sujeito com a arte que esses grupos minoritários, “os loucos”, podem se ver pertencentes à sociedade. A expressão corporal e o teatro foram identificados claramente como importantes para que esses sujeitos excluídos por muito tempo da sociedade pudessem manifestar seus “delírios e loucuras” como algo “normal”.

Outra forma de entender a arte também se fez presente no relato de um dos informantes, quando coloca que sente necessidade da existência de um “roteiro” para que possa realmente existir uma expressão artística.

*Pra mim teatro tem que ter roteiro, cada um tem que ter o seu papel. Ali é uma coisa muito louca, muito fora dos padrões que eu já vi na minha vida... achei totalmente fora da casinha. (Raposa, usuário. Filme: Os Surtos)*

Mesmo alguns daqueles que sofrem com o preconceito, com a estigmatização e com a exclusão recriminam a manifestação da arte de forma espontânea, principalmente quando ela não segue o padrão didático apresentado pelos meios de formação oficiais. Esse padrão é imposto para quase tudo na vida em sociedade, com início, meio e fim, esteticamente agradável aos olhos dos expectadores, como pessoas bonitas, dentro do padrão de beleza imposto pela mídia.

Embora com diferentes opiniões, e essa é a riqueza de se estar em grupo, sabe-se que a arte é para a filosofia da diferença e para a esquizoanálise um veículo



que permite a descoberta de línguas menores. É com isso que os sujeitos circulam e constroem processos criativos que os tiram do vazio das paixões e os libertam dos afetos tristes. O diálogo entre arte, clínica e loucura, conforme Lima e Pelbart (2007), ganhou contorno em meados do século XIX e início do século XX. Suas relações estão fortemente ligadas ao surgimento da terapia ocupacional, com base na psiquiatria, nas instituições asilares e no uso das ocupações dentro dessas mesmas instituições. Esses autores reforçaram em suas pesquisas que o cruzamento entre arte, clínica e loucura pode assumir diversas paisagens com o atravessamento de múltiplas linhas de fuga.

Com base nos estudos de Foucault, Lima e Pelbart (2007) fazem um resgate histórico do uso da arte nas instituições de saúde e afirmam que as diferentes formas de manifestações artísticas são utilizadas no mundo árabe desde o século XII. Ao longo do século XVII, as artes nos cuidados aos loucos foram perdendo lugar para as grandes “instituições totais”. (GOFFMAN, 2003). O tratamento moral, com seus trabalhos sistematizados e rigidamente organizados, silenciou as vozes da loucura e a trancou na sombra do esquecimento.

Apenas na década de 1940, com os trabalhos plásticos da psiquiatra Nise da Silveira, no Hospital Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, que a arte teve seu recomeço mais intenso no Brasil, como uma das possibilidades de tratamento da loucura. Ainda assim, era tida como uma mera ocupação a mais para aqueles que ali se encontravam sem nada para fazer. As artes, junto com todas as outras atividades da terapêutica ocupacional, serviam muitas vezes para escamotear o vazio institucional, conforme lembra Barros (2002).

Atualmente, a arte é utilizada nos mais diversos espaços de saúde e não é exclusividade do profissional terapeuta ocupacional a possibilidade de ser mediador nesse processo de cuidado. Ela é mais uma das múltiplas ferramentas que possibilitam aos sujeitos a manifestação de seus estados subjetivos, sem serem reduzidos a sintomas. A arte é mais uma forma de ser e estar no mundo rompendo com a resistência normalizadora da sociedade moderna.

Por intermédio dos encontros de cinedebate, foi possível provocar processos criativos que resgatassem da diferença potências de vida por meio da arte (ato cinematográfico). O ato de criação se deu com a implicação e o afeto entre os corpos, os tempos e os movimentos, conforme as dificuldades de cada um. Para Deleuze (1987), “um criador só faz aquilo que tem absoluta necessidade” e a arte é

um “ato de resistência à sociedade de controle”. Fomos criadores e criaturas da nossa própria arte.

### 3.3 MODOS DE EXISTÊNCIA NO PALCO DA VIDA

Durante diferentes momentos das oficinas de cinedebate, o ser humano é pontuado como sujeito complexo, de difícil entendimento e sempre na busca de algo ainda não alcançado. São essas diferenças e o movimento constante de transformação que possibilitam os processos de subjetivação na construção de modos de existência.

Deleuze (1996) chama de “modos de existência” o mesmo que Foucault chamou de “estilos de vida”. É a estética da vida, a vida como obra de arte, em que há uma ética em oposição à moral, entendendo ética como um conjunto de regras facultativas que fixam o valor do que fazemos e dizemos, segundo o modo de existência que isso implica; e moral, como o conjunto de regras que coagem, que julgam as ações e as intenções, a partir de valores transcendententes.

É com os processos de subjetivação, com as dobras que interiorizam o fora, que se constroem os modos de existência. Esse fora é composto de diversas linhas que atravessam os vários processos de subjetivação que compõem o sujeito. Essas linhas externas são carregadas de resistência e forças de poder que tentam normalizar os sujeitos e imprimem resistência às metamorfoses.

Levy (2007) descreve brevemente sobre a subjetivação em Foucault e Deleuze e coloca que a subjetivação e os sujeitos não são de forma alguma sinônimos de seres estáticos e completos. Eles são a construção constante de modos de existência ético e estéticos. A subjetivação é a força de lutar consigo mesmo pela transformação que possibilita a existência. Ela é, ainda, a busca constante de produzir arte com a multiplicidade de forças que influenciam na movimentação constante da dobra, além de ser ética, pois permite a construção de relações consigo mesmo que resistem às forças e aos poderes externos e é estética por produzir a arte de viver.

No eixo modos de existência no palco da vida, as categorias são: homem: a multiplicidade do ser; o uso de drogas: seus encontros e desencontros; a prática do bem e o Eu responsável pelos meus atos; e amor e paixão: tênue separação entre saúde e doença.

### 3.3.1 O homem: a multiplicidade do ser

Em todos os momentos em que se falou em ser humano durante a pesquisa, falou-se em diferença de modos de existência. Mesmo aparecendo em determinados debates posicionamentos moralistas de certo e errado, sempre se pontuou a dificuldade de compreender o ser humano de forma padronizada. Essa postura assumida pelo grupo reforça o que a filosofia da diferença e a esquizoanálise falam sobre a multiplicidade do ser humano. Exatamente por causa dessa multiplicidade é impossível definir o ser humano como estático, rígido, de fácil entendimento, o que se evidencia nos depoimentos abaixo:

*Não tem resposta certa ou errada!* (Gasparzinho, profissional. Filme: Banquete do Amor)

*As pessoas mudam... o ser humano é complicado.* (Rubi, usuário. Filme: Bem-me-quer, mal-me-quer)

*Uma luta constante que o ser humano tem de tentar ser feliz.* (Rubi, usuário. Filme: Banquete do amor)

Essa mesma multiplicidade que torna o sujeito complexo e singular impede o julgamento de outros. Pensamentos e atitudes não devem seguir padrões de certo ou errado, e sim de possibilidades. O que existe são as possibilidades que cada sujeito tem de formular um pensamento ou de tomar uma decisão. As diferentes possibilidades serão viabilizadas pelas histórias de vida de cada um e vão compor um modo de existência único.

Entende-se que o homem é formado a partir dos diversos encontros que permitem o agenciamento de multiplicidade. Ele é um ser em constante mutação,

que sofre interferência ao mesmo tempo em que interfere no meio e nos outros. O homem é uma máquina desejante que com seu nomadismo territorializa e desterritorializa a todo o momento os espaços de ocupação. Ele não é estanque, nem meramente um reproduzidor de comportamentos aprendidos, é também ator-ator de sua própria existência. O sujeito é responsável pelas suas escolhas, por sua saúde e sua doença.

Nesse sentido, o sujeito reflete e se reflete: daquilo que o afeta em geral, ele extrai um poder independente do exercício atual, isto é, uma função pura, e ele ultrapassa sua parcialidade própria. Por isso tornam-se possíveis o artifício e a invenção. O sujeito inventa, ele é artificioso. É esta a dupla potência da subjetividade: crer e inventar; presumir os poderes secretos, supor poderes abstratos, distintos. Nesses dois sentidos, o sujeito é normativo: ele cria normas ou regras gerais. [...] crer é inferir de uma parte da natureza uma outra parte que não está dada. E inventar é distinguir poderes, é constituir totalidades funcionais, totalidades que tão pouco estão dadas na natureza. (DELEUZE 2001, p. 94)

Não há como definirmos uma linha a ser seguida pelos diferentes sujeitos, mesmo que pertençam aos mesmos grupos e vivam situações semelhantes. São todos diferentes, traçam suas próprias regras, suas leis. Criam as suas linhas de fuga que servem exclusivamente para aquele sujeito naquele momento específico. Não há como padronizar o diferente, o outro, o único. Essa possibilidade pode transitar por caminhos potencialmente benéficos ou desprovidos de alegria. São esses caminhos que permitem um modo único e exclusivo de existência, que é construído com os agenciamentos dos fluxos desejantes.

O homem pode viver na escuridão, na tristeza, na amargura e no vazio das paixões quando tem seu fluxo criativo interrompido. Pode viver no mundo da criatividade, dos amores, da alegria quando tem trânsito livre pela multiplicidade. Ou ainda ser um ser que luta constantemente para se manter na alegria quando existem forças negativas que o abalam. O homem é um ser que está sempre na busca de linhas de fuga socialmente aceitas, para que não caia no sofrimento. A constituição do rizoma é o que permite que os modos de existência criem linhas de fuga em consonância com fluxos criativos, potencialmente produtores de desejo. Deleuze (2001, p. 93) afirma essa existência criativa quando diz que o sujeito se define por e como em movimento e se faz enquanto sujeito crendo e inventando.

É possível que o espaço da clínica seja um espaço agenciador de

multiplicidade, que permita que os sujeitos construam processos criativos singulares, que rompam com os modos cristalizados de existência e que permitam fazeres que viabilizem encontros produtivos, como foram as oficinas de cinedebate.

### 3.3.2 O uso de drogas: seus encontros e desencontros

O sujeito que usa drogas, incluindo aqui o álcool (droga lícita), foi fortemente criticado pelos participantes do cinedebate. Em alguns momentos, foi possível a desconstrução da crítica pela crítica, levando os sujeitos a questionarem o uso de drogas por pessoas que não percebem tal comportamento como problema e não se sentem prejudicados. O uso de drogas foi relacionado, inclusive em alguns depoimentos, como o causador de comportamentos agressivos e padrões de repetição de violência.

*Espancaram a mulher toda, marcaram a cabeça dela!* (Rubi, usuário. Filme: Chocolate)

*Por álcool. Por causa do álcool. Ele pirou.* (Sabiá, usuário. Filme: Chocolate)

*A que ponto o ser humano chega por alcoolismo. A ponto de matar.* (Raposa, usuário. Filme: Chocolate)

*O mundo das drogas é um mundo sem volta. Não tem cura...e quando não tiver, você vai vender o que tem, vai roubar, vai matar...* (Bambi, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)

Nessa manifestação violenta e pela falta de controle que o sujeito se encontra, não se visualizou outra possibilidade para a situação apresentada, além da resposta do sujeito à interferência negativa da droga.

*Ele estava doente. Ele estava louco. Ele usava maconha!...Pegaram ele numa festa se enchendo de drogas. Eu não sei se ele era doente da cabeça, doente mental! Cara, foi a maior baixaria!* (Tubarão, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)

*Ele tinha vida de malandro, fumava seu baseadinho, curtia, pichava muro. Aí ele chegou em casa com o baseadinho e o pai dele pegou e*

*internou em um sanatório* (Pica-pau, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)

Novamente a droga aparece como a causadora dos acontecimentos negativos que se sucedem na desenvolver do filme *Bicho de 7 Cabeças* e na vida de alguns sujeitos. O uso de drogas é entendido pelo grupo de informantes como um “comportamento errado”, passível de punição. Entretanto, a realidade desse filme se aproxima das histórias de vida de alguns sujeitos-participantes, e eles reforçam, diversas vezes, que esse comportamento errado não justifica as posturas adotadas pelos outros personagens do filme para solucionar o problema ou questão. Segundo as manifestações, ficou claro que um erro não justifica outro, como é ilustrado nas falas abaixo.

*Ele tava errado por estar nas drogas, e a família dele também errou porque botou ele em um lugar que não era a vida dele.* (Bamb, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)

*...não isso não justifica. Eu já bebi. Eu nunca briguei com ninguém, nunca discuti com ninguém.* (Rubi, usuário. Filme: Chocolate)

Essas situações são tidas pelos participantes como encontros que causam sofrimento e adoecimento, que com o tempo levam ao rompimento de processos criativos e a destruição dos modos de existência. Deleuze (1988a) também identifica que o uso de drogas pode ser maléfico e levar ao rompimento de processos de subjetivação.

Sempre me esforcei para que desse certo. Em todo caso, nunca, acho, é minha única honra, nunca me fiz de esperto com essas coisas, nunca disse a um estudante: é isso, drogue-se você tem razão. Sempre fiz o que pude para que ele saísse dessa, porque sou muito sensível à coisa minúscula que de repente faz com que tudo vire trapo. Que ele beba, muito bem... Ao mesmo tempo, nunca pude criticar as pessoas, não gosto de criticá-las. Acho que se deve ficar atento para o ponto em que a coisa não funciona mais. Que bebam, se droguem, o que quiserem, não somos policiais, nem pais, não sou eu quem deve impedi-los ou ... mas fazer tudo para que não virem trapos. No momento em que há risco, eu não suporto. Suporto bem alguém que se droga, mas alguém que se droga de tal modo que, não sei, de modo selvagem, de modo que digo para mim: pronto, ele vai se ferrar, não suporto. Sobretudo o caso de um jovem, não suporto um jovem que se ferra, não é suportável. Um velho que se ferra, que se suicida, ele teve sua vida, mas um jovem que se ferra por besteira, por imprudência, porque bebeu demais... Sempre fiquei

dividido entre a impossibilidade de criticar alguém e o desejo absoluto, a recusa absoluta de que ele vire trapo. É um desfiladeiro estreito, não posso dizer que há princípios, a gente sai fora como pode, a cada vez. É verdade que o papel das pessoas, nesse momento, é de tentar salvar os garotos, o quanto se pode. E salvá-los não significa fazer com que sigam o caminho certo, mas impedi-los de virar trapo. É só o que quero. (DELEUZE, 1988a).

Assim como nos fala Deleuze no texto acima, foram identificados os dois tipos de uso de drogas, aquele suportável e o não suportável. O suportável, para os sujeitos do grupo, seria aquele uso que pode ser utilizado de forma escondida da família ou o que não provoca alterações de comportamento. O não suportável é quando a sujeito começa a apresentar dificuldade em conviver em sociedade, ou que está fora dos julgamentos morais de cada um. Os limites entre um e outro para os declarantes são muito particulares e passam pelas experiências pessoais de vida. As resistências e os julgamentos morais foram sempre muito fortes nas discussões que envolviam o uso de drogas, independentemente de qual dos dois era identificado.

É importante também citarmos que, quando o assunto era tratamento de pessoas usuárias de drogas, as propostas de intervenção foram, em muitos casos, diferentes daquelas preconizadas para os usuários de serviços de saúde mental, não usuários de drogas.

*...também pode ser a polícia. Nesse caso de droga pode ser a polícia...não agüento mais, amanhã eu vou me internar na Colônia Santana. Cheguei lá e disse: quero me internar. Quebrei tudo: quero me internar e pronto. (Águia, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)*

*Quem usa droga só vai internado se quiser. Ele não é forçado. Senão eu já tinha internado o meu. (Laranjeira, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)*

A internação e a intervenção da polícia são vistas nesses casos como algo muito mais possível do que nos outros casos de doença mental. Alguns participantes chegaram a afirmar que se a internação psiquiátrica involuntária<sup>10</sup> para usuários de drogas fosse escolha dos familiares, eles mesmos assumiriam tal procedimento no tratamento dos seus, quando em uso de drogas. O uso de drogas foi associado em

<sup>10</sup> A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, também define sobre as internações.

diversos momentos a comportamentos agressivos e a loucura violenta, aquela em que os processos de criação são interrompidos por linhas externas, que podem levar ao rompimento de modos de existência.

Em alguns encontros, foi amplamente discutida a importância do diálogo com o usuário de drogas. A família foi identificada como a maior responsável pelo sucesso ou insucesso de seus tratamentos, assim como a culpada por não se aproximar, dar atenção, acolher e cuidar daquele que se encontra em sofrimento.

Em outros momentos, o uso de drogas é tido como um comportamento “normal”, por não agredir explicitamente a outro ou a si e por contribuir na socialização de determinados sujeitos, desde que esse uso seja feito de forma aceita pela sociedade e principalmente com drogas lícitas. Por outro lado, se for o uso de drogas ilícitas, que ele seja feito de forma escondida, principalmente da família.

Todos os participantes falaram da necessidade de as famílias se aproximarem das pessoas que apresentam algum tipo de dificuldade. Comentaram, ainda, que muitas vezes na tentativa de proteger os familiares acabam errando em suas escolhas e no cuidado com os seus. Referiram, ainda, que a falta de informação correta sobre a melhor forma de auxiliar uma pessoa que usa drogas e o tratamento realizado por profissionais pouco qualificados e sem interesse e vontade afastam os familiares das melhores escolhas.

Sabemos que o uso ou não de drogas, o tipo de drogas, o padrão de uso e tudo que envolve esse consumo são questões que podem influenciar, definir ou finalizar modos de existência. Esses modos de existência podem não ser os ideais para muitas pessoas, mas em algum momento passam pelas escolhas, desejos, encontros e desencontros dos sujeitos.

### **3.3.3 A prática do bem e o Eu responsável pelos meus atos**

Podemos construir nossos caminhos a trilhar e nossas possibilidades de transformação. Conforme surgiu nas discussões, não existe nada melhor do que



poder fazer o bem. Entende-se aqui que fazer o bem não diz de ocupar o lugar do bonzinho, que tudo faz e tudo permite. É possibilitar tanto para si como para os outros a tomada de decisão consciente. É permitir que os sujeitos participem da dança do viver como produtores de subjetividade. Esse raciocínio é reforçado por Deleuze (1968): “a razão nada pede que seja contrário à natureza: ela pede somente que cada um ame a si mesmo, busque o que lhe é útil e se esforce em conservar seu ser e aumentar sua potência de agir”.

*Ser feliz. A cura é ajudar o outro, sorrir! É compartilhar e mostrar que você tem um caráter. Você tem o seu futuro e você tem o seu presente ao amanhecer e no amanhã mostrar pra todo mundo quem você é.* (Tubarão, usuário. Filme: Meu nome é Rádio)

Deleuze e Guattari falam de ética e moral no agenciamento de processos que desterritorializem o instituído. Os autores foram influenciados nesses seus percursos pela filosofia de Espinosa, o que nos obriga a retomar o entendimento de bom e mau afeto; o bom como sendo aquele que aumenta a potência de agir e o mau como aquele que quebra, rompe ou diminui essa mesma potência. Para Passos e Benevides (2006), a ética, com referência em Espinosa, não pode ser o julgamento externo sobre o que é bom ou mau e que define o que os sujeitos devem ou não fazer. A ética é o movimento contínuo entre esses fluxos de existência, que hora diminuem e hora aumentam a potência de existir gerando vida, o que se evidencia no depoimento abaixo:

*O importante é a pessoa praticar o bem independente de qualquer religião. Tanto que a mulher que fazia chocolate ela não ia na igreja, não falava em religião, mas ela praticava o bem. E de tanto ela praticar o bem na comunidade, ela também recebeu coisas boas. Fez novas amizades, conseguiu um amor...* (Leão, usuário. Filme:Chocolate)

A clínica é um espaço onde os agenciamentos possibilitam o atravessamento do sujeito por inúmeras linhas de força. Como potência criadora, propõe a transformação de modos de existência em um viver, ser e estar no mundo, conforme os movimentos das multiplicidades.

### 3.3.4 Amor e paixão: tênue separação entre saúde e doença

Durante as sessões de cinedebate, apareceu a discussão sobre amor e paixão em dois dos filmes projetados: *Banquete do Amor* e *Bem-me-quer, mal-me-quer*. Não que nos outros encontros não se tenha comentado nada sobre o tema, mas as discussões foram marcadas em especial nesses dois filmes. Não foram feitas distinções nas discussões entre amor e paixão e por isso aqui elas serão utilizadas como sinônimos. Utilizarei a palavra paixão pelo simples motivo de achar que sonoramente é mais forte. Tenho a impressão de que a paixão é mais ativa do que o amor, causa mudanças profundas em um curto espaço de tempo, porém esse é apenas um sentimento que carrego comigo.

Deleuze (1968) coloca que a primeira questão da ética é: “o que fazer para ser afetado por um máximo de paixões alegres?”. Então nos questionamos: o que são essas paixões alegres?

As paixões alegres foram para o grupo aqueles encontros que causaram sensações de bem-estar, de acolhimento, de cuidado. São aquelas potencialmente produtoras de saúde. Muitos dos encontros carregam essa característica em suas relações. As paixões alegres são construídas com sujeitos que apresentam nos seus modos de vida afinidades que permitem a seus corpos se afetarem, de modo que gere em ambos transformações, mudanças, produção de sentido na e para vida.

É o passeio de mãos dadas do sujeito com seu polo de delírio esquizo. É ato de criação. Para Deleuze (1968), as paixões alegres nos impedem de gerir plenamente nossas potências de agir, mas nos aproximam delas. É preciso encontrar meios de controlar essas potências de agir e transformá-las em bons encontros, que produzam movimento de vida, de desejo, encontros que viabilizem afetos. As paixões alegres são ativas, pois aumentam nossas forças. Entretanto, essas não são as únicas formas de paixão, existem as que aqui chamaremos de “paixão tristeza”.

*Ela era loucamente, desesperadamente apaixonada por ele...ela amava, mudou, transformou o ambos por si própria.* (Tubarão, usuário. Filme: Bem-me-quer, mal-me-quer)

*Tinha um amor muito louco, muito louco, fora do normal. Não era um amor!* (Leão, usuário. Filme: Bem-me-quer, mal-me-quer)

*Ele perguntou para ela se o amor era só uma brincadeira. Porque ele tava desanimado, tinha passado por vários relacionamentos que não deram certo. É tudo uma complicação!* (Rubi, usuário. Filme: Banquete do amor)

As paixões que causam dor e sofrimento são para esse grupo manifestações clínicas de uma doença, são a caracterização figurativa da loucura. Essas paixões podem provocar um desequilíbrio nos sujeitos que vivem entre o polo de delírio esquizo e o polo paranóide. Se não for encontrada uma língua menor que possibilite atos criativos e que sustente o sujeito no polo esquizo, ele corre o sério risco de cair no sofrimento, na tristeza, na solidão e no vazio. Corre o risco de viver em um mundo de repetição, que pode inclusive quebrar toda e qualquer possibilidade de produzir diferença. Foi essa uma das hipotéticas soluções encontradas pelo grupo para o fim de uma das personagens: a morte, o suicídio.

*Lembra aquela ponte que ela joga aquela mala? Ela sai do hospital bem louca, vai lá naquela ponte se atira e morre.* (Leão, usuário. Filme: Bem-me-que, mal-me-quer)

Na clínica dos desejos, a morte é uma possibilidade que pode surgir como resposta à falta de perspectiva de um fazer diferente e com sentido. Cabe ao grupo, e aqui me refiro tanto aos grupos clínicos como os sociais e os pessoais, possibilitar que o sujeito encontre linhas de fuga e permitir que ele se transforme a partir de bons encontros. Lidar com a morte é lidar também com tantas outras questões que não necessariamente levem à morte de fato, mas que com certeza provocam um grande mal-estar geral.

### 3.4 EXPERIÊNCIA-SOFRIMENTO

Entendemos que os sujeitos são formados pelas diferentes experiências que o atravessam ao longo da vida. Algumas dessas experiências, provocadas por encontros positivos, aumentam a potência de agir, e outras, provocadas pelos maus

encontros, diminuem a potência de agir. O sujeito não passa ao longo de sua existência por um único encontro, muito menos por encontros exclusivamente bons ou maus. Todo sujeito circula por diferentes possibilidades. Vive na busca da viabilização dos bons encontros, pois são esses que permitem que ele seja afetado e afete o outro na produção e na construção de desejos.

A experiência-sofrimento seria esses maus encontros que fornecem forças para que o sujeito continue a viver na busca de forças que aumentem a potência de agir para a efetivação de bons encontros. Não é estanque, muito menos é uma repetição do igual. São movimentos, linhas que se aproximam e se afastam, que podem provocar transformações, construindo e desconstruindo modos de existência. Com esse entendimento de existência-sofrimento, não reduzimos os sujeitos à doença. Não serão tratadas as doenças, mas sim os sujeitos que se encontram em situação de sofrimento, com suas variadas experiências de vida, dor, angústia e abandono, mesmo que seja por si próprio. (DELEUZE, 1988b).

Falaremos dessas experiências-sofrimento que diminuem as potências de agir, mas que ao mesmo tempo permitem que o sujeito lute pela busca de bons encontros. Esses encontros marcam e transformam não só os sujeitos, mas também as sociedades, até porque o sujeito é um ser social. Algumas dessas forças ditam regras a serem seguidas e cumpridas, outras estão em todos os espaços de circulação. Todas participam da teia da vida.

Neste último eixo temático, as categorias que o compuseram foram as seguintes: a Igreja como poder de opressão; as instituições totais continuam atormentando e a cura continua sendo esperada; família e sociedade: padrões impostos e imutáveis.

### **3.4.1 A Igreja como poder de opressão**

A igreja e suas intervenções foram temas bastante polêmicos, que geraram diversas discussões em vários momentos dos encontros. Diferentes posturas foram assumidas, defendidas e rechaçadas, mas esse foi um espaço onde as diferenças

eram possíveis e as vozes eram ouvidas.

*Qualquer igreja, qualquer igreja reprime os outros...reprime sim. Não pode usar batom, não pode usar uma calça comprida, não pode trabalhar nos sábados, não pode fazer isso no sábado ou no domingo, não pode comer carne de porco. (Rubi, usuário. Filme: Chocolate)*

Todos concordavam que a Igreja possui um poder muito grande sobre os sujeitos e que esse poder é utilizado em nome da massificação de comportamentos. Essa foi a opinião que durante os encontros foi a mais defendida e manifestada. Tal massificação não permite a manifestação do diferente e mantém a Igreja como líder, dona do poder. Para que esse poder surta efeito sobre os sujeitos, os participantes das Igrejas utilizam estratégias que geram medo e culpa. Utilizam ainda os nomes dos santos, de Deus e de Jesus como instrumentos de opressão. Os sujeitos, por acreditarem e aceitarem aquilo que os representantes legais manifestam, submetem-se ao imposto. Assim, esses sujeitos têm afetos abafados, seus desejos são recriminados e seus comportamentos julgados como inadequados. Isso promove revoltas em algumas pessoas e em outras a docilidade dos corpos.

*Só que a igreja católica a partir do momento em que descobriram que ela queimava pessoas vivas na antiguidade eles pararam pra pensar. Tanto é que eu troquei de religião!... e depois começou a abrir mais igrejas, para abrir mais os olhos das pessoas de uma forma diferente. (Raposa, usuário. Filme: Chocolate)*

Quando os sujeitos se incomodam com as atitudes impostas pela Igreja e possuem força para mudar, eles tentam de alguma forma imprimir seus comportamentos de revolta. Isso não significa que sejam criadas manifestações agressivas ou violentas. Alguns simplesmente mudam de Igreja ou criam suas próprias Igrejas. Essas atitudes de mudança são uma tentativa de agenciar encontros produtivos.

Segundo Almeida *et al* (2006), a religiosidade na saúde mental não é uma controvérsia apenas nas discussões entre os usuários de saúde mental, mas também no mundo acadêmico. A religiosidade para esses autores pode estar relacionada tanto com questões negativas quanto com positivas. É necessário que o profissional de saúde mental possa ouvir e auxiliar no direcionamento da religiosidade de forma que essa venha a contribuir no cuidado psicossocial, pois é

sabido que a religiosidade faz parte da vida das pessoas. É importante que esses profissionais entendam do envolvimento que existe dos sujeitos com a religiosidade, para que sejam evitados abusos religiosos, principalmente onde há maior vulnerabilidade social. A vulnerabilidade social muitas vezes enfraquece o sujeito, reduz suas potências de agir, diminui o número de intercessores momentaneamente e limita o acesso às linhas de fuga, o que aumenta a possibilidade de fortalecer aqueles que histórica e culturalmente já são fortes e dominantes.

A Igreja também pode exercer um poder positivo sobre os sujeitos, fortalecendo suas relações e motivando a luta pela vida. Esse tipo de poder apareceu durante os encontros, principalmente na fala daqueles que conseguiram enfrentar uma grande dificuldade. Apareceu, ainda, nos relatos de participantes que estão atualmente enfrentando uma dificuldade e não possuem rede social qualificada para fornecer suporte. Esses últimos sujeitos precisam encontrar um lugar que lhes dê força para continuar e, muitas vezes, esse lugar de acolhimento é a Igreja.

Em outros momentos, a Igreja aparece como uma das responsáveis em impedir que os sujeitos se desenvolvam, cresçam e aumentem seus poderes de escolhas. Nessas falas, ela também é instituição que exerce um poder velado de proibição, que impede que os sujeitos se tornem seres críticos e formadores de opiniões. O sujeito se torna mais um entre tantos e a Igreja permanece com o domínio. Tais depoimentos foram trazidos, na sua maioria, por participantes que identificam terem sofrido violências em suas histórias de vida por parte da Igreja. Refiro-me aqui a diversos tipos de violências: aquelas de deixam marcas físicas e as que cristalizam alguma subjetivação no sujeito, são as marcas internas. Ambos os tipos de violências, nesses casos, foram geradores de força para que os sujeitos pudessem se transformar e continuar a viver.

*A conclusão que eu chego é que todos eles querem ser o dono da verdade, enquanto o dono da verdade morreu em silêncio numa cruz... a religião é uma utopia...é uma forma também de oprimir a pessoa. De não dar liberdade das pessoas fazerem o que elas gostam. (Rubi, usuário. Filme: Chocolate)*

É importante notar que muitos sujeitos continuam percebendo a Igreja como uma instituição que impõe seu poder na sociedade. Não é mais um poder que se dá principalmente por meio da estrutura física, mas também pela imponência de suas

obras. É um poder que aparece diluído no cotidiano e na vida da sociedade. Não é mais uma instituição total, exatamente nos moldes que nos coloca Goffman (2003), mas continua sendo uma instituição total em uma sociedade de controle.

### **3.4.2 As instituições totais continuam atormentando e a cura continua sendo esperada**

Quando Goffman (2003) descreveu as instituições totais em seu clássico *Manicômios, prisões e conventos*, no ano de 1961, a realidade do mundo era outra. Imaginamos que passados exatos 42 anos alguma coisa deveria ter mudado nessas estruturas. Realmente mudou, e está em constante processo de mudança. Mas essa mudança não significa que muitos dos dispositivos e das relações que existiam antes, não existam mais. As instituições totais continuam a existir semelhante às anteriores, muitas são as mesmas, semelhantes, porém não idênticas.

As instituições totais, conforme relatadas por Goffman (2003), apresentavam características clássicas, que podem variar entre elas, bem como pertencer a outros tipos de instituições. As instituições totais apresentam um grande número de características semelhantes, com muita intensidade. Para o autor, todas as instituições têm tendências ao fechamento, o que as mantém muitas vezes afastadas da sociedade em geral. Esse afastamento inclui a restrição física.

Uma característica das instituições totais é o rompimento da barreira entre os locais onde os sujeitos dormem, brincam e trabalham, que normalmente são locais distintos. Outra característica bastante encontrada nas instituições totais é a divisão em dois grupos de pessoas: um grande grupo com pouco poder (internos) e um grupo pequeno com muito poder (dirigentes). A mobilidade de um grupo para outro é extremamente limitada. Essa distância entre os grupos existentes é inclusive verbal, o que gera uma comunicação prejudicada e conseqüentemente uma limitação do acesso à informação. O que mantém o poder com a minoria e os estereótipos antagônicos.

As instituições totais vivenciam com seus internos uma relação com o

trabalho e com o dinheiro completamente diferente da que existe fora dos muros da instituição. Em algumas instituições totais, os internos trabalham em troca de mercadorias (cigarro, refrigerante, regalias, entre outros), em outras, sob ameaça de castigos, e, ainda, em relações de escravidão. Mais uma característica das instituições totais é a incompatibilidade da vida em família, o que garante aos dirigentes a circulação pela sociedade sem se deixar dominar pela instituição. Nas oficinas de cinedebate, alguns participantes conseguiram fazer analogia entre o que era visto no filme e a realidade da instituição local, onde muitos já estiveram internados, como pode ser observado nos discursos a seguir

*É igual ao IPQ! Né? (Leão, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)*

*Do mesmo jeito que naquele filme ali tem na Colônia Santana, a mesma coisa. Fica lá pelado, sentado, pelado no chão. (Pica-pau, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)*

*O negócio é que lá o pessoal, desculpem a palavra, eles se masturbam na frente dos outros, eles fazem necessidades na frente um do outro, pisam com o pé em cima. É desumano. (Rubi, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)*

Em muitos casos não houve uma relação estabelecida com uma instituição fixa, como um manicômio, mas com uma instituição social “aberta”, como a família ou os próprios serviços substitutivos ao manicômio. Essa é a grande luta da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a desinstitucionalização, palavra carregada de força, história e desejo. A desinstitucionalização, conforme nos diz Butti (2008), não é retirar o poder das mãos de alguns, é direcionar esse poder para negociações com as instituições que negaram o direito aos que durante tantos anos viveram na exclusão.

A Reforma Psiquiátrica iniciou-se no Brasil na década de 1970, com movimentos que contestavam a forma de tratamento oferecido aos sujeitos com transtornos mentais. A institucionalização do sujeito, com todas as características que acompanham essa relação, foram motivos de contestação. A exclusão social, o estigma, o preconceito e a falta de perspectiva de vida dessas pessoas eram alguns dos fatores que indignavam os manifestantes, além das relações de poder verticalizadas, a medicalização exacerbada, os tratamentos desumanos e a precariedade das condições de existência. A revolta de muitos profissionais, inclusive dos terapeutas ocupacionais, em verem seus saberes reduzidos aos



ditames da ciência médica e ao poder dos profissionais hegemônicos, bem como em terem seus fazeres como coadjuvantes ou simples distrações nas grandes instituições, também foram motivos de indignação.

Essas manifestações começaram a movimentar o cenário da saúde pública no Brasil no que diz respeito aos cuidados em saúde mental e principalmente ao lugar do então paciente psiquiátrico como sujeito pertencente a uma sociedade. No entanto, não bastava a vontade de alguns, de pouco poder, para mudar toda uma realidade durante décadas construída. Mudar não era simplesmente abrir os portões dos manicômios e deixar que aqueles que já se encontravam adormecidos pelo tempo e com seus corpos enrijecidos pelos muros saíssem sem rumo, na busca de algo que nem saberiam o que seria.

Foi preciso muita luta, encontros, reuniões, brigas, passeatas, denúncias, fiscalizações, profissionais, pacientes, familiares, repórteres, políticos e sujeitos, muitos sujeitos, para que apenas no ano de 2001 fosse aprovada a Lei 10.216. Essa lei garante ao sujeito em sofrimento psíquico um tratamento mais próximo da sociedade, proíbe a institucionalização e prevê a redução de leitos psiquiátricos em manicômios, com transferência dos cuidados para serviços territoriais e hospitais gerais. Era legitimada a vontade de romper com o paradigma instituído.

Todavia, não basta uma lei para mudar toda uma forma de pensar. Também não adianta apenas desospitalizar (tirar da estrutura física da instituição total), é preciso muito mais. É preciso mudar toda uma forma de pensar, de entender. É preciso romper com o manicômio mental que está acomodado em vários sujeitos e em diversas relações.

Muita coisa mudou, muitas ainda estão mudando, isso é processo, isso é viver. O saber médico dominante ainda permanece no imaginário social como a palavra final ou a única intervenção realmente eficaz. É na intervenção do profissional especialista que as pessoas esperam achar a cura para suas dificuldades e seus problemas. Semelhantes ideias ainda são bastantes presentes em nossa sociedade e também entre os informantes, como pode se verificar a seguir:

*Ela já não tinha mais controle! Ela tava precisando de ajuda médica mesmo! (Florzinha, usuário. Filme: Bem-me-quer, mal-me-quer)*

*Eu acho que na frente do médico ela diz uma coisa, mas ela pensa outra. Na frente do médico ela confirma que toma os remédios e confirma que o amor era doentio. Eu vi que ela era louca! Ela sai, fica*

*claro que ela não tomou os remédios.* (Leão, usuário. Filme: Bem-me-quer, mal-me-quer)

*Acho que o diálogo é o mais importante...o diálogo é diferente para cada pessoa. Para cada caso é um caso.*(Bambi, usuário. Filme: Bicho de 7 Cabeças)

Em diversos momentos, ouvi posicionamentos de que o diálogo é o mais importante no cuidado em saúde mental, que os sujeitos são únicos, que apresentam suas dificuldades e suas limitações, mas também suas potencialidades. Foi grande a discussão sobre a busca da cura como algo concreto e objetivo. Foram identificadas diferentes opiniões sobre o que é a cura. Alguns se posicionaram entendendo a cura como ser feliz e estar bem consigo mesmo. Outros atrelaram a cura ao viver em sociedade, constituir família, ter emprego, ganhar um bom salário e ter sucesso. Houve ainda aqueles que estavam fixos na ideia da doença e a cura para eles era não estar mais vinculado ao diagnóstico e só quem poderia resolver isso seria o médico, com seus remédios. A mudança de opinião foi uma constante nesse assunto. Os pensamentos e as ideias a todo o momento se modificavam, com a influência dos encontros e do diferente.

A cura, as instituições totais, o saber médico como poder de decisão final, as internações psiquiátricas, os manicômios mentais, as forças destrutivas veladas na sociedade são questões que continuam emergentes nas discussões sobre a construção de um novo paradigma de cuidado em saúde mental. Para Rotelli (1990), isso é desinstitucionalizar, tirar a doença e a periculosidade do centro da intervenção psiquiátrica e dar ouvidos à existência-sofrimento dos sujeitos em relação ao corpo social.

### **3.4.3 Família e sociedade: padrões impostos e imutáveis**

Retomaremos nesse tópico a questão da sociedade disciplinar e de controle. É nessa sociedade que construímos nossas atuais relações, que podem ser benéficas se traçarmos, com auxílio dos intercessores, as nossas linhas de fuga e

construirmos processos criativos de subjetivação; ou podem ser relações doentias, quando pautamos nossa existência em sentimentos-afetos negativos, que tomam como base o desejo do proibido, sem permitir a circulação por diferentes territórios e modos de existência.

Não há necessidade de ficção científica para conceber um mecanismo de controle que forneça a cada instante a posição de um elemento em meio aberto, animal numa reserva, homem numa empresa (coleira eletrônica). Félix Guattari imaginava uma cidade onde cada um pudesse deixar seu apartamento, sua rua, seu bairro, graças ao seu cartão eletrônico, que abria as barreiras; mas o cartão poderia também ser recusado em tal dia, ou entre tal e tal hora; o que conta não é a barreira, mas o computador que detecta a posição de cada um, lícita ou ilícita, e opera uma modulação universal. (DELEUZE, 1992).

Ainda não é possível, e não sei se um dia será, viver em uma sociedade onde as relações são de fato horizontalizadas, onde o poder para garantir o equilíbrio do grupo circule pelos diversos sujeitos e relações. A sociedade de controle teve seu esgotamento enquanto forma de dominação objetiva e concreta, pelo menos verbal e explicitamente, e deu lugar a uma forma velada de controle.

*A hipocrisia da sociedade não vai me ajudar em nada. Sabe como é q eles me vêem, nessa sociedade? Como um simples número! Como um simples número! Eles não me conhecem como Rubi, simplesmente me conhecem como um CPF. Um CPF, então eu sou aquele número, se eu não tiver aquele número eu não tenho direito a nada. Por isso q eu me acho apagado da sociedade, mesmo eu tendo certidão de nascimento. (Rubi, usuário. Filme: Meu nome é Rádio)*

O incômodo dos participantes com as imposições de controle da sociedade moderna foi manifestado de forma bastante inquietante. Em seus depoimentos, expressaram seus descontentamentos; são eles: não ser conhecido pelo meu nome, ter um número (CPF) que diz muito mais do que minha certidão de nascimento (nome); ter que ser muito bom, o primeiro, no que faço, para me tornar conhecido; dentre tantas outras coisas cobradas.

Lutamos para que possamos ser cuidados no seio de nossas famílias, junto da sociedade em que vivemos. Queremos que os profissionais que nos ajudam nos tratem pelo nome. Não queremos tomar o mesmo remédio que o outro e muito menos no mesmo horário, bebendo no mesmo copo. Queremos participar das

escolhas de tratamento, podendo optar por aquele com o qual melhor nos adaptamos e confiamos.

Por outro lado, continuamos tendo que participar das mesmas oficinas no serviço de saúde porque ainda não alcançamos nossa autonomia. Queremos que nossos desejos, medos, vontades e limitações possam ser levadas em consideração. A sociedade nos cobra que não podemos ser loucos para participar dela, ela me fiscaliza com câmeras filmadoras nos supermercados e nos semáforos.

No entanto, na nossa sociedade, nem todas as escolas estão preparadas para receber quem precisa de um pouco mais de atenção na hora de aprender, em consequência, não consigo concluir meus estudos, quem dirá chegar a uma faculdade e me tornar um juiz de direito. Certamente, sem essa perspectiva de independência financeira, não poderei arranjar uma namorada que case comigo e me dê filhos.

Essas todas foram questões trazidas pelos participantes durante os encontros. A sociedade disciplinar que Deleuze falou e Guattari previu é a atual sociedade em que vivemos, uma sociedade de controle velado, que nos dá uma liberdade aprisionante. Essa sociedade permite a circulação por espaços sociais e de convivência, mas sabe de quais participo, porque aquele número que existe para cada um de nós é único e intransferível.

É importante lembrarmos que esses são movimentos de continuidade na rede da vida, são eles que permitem encontros, desencontros e transformações. São todas essas linhas que interferem nos processos de subjetividade dos sujeitos desejantes e que com sua infinita multiplicidade constroem, desconstroem e reconstroem os territórios instituídos da loucura.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incômodo vivenciado por mim no início da vida acadêmica despertou uma vontade incessante de experimentar sempre alternativas diferentes na prática clínica. Propor que os sujeitos possam construir espaços de viver criativos, carregados de significado e vontade, é a minha busca constante enquanto terapeuta ocupacional.

Atualmente, a saúde no Brasil passa por um processo de transição entre políticas e práticas verticalizadas, estigmatizantes, centradas em um modelo médico/hospitalar, para políticas e práticas horizontalizadas, produtoras de desejos, interdisciplinares e com base comunitária. A saúde mental não está sendo pensada de forma separada, é mais uma área da saúde geral e deve ser tratada e entendida como tal. Esse processo é bastante conflitante de modo geral, pois propõe o envolvimento do sujeito, de familiares, comunidade e profissionais nessa busca. Todos esses atores ficaram durante muitos anos afastados desse tema, porque a loucura não era aceita como algo possível, simplesmente era afastada dos olhos de todos, inclusive dos próprios sujeitos que sofrem. A loucura era trancada atrás de grandes muros e longe de qualquer contato com a comunidade.

A identidade era roubada dos sujeitos nos seus mínimos detalhes e os desejos eram abafados por tratamentos autoritários e padronizados. Por isso, propor mudanças no cenário da saúde mental requer muito mais do que políticas públicas. É necessário mudar entendimentos e comportamentos de todos os atores envolvidos, e, para mudar, é fundamental desconstruir territórios instituídos na construção, desconstrução e reconstrução constante de novas formas de se entender, querer e fazer saúde e vida.

Sabe-se que todas as mudanças geram resistências e incômodos, por termos que sair de um estado inicial para outro, despendendo energia, trabalho, envolvimento e vontade. Percebe-se que essas dificuldades enfrentadas levam muitos serviços de saúde mental e espaços comunitários a reproduzirem lógicas manicomiais, sem perceberem que a repetição está produzindo uma nova dependência. Foi com o incômodo gerado pelo distanciamento entre prática, teoria e políticas que se pretendeu construir com alguns atores envolvidos espaços criativos que permitissem o encontro transformador de territórios da loucura.

Não se pode pensar em espaços criativos e (des)construção de territórios instituídos sem considerar a Filosofia da Diferença e a Esquizoanálise, referenciais teóricos norteadores desta pesquisa. Foi com os conhecimentos deixados por Guattari e Deleuze e com os caminhos abertos por eles que foi possível criar espaços de encontros e desencontros entre sujeitos estigmatizados, seus pensamentos, desejos, pares, lugares e sociedade. Foi, ainda, com base nos entendimentos de rizoma, afeto, devir, processos de subjetivação, modos de existência, atos criativos e intercessores que foi atingido o objetivo de construir com usuários, familiares e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial de Florianópolis um espaço de reflexão e discussão de desterritorialização da loucura, usando o cinedebate como intercessor.

Realizar esta pesquisa foi a possibilidade de unir a prática com a teoria em um aperfeiçoamento constante pela troca de conhecimentos e vivências. Essa construção foi possível por utilizarmos a pesquisa-ação enquanto estratégia metodológica da pesquisa qualitativa. A escolha da pesquisa-ação não se deu apenas pela construção/desconstrução/reconstrução cíclica entre teoria e prática, mas também por permitir uma intervenção social com efetiva transformação da realidade instituída. A modificação social foi verificada nesta pesquisa quando sujeitos que se percebem oprimidos e excluídos de uma sociedade são ouvidos. Foi dada voz a esses sujeitos, que secularmente estiveram e ainda estão abafados pelo grito de um sistema que não suporta a diferença.

O cinedebate foi escolhido como técnica, pois permite que em grupo se sistematize um processo crítico-reflexivo por meio de um dispositivo culturalmente aceito. O cinema ocupa na sociedade atual um importante lugar com variados papéis. Ele é espaço de lazer, de distração, de educação, de arte, de manifestação de desejos, de socialização, objeto de reflexão-crítica e, porque não, de clínica. Foi por intermédio do cinedebate que usuários, familiares e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial puderam discutir e refletir sobre temas que envolvem o cuidado em saúde mental. Cuidado não no sentido de participação em sistemas ou instituições oficiais de saúde, mas cuidado enquanto processo de construção pessoal e coletiva de diferença, do novo, do desejo.

O cuidado em saúde mental, nos dias de hoje, necessita romper com modos de atenção centrados no saber do profissional de saúde, que durante muitos anos escravizaram comportamentos e abafaram sentimentos-afetos. Cuidar é

compartilhar responsabilidades, é circular por espaços até então fechados para a loucura. Cuidar é poder dar atenção para si e para o outro sem precisar se preocupar com o nome que se dá ao conjunto de sintomas e sinais que determinada pessoa manifesta. Cuidar é olhar para o sujeito como diferente, sim, mas por ser formado por multiplicidades, que configuram uma estrutura própria, singular.

O cuidado construído neste espaço é acompanhado por uma validação acadêmica: a pesquisa qualitativa. Com a voz manifesta dos sujeitos participantes, foi possível traçar eixos temáticos constituídos por categorias. Ao utilizar o que foi o dito pelos sujeitos desse estudo, foi possível tornar público aquilo que muitas vezes é difícil falar e mais difícil ainda se fazer ouvir. Todas as facetas aqui apresentadas são questões trazidas pelos sujeitos participantes como situações importantes na vivência de cada um, e como todas estão interligadas por variadas linhas, nos diferentes espaços e tempos. As falas retratam processos ou atos fundamentais na transformação constante do rizoma.

A realidade transformadora da atualidade luta para dar significado aos modos de existência na saúde mental. Foi com essa proposta que o grupo se reuniu durante oito oficinas de cine-debate e viabilizou mais uma contribuição acadêmica na efetivação de um espaço para a loucura que rompa com o modelo manicomial. Para tanto, contou-se com algumas facilidades que auxiliaram no processo de implementação desta pesquisa, tais como: proximidade entre o referencial teórico-filosófico e os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira; a disponibilidade de alguns profissionais de diferentes serviços em contribuir e facilitar o desenvolvimento da pesquisa; o envolvimento e o conhecimento prévio da pesquisadora, com intervenções referentes ao campo específico da saúde mental; a vontade, interesse e motivação do grupo de participantes em contribuir na elaboração de uma pesquisa, bem como em vivenciar uma atividade que permitiu as interações e a ocupação espacial de um lugar diferente dos rotineiros; a facilidade dos participantes em receber e acolher cada dia um novo sujeito.

Por outro lado, dificuldades também foram encontradas, porém em nenhum momento exerceram a função de interromper o processo. As dificuldades foram avaliadas como obstáculos a serem enfrentados e que contribuíram para o crescimento acadêmico, profissional e pessoal da pesquisadora e de outras pessoas envolvidas no processo. Entre essas, podem-se citar: a demora na apreciação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde; o envolvimento dos profissionais com

outras atividades, não podendo priorizar sua participação na pesquisa; o necessário envolvimento da pesquisadora em questões referentes ao transporte e locomoção dos participantes nos dias de oficinas (contrariando um dos critérios de inclusão) e a demanda constante de atividades oferecidas pelos serviços de saúde mental, que dificulta a construção de uma proposta diferente das instituídas.

Uma das limitações deste estudo foi a alternância dos sujeitos nas oficinas. Entende-se que devem existir múltiplos motivos para isso, mas acredita-se que talvez o que tenha contribuído seja a dinâmica específica dos serviços substitutivos em saúde mental. Nestes, a circulação por diferentes atividades é possível em muitos casos. O número de pessoas que iniciam seus tratamentos não é definido nem limitado. Os sujeitos não são obrigados a participar e frequentar o CAPS sempre da mesma forma. Esse tipo de serviço permite uma dinâmica de relações e encontros que devem, na maioria das vezes, serem agenciados pelos próprios sujeitos. É importante ressaltar que essa dinâmica permite que aos participantes aceitem com naturalidade a presença de um novo membro no grupo.

Todas as facilidades, dificuldades e limitações vivenciadas serviram para contribuir no fortalecimento da pesquisa em saúde mental, reforçando a necessidade e a possibilidade de se construir espaços criativos de cuidado. Para a terapia ocupacional, a pesquisa permite uma aproximação acadêmica entre esse campo de conhecimento e a Filosofia de Diferença e a Esquizoanálise, além de viabilizar, à pesquisadora e também terapeuta ocupacional, a possibilidade de construir conhecimento, mostrando a importância desse profissional em equipes de saúde e a efetivação em compor ações interdisciplinares.

Este trabalho, além de ser uma pesquisa, foi a construção de um, entre tantos outros, espaço clínico-crítico-reflexivo que utilizou a arte do ciné debate para provocar manifestações e desejos na busca pela (des)construção de territórios da loucura. Foi um espaço de transformação permeado pelos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse espaço permitiu se afetar pelos conhecimentos deixados por Deleuze, Guattari, Foucault, Goffman, Nietzsche, Espinosa, e tantos outros autores.

Ao me aprofundar nas ideias desses pensadores e nos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira como uma potência de agir, foi possível romper com modelos de repetição, que aprisionam sujeitos em padrões rígidos, sistematizados e previsíveis de modos de existência. Isso tudo me impulsionou a construir algo



próprio, diferente, único e ao mesmo tempo complexo, carregado de sentidos e sentimentos-afetos.

Não seguir rigorosamente padrões pré-estabelecidos pela sociedade requer um esforço muito grande e constante, é permitir que a diferença faça parte da vida de cada um como uma possibilidade de desconstrução de territórios instituídos. É lutar constantemente com as diversas linhas de força que se tramam no movimento incessante do viver, é se permitir viver. Romper com padrões pré-estabelecidos é identificar nas variadas linhas aquelas que são de fuga e que, portanto, permitem agenciamentos de multiplicidades, e diferenciar daquelas que são apenas forças morais externas e impostas, que podem provocar a destruição de modos de existência. É tentar com todas as forças e de todas as formas se afetar com bons encontros e então se permitir afetar por corpos outros que produzem sentido em ser e estar o mundo. É participar de uma sociedade ética-estética-política como sujeito desejante que somos.

Produzir ideias com o eco das ideias de filmes cinematográficos foi dar voz e fazer diferente, foi possibilitar um encontro que produziu mudanças e provocou o pensamento, foi possibilitar um espaço onde foi possível aprender, pensar e viver a (des)construção de territórios da loucura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. A clínica e a reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1977.

BARROS, Denise Dias; GHIRARDI, Maria Isabel; LOPES, Roseli Esquerdo. Terapia Ocupacional Social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, vol.13, n.3, p.95-103, set./dez. 2002.

BENETTON, Maria José. Ocupando o tempo. Tema apresentado em conferência no VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Águas de Lindóia, set./99. Disponível em: [http://www.jobenetton.pro.br/artigos/ocupando\\_o\\_tempo.htm](http://www.jobenetton.pro.br/artigos/ocupando_o_tempo.htm). Acesso em: 01 outubro 2007.

BOCK, V.; GAETA, C.H.; PACHIONI, A. M. et al. Grupos de terapia ocupacional: um espaço de construção de fatos, vivências e história. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v.9, n.1, p. 32-36, jan./abr. 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5.ed.ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

DELEUZE, Gilles. **Spinoza et le problème de L'expression**. Paris: Lês Éditions de Minit, 1968. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/6570565/116-Deleuze-Espinosa-Visao-Etica-Do-Mundo>. Acesso em: 30 novembro 2008.

\_\_\_\_\_. **Spinoza**. Aula ministrada em 24/01/1978. Tradução de Francisco Traverso Fuchs. Disponível em: <http://www.webdeleuze.com/php/texte.php?cle=194&groupe=Spinoza&langue=5>. Acesso em 01 fevereiro 2009.

\_\_\_\_\_. **O ato de criação**. Palestra a estudantes de cinema em 1987. Especial para a "Trafic", tradução de José Marcos Macedo, publicado na Folha de São Paulo de 27/06/1987. Disponível em: <http://intermidias.blogspot.com/2007/07/o-ato-de-criao-por-gilles-deleuze.html>. Acesso em: 06 março 2008.

\_\_\_\_\_. **O abecedário de Gilles Deleuze**. Série de entrevistas feitas por Claire Parnet em 1988a. Disponível em: <http://intermidias.blogspot.com/2008/01/o-abecedrio-de-gilles-deleuze.html>. Acesso em: 26 outubro 2008.

\_\_\_\_\_. **Diferença e repetição.** Tradução de Luiz Orlandi, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988b.

\_\_\_\_\_. Um retrato de Foucault “entrevista a Claire Parnet, 1986”. In: \_\_\_\_\_. **Conversações.** Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992a.

\_\_\_\_\_. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: \_\_\_\_\_. **Conversações.** Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992b.

\_\_\_\_\_. A vida como obra de arte. In: \_\_\_\_\_. **O mistério de Ariana:** cinco textos e uma entrevista de Gilles Deleuze. Tradução de Edmundo Cordeiro. Lisboa: Vega, 1996.

\_\_\_\_\_. **Crítica e clínica.** Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1997.

\_\_\_\_\_. A concepção da diferença em Bérson. In: DELEUZE, Gilles. **Bergsonismo.** Tradução de Luiz Orlandi. São Paulo: Editora 34, 1999.

\_\_\_\_\_. Empirismo e subjetividade. **Tradução Luiz Orlandi. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2001.**

\_\_\_\_\_. **A imagem-movimento:** Cinema I. Tradução de Rafael Godinho. Lisboa: Assírio & Alvim, 2004.

\_\_\_\_\_. **A imagem-tempo:** Cinema II. Tradução de Eloisa de Araujo Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos.** São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O anti-édipo:** capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Georges Lamazière. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

EIZIRIK, Marisa Faermann. Por que fazer pesquisa qualitativa? **Revista brasileira de psicoterapia**, v.5, n. 1, p. 19-32. 2003.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir.** Petropolis: Vozes, 1997.

GALLETTI, Maria Cecília. **Oficina em saúde mental:** instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: UCG, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** Tradução de Dante Moreira Leite. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional**: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. 28. ed. Tradução de Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. 3.ed. Tradução de Suely Belinha Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1987.

JARDIM, Camila; WACHS, Felipe; ROCHA, Renata Florez et al. Residencial terapêuticos e respingos insistentes do imagiário do louco perigoso. In: AMARANTE, Paulo. **Subjetivaciones, clínicas, insurgencia**: 30 años de lucha. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2007.

KODA, Mirna Yamazato. **Da negação do manicômio a construção de um modelo substitutivo em saúde mental**: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

LECLERCQ, Stéfan. Deleuze e os bebês. **Revista Educação e Realidade**, v.27, n.2, p.19-30, jul/dez. 2002.

LEVY, Tatiana Salem. O fora como o (não-)espaço da literatura. In: BRUNO, Mário; QUEIROZ, André; CHIRST, Isabelle. (Org.). **Pensar de outra maneira**: a partir de Cláudio Ulpiano. Rio de Janeiro: Pazulin, 2007, v. 1, p. 113-122. Disponível em: <http://www.letras.ufrj.br/ciencialit/encontro/Tatiana%20Levy.doc> . Acesso em: 09 janeiro 2009.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 709 - 735, set. 2007 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300003&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 09 janeiro 2009.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araujo. Terapia ocupacional: um território de fronteira? **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.8, n.2/3, p. 98-101, mai./dez. 1997.

LIMA, Marcos Eduardo Rocha. **Três esquizos literários**: Antonin Artaus, Raymond Roussel e Jean-Pierre Brisset. Tese (Doutorado em Literatura) Programa de Pós-Graduação em Literatura, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MAXIMINO, Viviane Santalúcia. A constituição de grupos de atividade com pacientes graves. . **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v.1, n.1, p. 27-32. 1995.

MAXIMINO, Viviane Santalúcia. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; DESLANDES, Suely Ferreira et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 97 - 107. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a08v08n1.pdf>. Acesso em: 02 julho 2007.

MIRANDA, Marília Gouveia de; RESENDE, Anita C. Azevedo. Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo. **Revista Brasileira de Educação**. v.11 n.33 Rio de Janeiro set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n33/a11v1133.pdf>. Acesso em: 06 março 2008.

NEISTADT, Maurren E.; CREPEAU, Elizabeth Blesedell. Introdução à terapia ocupacional. In: \_\_\_\_\_. **Willard & Spackman**: Terapia Ocupacional. 9. ed. Tradução de Paula Mendes Luz. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NIETZSCHE, Friedrich. **Aurora**. Tradução de Antonio Carlos Braga. São Paulo: Escola, s/d.

PAGOT, Ângela Maria. **O cotidiano da loucura**: palavras de inclusão e exclusão. 179p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

PARPINELLI, Roberta Stubs; SOUZA, Edmilson Wantuil Freitas. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.3, Maringá, p. 479 - 487, set./dez. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000300016&1...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300016&1...) Acesso em: 12 abril 2007.

PASSOS, E.; BENEVIDES, B. Passagens da clínica. In: MACIEL, Auterives; KUPERMANN, Daniel; TEDESCO, Sílvia (Org). **Polifonias**: Clínica, Política e Criação. Rio de Janeiro: Conreacapa, 2006. p. 89-100. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/textos/texto87.pdf>. Acesso em: 09 janeiro 2009.

PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. A lei do desejo e o desejo produtivo: transgressão da ordem ou afirmação da diferença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 109 - 127, jun. 2004 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100007&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 09 fevereiro 2009.

PEIXOTO, Geraldo. Algumas considerações (com um pouco de história familiar) sobre a relação entre loucura, a ética e a política, no âmbito da saúde mental. In: SCLIAR, Moacir et al. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. de Janeiro: Nau Editora, 2003.

PELBART, Peter Pal. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio. **SaúdeLoucura 2** . São Paulo: Hucitec, 1992.

PITTA, Ana. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: \_\_\_\_\_. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/>. Acesso em: 02 fevereiro 2008

ROCHA, Marisa Lopes da. Identidade e diferença em movimento: ressonâncias da obra de Deleuze. **Revista do Departamento de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 57 - 68, jul./dez. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-80232006000200005&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232006000200005&lng=e&nrm=iso&tlng=e). Acesso em: 06 março 2008.

ROLNIK, Suely. Ninguém é deleuziano. Entrevista a Lira Neto e Silvi Gadelha. **O Povo**, Fortaleza, 18 nov. 1995. Caderno Sábado, p. 06. Disponível em: [www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/ninguem.pdf](http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/ninguem.pdf) Acesso em: 09 janeiro 2009.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 305 - 314, mai./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a08.pdf>. Acesso em: 01 maio 2008.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO F. (Org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, B. A. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 9, n.1, p. 26-31, jan./abr. 1998.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHIRAKAWA, I. Esquizofrenia: tratamento psicossocial. In: BETTARELLO, S. V. **Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria**. São Paulo: Lemos, 1998.

SCHÖPKE, Regina. **Por uma filosofia da diferença**: Gilles Deleuze, o pensador nômade. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Edusp, 2004.

SIEDLER, Mônica Joesting. **A tecnologia educativa do cinedebate como forma de desenvolvimento da gerontocultura**. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SILVA, Martinho Braga Batista. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 127 - 150, jan./jun. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100008). Acesso em: 01 julho 2007.

SILVA, Ana Luisa Aranha; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Os nexos entre

concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n. 6, p. 800 - 806, nov./dez. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000600015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600015). Acesso em: 01 julho 2007

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591 - 595, jul./ago. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci_arttext). Acesso em: 01 julho 2007.

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. História da terapia ocupacional. In: CAVALCANTE, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

TADEU, Tomaz. A arte do encontro e da composição: Spinoza + currículo + Deleuze. **Revista Educação e Realidade**, v. 27, n.2, p. 47-58, jul/dez. 2002.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443 - 466, set./dez. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022005000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022005000300009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 06 abril 2008.

VASCONCELOS, Jorge. **Deleuze e o cinema**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2006.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525 - 531, jul./ago. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016). Acesso em: 02 julho 2007.

WEINMANN, Amadeu de oliveira. Reflexões sobre a crítica de deleuze e guattari à teoria do complexo de Édipo. **Pulsional: Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano XV, n. 160, p. 31-35, ago. 2002. In: [http://www.nucleopsic.org.br/download/t\\_artigo\\_edipo.pdf](http://www.nucleopsic.org.br/download/t_artigo_edipo.pdf) Acesso em: 10 janeiro 2009.

ZILBERMAN, Monica L; BLUME, Sheila B. Domestic violence, alcohol and substance abuse. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, suppl. 2, p. s51 – s55; out. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 janeiro 2009.

ZIMERMANN, David E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMANN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

**ANEXOS**



**ANEXO 1 - Lei nº 10216 - De 06 de abril de 2001**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços

médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10o Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11o Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao

Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12o O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

## **ANEXO 2 - Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002**

Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art. 1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3o desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da

demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias

profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro)

refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

#### 4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;



d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
- h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

#### 4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser cadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu cadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9o.. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas

modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

## ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO – PROJETO N. 197/08



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Departamento de Projetos e Extensão

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP SH

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900  
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | [www.cep.ufsc.br](http://www.cep.ufsc.br) / +55 (48) 3721-9206

#### PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 197/08

##### I – Identificação:

Título do Projeto: CINEDEBATE: (DES)CONSTRUINDO TERRITÓRIOS DA LOUCURA.

Área: Enfermagem

Pesquisador Responsável: Profª. Silvia Maria Azevedo dos Santos (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC)

Pesquisador Principal: Renata Florez Rocha (Mestrado em Enfermagem).

Data coleta dados: Agosto a Novembro de 2008.

Instituição onde a pesquisa será conduzida: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)-Florianópolis.

Data de apresentação ao CEP: 14/07/08.

##### II - Objetivos:

Geral: Construir com usuários, familiares e profissionais de um CAPS de Florianópolis um espaço de reflexão e discussão acerca das diversas possibilidades de atenção a saúde mental com vistas a desterritorialização do espaço da loucura, usando o cindebate como intercessor.

Específicos:

- Selecionar filmes que retratem diferentes possibilidades de percepção da loucura pela sociedade e que possam ser discutidos em grupo.
- Problematicar as possíveis relações entre a realidade vivida e os conteúdos dos filmes apresentados.
- Possibilitar que se discuta como ocupar outros espaços desterritorializando o lugar instituído.
- Construir espaço de troca de experiências e vivências na busca de um fazer diferente e desinstitucionalizante.

##### III - Sumário do Projeto

Projeto de pesquisa qualitativa na modalidade de pesquisa-ação para Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Para coleta de dados serão utilizadas oficinas e cindebate problematizando as percepções, entendimentos e possíveis mudanças. As oficinas são consideradas espaços de construção coletiva e o cindebate será a tecnologia utilizada para provocar reflexões e discussões no grupo. Os participantes serão familiares, usuários e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II de Florianópolis, maiores de idade, em condições de deambulação, que aceitem participar, após assinatura do TCLE. As oficinas para coleta de dados serão quinzenais, com duração de 3 horas, gravadas e posteriormente transcritas, totalizando 6 encontros. Durante o cindebate um observador (aluno de graduação em Enfermagem) fará o registro sistemático de comportamentos e interações. Os dados serão analisados pela Análise de Conteúdo de Bardin.

##### IV - Comentário

Projeto de pesquisa bem elaborado, com referencial teórico consistente e descrição detalhada dos procedimentos metodológicos. O tema é relevante e atual. As pesquisadoras demonstram, através de seus currículos, condições para sua execução. Os riscos não foram previstos e os maiores benefícios referem-se à possibilidade de reflexão dos atores envolvidos em busca de melhorias na Atenção à Saúde Mental relacionadas à desinstitucionalização da loucura, de acordo com a Política de Saúde Mental em vigor no Brasil.

Todos os demais documentos foram apresentados e estão corretos, embora o cronograma do projeto indique data para coleta de dados diferente do resumo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado de forma inteligível para os profissionais. Sugere-se que seja adotada linguagem acessível à pessoas leigas e seja acompanhado de explicação exaustiva e minuciosa para que os participantes assinem de forma autônoma e consciente, sem coerção, principalmente por se tratar de população vulnerável.

**V - Parecer CEPSH:**


**(X) Aprovado**

**PARECER:**

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável a aprovação do referido projeto.

**Data da reunião**

**28 de Julho de 2008.**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.