

Ana Paula Müller de Andrade

**SUJEITOS E(M) MOVIMENTOS: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA  
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NA PERSPECTIVA  
DOS *EXPERIENTES*.**

Tese submetida ao Programa de Pós  
Graduação Interdisciplinar em  
Ciências Humanas da Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
obtenção do grau de Doutora em  
Ciências Humanas.

Área de Concentração: Estudos de  
Gênero

Linha de Pesquisa: Gênero e suas  
inter-relações com geração, etnia e  
classe.

Orientadora: Dra. Sônia Weidner Maluf  
Coorientador: Dr. Selvino José Assmann

Florianópolis

2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Andrade, Ana Paula Müller de

Sujeitos e(m) movimentos: [tese] : uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes. / Ana Paula Müller de Andrade ; orientadora, Sônia Weidner Maluf ; co-orientador, Selvino José Assmann. - Florianópolis, SC, 2012.  
308 p. ; 21cm

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Inclui referências

1. Interdisciplinar em Ciências Humanas. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Gênero. 4. Experientes. 5. Desinstitucionalização. I. Maluf, Sônia Weidner. II. Assmann, Selvino José. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. IV. Título.



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado

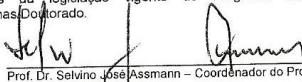
## “SUJEITOS E(M) MOVIMENTOS: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NA PERSPECTIVA DOS EXPERIENTES”

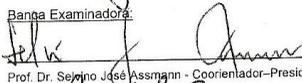
Por  
Ana Paula Müller de Andrade

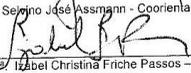
Orientadora: Profª Drª Sônia Weidner Maluf

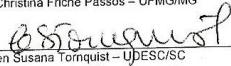
Coorientador: Prof. Dr. Selvino José Assmann

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de *Doutora em Ciências Humanas* e aprovada, em sua forma final, no dia 09 de julho de 2012, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado.

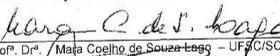
  
Prof. Dr. Selvino José Assmann – Coordenador do Programa

Banca Examinadora:  
  
Prof. Dr. Selvino José Assmann - Coorientador-Presidente-UFSC/SC

  
Prof. Dr. Izabel Christina Friche Passos – UFMG/MG

  
Prof. Dr. Carmen Susana Tornquist – UFES/SC

  
Prof. Dr. Mária Juracy Filgueiras Tonelli – UFSC/SC

  
Prof. Dr. Maria Coelho de Souza Lago – UFSC/SC

  
Prof. Dr. Sandra Noemi C. de Caponi – UFSC/SC

Florianópolis, 09 de julho de 2012.



Dedico este trabalho à Maria Luzia  
Carpinter Caetano, “Lila”, por seu  
vigor em resistir aos saberes  
instituídos.



## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof<sup>ª</sup> Dra. Sônia Weidner Maluf, por ter me acolhido no Núcleo de Antropologia do Contemporâneo - Transes logo que cheguei aqui, por todas as conversas, pelas incansáveis leituras e, sobretudo, pela lucidez e excelência com que me orientou e me acompanhou durante estes anos. Além da minha gratidão, meu respeito e minha admiração.

Ao meu coorientador Prof. Dr. Selvino José Assmann, pela maneira como acompanhou este processo, pelas críticas, sugestões e contribuições que deu ao mesmo.

As professoras e professores da banca examinadora tanto do exame de qualificação quanto de avaliação da tese, pelas contribuições, sugestões, críticas e também pela disponibilidade em participar e compartilhar deste processo.

Aos professores, professoras e colegas do Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas e do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da UFSC onde também fiz disciplinas, pela oportunidade de compartilhar reflexões, cafés, conversas e conhecimentos.

Aos secretários e amigos do DICH, Angelo La Porta, Jerônimo Ayala e recentemente Helena Del Fiaco pela disponibilidade, sorrisos e paciência com minhas demandas.

As amigas, amigos, colegas do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo - Transes, por nossa convivência, interlocuções, experiências de estudo e pesquisa e, é claro, muito crescimento pessoal e acadêmico. Agradeço especialmente a Maria Fernanda Pereira, Marco Aurélio Silva, Mirella Britto, Glauco Ferreira, Bianca Oliveira, Rose Gerber, Eliana Diehl, Alberto Groisman e outras tantas pessoas com quem durante estes anos pude compartilhar muitas experiências. E mais que especialmente à Carmen Susana Tornquist e Marina Monteiro, com quem compartilhei além de tudo, meu primeiro trabalho de campo etnográfico.

As amigas e amigos “catarinenses”, Tarcisio Osório Ferreira, Janio Roberto Bueno, Adriana Nieheus, Juliane Odinino, Dina Susana Mazariegos, Maria Elisabeth Goidanich, Rejane Amaral e João, Marisa Paim, Cristine Costa, Maycon Melo, Jimena Massa, Gabriela Díaz, Angélica Horn, Márcia

Marques, Adalgisa Oliveira, Alejandro Lasso, que participaram e contribuíram de diferentes maneiras e momentos deste trabalho.

Às amigas e amigos “gaúchos”, mentaleiros e/ou não, sempre tão presentes no meu coração apesar das distâncias, por terem tido o cuidado de manter viva nossa amizade, me esperando para os “amigos secretos”, “banhos de mar” e as “saideiras” de final de ano. “Sirvam nossas façanhas de modelo a toda terra...”

À Prof<sup>a</sup> Dra. Manuela Naldini e ao Departamento de Ciências Sociais da Università degli Studi di Torino, pelo acolhimento e disponibilidade durante meu doutorado sanduiche e também ao Prof. Dr. Mario Cardano e a Prof<sup>a</sup> Dra. Cristina Solera que de diferentes maneiras contribuíram para minhas reflexões.

Às pesquisadoras e pesquisadores, amigas e amigos italianos com quem pude compartilhar experiências, conhecimentos, cafés, aperitivos e muita solidariedade: Francesca Salivotti, Michele Cioffi, Andrea Gallelli, Silvia Scordo, Erika Reccia, Chiara Reggiani, Julio Portela, Barbara Pasini, Nives Palamini, Fabrizio Alessandro, Adriano Mascoli, Riccardo Navire, Carmem Fiore, Barbara Malacart, Paolo Dell’Ollio, pessoal da Associação Warã e do grupo Soleras Trekking e às minhas amigas-irmãs Valentina Pino e Ediane Oliveira. Grazie Mille!!!

Aos meus vizinhos e vizinhas, amigas e amigos da Rua dos Laranjais, onde morei durante este período, por me ensinarem sobre o convívio e as possibilidades da vida na cidade.

A toda minha família, que são parte importante daquilo em que venho me constituindo, mas especialmente à minha mãe por ter estado sempre comigo sobretudo nas horas tensas e intensas, me ensinando sobre a incondicionalidade do amor e também à minha irmã e meus irmãos, pelo amor que compartilhamos e por tudo que sempre encontrei neles.

À Ana Carolina e Maria Clara, que cresceram durante este período e de maneira suave e linda me ensinaram sobre a passagem do tempo.

Ao meu pai (*in memoriam*), que durante o processo desta pesquisa me ensinou sobre os limites do sofrimento.

A todos meus interlocutores e minhas interlocutoras, brasileiros e italianos, que gentil e afetivamente compartilharam

seus mundos comigo, pela possibilidade de trocarmos e construirmos nossos conhecimentos.

A todas as pessoas da cidade de Joinville - Santa Catarina, pela disponibilidade e acolhimento que permitiram meus movimentos na cidade e assim a realização da pesquisa de campo e a construção deste trabalho.

A todas as pessoas da cidade de Barbacena - Minas Gerais, especialmente à Prof<sup>a</sup> Dra. Maristela Duarte e ao Lido Loschi por terem tornado minha estadia por lá produtiva, afetuosa e proveitosa.

Ao Instituto Brasil Plural pelo financiamento do trabalho de campo.

A CAPES e ao CNPq por terem possibilitado, através da concessão das bolsas, minha dedicação exclusiva aos meus estudos, realização do doutorado sanduiche e a realização desta pesquisa.

Fomos muitos!!



Louco  
(Hora de Delírio)

Não, não é louco. O espírito somente  
É que quebrou-lhe um elo da matéria.  
Pensa melhor que vós, pensa mais livre,  
Aproxima-se mais à essência etérea.

Achou pequeno o cérebro que o tinha:  
Suas idéias não cabiam nele;  
Seu corpo é que lutou contra sua alma,  
E nessa luta foi vencido aquele,

Foi uma repulsão de dois contrários:  
Foi um duelo, na verdade, insano:  
Foi um choque de agentes poderosos:  
Foi o divino a combater com o humano.

Agora está mais livre. Algum atilho  
Soltou-se-lhe o nó da inteligência;  
Quebrou-se o anel dessa prisão de carne,  
Entrou agora em sua própria essência.

Agora é mais espírito que corpo:  
Agora é mais um ente lá de cima;  
É mais, é mais que um homem vão de barro:  
É um anjo de Deus, que Deus anima.

Agora, sim - o espírito mais livre  
Pode subir às regiões supernas:  
Pode, ao descer, anunciar aos homens  
As palavras de Deus, também eternas.

E vós, almas terrenas, que a matéria  
Os sufocou ou reduziu a pouco,  
Não lhe entendeis, por isso, as frases santas.  
E zombando o chamais, portanto: - um louco!

Não, não é louco. O espírito somente  
É que quebrou-lhe um elo da matéria.  
Pensa melhor que vós, pensa mais livre.  
Aproxima-se mais à essência etérea.



## RESUMO

Esta tese é o resultado de um trabalho de pesquisa que teve como objetivo desenvolver uma análise crítica do processo da reforma psiquiátrica brasileira, considerando as articulações entre os processos de desinstitucionalização e as configurações de gênero presentes no mesmo, a partir do ponto de vista das “usuárias” e “usuários” dos serviços de saúde mental, denominados aqui como *experientes*. Para tanto foi realizado mapeamento e análise da reforma psiquiátrica no Brasil e em Santa Catarina assim como uma pesquisa de campo de caráter etnográfico nas cidades de Joinville - Santa Catarina, Barbacena - Minas Gerais e visitas aos serviços de saúde mental das cidades de Torino, Trieste e Gorizia na Itália, tendo como foco os sujeitos e suas experiências nestes locais. A reforma psiquiátrica brasileira é um processo complexo, composto de inúmeros planos, atravessamentos e configurações que tem gerado transformações objetivas e subjetivas na vida das pessoas. Os sujeitos, inseridos e precariamente constituídos em suas experiências e em processos de (des)subjetivação criam estratégias micropolíticas que movimentam as complexas relações de poder marcadas pela dimensão de gênero, por hierarquias e por disputas arduamente protagonizadas por eles neste contexto. São tais experiências e sujeitos que permitem reconhecer lógicas, desejos e atualizações do manicômio presentes no contexto atual e também os avanços e impactos da reforma psiquiátrica na vida das cidades onde são realizados movimentos de abertura e resistência aos saberes, poderes e fazeres instituídos hegemonicamente. Tais movimentos fazem circular sujeitos e também interpretações sobre a loucura, o louco e a suposta doença mental, que se articulam entre os modelos religioso, dos nervos e, sobretudo, biomédico declinados em práticas e discursos de disciplina, controle e resistência. Através dos processos de desinstitucionalização, foco central da reforma psiquiátrica brasileira, foi possível perceber tanto os diferentes sentidos dados a ela quanto às múltiplas reformas realizadas de forma cotidiana, rizomática e incessantemente pelos sujeitos.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, gênero, *experientes*.



## ABSTRACT

This thesis is the result of a research project aimed to develop a critical analysis of the process of psychiatric reform in Brazil, considering the joints between the processes of deinstitutionalisation and its genre settings, from the users of mental health services point of view, known here as “*experienced*”. To achieve this purpose, a whole mapping and analysis of the psychiatric reform in Brazil and Santa Catarina was performed, and also an ethnographic field research in Joinville - Santa Catarina, Barbacena - Minas Gerais, with visits to the mental health services institutions in the cities of Turin, Trieste and Gorizia in Italy, focusing on the subjects and their experiences in these places. The Brazilian psychiatric reform is a complex process, composed of numerous plans, crossings and settings that have generated objective and subjective changes in people's lives. The subjects, included and poorly built in their experiences and in processes of (dis)subjectification, create micro political strategies that drive the complex power relations marked by the gender dimension, by hierarchies and disputes hardly started by them in this context. It is these experiences and subjects that allow the recognition of logics, desires, and updates in the asylums present context and also the progress and impact of psychiatric reform in the life of the cities that make opening moves and resistance to knowledge, power and practices hegemonic ally established. Such movements make subjects circulate and generate interpretations of madness, the mad and the supposed mental illness, which are articulated between the religious, the nerves, and especially biomedical models declined in practices and discourses of discipline, control and resistance. Through the processes of deinstitutionalization, central focus of Brazilian psychiatric reform was possible to see both the different meanings given to her and the multiple reforms made in daily routines, rhizomatic and continuously by the subjects.

Keywords: psychiatric reform, deinstitutionalization, gender, *experienced*.



## RIASSUNTO

Questa tesi è il risultato di una ricerca che ha avuto l'obiettivo di svolgere un'analisi critica del processo della riforma psichiatrica brasiliana, prendendo in considerazione le articolazioni tra i processi di deistituzionalizzazione e le configurazioni di genere, con riferimento ai punti di vista dei soggetti "utenti" (donne ed uomini), qui denominati come "esperti". Pertanto, sono state realizzate una mappatura ed un'analisi della riforma psichiatrica in Brasile e nello Stato di Santa Catarina, nonché una ricerca di campo di carattere etnografico nelle città di Joinville (Santa Catarina), Barbacena (Minas Gerais) e visite ai servizi di salute mentale nelle città di Torino, Trieste e Gorizia in Italia, con riferimento ai soggetti e alle loro esperienze in questi luoghi. La riforma psichiatrica brasiliana è un processo complesso, fatto di diversi piani, attraversamenti e configurazioni che hanno provocato trasformazioni oggettive e soggettive nella vita delle persone. I soggetti, inseriti e precariamente costituiti nelle loro esperienze e nei processi di (de)soggettivazione, creano strategie micropolitiche che movimentano le complesse relazioni di potere segnate dalla dimensione di genere, dalle gerarchie e dalle dispute di cui sono arduamente protagonisti in questo contesto. Sono queste esperienze e soggetti che permettono di riconoscere logiche, desideri ed aggiornamenti del manicomio presenti nel contesto attuale, individuando anche gli avanzamenti e gli impatti della riforma psichiatrica nella vita delle città dove vengono realizzati movimenti di apertura e resistenza a saperi, poteri e pratiche istituiti con egemonia. Questi movimenti fanno circolare soggetti e anche interpretazioni della pazzia, del pazzo e della presunta malattia mentale, che si articolano tra i modelli religioso, dei nervi e, soprattutto, biomedico declinati in pratiche e discorsi di disciplina, controllo e resistenza. Attraverso i processi di deistituzionalizzazione, punto centrale della riforma psichiatrica brasiliana, è stato possibile percepire tanto i diversi sensi dati a questa, quanto la molteplicità delle riforme realizzate in modo quotidiano, rizomatico e incessantemente dai soggetti.

Parole chiave: riforma psichiatrica, deistituzionalizzazione, genere, *esperti*.



## SUMÁRIO:

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>PRIMEIRO CAPÍTULO - SUJEITOS, MOVIMENTOS E DIÁLOGOS.....</b>	<b>33</b>
1.1. Planos, perspectivas: os desafios da pesquisa.....	33
1.2. “Usuárias”, “usuários” e <i>experientes</i> : os sujeitos da pesquisa...	45
1.3. Diálogos, narrativas e escutas.....	59
<b>SEGUNDO CAPÍTULO - MÚLTIPLAS REFORMAS, INÚMEROS PLANOS .....</b>	<b>69</b>
2.1. As reformas psiquiátricas institucionais e cotidianas no Brasil..	69
2.2. Redirecionamentos, configurações: os “novos” serviços.....	80
2.3. Planos, atravessamentos: a reforma psiquiátrica em Santa Catarina e Joinville.....	98
2.4. Múltiplos movimentos: a experiência de Barbacena - Minas Gerais.....	124
2.5. Influências, cruzamentos: a Reforma Psiquiátrica Italiana.....	130
<b>TERCEIRO CAPÍTULO - SUJEITOS E(M) MOVIMENTOS..</b>	<b>143</b>
3.1. Sujeitos, movimentos e experiências.....	143
3.2. Relações, lugares: movimentos caleidoscópicos.....	147
3.3. Processos (des)subjetivantes e estratégias micropolíticas.....	154
3.4. Entre o cuidado, o controle e a disciplina: intervenções.....	170
3.5. Poderes, potências: protagonismos em disputa.....	177
<b>QUARTO CAPÍTULO - SUJEITOS E(M) EXPERIÊNCIAS....</b>	<b>183</b>
4.1. A “dimensão” do gênero: experiências marcantes.....	183
4.2. Intensidades e afecções: experiências corporais.....	194
4.3. Usos, abusos e desusos: experiências com os psicofármacos....	201
4.4. Impactos e contatos: experiências das/nas cidades.....	214

<b>QUINTO CAPÍTULO - PROCESSOS, MODELOS, LÓGICAS:</b>	
<b>DESINSTITUCIONALIZAÇÕES.....</b>	<b>227</b>
5.1. Os processos de desinstitucionalização.....	227
5.2. Lógicas, desejos: atualizações do manicômio.....	240
5.3. Interpretações, circulações: modelos e(m) movimento.....	253
5.4. Da loucura à doença mental e vice-versa.....	263
5.5. A doença mental em suspenso: parênteses ou aspas?.....	270
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>279</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>287</b>

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira está em curso há aproximadamente trinta anos e caracteriza-se por um processo complexo, responsável por um conjunto de transformações teóricas e práticas que têm como objetivo redirecionar a assistência psiquiátrica no país. Tais transformações têm gerado mudanças objetivas e subjetivas no cenário nacional e envolvido, por sua complexidade e abrangência, a sociedade como um todo. Trata-se de um processo heterogêneo, composto de inúmeros planos, atravessamentos e configurações.

Esta tese é resultado de um trabalho de pesquisa que teve como objetivo desenvolver uma análise crítica deste processo, a partir do ponto de vista das “usuárias” e “usuários” dos serviços de saúde mental, considerando as articulações entre os processos de desinstitucionalização e as configurações de gênero presentes no mesmo.

Os motivos que me levaram a optar pelos “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental como os sujeitos desta pesquisa estão relacionados ao entendimento de que a perspectiva destas pessoas, a partir de suas experiências e movimentos, contribuiria para a análise a ser realizada, trazendo uma perspectiva pouco explorada. Além disso, suas experiências me pareceram representativas do contexto no qual acontecem e, por isso, foram privilegiadas.

Cabe dizer que tais pessoas, os sujeitos da pesquisa, são mulheres e homens adultos que, não fossem os serviços de saúde mental criados desde o início da reforma psiquiátrica no país, estariam internadas nos hospitais psiquiátricos. Muitas delas são egressas dos mesmos, outras, por razões diversas, são eventualmente internadas nos hospitais psiquiátricos ainda existentes. Outras nunca foram internadas em hospitais psiquiátricos e frequentam ou já frequentaram os serviços de saúde mental criados a partir do processo de reforma psiquiátrica no país.

Os procedimentos metodológicos realizados nesta pesquisa priorizaram um mapeamento e análise do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e uma análise deste processo no estado de Santa Catarina. Encontrei com grande parte de minhas interlocutoras, meus interlocutores e suas experiências na cidade de Joinville - Santa Catarina, que escolhi como sendo o “local” a partir de onde poderia

analisar o processo “nacional” da reforma psiquiátrica. Mas também encontrei outras pessoas e experiências na cidade de Barbacena - Minas Gerais bem como nas cidades de Torino, Trieste e Gorizia na Itália, que me ajudaram, através de elementos de suas realidades, a refletir sobre o processo “nacional” (Brasil) a partir da realidade “local” (Joinville). Não se trata de uma crítica local tampouco de um estudo comparativo, não foi esse o objetivo. Apenas busquei nestas outras realidades elementos que me auxiliassem a refletir de maneira ampliada.

A opção teórico-metodológica adotada neste trabalho de pesquisa foi a abordagem etnográfica, buscando enfatizar os diferentes discursos e práticas sociais no contexto da Reforma Psiquiátrica bem como articular os diferentes sentidos dados a ela entre os sujeitos envolvidos. Optei por focar o trabalho de campo na cidade de Joinville - SC, onde durante nove meses acompanhei os sujeitos da pesquisa em seus movimentos ordinários e extraordinários pela cidade.

Uma das particularidades do trabalho de campo desenvolvido foi o movimento. Para acompanhar minhas interlocutoras e meus interlocutores caminhei pelas cidades, andei de ônibus, desenvolvi atividades, fui a restaurantes, feiras públicas, dentre outros locais. A opção pelo movimento e pela circulação foi uma consequência das circunstâncias vividas e de situações em que não cabiam nem o gravador (abdicado logo no início do trabalho de campo), nem salas, portas, enfim, necessitavam espaços para sua fruição.

Além disso, para me aproximar do ponto de vista dos sujeitos, adotei as narrativas como um aporte teórico metodológico importante neste trabalho. Tal opção também se baseou na possibilidade de compreender o processo de produção das mesmas a partir das intensas transformações que ocorreram desde o início da reforma psiquiátrica brasileira e pensar em como esse contexto e suas circunstâncias contribuem para a construção das mesmas. Tais narrativas foram escutadas em suas diferentes dimensões.

A pesquisa, tal como o processo analisado, também está composta por alguns planos, situados entre o âmbito institucional e o âmbito das experiências singulares dos sujeitos, que foram articulados durante a construção da análise crítica realizada.

Meu interesse neste processo tem suas origens na minha trajetória profissional e pessoal com a reforma psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial, cujas intensidades me conduziram ao doutoramento e

cujo processo deu origem a esta tese. Situo inicialmente estes pontos, pois entendo que foi a partir deles que me desloquei a lugares outros.

Minha militância no movimento da luta antimanicomial aliada à prática na assistência em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS<sup>1</sup>, sempre me implicaram ética e politicamente no campo da saúde mental. Trabalhei como psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Castelo<sup>2</sup>, movida pelo desejo de exercer minha profissão e também pela minha militância neste movimento. Coordenei este mesmo serviço e fiz parte da comissão de discussão da política municipal de saúde mental, da comissão de elaboração de um serviço residencial terapêutico bem como do grupo de trabalho de saúde mental do conselho municipal de saúde do município de Pelotas - RS.

No ano de 2001, anterior ao início de minhas atividades no CAPS Castelo, a Lei 10.216, que institui a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, havia sido aprovada depois de quase doze anos de

---

<sup>1</sup> Os Centros de Atenção Psicossocial surgiram no final dos anos 80 no contexto das mudanças na assistência psiquiátrica no Brasil, tendo como objetivo oferecer atividades de atenção psicossocial e ser um local onde as pessoas pudessem receber “tratamento” de um modo diferente daquele oferecido pelo hospital psiquiátrico. Tais serviços, inicialmente também chamados Núcleos de Atenção Psicossocial, foram influenciados pelos centros de saúde mental italianos bem como pelas experiências de comunidade terapêutica de Maxwell Jones na Escócia e dos hospitais-dia franceses. Ganharam maior legitimidade com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10216), sendo considerados serviços estratégicos na rede de serviços de saúde mental a ser construída como parte do Sistema Único de Saúde -SUS. Segundo material do Ministério da Saúde: “O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”. (BRASIL, 2004b, p.13)

<sup>2</sup> Este serviço foi considerado por Janaina Willrich e Luciane Kantorski (2008) de relevante importância na trajetória da reforma psiquiátrica do município de Pelotas/RS. Sobre a história deste serviço, ver Willrich e Kantorski (2008) e sobre o processo de avaliação deste mesmo serviço ver Christine Wetzel (2005)

tramitação no Congresso Nacional, e com ela a possibilidade do redirecionamento da assistência psiquiátrica no país. A cidade de Pelotas, histórica e culturalmente hospitalocêntrica (a cidade contou por muitos anos com dois hospitais psiquiátricos, dos quais um ainda se encontra em funcionamento), nesse mesmo ano, foi premiada com o prêmio David Capistrano Jr., concedido pelo Ministério da Saúde, como uma das dez experiências exitosas de reformulação da assistência psiquiátrica no país, em função dos avanços de sua política local de saúde mental, baseada nos pressupostos da reforma psiquiátrica.

A prática cotidiana, os desafios do dia a dia e o contato com as pessoas que frequentavam o CAPS, além de gratificantes, incitavam muitas reflexões. Para além dos desafios de ordem burocrática ou técnica, os maiores deles remontavam aqueles existenciais que tanto desacomodam. Preciso dizer que minhas inquietações eram, sobretudo, advindas de meus contatos, convivência e diálogos com aquelas pessoas denominadas como “usuárias” dos serviços de saúde. Foram anos intensos.

Foi também na supervisão e envolvimento com o trabalho de conclusão da especialização em Arteterapia de Vera Guadalupe Rocha, intitulado *A poética na alma e matéria ou revelando eros e psique*, apresentado em Rocha (2006) que me vi mobilizada a buscar novos caminhos. O trabalho foi desenvolvido, conforme apresentado pela autora, com uma pessoa “portadora de transtorno mental grave e persistente” utilizando os aportes da arte como veículo de comunicação e apontando para a necessidade de construção de novas modalidades de cuidado na atenção psicossocial. Segundo a autora: “Toda pessoa é indefinível. As respostas para suas inquietações se encontram nela mesmo. A poesia, a pintura, as palavras são orientação para o ser humano. Nos permitem ver melhor, revelar o que nasce dentro de cada um, são expressões de nós mesmos.” (idem, p.42)

Estas experiências fizeram com que em determinado momento eu buscasse meu doutoramento, o que teve como condição o afastamento das atividades que desenvolvia na cidade de Pelotas - RS. Momento decisivo, tal como dito por Michel Foucault (1984), “onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e a refletir”. Depois de tomar a decisão, fui construir outro caminho. O deslocamento aparentemente e inicialmente geográfico foi também

subjetivo, possibilitado pelas reflexões e contato com aportes teóricos que me reposicionaram no processo em que sempre estive implicada. Transitar por outros lugares foi um exercício constante, por vezes angustiante, e foram constituindo as possibilidades para pensar, perceber e olhar diferentemente do que pensava, percebia e olhava.

Fez parte da construção deste caminho, minha participação desde 2007 no Núcleo de Antropologia do Contemporâneo – Transes, da Universidade Federal de Santa Catarina, mais especificamente no à época GESS (Grupo de estudos de gênero, subjetividade e saúde mental), onde pude participar e compartilhar de várias atividades de estudo e pesquisa. Dentre tais atividades destaco, pela importância que tiveram para minhas reflexões, as atividades da pesquisa *Gênero, Subjetividade e Saúde Mental: políticas públicas, ativismo e experiências sociais*, à qual esta tese está vinculada.

Tal pesquisa, aprovada no Comitê de Ética da UFSC, conforme Parecer 355/06, foi coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Weidner Maluf e co-coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Susana Tornquist, com financiamento do CNPq e da FAPESC e teve como foco fazer uma reflexão sobre as intersecções entre gênero, subjetividade e “saúde mental” nas culturas urbanas brasileiras contemporâneas. A pesquisa “se desdobrou em três eixos de descrição, análise e discussão: as políticas públicas voltadas a ‘saúde mental’ e gênero; as políticas propostas por grupos, movimentos feministas e movimentos voltados à saúde mental; e os discursos e as narrativas sobre experiências sociais ligadas ao cruzamento entre gênero e a chamada questão da ‘saúde mental’.” (MALUF, 2009a, p. 145) Alguns resultados da pesquisa estão reunidos no livro *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*, organizado por Sônia Maluf e Carmen Susana Tornquist (2010).

Como parte das atividades desenvolvidas para tal pesquisa, realizei em maio de 2008, observações e entrevistas com militantes, representantes do Ministério da Saúde e gestores em um encontro do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, chamado Mental Tchê<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> O Mental Tchê é um encontro alusivo ao dia 18 de maio, considerado o dia nacional da luta antimanicomial no Brasil, sendo uma data mais contestatória do que festiva. Este encontro foi realizado na cidade de São Lourenço do Sul, primeira cidade a implantar um serviço aberto e comunitário no estado do Rio Grande do Sul e contou com a participação de aproximadamente 2000 pessoas. Dentre elas gestores, trabalhadores,

Realizei também observações e entrevistas em um encontro intitulado II Simpósio Brasileiro de Saúde Mental da Mulher<sup>4</sup> que se referia à saúde mental da mulher e suas interfaces com a psiquiatria e a ginecologia, promovido pela indústria farmacêutica e apoiado por setores tidos como mais conservadores da assistência psiquiátrica brasileira.

Já no contexto da investigação sobre os serviços públicos de atendimento em saúde mental, proposto pela pesquisa, fiz entrevistas com profissionais de unidades básicas de saúde e Centros de Atenção Psicossocial do interior do estado de Santa Catarina.

Além destas atividades destaco, pela relevância que teve para esta tese, a etnografia realizada durante quase 18 meses, em um bairro popular da cidade de Florianópolis - SC, com minhas caras parceiras de pesquisa Carmen Susana Tornquist e Marina Monteiro. Foi com elas que realizei minha primeira etnografia e onde busquei boas doses de inspiração para a pesquisa de campo realizada para esta tese.

Como apresentado em Ana Paula Andrade, Marina Monteiro e Carmen Susana Tornquist (2010) tal etnografia buscou compreender como (e se) a disseminação de diagnósticos de depressão, acompanhado de tratamento e medicalização, se fazia presente entre os grupos sociais mais pobres considerados “vulneráveis” da cidade, quais os sentidos que os sujeitos davam a estas situações e como buscavam resolver ou mitigar as perturbações e aflições que atravessavam.

Durante o trabalho de campo fomos percebendo o quanto as narrativas das mulheres que participaram da pesquisa estavam localizadas mais em suas experiências singulares e, sobretudo, sociais, do que em explicações essencialistas de suas experiências com o sofrimento. Além disso, a valorização de espaços e conversas coletivos

---

peças que usam os serviços na condição de usuárias, familiares, estudantes, políticos e a comunidade em geral.

<sup>4</sup> O II Simpósio Brasileiro de Saúde Mental da Mulher foi realizado no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo -USP, na cidade de São Paulo e patrocinado pelos laboratórios farmacêuticos: Wyeth, Aché, AstraZeneca e Torrent Alcance social, com apoio do Hospital de Clínicas e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP e da Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP. Durante as atividades do evento ocorreu um Simpósio da Indústria- organizado pelo laboratório farmacêutico Wyeth.

presentes naquele contexto se contrapunha ao processo individualizante, próprio do contemporâneo e que a medicalização faz pressupor. (Andrade, Monteiro e Tornquist, 2010).

Outra atividade importante foi minha participação, desde março de 2008, no Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização do Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial de Saúde Mental do estado de Santa Catarina, criado através da Portaria 398/SES de 31/07/2007, que por sua pertinência e relevância, compõe os dados que subsidiam também esta tese. Participei deste grupo como integrante do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo - Transes, tendo auxiliado na formulação de um documento elaborado pelo grupo, que buscou estabelecer estratégias para a desinstitucionalização no estado de Santa Catarina.

Minha participação no grupo se manteve, ainda que de forma limitada nos anos de 2010 e 2011 em função das demais atividades da pesquisa como o trabalho de campo e o doutorado sanduiche. Ainda assim, acompanhei as atividades do grupo através das mensagens eletrônicas do mesmo.

As reflexões que compõem este trabalho apresentam os atravessamentos das experiências, atividades, posições e trajetórias trilhadas antes, durante e mesmo depois do processo desta pesquisa. Foi através delas que fui me constituindo, num exercício de reflexão, estranhamento e deslocamento e construindo algumas questões que nortearam o mesmo, tais como:

O que tem a dizer, as pessoas que participam na condição de “usuárias” dos serviços de saúde mental, sobre o processo da reforma psiquiátrica? Quais os movimentos possíveis desencadeados neste processo e visíveis aos olhos destas pessoas? Como o sofrimento tem sido experimentado pelos sujeitos que com ele convivem? Os dispositivos de saúde, mental ou não, contribuem, através de suas ações, para a superação da lógica manicomial<sup>5</sup>? Os recursos da comunidade e os serviços de saúde se constituem em espaços de subjetivação ou de

---

<sup>5</sup> Por lógica manicomial quero me referir a uma determinada maneira de conceber os problemas psiquiátricos e seus supostos tratamentos. Tal lógica apresenta características de uma mentalidade carcerária, que tem como foco a doença e não o sujeito e como pressuposto a ideia de que o isolamento e a medicalização são terapêuticas fundamentais.

disciplinarização e de normatização social? Que sentidos têm sido produzidos pelos sujeitos neste processo? Este contexto têm possibilitado transformações subjetivas e objetivas entre as pessoas que dele participam?

A escrita deste texto, assim como todo o trabalho de pesquisa com o qual ele está conectado, foi feita de forma rizomática. Ainda que eu tivesse em mãos e em mente um “esquema” feito e refeito muitas vezes, o texto foi “crescendo pelo meio, transbordando”, para usar os termos de Gilles Deleuze e Félix Guattari (2007a) sobre o rizoma. Foi crescendo pelas aberturas encontradas, pelas possibilidades que eu via surgir durante o processo da escrita - que sem dúvida é de intensa reflexão - e pelas conexões que eu, as autoras e autores, meus orientadores, minhas interlocutoras e meus interlocutores, nossas experiências, fomos fazendo.

Após concluir a leitura (que havia iniciado há alguns dias) dos meus diários de campo, das muitas anotações e reflexões, pensei: como é que eu vou apresentar tudo isso? Qual seria a melhor maneira de contar, em um texto reflexivo, as experiências da pesquisa e minhas reflexões sobre elas? Tinha sobre a mesa várias folhas onde eu havia escrito mais outras tantas anotações e um esboço do que entendia como sendo um “esquema”, que não me parecia suficiente.

Fiz e refiz várias vezes esse movimento de ler, reler, escrever e reescrever, pensar e repensar e então me lembrei de um trecho do texto do Italo Calvino (2011) em que ele diz que começar uma conferência “é um momento crucial, como começar a escrever um romance. E este é o momento da escolha: é oferecida a possibilidade de dizer tudo, em todos os modos possíveis; e devemos conseguir dizer uma coisa, em um modo particular”<sup>6</sup>.(idem, p.123) Então resolvi fazer algumas escolhas e começar a escrever, de maneira que fosse possível dizer “algumas” coisas, de um modo particular.

Este texto também é atravessado por experiências que tive antes e durante o processo da escrita, não tenho dúvidas disso. Acredito que o processo de uma tese e/ou de um doutorado se faz também de tudo aquilo que é possível viver, compartilhar, discutir e refletir durante o

---

<sup>6</sup> “è un momento cruciale, come cominciare a scrivere un romanzo. E questo è il momento della scelta: ci è offerta la possibilità di dire tutto, in tutti i modi possibili; e dobbiamo arrivare a dire una cosa, in un modo particolare.” (idem, p.123)

tempo no qual ele se processa. Muita coisa acontece! Deve ser por isso que parece tão difícil fazer escolhas e dizer apenas “algumas” coisas, de um modo particular.

Foi então, partindo destas escolhas e do pressuposto de que dizer “algumas” coisas é um ato reflexivo e interpretativo, que me vi diante da tarefa de mostrar como, neste processo intenso de reflexão, as “usuárias” e os “usuários” se transformaram em *experientes*; o que eu definia como o “processo da reforma psiquiátrica” se transformou em “reformas e/ou revoluções”; os “transtornos mentais graves e persistentes”, ou melhor, a “doença mental” foi se desconstruindo pouco a pouco e ganhando novas significações e minhas inquietações, através das reflexões, tomando formas e sentidos.

O texto que apresento aqui é composto não apenas destas pessoas, lugares e experiências, mas também dos movimentos que fiz entre eles. Os deslocamentos, geográficos e subjetivos, foram marcantes no processo de construção desta pesquisa. Enquanto escrevia um dos capítulos me dei conta de que o fato de introduzir no corpo do texto citações no idioma italiano ao invés do português era, em parte, resultado do meu registro subjetivo da experiência de ter estado lá. Por isso, o fato de ter feito traduções livres no corpo do texto e ter colocado as citações no idioma italiano nas notas de rodapé foi uma maneira de manter vivo este registro que considero importante na construção da tese e na minha trajetória pessoal e acadêmica. Fiz isso também com citações em outros idiomas que não o português.

Ressalto que meus deslocamentos, agenciamentos e minha subjetividade são parte importante do processo de construção da tese. Para construí-la, reflexiva e analiticamente, coloquei-me como mais um elemento do processo da pesquisa, na tentativa de dar passagem, “afectar-me”<sup>7</sup> pelas experiências vividas e incluir também minha subjetividade no processo de análise. Não foi um exercício solitário, pude compartilhá-lo nas orientações que tive e nas reflexões e discussões que pude desenvolver com colegas, professores enfim, outras pessoas.

A organização do texto é resultado destes e de tantos outros aspectos. A intenção da mesma é tentar de alguma maneira implicar o

---

<sup>7</sup> Uso “afectar-me” a partir do conceito de afecções de Deleuze e Guattari (2007), para quem os afectos são os registros imateriais, as intensidades enfim, os devires que nos atravessam.

leitor em “algumas” coisas que foram escolhidas para serem ditas e permitir que, de modo particular, tal implicação resulte em reflexões que possam contribuir para a ampliação do debate no campo dos estudos interdisciplinares de gênero e do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Para tanto, organizei o texto em cinco capítulos.

No primeiro capítulo meu intuito é apresentar e discutir os aportes teóricos e metodológicos utilizados nesta pesquisa, no que diz respeito à escolha dos sujeitos bem como da utilização do diálogo, narrativas e escutas que compuseram o trabalho. Nesse sentido, apresento e discuto as razões que fizeram com que eles fossem privilegiados neste trabalho e exponho como, ao longo do processo da pesquisa, eles passaram de “usuárias” e “usuários” a *experientes*. Ainda neste capítulo mostro como o movimento tornou-se uma particularidade do trabalho de campo e também o modo como nossos diálogos, as narrativas e as escutas aconteceram nos mesmos.

No segundo capítulo apresento inicialmente o contexto da reforma psiquiátrica brasileira, ou melhor, das reformas psiquiátricas, considerando a heterogeneidade deste processo no contexto nacional. Além disso, apresento e discuto criticamente o que significou, em termos da realidade atual, o redirecionamento da assistência psiquiátrica no país, com a criação de uma rede de serviços que visam substituir o hospital psiquiátrico. É também neste capítulo que apresento e discuto a realidade da cidade de Joinville - Santa Catarina, cujos parâmetros críticos estiveram embasados em outras experiências como a da cidade de Barbacena - Minas Gerais, também apresentada. Por fim, apresento e discuto as influências e confluências da experiência da reforma psiquiátrica italiana no processo de reforma psiquiátrica brasileira.

O terceiro capítulo é dedicado à discussão dos sujeitos e(m) seus movimentos nos processos desencadeados pela reforma psiquiátrica. Apresento e discuto como as experiências dos sujeitos da pesquisa estão marcadas pela definição de lugares relacionais e hierárquicos, bem como por processos complexos de (des)subjetivação, onde se engendram estratégias micropolíticas de sujeição e resistências. Neste sentido, discuto também como as práticas e discursos presentes neste contexto se configuram como práticas de cuidado, mas também de controle e disciplina. Como parte desta discussão apresento como o protagonismo dos sujeitos é disputado nas relações de poder nas quais estão envolvidos e de como, nesta disputa, emergem potências.

O quarto capítulo gravita em torno da questão dos desdobramentos das reformas psiquiátricas na vida objetiva e subjetiva dos sujeitos. A discussão gira em torno das experiências dos sujeitos atravessadas pela dimensão do gênero bem como pela preponderância da terapêutica medicamentosa, tensionada pelos usos, abusos e desusos dos psicofármacos por parte dos sujeitos. Além disso, discuto como os corpos das pessoas e as cidades foram impactados pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira.

No quinto capítulo apresento e discuto os processos, modelos e lógicas presentes nos processos de desinstitucionalização, que podem ser entendidos como o projeto político do processo de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro. Analiso criticamente como tais processos estão permeados por modelos interpretativos, lógicas e desejos, que são atualizados e tensionados pelos sujeitos. Ao final deste capítulo, discuto a importância da relativização da doença mental como uma entidade universal e analiso como em torno dela se articulam modelos, práticas, discursos e experiências que constituem sujeitos e são por eles constituídas.

Por fim, apresento minhas considerações finais no intuito de sintetizar e discutir os argumentos apresentados ao longo da tese. Tais considerações traduzem minhas interpretações sobre os dados apresentados e buscam evidenciar alguns elementos considerados relevantes durante o processo da pesquisa.



## **PRIMEIRO CAPÍTULO – SUJEITOS, MOVIMENTOS E DIÁLOGOS**

Este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir os aportes teóricos e metodológicos utilizados nesta pesquisa, no que diz respeito à escolha dos sujeitos bem como da utilização do diálogo, narrativas e escutas que compuseram o trabalho.

Para tanto, apresento os sujeitos da pesquisa, discuto as razões que fizeram com que eles fossem privilegiados neste trabalho e exponho como, ao longo do processo da pesquisa, eles passaram de “usuárias” e “usuários” a *experientes*.

Ainda neste capítulo mostro como o movimento tornou-se uma particularidade do trabalho de campo assim como a maneira como nossos diálogos, as narrativas e as escutas aconteceram.

### **1.1. Planos, perspectivas: os desafios da pesquisa**

O processo da reforma psiquiátrica é complexo, composto de inúmeros planos, atravessamentos e configurações, o que torna sua análise um desafio. Disposta a analisar criticamente tal processo, precisei lançar mão de alguns aportes teóricos e metodológicos que me auxiliaram neste exercício.

O caráter interdisciplinar deste trabalho permeia não apenas o processo que ele pretende analisar, mas também a maneira como eu, como pesquisadora em ciências humanas, fui me constituindo e construindo um pensamento interdisciplinar e uma atitude epistemológica (Sena, 2007) que conseguisse dar conta da complexidade do objetivo do trabalho. Como argumentou Guattari (1962), no campo das ciências humanas, considerando a complexidade dos seus objetos de pesquisa, a abordagem interdisciplinar torna-se necessária, uma vez que os horizontes se ampliam e ultrapassam as fronteiras disciplinares.

Durante o processo da pesquisa, aos poucos fui me convencendo que a interdisciplinaridade poderia ser pensada não apenas no campo das práticas, mas também na constituição dos sujeitos. Sinto-me, neste momento, um sujeito interdisciplinar, na maneira de pensar, agir e perceber o mundo.

Outro cruzamento importante deste trabalho são os estudos de gênero, também entendidos como um campo interdisciplinar dada sua

complexidade e abrangência. Como veremos no decorrer do trabalho, a análise do gênero com um regime de subjetivação, entendido aqui como os regimes através dos quais em nossa sociedade os indivíduos se tornam sujeitos (Foucault, 2009 [1979]), revela questões importantes para pensar nas complexas relações de poder nas quais estão envolvidos. Tal como pude perceber ao longo do processo da pesquisa, a dimensão do gênero se desdobra não apenas nas políticas públicas como também nos modos singulares de experimentar a assistência psiquiátrica.

Além disso, foi a partir da consideração de alguns pressupostos da antropologia feminista, especialmente no que se refere à importância da subjetividade e dos significados das experiências para nós mesmas e para aqueles com quem construímos nossos conhecimentos, que pude ampliar minha capacidade de análise e compreensão dos dados que emergiram durante o trabalho de campo.

Esta é uma pesquisa de cunho qualitativo e teve como foco central analisar o processo da reforma psiquiátrica brasileira a partir do ponto de vista das pessoas que usam ou usaram os serviços de saúde mental, como apresentado. Dentre as possibilidades que este tipo de pesquisa assume, optei pela abordagem etnográfica entendida não apenas como um conjunto de procedimentos e técnicas, mas também como uma perspectiva que permite articular os dados empíricos com a teoria, colocando-os em diálogo. Tal opção permitiu enfatizar os diferentes discursos e práticas sociais no contexto da reforma psiquiátrica, bem como realizar um trabalho de campo que permitisse meu deslocamento entre os diferentes planos que compõem este processo.

A relevância da abordagem etnográfica fica evidente quando enfocamos as experiências dos sujeitos e suas trajetórias permitindo, tal como proposto pelos estudos da antropologia da saúde, entender os processos de “saúde - doença” como experiências repletas de significados. A antropologia traz sua contribuição considerando o contexto de redirecionamento e uma nova concepção de assistência psiquiátrica baseada não mais na doença, mas que pretende valorizar a experiência dos sujeitos e se aproximar dos mesmos através da descentralização dos serviços de saúde mental, por exemplo.

Para Lewis (1981) apud Paulo Cesar Alves e Iara Maria Souza (1999, p. 127):

Os trabalhos etnográficos desenvolvidos a partir da década de 70 passaram a salientar o fato de que as sociedades, e mesmo grupos sociais dentro delas, não só elaboram diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnóstico e tratamentos de doenças, como estabelecem convenções sobre a maneira como os indivíduos devem comportar-se quando estão doentes.

Esta pesquisa está composta de diferentes planos. Para cumprir com o objetivo da pesquisa percorri diferentes espaços e tempos que compõe o contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Em um dos planos, que possa talvez ser denominado como institucional, participei das Conferências de Saúde Mental realizadas no ano de 2010 em algumas cidades de Santa Catarina e do Grupo de Desinstitucionalização do Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde do estado de Santa Catarina, citado anteriormente. Tais espaços se constituíram como espaços institucionais mais amplos. Além disso, frequentei serviços de saúde mental, um grupo de auto - ajuda mútua e um núcleo da luta antimanicomial, que também podem ser considerados espaços institucionais, porém num plano diferente.

Outro plano está constituído pelas experiências singulares que acompanhei com as interlocutoras e interlocutores em suas rotinas ordinárias e extraordinárias, em seus percursos pelas cidades, em visitas que fiz à suas casas, nas caminhadas que fizemos juntos, enfim, nas diferentes atividades que compartilhamos ao longo da pesquisa. Tais planos estão interligados, se conectam de distintas maneiras e se mostram relevantes pelos deslocamentos e perspectivas que permitem vislumbrar sobre a complexidade da reforma psiquiátrica.

Além destes, outros planos conformam a tese. Eles perpassam as esferas federal, estadual e municipal onde as políticas são constituídas. Circulam e ganham sentido nas práticas que são conjugadas de diferentes maneiras pelos sujeitos. Formam assim, um movimento caleidoscópico em que é possível perceber muitas configurações. Como sugeriu Georges Marcus (1995), os locais, ou os sítios, para usar a expressão do autor, fazem parte de uma complexa rede tramada pela confluência de práticas, de processos, conexões e justaposições que conformam as dinâmicas locais e rompem com a dicotomia entre o local e o global, uma vez que os mesmos estão imbricados.

Optei por focar a pesquisa de campo na cidade de Joinville - SC, tendo em vista o fato de a mesma apresentar uma experiência significativa no que se referia as transformações na assistência psiquiátrica e a construção de uma política municipal de saúde mental. Realizei ali nove meses de trabalho de campo de caráter etnográfico, de abril a dezembro de 2010, de onde advém boa parte dos dados empíricos que subsidiam esta tese.

Minhas aproximações com a realidade de Joinville - SC levaram em consideração o fato de que era possível reconhecer dialeticamente naquela realidade as possíveis conexões, inter-relações e atravessamentos do nível micro com o nível macro bem como as conexões entre os diferentes planos do processo da reforma psiquiátrica.

Com o objetivo de ampliar minha capacidade de análise e compreensão do processo mais amplo da reforma psiquiátrica brasileira, realizei uma breve incursão etnográfica na cidade de Barbacena – MG, bem como visitei os serviços de saúde mental das cidades de Torino, Trieste e Gorizia, no norte da Itália, que me ajudaram a compreender alguns aspectos da complexidade deste processo. Tais cidades apresentavam características singulares e significativas em seus processos de reforma psiquiátrica, brasileiros e italianos.

A escolha da cidade de Barbacena não teve como objetivo fazer qualquer comparação entre ela e Joinville, mas tomá-la como uma experiência paradigmática e, através de elementos importantes presentes naquela realidade, analisar criticamente o processo de reforma psiquiátrica no país e, especificamente, no estado de Santa Catarina. Assim também foram pensadas as visitas aos serviços de saúde mental das cidades de Torino, Trieste e Gorizia, na Itália.

As visitas aos serviços de saúde mental<sup>8</sup> nas cidades de Torino, Trieste e Gorizia ocorreram de maio a setembro de 2011, durante a realização do meu doutorado sanduiche<sup>9</sup>, conforme previsto no plano de

---

<sup>8</sup> Os serviços de saúde mental na Itália estão organizados e normatizados pela lei 180, também conhecida como Lei Basaglia, aprovada no ano de 1978. Tais normativas foram incorporadas a Lei geral da Reforma Sanitária (Lei 833) daquele país. Tais serviços serão descritos no segundo capítulo.

<sup>9</sup> A realização do doutorado sanduiche foi possibilitado através da bolsa concedida pelo Programa de Doutorado no país com Estágio no Exterior

atividades do mesmo. Além de tais visitas, participei de alguns seminários relacionados à área da saúde mental e também pude conhecer e conviver com a cultura do país.

Cabe destacar que a escolha de realizar o estágio na Itália baseou-se, dentre outros fatores, no fato de que foram a experiência, os aportes teóricos e ideológicos da reforma psiquiátrica daquele país que inspiraram fortemente o processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

Compõem ainda os dados empíricos desta tese as mensagens virtuais que recebi sistematicamente através de uma lista virtual de discussão, pela qual pude acompanhar alguns acontecimentos da cidade de Joinville - SC, bem como ligações e mensagens por celular e emails pessoais. Uma de minhas interlocutoras, durante e mesmo após ter encerrado o trabalho de campo, manteve contatos frequentes através do telefone celular, já que a mesma me ligava para narrar coisas que julgava importantes para a pesquisa bem como para conversar sobre sua vida cotidiana. Além disso, foi ela que, através de um contato telefônico, me questionou sobre como eu havia escolhido meus interlocutores e quais eram meus critérios uma vez que disso dependia sua participação. Depois que lhe esclareci, se manteve na pesquisa.

Aproveito para dizer que esta pesquisa está vinculada a um projeto de pesquisa mais amplo intitulado Gênero, Subjetividade e Saúde Mental: políticas públicas, ativismo e experiências sociais, aprovada no Comitê de Ética da UFSC conforme parecer nº355/2006, como mencionado na introdução. Mantive meu compromisso e respeito para com os princípios éticos, informando a todas e todos os interessados sobre os objetivos da pesquisa, tanto oralmente quanto por escrito, formal ou informalmente, e forneci informações e esclarecimentos aos participantes quando me foi solicitado. Entendo tal como Esther Jean Langdon, Sônia Maluf e Carmen Susana Tornquist (2008) que

o método etnográfico já incluiria, pelos seus procedimentos de diálogo com o outro e respeito às concepções e visões locais, uma forma de consentimento, não formal, mas presente na e

condição para a realização de qualquer pesquisa de campo. (idem p.10)

O uso destas tecnologias de informação e comunicação, como a internet e a telefonia móvel, foram incorporadas na pesquisa por fazerem parte do contexto no qual a mesma foi desenvolvida, ainda que o acesso às mesmas não seja tão democrático. Tal acesso e a capacidade de fazer uso das inúmeras ferramentas tecnológicas, extremamente desenvolvidas em tão pouco tempo, representa para algumas pessoas poder compartilhar tal desenvolvimento e situar-se no mundo.

Lembro do relato de um *experiente* quando eu ainda trabalhava no CAPS Castelo, em Pelotas-RS, que, tentando explicar quais as diferenças entre estar no hospital psiquiátrico e no CAPS disse: “*quando eu fui pro hospital para ligar do telefone público tinha que usar aquelas fichas. Daí quando eu saí de lá já eram esses cartões. Daí no CAPS eu aprendi a usar os cartões.*” Durante o trabalho de campo algumas vezes auxiliei e/ou fui auxiliada por meus interlocutores no envio de mensagens pelo celular bem como sobre o uso da internet.

Durante o trabalho de campo em Joinville também mantive contato com pessoas de Florianópolis e outras cidades de Santa Catarina em fóruns de participação locais e regionais.

Quero destacar que este trabalho não se trata de uma crítica local, mas de uma reflexão crítica sobre a reforma psiquiátrica brasileira que pretende, dentre outras coisas, dar a ver algumas perspectivas do mesmo. A proposta foi realizar o trabalho intelectual no sentido de problematizar<sup>10</sup> algumas questões importantes do processo de reforma psiquiátrica, considerando os argumentos de Franco Basaglia, atualizados para o contexto atual, de que:

A tarefa da psiquiatria hoje é redimensionar os hospitais psiquiátricos, no sentido de torná-los uma comunidade viva, real e assim, terapêutica. Mas o importante é que, uma vez cumprida uma determinada fase de acomodação, se esteja pronto

---

<sup>10</sup> Problematização tal como sugerido por Foucault (2001) como a: “elaboração de um domínio dos fatos, práticas e pensamentos que, na minha opinião, põem problemas à política.”

a destruir o equilíbrio adquirido, para sair do que pode se tornar um novo sistema fechado.<sup>11</sup>  
(Basaglia, 1997 [1967], p.80)

A ideia, assim, foi analisar criticamente este processo que de certa forma cumpriu “uma determinada fase de acomodação” - com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental e do redirecionamento da assistência psiquiátrica com a criação de serviços substitutivos - a partir do ponto de vista dos sujeitos que são o alvo destas transformações e que, caso elas não tivessem ocorrido, estariam provavelmente internados nos hospitais psiquiátricos.

Tais sujeitos foram o foco da pesquisa, ainda que, como exposto, as atividades tenham sido desenvolvidas em diversos planos, como também com pessoas de e em diferentes contextos além de lugares bastante particulares. Os inúmeros arranjos, configurações, enfim as inúmeras possibilidades deste tipo de pesquisa - que pretende analisar um processo complexo a partir da experiência e narrativas dos sujeitos que dele participam - permitiram analisar múltiplos aspectos de diferentes ordens.

O trabalho de campo não foi desenvolvido com um grupo e locais específicos. Foi desenvolvido nas cidades, com pessoas que viviam ali e participavam de atividades ligadas ao “campo da saúde mental”. Ao conversar com os primeiros interlocutores e também outras pessoas da cidade sobre a pesquisa, estas me indicavam pessoas que julgavam que poderiam participar, por sua vez, sabendo da pesquisa, me convidavam para participar de outras atividades e assim o trabalho foi sendo desenvolvido, aos moldes das redes sociais, como sugerido por Elizabeth Bott (1976).

Algumas dessas pessoas se conheciam, outras não. Algumas se encontravam em mais de um dos lugares em que eu participava, outras não. Não apenas elas circulavam, mas eu também. A cidade tornou-se não só o *locus* da pesquisa, mas um aspecto a ser analisado, dada sua

---

<sup>11</sup> “Il compito della psichiatria oggi è cio quello di ridimensionare gli ospedali psichiatrici, nel senso di renderli comunità vive, reali e quindi terapeutiche. Ma l’importante è che, una volta raggiunta una determinada fase di assestamento, si sia pronti a distruggere l’equilibrio raggiunto, per uscire da quello che può diventare un nuovo sistema chiuso.” (Basaglia, 1997 [1967], p.80)

emergência nos dados de campo. Viver, habitar, morar, se relacionar na cidade são dimensões afectadas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Foi nos espaços e tempos das cidades, almoçando em restaurantes, passeando a pé, andando nos ônibus interurbanos, enfim, circulando na companhia de alguns interlocutores que tive a oportunidade de me aproximar de suas perspectivas. Para José Guilherme Magnani, (2008[1996]):

O que caracteriza o fazer etnográfico no contexto da cidade é o duplo movimento de mergulhar no particular para depois emergir e estabelecer comparações com outras experiências e estilos de vida – semelhantes, diferentes, complementares, conflitantes - no âmbito das instituições urbanas, marcadas por processos que transcendem os níveis local e nacional. (idem, p.50)

As cidades e a circulação nas mesmas foram importantes na compreensão dos modos como as pessoas que usam ou já usaram os serviços de saúde mental se relacionam, são acolhidos ou rechaçados bem como pelo modo como constroem seus espaços de convivências e suas redes sociais. Pelo fato de ter participado de atividades extra-institucionais acompanhando alguns interlocutores pude, de alguma maneira, perceber os desdobramentos da reforma psiquiátrica nas práticas cotidianas, nos espaços não institucionalizados e não caracterizados como serviços ou práticas de saúde mental.

Posso dizer que a cidade emergiu como um elemento importante de análise, a partir dos dados de e no campo, quando percebi que a mesma fazia parte do conjunto de elementos impactados pela reforma psiquiátrica brasileira, como será discutido no quarto capítulo.

Neste sentido, a pesquisa poderia ser descrita como um estudo multi-situado tomando em consideração os argumentos de Marcus (1995) de que as pesquisas que visam analisar mudanças culturais ultrapassam fronteiras e lugares e colocam o etnógrafo em movimento. Ele, o etnógrafo, deve perceber e percorrer linhas, trajetos e estabelecer conexões entre os diferentes “sítios”, espaços aos quais tem acesso. Para o autor:

Pesquisas multisituadas são desenvolvidas em torno de cadeias, padrões, fios condutores, conjunções ou justaposições de locais nos quais o etnógrafo estabelece alguma forma de presença literal, física, com uma lógica explícita e postulada de associação ou conexão entre lugares que, de fato, define o argumento da etnografia.<sup>12</sup> (Marcus, 1995, p. 105)

No entanto, tal como argumentou Maluf (2011a) sobre as pesquisas de campo que envolvem sujeitos, elas não são apenas multisituadas pois “combinam planos e platôs diferenciados”, que a autora chama de “platôs etnográficos”. Além dos lugares (sítios) percorridos pelo pesquisador, importam também os atravessamentos, os fluxos, os agenciamentos que podem ser colocados em conexão. Para a autora

Se as experiências contemporâneas não são capturadas na circunscrição da aldeia, ou de várias aldeias, são os fluxos, os vários planos de realidade aos quais os sujeitos estão expostos, os diferentes agenciamentos (centrais e periféricos) que se cruzam e confrontam, que implicam nessa outra perspectiva metodológica de reconhecer essas diferenças e rastreá-las, de imaginar que esses diferentes planos podem eventualmente ter alguma auto-resolução (como os platôs de Deleuze) ou se dispor como partes que contêm em si mesmas essa multiplicidade do todo. (Maluf, 2011a, p. 10)

O desafio desta estratégia metodológica foi conseguir inicialmente perceber tais planos e, logo, construir uma análise e uma narrativa que permitisse conectar as múltiplas perspectivas, situações, experiências e as diferentes configurações que as constituem. A fim de

---

<sup>12</sup> “Multi sited research is designed around chains, paths, threads, conjunctions or justapositions of locations in which the ethnographer establishes some forms of literal, physical presence, with an explicit, posited logic of association or connection among sites that in fact defines the argument of the ethnography.” (Marcus, 1995, p.105)

enfrentar tal desafio e construir uma análise que possibilitasse uma articulação dos dados também tomei como referência o conceito de platô, tal como entendido por Deleuze e Guattari (2007a [1995]).

Os autores chamam de platô “toda multiplicidade conectável com outras hastes subterrâneas superficiais de maneira a formar e estender um rizoma.” (Deleuze e Guattari, 2007a[1995], p.33). A ideia de trabalhar com tal conceito foi agenciar, colocar em conexão os enunciados (que conformam os discursos) emergentes em determinados tempos e lugares (regimes de enunciados/formações discursivas) nos quais pude estar, na tentativa de perceber as coisas pelo meio, como sugerem os autores quando dizem que o meio

(...) não é uma média. É o lugar onde as coisas adquirem velocidade. *Entre* as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio. (idem, p. 37)

Durante o trabalho de campo visitei serviços de saúde mental, visitei pessoas, conversei com pessoas que usam ou já usaram tais serviços acompanhando-as em suas rotinas diárias, além de participar de atividades com as mesmas em seus locais de convivência. Conversei com seus pares, reais ou imaginários. Visitei cidades e, com algumas exceções, sempre estive em movimento.

Tais movimentos foram meus aliados na construção de meus encontros etnográficos e penso que foram otimizadores no *deslocamento* que pretendia obter, em especial, da minha posição de psicóloga. Andei muito de ônibus, por demandas geográficas e da pesquisa e, em vários momentos, estive orientada e acompanhada por meus interlocutores, seja na saída de reuniões como em atividades conjuntas, previamente acordadas. Foi, muitas vezes, na saída dessas reuniões e nas caminhadas até pontos de ônibus que conversei com meus interlocutores sobre as questões da pesquisa.

Além disso, aprendi a costurar, cantei, cortei durante as atividades em que participei, conversei andando pela rua, fui a feiras, supermercados, restaurantes e outros locais, acompanhada por meus

interlocutores. Almocei e tomei café na casa de alguns, enfim, fiz muitas coisas que permitiram que eu me aproximasse dos mesmos. Como disse Roy Wagner (2010)

(...) são as ocasiões as mais triviais e ridículas, como procurar um lugar para aliviar-se, tentar fazer um fogão funcionar ou lidar com o senhorio, que no mais das vezes constituem o grosso das relações sociais do principiante. Na verdade, essas ocasiões propiciam a única “ponte” disponível para que haja empatia entre o forasteiro e o nativo; elas “humanizam” o primeiro ao tornar seus problemas tão imediatamente compreensíveis que qualquer um poderia se identificar com ele. (idem, p.32)

Estar nesta condição de forasteira, ser nova ou não conhecer as cidades, tentar costurar um ponto diferente, pedir ajuda para confeccionar um material, enfim, ter essas possibilidades de experimentar diferentes lugares presentes no contexto da pesquisa, também foi muito importante para a compreensão do vivido. Acredito que foi me implicando neste processo de pesquisa como um “corpo de passagem de suas intensidades” como sugeriu Tania Mara Galli Fonseca (2007, p.24), deixando-me afectar pelos acontecimentos do mesmo que penso ter conseguido cumprir com meus objetivos.

O movimento foi uma peculiaridade do trabalho de campo. Comecei o mesmo com a expectativa de realizar entrevistas gravadas mediante consentimento de meus interlocutores, porém depois de algumas entrevistas, que ocorriam em paralelo com conversas que estabelecia durante as atividades que acompanhava me dei conta que elas não eram tão produtivas quanto minhas conversas em movimento e após algumas orientações, decidi abdicar do gravador e adotar outro *setting* para minhas interlocuções: a rua, as salas de atividades e outros lugares em que as conversas fluíam mais livremente.

Movimentos paralelos. Conversei nos ônibus enquanto acompanhava ou era acompanhada por algum interlocutor e/ou interlocutora, conversei pelo celular enquanto caminhava ou viajava de ônibus, fiz anotações de campo nos ônibus que pegava para ir ou voltar de algum lugar, fui e voltei de vários lugares.

A importância do movimento para o trabalho etnográfico nas cidades foi apresentada e discutida por Janice Caiafa (1989 [1985]), que acompanhou punks na cidade do Rio de Janeiro e percebeu o quanto os deslocamentos faziam parte da construção da cartografia, ou seja, do mapa que era possível percorrer para acompanhar os sujeitos da pesquisa. A autora argumenta sobre esta especificidade do trabalho de campo quando se pretende “conhecer de dentro uma prática social concreta, estudar um grupo a partir de uma experiência com ele, participar dos momentos de atualização de seu funcionamento.” (idem, p.23)

A opção pelo movimento foi também uma consequência das circunstâncias vividas com meus interlocutores que me colocavam diante de situações em que não cabiam nem o gravador, nem salas, portas, enfim, necessitavam espaços para sua fruição. Por exemplo, um dia fui convidada por Augusto, um dos interlocutores, para almoçar e depois conhecer a cidade de Joinville a pé (tenho ainda o mapa turístico da cidade para quem quer conhecê-la caminhando que ele me deu) e durante o trajeto conversamos muito, sobre as coisas da pesquisa, sobre a cidade, dentre outros assuntos. Mais tarde, depois de uma breve combinação, nos encontramos numa feira de artesanato onde não conversamos tanto, porém pude compartilhar de alguns de seus movimentos sociais.

Além das caminhadas, andei por longos períodos em ônibus interurbanos, ônibus intermunicipais, de carro (no meu carro e/ou de carona), fiz outras atividades como os “chicotinhos”, as costuras, cantei, cortei e coleí<sup>13</sup> e nesses movimentos conheci pessoas e lugares, enfim, estive em movimento assim como estiveram meus interlocutores e o processo do qual participamos. Nestes movimentos tentei manter meus esforços no sentido de conseguir trilhar o “penoso caminho entre a empatia e o estranhamento que qualifica a estratégia antropológica” como disse Luiz Fernando Dias Duarte (1988, p.11).

---

<sup>13</sup>Tais atividades eram desenvolvidas nos serviços de saúde mental que frequentei. Durante tais atividades costumava, além de conversar, realizar a atividade proposta. Fui convocada e alertada sobre a importância de minha “efetiva” participação nas atividades por um interlocutor, que logo no início do trabalho de campo me disse: “Vem cá, senta aqui, vem fazer aqui com a gente pra depois poder escrever lá no teu trabalho.”

Fixava estes movimentos em meus diários de campo, feitos nos tempos, espaços e organizações possíveis. Em determinado momento achei que eles também se movimentavam, ora estavam no meu computador, ora nos cadernos, ora em guardanapos ou pedaços de papel e acreditava com maior vigor nisso, em especial, quando não conseguia encontrá-los com agilidade e facilidade.

A densidade de todos estes movimentos me ajudou no trabalho de reflexão e interpretação do que fui vivendo em campo, em que pude perceber não só comportamentos ou falas, mas também coisas mais espontâneas, mais sutis, mais simples. É evidente que minhas reflexões são interpretações, exercícios de pensar sobre o que pensavam minhas interlocutoras e meus interlocutores, qual a lógica de seus pensamentos a respeito do que tem sido denominado como “a reforma psiquiátrica brasileira”.

## **1.2. “Usuárias”, “usuários” e *experientes*: os sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos desta pesquisa, ou seja, as interlocutoras e os interlocutores fazem parte do contexto da reforma psiquiátrica brasileira. São mulheres e homens que, não fossem os serviços de saúde mental criados a partir da reforma psiquiátrica, estariam internadas nos hospitais psiquiátricos. Muitas entre elas são egressas dos mesmos, outras, por motivos diversos, ainda são internadas nos hospitais psiquiátricos ainda existentes.

No senso comum, são reconhecidas através de várias expressões que variam conforme o contexto social, cultural, ideológico, teórico, dentre outros. São denominadas como “pacientes”, “doentes mentais”, “loucas”, “portadoras de transtorno mental”, “biruta”, “usuárias”, “doidas”, “tantãs” e mais uma infinidade de outras expressões.

No texto da Política Nacional de Saúde Mental bem como em alguns outros contextos relacionados à mesma, são denominadas pela expressão “pessoas portadoras de transtornos mentais”. Tal expressão é usada para denominar as pessoas que foram diagnosticadas com algum

tipo de transtorno mental<sup>14</sup> e, por isso, usam os serviços de saúde mental.

No âmbito da reforma psiquiátrica brasileira são comumente denominadas como “*usuárias*”, por “usarem” o Sistema Único de Saúde – SUS, sendo esta expressão muitas vezes confundida com os também chamados “usuários e usuárias”, porém de drogas. Para Paulo Amarante (1995), a expressão “usuário” surge no interior do processo de reforma psiquiátrica brasileira e pretende substituir as expressões: louco, doente mental ou cliente, “que passam a ser restritivas e inadequadas” frente ao protagonismo destas pessoas no mesmo. Contudo, para o autor, em pouco tempo se percebe que a expressão usuário remete às mesmas consequências anteriores. O autor não sugere outra expressão capaz de substituí-la.

No primeiro item da Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, produzida no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, na cidade de Santos-SP, em dezembro de 1993, os mesmos fazem referência a tal expressão e explicam:

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos. (Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, 1993)

Durante o trabalho de campo, dentre as expressões também usadas para denominar tais pessoas pude reconhecer algumas como: “mental”, “louco/louca”, “portadores”, “doente mental”, “paciente”

---

<sup>14</sup> Tais transtornos mentais são classificados na literatura biomédica como leves, moderados ou graves. Eles são classificados pelo Código Internacional de Doenças – CID, organizado pela Organização Mundial de Saúde. Também são classificados no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais – DSM organizado pela Associação Americana de Psiquiatria.

além de “usuário e usuária”, que variavam tanto em função da adesão à expressão comumente usada nos serviços de saúde mental como pelo entendimento que cada interlocutora ou interlocutor tinha a respeito de tais pessoas, bem como de acordo com os contextos culturais dos quais faziam parte.

Neste trabalho optei pela expressão *experiente* para me referir a estas pessoas. Tal opção baseou-se em alguns aspectos: destacar o motivo pelo qual as escolhi como minhas interlocutoras, qual seja, suas experiências no campo da saúde mental; para poder me distanciar e fazer a crítica necessária às demais expressões e seus significados e, por fim, evitar possíveis confusões comuns entre “usuários” do SUS e “usuários” de drogas.

A ideia de usar tal expressão surgiu durante a leitura do texto *Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais* em que Maluf (2010) coloca a expressão *usuário* entre aspas e discute a relevância da experiência social dessas pessoas. Por experiência social a autora designa “a dimensão da vivência e produção de saberes e discursos por parte daquelas que são justamente o público alvo das políticas públicas e da atuação de profissionais e agentes de saúde (...)” (idem, p.40)

Outro apoio que encontrei para minha opção foi nas considerações de Ron Coleman (2004). Em seu livro *Trabalhar para recuperar (Lavorare per Guarire)*, o autor argumenta sobre a importância da experiência pessoal na trajetória de recuperação de pessoas com algum tipo de mal estar mental<sup>15</sup>. O autor alega que não é apenas a experiência daquelas pessoas que tem algum mal-estar, mas também a experiência das pessoas que com elas convivem e com elas trabalham que devem ser consideradas no processo de recuperação do bem estar perdido. A partir destes argumentos o autor usa as seguintes expressões para denominar tais pessoas: “expert por experiência” (*l’esperto per esperienza*), ou seja, a pessoa que experimenta algum tipo de incômodo psíquico e “expert por profissão” (*l’esperto per professione*), o profissional que a acompanha.

Eu acrescentaria à denominação de Ron Coleman a expressão “expert por convivência”, para as pessoas que convivem mais

---

<sup>15</sup> A palavra usada pelo autor é *disagio* que, em italiano, significa mal-estar, incômodo e é comumente usada nos contextos de saúde mental italianos com este significado.

diretamente com a pessoa que tem algum mal estar, reconhecidas e denominadas comumente no contexto dos serviços de saúde mental como familiares.

A escolha dos *experientes* como meus interlocutores também está relacionada ao entendimento de que é valiosa a contribuição que a perspectiva dos mesmos pode trazer para o processo da reforma psiquiátrica e foi por isso que decidi analisar o mesmo a partir de suas narrativas. Como disse um dos meus interlocutores: “*o médico sabe os sintomas, a gente tem a experiência.*”

Não se trata apenas de substituir mecanicamente a expressão “usuária/usuário” por outra que pareça politicamente mais correta, mas de instituir um modo de relação capaz de considerar com seriedade as experiências destas pessoas e suas perspectivas e, assim, atribuir um estatuto epistemológico ao conhecimento produzido por elas.

A ideia também é deslocá-las dos lugares comuns que costumam ocupar nas suas relações, entendendo que elas fazem muito mais do que apenas “usar” os serviços de saúde mental. É através das experiências que os conduzem aos serviços, bem como dos “usos” que fazem dos mesmos que tais pessoas se constituem bem como constituem os serviços.

Pode-se dizer que todas as pessoas são experientes visto que, cada uma à sua maneira e nas suas circunstâncias, experimentam-se a partir dos lugares que possam ocupar em suas relações no mundo. Como sugere Coleman (2004), uma é *expert* por profissão, a outra por experiência. Também poderíamos pensar em outras possíveis aproximações das pessoas com a experiência da e na “saúde mental”. Contudo, a ideia aqui é iluminar a perspectiva e as experiências das pessoas que “usam” os serviços de saúde mental, deslocando-as e assim abrindo possibilidades para reconfigurações nas relações estabelecidas nos mesmos.

Isso não significa dizer que uma experiência tem mais valor que outra, nem de conceder ou permitir que ela apareça com mais ou menos intensidade. Entendo que tais experiências são atravessadas umas pelas outras e só se constituem em relações de reciprocidade e também de circularidade, como veremos mais adiante na discussão sobre como se definem os lugares nas complexas relações de poder que compõe o campo da saúde mental.

Na literatura nacional, são poucos os trabalhos que apresentam ou se aproximam do ponto de vista destas pessoas, tendo o processo da reforma psiquiátrica sido estudado e discutido predominantemente a partir da perspectiva dos trabalhadores e gestores. Penso que tal limitação pode estar relacionada ao fato de que os *experientes* ocupam, em geral, o lugar da “subalternidade” (Spivak, 1998), daqueles que não podem falar, que tem o encargo simbólico de corporificar a loucura (Pelbart, 1990) e/ou de ser a “carta fora do baralho” (Guattari e Rolnik, 2008). Dos trabalhos nacionais que privilegiam os experientes e com os quais pude ter contato, destaco os de Luis Antonio Baptista (2009), Bernardete Maria Dalmolin (2006), Eduardo Vasconcelos (2005), Austregésilo Carrano (2001) e Maika Silva (2008) que, de diferentes maneiras, se relacionam com minha escolha.

Esse trabalho não tem a intenção nem a pretensão de ser porta voz de quem quer que seja, mas sim de se deslocar até lugares menos comuns da literatura da reforma psiquiátrica brasileira e fazer uma análise crítica da mesma. Tal deslocamento pressupõe a consideração de que a experiência destas pessoas é representativa do contexto no qual acontecem bem como o entendimento de que tais pessoas são capazes de informar sobre o mesmo a partir de suas perspectivas e pontos de vista.

Há ainda outro deslocamento importante que é o de considerar sujeitos aquelas pessoas que, diante de uma concepção racionalista característica da modernidade, são consideradas “não-sujeitos”. Podem ser consideradas “não-sujeitos” não apenas porque são percebidas como destituídas da razão e por isso muitas vezes consideradas incapazes para os atos da vida civil, mas também porque ocupam o lugar da subalternidade, são invisibilizadas nas complexas relações de poder nas quais estão envolvidas.

A escolha destas pessoas como interlocutoras para esta pesquisa parte do entendimento de que em suas experiências de suposta “desrazão” bem como em suas estratégias micropolíticas de resistência ao modelo hegemônico que as captura enquanto “não-sujeitos”, elas se produzem enquanto sujeitos, como será discutido neste trabalho.

A ideia é, tal como fez Foucault (2003) sobre o material dos arquivos do Hospital Geral e da Bastilha descrito no seu texto *A vida dos homens infames*, analisar a realidade do processo da reforma psiquiátrica brasileira através da perspectiva destes sujeitos e dos fragmentos das suas experiências no mesmo. Como disse Foucault:

Não procurei reunir textos que seriam melhor que outros, fiéis à realidade, que merecessem ser guardados por seu valor representativo, mas textos que desempenharam um papel nesse real do qual falam, e que se encontram, em contrapartida, não importa qual seja sua exatidão, sua ênfase ou sua hipocrisia, atravessados por ela: fragmentos de discurso carregando os fragmentos de uma realidade da qual fazem parte. (idem, p. 3 e 4)

As pessoas com as quais tive contato e que apresento neste trabalho carregam fragmentos da realidade da qual fazem parte, informam sobre a reforma psiquiátrica a partir de um lugar paradoxal que é o de ser o centro das ações e motivo das transformações e, ainda assim, permanecer à margem.

Durante o trabalho de campo estive com muitas pessoas, em diferentes lugares e momentos. Não teria condições de apresentar aqui todas aquelas com quem tive a oportunidade de compartilhar momentos de conversa, situações breves ou demoradas, enfim, experiências diversas. Por isso, algumas delas aparecerão neste trabalho e serão apresentadas, as outras aparecerão nas minhas reflexões, mas não serão apresentadas. Todas elas fazem parte deste trabalho.

O critério que adotei para a apresentação das mesmas foi o fato de terem sido citadas no texto e foi aquele que me pareceu mais adequado, considerando que conheci muitas pessoas durante esta pesquisa. Apresentar todas elas seria muito extenso e desnecessário diante dos objetivos da tese.

Todas as pessoas eram adultas, mulheres e homens, que em sua maioria pertenciam às classes populares urbanas e tinham em comum o fato de ter tido algum tipo de experiência no campo da saúde mental. Outro aspecto em comum entre elas diz respeito ao fato de usarem ou terem usado algum tipo de psicofármaco.

Contudo elas não formaram uma unidade monolítica, uma vez que em cada uma delas era possível perceber singularidades, atravessamentos das dimensões de geração, etnia, classe e, sobretudo, de gênero como veremos ao longo do trabalho. Através dos contatos com cada sujeito pude perceber as repercussões destes atravessamentos em

suas experiências e compreender o que significava, por exemplo, ser mulher, negra, pobre e egressa do hospital psiquiátrico.

Decidi apresentá-las a partir das características que me “afectaram” mais intensamente, e é claro, são apenas minhas impressões sobre aquilo que reverberou em mim com mais intensidade em nossos encontros. Seus nomes são fictícios e foram escolhidos por mim numa espécie de brincadeira, em que eu poderia nomeá-las com os nomes que eu julgasse apropriados, caso elas não tivessem me dito como se chamavam. Assim escolhi seus nomes, pensando em nossos encontros, de maneira aleatória e criativa. Com isso, espero conseguir superar o desafio de manter meu compromisso com as questões éticas e o anonimato das pessoas.

Tenho por todas estas pessoas profundo respeito e gratidão por terem compartilhado suas experiências e seus mundos comigo. Vamos a apresentação.

Daniel é um homem branco que aparenta ter 40 anos. É separado e pai de dois filhos. Tem um espírito crítico aguçado, é solidário e envolvido com o movimento da luta antimanicomial. É aposentado. Gosta de ler e estuda bastante, especialmente sobre temas ligados a saúde mental, desde materiais da reforma psiquiátrica até psicofarmacologia. Durante uma de nossas conversas me disse: “*Sou esquizoafetivo, ele não é maligno, ele é benigno*”. Usa remédios para seu tratamento. Daniel foi um dos primeiros *experientes* com quem fiz contato e sou grata por sua disponibilidade e acolhimento.

Laura é uma mulher branca, simpática, que aparenta ter aproximadamente 35 anos. No pouco tempo em que conversamos, ela me contou que tinha “problemas” e por isso já tinha sido internada algumas vezes no setor de agudos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena. No dia em que conversamos seus problemas pareciam estar relacionados com o comportamento de seu filho. Segundo ela, quando as mulheres vão para o hospital psiquiátrico, ficam muito “dopadas” e podem ser abusadas sexualmente.

Sara é uma mulher negra, alta, gorda, que aparenta ter 40 anos. Viveu boa parte de sua vida internada num hospital psiquiátrico, pois além de “andarilha”, ou seja, moradora de rua, seu comportamento era considerado promíscuo. Atualmente mora numa das residências terapêuticas da cidade de Barbacena com mais quatro companheiras. Segundo ela, se relaciona bem com os vizinhos e gosta de passear no

centro da cidade. Apesar do ar sisudo que deixa transparecer em alguns momentos, Sara tem um sorriso largo e simpático difícil de esquecer. Lembro sempre de seu sorriso, sua simpatia e do seu aceno enquanto eu embarcava no ônibus para ir embora de sua casa.

Augusto é um homem jovem, branco, de corpo esguio e boa aparência. Deve ter aproximadamente 40 anos, é casado e não tem filhos. É aposentado. Tem uma vida social intensa, participa de cursos e do movimento da luta antimanicomial. É um homem quieto, cordial, atento e sensato. Foi com ele que conheci boa parte da cidade de Joinville. Segundo ele, tem esquizofrenia. Quando nos conhecemos fazia tratamento ambulatorial e uso de medicação. É um excelente anfitrião. Foi através do convite dele que fui participar das reuniões de um grupo de auto - ajuda.

Nádia é uma mulher jovem, que aparenta ter 35 anos, solidária e simpática. Trabalha e participa com Augusto de algumas atividades relacionadas ao campo da saúde mental. Encontramos-nos várias vezes e tenho muita admiração pelo seu comprometimento com as questões da saúde mental. É casada e não tem filhos.

Regina é uma mulher jovem, branca, que aparenta ter 30 anos. Conhecemos-nos no CAPS II<sup>16</sup>, enquanto ela aguardava uma consulta e eu a psicóloga do serviço. É mãe de cinco filhos, que foram criados somente por ela, com esforço. Segundo ela, tem depressão e ansiedade e acha que não precisaria tratamento, ao contrário do que pensam as responsáveis da escola de seus filhos. Acredita que os remédios que lhe são prescritos lhe deixam muito “dopada”.

Beatriz é uma mulher branca que aparenta ter 50 anos ou mais. Faz tratamento no CAPS II, onde participa de um grupo onde pode conversar. No dia em que a conheci estava preocupada com as condições de sua casa, pois havia perdido muita coisa na enchente e não havia conseguido recuperá-las, pois ainda não tinha recebido o seguro.

Elis também participa no grupo do CAPS II, o mesmo de Beatriz. É uma mulher jovem, branca que aparenta ter 50 anos. É viúva de três maridos, sendo a morte do último o motivo de sua tristeza atual. Segundo ela, tem “*neurose, assim, dos nervos.*” Já foi internada na ala

---

<sup>16</sup> O CAPS II é uma modalidade de CAPS que atende pessoas adultas, nos turnos da manhã e tarde, de segunda e sexta-feira. Será apresentado no segundo capítulo.

psiquiátrica do hospital geral de Lages, mas agora faz tratamento no CAPS. Elis tem a fala lenta, e ainda que eu não tenha perguntado o motivo, uma vez que nosso encontro foi curto, penso que seja um dos efeitos colaterais do uso da medicação considerando suas mãos trêmulas e enrijecimento do corpo<sup>17</sup>.

Carlos é um homem branco, jovem, aparenta ter 45 anos. É pálido e quieto. Quando lhe conheci estava acompanhado de seu irmão, que disse que ele não fazia mais nada sozinho devido aos seus “problemas”. A única coisa que ouvi de Carlos, apesar de meus esforços em conversar com ele, foi um comentário sobre o movimento de carros na rua onde estávamos esperando a atividade começar, ele me disse, olhando para baixo e num tom de voz quase sussurrante: “*passa bastante carro aqui né?!?*”

Daiane é uma mulher negra, jovem, que aparenta ter no máximo 30 anos. É alegre, comunicativa e extrovertida. Já foi internada algumas vezes e quando a conheci estava indo para uma das oficinas do Projeto Um olhar no território: inclusão social e cidadania<sup>18</sup>. Assim que nos apresentamos me perguntou se eu também estava internada e indo para a atividade. Não conseguí conversar muito com ela, pois ela não se mostrou interessada na minha conversa.

Seu Adão é um homem branco, magro que aparenta ter uns 55 anos. Sua característica principal é a simplicidade, não apenas na maneira de falar como também de ver a vida. Um dia, sem nenhuma razão aparente, me disse: “*a vida é tão boa né?!?*” Mora com a mãe e tem um bom relacionamento com a família. Segundo ele, têm “*esses pensamento ruim*”, “*problemas na cabeça*”. Já foi internado várias vezes em hospitais psiquiátricos, usa medicação e diz que “*bom mesmo é ficar em casa, com as coisinhas da gente*”. É aposentado, mas contou que já havia trabalhado numa indústria.

---

<sup>17</sup> Como será discutido no quarto capítulo, os efeitos do uso de psicofármacos pode ser percebido através de alguns sinais como o enrijecimento das articulações, mãos trêmulas, movimentos involuntários das pernas, dentre outros.

<sup>18</sup> Este projeto articulava ações de saúde mental com as ações da atenção básica a saúde. Será apresentado no segundo capítulo.

Eva é uma mulher negra, simpática e que aparenta ter uns 45 anos. Não tem boa parte dos dentes. É sorridente. Já passou por várias internações psiquiátricas e quando a conheci frequentava o SOIS<sup>19</sup> e fazia tratamento ambulatorial. Teve três filhos, duas meninas e um menino. Dois foram dados em adoção após suas internações, quando foi considerada incapaz de cuidá-los. Mora com sua mãe e uma de suas filhas (a que não foi dada), o genro e o neto, a quem ajuda, cuidando da casa e do neto. É curatelada<sup>20</sup>. Segundo ela, teve um “*problema de memória*”, pois não fez o “resguardo” necessário após o nascimento da segunda filha. Não trabalha.

Fabrizio é um homem jovem, branco, gordo, que aparenta ter no máximo 27 anos. Quando o conheci fazia tratamento no CAPS III<sup>21</sup> e tomava remédios, apesar de não concordar muito em usá-los sob o argumento que eles lhe faziam mal, lhe tiravam a libido e não adiantavam muito. É um jovem curioso, divertido e com muita vitalidade. Tivemos longas conversas. Segundo ele, seu comportamento inadequado era influenciado pelo “demônio”. Não trabalha.

Pedro é um homem branco, simpático e de conversa fácil. Quando o conheci fazia tratamento em uma unidade básica de saúde e tomava remédios. Segundo ele seus problemas eram mais “leves” que o “deles” (os outros “usuários”) e os tinha pegado “*assim, de repente*”, quando estava em casa. “*É depressão com ansiedade*”, disse ele. Trabalhou por muito tempo numa das indústrias da cidade, mas se aposentou em função dos seus problemas.

---

<sup>19</sup> O SOIS (Serviços Organizados de Inclusão Social) é um serviço de saúde mental que oferece atividades de reabilitação psicossocial voltadas ao trabalho, educação e inclusão social. Também será apresentado no segundo capítulo.

<sup>20</sup> A curatela é uma medida judicial em que a pessoa é declarada pelo estado como incapaz para os atos da vida civil. É aplicada para pessoas maiores de 18 anos. Para as pessoas menores de 18 anos a medida aplicada é a tutela.

<sup>21</sup> O CAPS III é outra modalidade de CAPS, que atende pessoas adultas, 24hs por dia, durante todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Será apresentado no segundo capítulo.

Seu Armando é um homem negro, alto, de fala tranquila e de difícil compreensão. Comecei a entendê-lo com mais facilidade depois de algumas conversas. Ele já tinha passado por várias internações psiquiátricas e quando o conheci usava medicação. Segundo ele, seu problema era que ficava muito contente. Tais problemas tinham começado quando ele teve uma “visão” de uma pessoa vestida de branco. Numa de nossas conversas Seu Armando me presenteou com um santinho com a imagem da “comunhão da menina” que guardei com bastante carinho.

Adélia é uma mulher branca que aparenta ter uns 65 anos. Segundo ela, começou a ficar nervosa com as coisas da casa e não conseguiu melhorar. Não podia fazer nenhum tipo de atividade manual, pois tinha um *“nervoso nas mãos”*. Fazia tratamento em uma unidade básica de saúde e tomava remédios. Ainda que não conseguisse fazer nenhuma atividade manual, participava da atividade (que era de trabalho manual), pois acreditava que era bom, *“a gente vem aqui e conversa e já se distrai.”*

Seu Gustavo é um homem alto, negro que aparenta ter 55 anos. É sério e cordial. Esteve internado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e quando o conheci fazia tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial. Morava em uma pensão na cidade. Segundo Seu Gustavo no hospital psiquiátrico *“o cara tem que fazer tudo certinho, se ficar revoltado aí fica ruim.”*

Nilza é uma mulher jovem, branca, de estatura baixa e que tem 44 anos. Tem um senso de humor aguçado. É separada e tem um filho que naquela época morava com o pai, por escolha própria. Ela já esteve internada várias vezes, tanto no hospital psiquiátrico quanto na ala psiquiátrica do hospital Hans Dieter Schmidt de Joinville. Segundo ela, foi diagnosticada com esquizofrenia por ter tido alguns comportamentos que o médico considerou como de uma pessoa esquizofrênica. Usava remédios, prescritos pelo médico da unidade básica de saúde, conforme julgava necessário. Fui almoçar na sua casa duas vezes e nos encontramos diversas vezes para irmos participar de atividades pela cidade, quando ela gentilmente me convidava para acompanhá-la. Além dos nossos encontros pessoais, também conversamos muitas vezes pelo telefone celular. Ela tem uma vida social intensa. Participa de um grupo de teatro, atividades de costura além de suas atividades cotidianas. É envolvida na luta antimanicomial e costuma participar dos eventos

relativos à mesma. Agradeço imensamente sua disponibilidade durante todo o período que estive em Joinville para realizar o trabalho de campo.

Roger é um homem branco, alto que aparentava ter 50 anos. Apesar de não frequentar nenhum serviço de saúde mental no momento que o conheci, diz ter recebido o diagnóstico de depressão numa consulta psiquiátrica que fez em um serviço de saúde mental. Além disso, acredita que as pessoas ficam com os problemas que os médicos “*põem na cabeça delas*”.

Bruno é um rapaz jovem, branco, que deve ter no máximo 23 anos. É tímido, fala pouco e quando o faz parece envergonhado. Conversamos algumas vezes, por pouco tempo. Usava medicação e em nenhum momento me falou sobre seu diagnóstico. Costumava estar acompanhado de seus pais que diziam que ele havia sido diagnosticado como esquizofrênico. Ele não trabalhava, nem estudava na escola. Estudava em casa, onde lia livros que lhe interessavam. Quando o conheci ele estava envolvido com o cachorro que havia comprado e que lhe demandava cuidados, por ser pequeno.

Mariana é uma mulher branca, jovem, gorda e que deve ter 35 anos. Já foi internada no hospital psiquiátrico, do qual reclama pelo excesso de medicação que as pessoas recebem quando estão lá.

André é um homem jovem, branco, de estatura média e muito simpático. Gosta muito de ler e gostaria de escrever um livro sobre suas experiências no campo da “saúde mental”. Acredita que começou a ter problemas pelo fato de ter sido abusado sexualmente quando mais jovem. Já esteve internado algumas vezes em hospitais psiquiátricos e quando o conheci fazia tratamento em uma unidade básica de saúde onde participava de um grupo e frequentava algumas atividades oferecidas no SOIS. Usava medicação antipsicótica. Mora com a mãe, é solteiro e não tem filhos.

Seu Roberto é um homem negro, magro, de estatura mediana e que aparenta ter 60 anos ou um pouco mais. Quando o conheci passava boa parte do tempo caminhando pelo pátio do CAPS III, onde conversamos algumas vezes. Seu comportamento por vezes era inusitado, dizia coisas sem sentido; outras vezes, era hostil com algumas pessoas. Comigo nunca foi hostil, mas nossas conversas sempre eram interrompidas pelos limites da sua vontade. Quando não queria mais conversar, virava as costas e saía sem ao menos anunciar. Diria que é um homem de frases curtas. Segundo outra experiente, Seu Roberto era

esquizofrênico e tinha ido muitas vezes para o hospital psiquiátrico. Ele nunca me disse nada a esse respeito. Morava sozinho, numa casa onde segundo ele tinha as coisas que precisava: “*tem o fogão, a geladeira, a cama, essas coisas assim de casa.*” No dia em que fui me despedir dele, pois havia dado por encerrado o trabalho de campo ele me disse: “*ué, achei que tu não gostava de mim.*” Eu respondi: “*porque?*”. E ele: “*porque sim*”. Virou as costas e saiu.

Estela é uma mulher branca, gorda e alta. Aparenta ter uns 35 anos. Já estive internada algumas vezes, quando foi diagnosticada como esquizofrênica. Mora com a irmã, é solteira e não tem filhos. É uma mulher séria, mas em alguns momentos deixa escapar um sorriso inocente que a faz parecer uma criança.

Juliano é um rapaz jovem, branco, de estatura média e que aparenta ter no máximo 22 anos. Apesar da sua jovialidade, tem a aparência pálida, fala e parece pensar de forma lenta ao contrário de suas pernas e mãos que se movimentam constante e involuntariamente. Enquanto conversávamos Juliano ficava marchando no mesmo lugar. Nossos diálogos tinham uma particularidade: ele sempre confirmava minha pergunta ou comentário. Se eu dizia: “*Como é teu nome?*” Ele me respondia: “*meu nome? Como é meu nome?*” Eu tinha que dizer: “*sim, qual é teu nome?*” Então ele respondia. Nesse compasso fomos conversamos e nos entendendo.

Marta é uma mulher branca, alta, bonita, gorda e aparenta ter uns 37 anos. Já estive internada em hospitais psiquiátricos algumas vezes e quando nos conhecemos fazia tratamento no CAPS III. É vaidosa e tem uma elegância particular, na maneira de vestir-se e andar. Conversamos algumas vezes, muitas delas enquanto fazíamos “fuxico” (um tipo de artesanato manual feito com retalhos de pano), sentadas em torno de uma mesa na varanda do CAPS III, num clima bem agradável. Um dia, talvez percebendo minha desatenção com ela, veio até mim e disse num tom um tanto ríspido: “*olha aqui, tu não fazer os fuxicos hoje ali comigo?*” Eu, entendendo que fazer “fuxico” fazia parte das minhas atividades ali, atendi o seu convite.

Janete é uma mulher branca, simpática e que elogiou os objetivos da pesquisa, tão logo comentei sobre os mesmos. Trabalha e dentre suas atividades está o cuidado diário com sua irmã, que é uma *experiente* e sua mãe, uma mulher idosa e que demanda alguns cuidados. É solteira e aparenta ter 30 anos.

Cila é uma mulher negra, comunicativa e aparenta ter 28 anos. É casada, tem duas filhas e faz tratamento em um serviço de saúde. Conversamos algumas vezes, em geral de forma rápida, pois ou ela estava indo para alguma atividade no serviço ou já estava de saída em função de seus compromissos fora dele.

Vilma é uma mulher branca, que aparenta ter no máximo 40 anos. É separada, mãe de três filhos, a quem dedica boa parte de seu tempo. Não trabalha. Esteve internada na ala psiquiátrica do Hospital Hans Dieter Schmidt, depois de ter ficado “*muito ruim*”, por conta dos problemas de um de seus filhos que estava usando drogas.

Mateus é um rapaz negro, que aparenta ter 25 anos. Já esteve internado em hospitais psiquiátricos, dos quais não tem boas lembranças. É um rapaz simpático, extrovertido e envolvido com as questões da luta antimanicomial. Tem um senso crítico aguçado e gosta bastante de estudar.

Marília é uma mulher branca de aproximadamente 40 anos. Mãe de dois filhos, casada, parou de trabalhar em função de suas dificuldades. “(...) *tive que parar né?!? Fui ficando nervosa, nervosa e aí não deu mais...*” me contou ela. É uma mulher reservada. Já esteve internada em hospital psiquiátrico.

José é um homem negro, que aparenta ter 50 anos. Já esteve internado por vários anos no hospital psiquiátrico e quando o conheci fazia tratamento num serviço de saúde mental. É solteiro e mora sozinho. Não trabalha. É um homem calmo, quieto e prestativo.

Suelen é uma senhora branca, de postura curvada. Tem 83 anos e uma vida cheia de dificuldades que vão desde o cuidado com o filho até as de ordem financeiras, tendo que catar latinhas de alumínio para aumentar a renda familiar. É viúva, tem quatro filhos e mora com um deles.

Joaquim é um homem branco que, segundo sua mãe, tem 47 anos. Tem sérias dificuldades de se comunicar e o faz com gritos e gestos inusitados. Também tem dificuldades de cuidar-se sozinho. Segundo sua mãe, desde pequeno “*deu ataque*” e por isso é assim.

Alex é um homem branco que aparenta ter 40 anos. É sério e tem um “*ar*” de preocupado. Poucas vezes o vi sorrir. Um dia, enquanto eu e várias pessoas conversávamos, ele virou pra mim e disse: “*tá uma barulhada hoje aqui, não é?!?*” Conversei com ele poucas vezes e sempre a sós, afastados da “*barulhada*”.

Caroline é uma mulher jovem, branca e magra, que aparenta ter no máximo 28 anos. É mãe de três filhos, de quem cuida com auxílio da avó. Já esteve internada algumas vezes em hospitais psiquiátricos e quando nos conhecemos fazia tratamento no CAPS III de Joinville.

Renato é um homem alto, negro, simpático e jovem. Deve ter no máximo 30 anos. Conversamos rapidamente na Conferência Regional de Saúde Mental em Joinville.

Miguel é um homem branco, gordo e que aparenta ter 35 anos. Mora sozinho em uma pensão. Conversamos algumas vezes, quando me contou que tinha sido casado, mas como era muito agressivo com a mulher, divorciou-se. Já esteve internado algumas vezes em hospitais psiquiátricos.

Francisca é uma mulher branca, de estatura média e que deve ter em torno de 60 anos. Tem história de longas e sucessivas internações psiquiátricas. Mora com a filha, o genro e uma neta. Não tem boa parte dos dentes. Conversamos algumas vezes, em outras nos fazíamos companhia, em silêncio.

Tendo apresentado as pessoas, a seguir discuto a maneira como as escutei, bem como as narrativas e diálogos que compuseram nossos encontros e também este trabalho.

### **1.3. Diálogos, narrativas e escutas**

Inúmeros são os estudos que discutem os pressupostos do trabalho etnográfico, mas adotei como pressuposto norteador desta pesquisa o diálogo. Um diálogo estabelecido horizontalmente, em que os discursos “nativo” e “científico” tivessem o mesmo estatuto e onde preponderasse o caráter relacional e reflexivo.

Colocar as coisas nestes termos significa dizer que, no exercício do diálogo, deve se estabelecer uma relação em que tanto “pesquisador” como “nativo” tornam-se iguais, ou seja, estabelecem uma relação de igualdade. “(...) a relação que se impõe entre as partes envolvidas no processo cognitivo, de monológica passa a ser dialógica, alterando a própria prática da chamada *entrevista* com a transformação do pesquisador e de seu informante em interlocutores” (Cardoso de Oliveira, 2006, p.67)

A ideia de adotar tal pressuposto como central neste trabalho partiu da minha afinidade com as contribuições teóricas de Deleuze e

Guattari (2007), Wagner (2010) e Eduardo Viveiros de Castro (2002 a e b), onde encontrei alguns elementos que permitiriam dar a este trabalho uma “qualidade perspectiva”, ou seja, partir da “concepção de que o mundo é habitado por diferentes espécies de sujeitos ou pessoas, humanas e não-humanas, que o apreendem segundo pontos de vista distintos”, como apresentou Viveiros de Castro (2002a).

Mas o que significa pensar as coisas desta maneira? Significa dentre outras coisas fazer alguns exercícios com a alteridade. Um deles é o de perceber que cada sujeito apreende o mundo segundo seu ponto de vista e sendo assim, ele constrói seu mundo, que não necessariamente é o mesmo apreendido por mim. Uma pergunta que esteve presente durante o processo da pesquisa foi: “o que para mim era reforma psiquiátrica para meus interlocutores era o quê?”

Outro é considerar a relatividade do lugar desse outro, a quem denominamos nativo. No trabalho em que discute a relatividade do “nativo”, Viveiros de Castro (2002b) argumenta que esse outro com quem lidamos não pode ser tomado como um “outro” substantivado, mas sim como “outrem”, apontando para o devir que atravessa este objeto “subjetificado”. Assim, quando estamos diante desse outro, a quem “transformamos em nativos” (Tornquist, 2007) somos levadas a considerar seriamente o que disse Viveiros de Castro (2002b, p.117): “Que o nativo seja um sujeito, não há a menor dúvida; mas *o que pode ser* um sujeito, eis precisamente o que o nativo obriga o antropólogo a pôr em dúvida”.

Obriga a por em dúvida justamente por serem encontros etnográficos que trazem a tona mundos nem sempre partilhados e que necessitam ser percebidos pelo pesquisador. No caso dos meus interlocutores, constituídos histórica e socialmente como destituídos de razão e, por isso, sem chances de ser escutados, a tarefa inicial foi conseguir me aproximar de suas perspectivas através da construção de espaços e tempos capazes de permitirem a emergência das mesmas para, logo, problematizá-las.

Para compreender como os interlocutores entendiam o processo da reforma psiquiátrica, um dos meus primeiros estranhamentos foi o fato da expressão “reforma psiquiátrica” fazer pouco ou nenhum sentido para muitos deles. Ela é compartilhada num universo diverso de sentidos, como é também a palavra “antimanicomial” e outras expressões do campo da saúde mental, mas os usos que se faz delas parecem ser

distintos. Daniel, um dos interlocutores, numa de nossas conversas, me disse: “*isso aí, que vocês falam, reforma psiquiátrica, eu acho que tem muita coisa, eu tô estudando agora psiquiatria...*”, demonstrando que a mesma não fazia parte, ainda, de seu universo de significados e nem dos mundos que constrói. (Wagner, 2010)

A intenção não era compreender o quanto as pessoas conheciam ou não certas expressões do campo da saúde mental, mas iluminar as possíveis perspectivas que os interlocutores tinham sobre tal processo e foi a partir de diferentes conversas com as mesmas que foi possível, nesse processo de estranhamento, compreender algumas delas.

Nesse sentido a Reforma Psiquiátrica deixou de ser o contexto em que todos, eu, os profissionais de saúde mental, os gestores e os sujeitos da pesquisa (“usuárias”, “usuários”, *experientes*) estão inseridos, e passou a ser um dos pontos de vista dessa difusa rede de relações. É preciso também levar em conta um outro estranhamento, que é o estranhamento deles em relação às categorias e questões trazidas por mim. A fala citada acima, do sujeito que diz estar “estudando a psiquiatria” evidencia uma simetria e uma reversibilidade nesse “trabalho de investigação” (Wagner, 2010).

A fim de conseguir operar com tais estranhamentos e relativizar alguns lugares<sup>22</sup> comuns, ou melhor, naturalizados no campo da saúde mental presentes no contexto da pesquisa, pensei em adotar a noção de roupa, tal como apresentado por Viveiros de Castro (2002a), articulada com a noção de agenciamento de Deleuze e Guattari (2007a e 2007b), que resultaria numa certa noção de *investimento* ou *desinvestimento*, que ajudariam no deslocamento dos sujeitos entre estes lugares. Isso ficará mais claro quando da apresentação da análise de alguns dados de campo.

Por enquanto cabe dizer o que significam estes dois conceitos. Para Deleuze e Guattari (2007 a e 2007 b) um agenciamento é composto das velocidades e intensidade, de linhas de articulação, segmentaridade como também de linhas de fuga e movimentos de desterritorialização. Diz-se que tal agenciamento funciona em conexão (por afectos e perceptos) com outros agenciamentos, o que tais autores chamam de máquinas.

---

<sup>22</sup> Tais lugares são ocupados pelas pessoas que participam do processo da reforma psiquiátrica brasileira, como, por exemplo, o lugar do *experiente*, do trabalhador, do gestor, do familiar, dentre outros, como será discutido no terceiro capítulo.

A noção de roupa, tal como é discutida por Viveiros de Castro (2002 a), seria a forma manifesta dos seres, um atributo que pode vir a ser trocado e também descartado. Tal ideia faz supor que tal roupa envolva um corpo, porém o autor esclarece que aquilo que a roupa envolve não tem uma qualidade fixa. O interior da roupa não é uma substância, mas estaria preenchido por intencionalidades, subjetividades que, acionadas pela roupa, se “materializam” nos corpos desta ou daquela maneira.

Assim, uma roupa articula-se com intencionalidades, subjetividades e faz operar formas “corporais”. Seria como dizer que vestir tal roupa, *investe* a pessoa dessa ou daquela condição, posição, sempre de maneira contingente uma vez que elas são relacionais e móveis. As roupas, constituídas e atravessadas pelos devires possíveis, colocam tais subjetividades em contato com o mundo, agenciam com outras roupas, outros mundos.

A ideia de utilizar tais conceitos aqui não significa transportar a cosmologia ameríndia com que Viveiros de Castro trabalhou, mas utilizar seus conceitos, agenciados com outros, como uma “caixa de ferramentas” para ajudar a pensar, como proposto por Deleuze, durante a conversa com Foucault em *Os intelectuais e o poder* (Foucault, 2009[1979]): “Uma teoria como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione.” (idem, p.71)

Peter Stallybrass (2008), de maneira literária, mostra a relação da subjetividade com os objetos que compõe o mundo, tomando como elemento de reflexão um casaco. Apresenta suas reflexões partindo de sua experiência subjetiva disparada através do preenchimento do casaco que vestia (tal casaco era de um amigo já falecido e lhe fora doado após a morte do mesmo), por suas memórias e dores. Tal autor ajuda a pensar, através de suas reflexões, em como os *investimentos* trazem a tona processos de subjetivação.

São tais *investimentos* que são acionados em diferentes situações e espaços por onde os *experientes* circulam. Ainda que eu tenha acompanhado alguns espaços institucionais, foi também no espaço das cidades que pude compreender os efeitos do processo da reforma psiquiátrica, especialmente no que se refere à desinstitucionalização do lugar social destinado aos *experientes*. Além disso, através de suas narrativas, fui percebendo tais *investimentos*.

Tal como o diálogo, as narrativas fazem parte dos aportes teórico metodológicos adotados neste trabalho. Elas são entendidas aqui, como sugerido por Maluf (1999 e 2005), como “formas de interpretação do vivido” e de “emergência do “sujeito” e por Langdon (1999, p.247) “como o resultado do evento de sua narração num contexto cultural particular”.

Foram adotadas levando em consideração o interesse em compreender o processo de produção das mesmas a partir das transformações que ocorreram desde o início da reforma psiquiátrica brasileira e de como os possíveis contextos e suas circunstâncias contribuem para a construção das mesmas. Além disso, foram colocadas em tensão com o que poderia ser chamado da grande narrativa sobre o processo da reforma psiquiátrica, amplamente difundida.

O que poderia ser considerado como a “grande narrativa” da reforma psiquiátrica é um conjunto de discursos que busca falar de uma série de mudanças no campo da saúde mental, desencadeadas num determinado momento histórico e acompanhadas por um ideário de transformação. Estou me referindo também ao conjunto de materiais institucionais e também a grande parte da literatura produzida desde o começo do processo da reforma psiquiátrica brasileira que instituiu não apenas uma determinada ideia do que seria a mesma, como também a ideia de que é possível elaborar uma totalidade sobre este processo.

Tal como supôs Foucault (2009 [1970], 22)

Suponho, mas sem muita certeza, que não há sociedade onde não existam narrativas maiores que se contam, se repetem e se fazem variar; fórmulas, textos, conjuntos ritualizados de discursos que se narram conforme circunstâncias bem determinadas; coisas ditas uma vez e que se conservam, porque nelas se imagina haver algo como um segredo ou uma riqueza.

Em contraponto a estas grandes narrativas, foram analisadas as narrativas dos sujeitos entendidas como: ordenadoras da experiência, na medida em que lhe concedem sentido; como fazendo parte do processo de situar o sujeito no mundo, nesse duplo de construir e ser construído por determinadas experiências; e como performance, ou seja, como “uma orquestração de meios simbólicos comunicativos, e não

expressões num único meio. Elas resultam num conjunto de mensagens sutilmente variadas sendo comunicadas numa performance”, como sugeriu Langdon (1999, p.23).

Como performance, neste narrar poderíamos localizar algumas qualidades inter-relacionadas, entendidas por Langdon (2007) como aquelas que sintetizam as diferentes abordagens da mesma, tais como: experiência em relevo; participação expectativa; experiência multisensorial; engajamento corporal, sensorial e emocional e significado emergente. Tais qualidades são evidentes no fragmento do diário de campo que segue e que parece bastante ilustrativo :

*“Eu e Caroline estávamos sentadas em torno da mesa na varanda da casa do CAPS III. Começamos a conversar e então ela começa a me contar de sua experiência nos serviços de saúde mental (...). Pergunto-lhe sobre como são os serviços onde já estive e ela começa sua descrição. Enquanto fala, olha ao redor (ao nosso redor tem um jardim, algumas plantas; de onde estamos sentadas é possível ver o jardim, o movimento dos carros e pessoas que transitam na rua, as casas vizinhas) e diz: “lá no hospital é assim...é cinza, tudo cinza, no chão...tem um muro...é ...um muro bem alto.Tudo, tudo de cimento.” Caroline, coloca em cena não apenas suas palavras mas também seu corpo, sua memória e utiliza o cenário onde estamos, para se deslocar ao outro lugar que descreve. Segue contando, dizendo: “ eu fui lá...eu fui ter meu primeiro filho....eles não me cortaram lá...eu fiquei toda arrebetada”. Eu pergunto porque não lhe cortaram, e ela prossegue dizendo: “nasceu de sete meses...porque estourou a bolsa. Aí eu fui lá...dei três gritos: ‘ah! ah! ah!’” (os gritos que deu lá, ela repete aqui). Ao final, olha pra mim e para um outro homem que está por perto e ri. Diante de sua performance e, em especial, de sua risada, comecei a rir também.” (Fragmento do Diário de Campo)*

A possibilidade de expressão foi o que fundamentou os encontros etnográficos desta pesquisa, através da constituição de tempos e espaços para a produção de narrativas pessoais, singulares, que permitiriam a expressões dos modos de interpretação das pessoas sobre suas experiências.

Apesar de ser esta minha intenção, me deparei em alguns momentos com o fato de alguns interlocutores não se sentirem habilitados a narrar alguns aspectos do processo de reforma psiquiátrica do qual fazem parte, tal como descreveu Maluf (1993) em seu estudo

sobre as narrativas de bruxaria na Lagoa da Conceição em Florianópolis, onde os mais jovens não se sentiam habilitados a contar tais histórias, delegando aos mais velhos tal habilidade.

Um desses momentos aconteceu na Conferência de Saúde Mental de Joinville. Enquanto eu e Renato conversávamos sobre sua experiência nos serviços de saúde mental ele fez uma referência a sua participação na Associação de Usuários da cidade e então eu perguntei: *“Ah, e como funciona a Associação?”* e diante da minha pergunta ele disse: *“ih.. isso aí tu tem que falar é com a Cleo [uma trabalhadora], ela é que vai saber te explicar isso aí.”* Eu insisto e digo: *“tá, mas o que que tu achas?”* E ele me responde: *“espera aí, eu vou chamar ela para te explicar”* e sai para chamá-la.

Esta inabilidade me faz pensar que, além do fato das pessoas não se sentirem capazes de falar sobre a organização e funcionamento das instituições das quais fazem parte, pressupõe também uma desautorização própria de um contexto de certa forma hierarquizado que faz falar alguns e silencia outros.

Tomei também em consideração o modo como as pessoas falavam de si neste contexto, já que não falavam apenas de si nem somente para um outro, mas também para si, como um modo de resignificar a experiência, entendendo como sugeriu Maluf (1999, p.8) que: *“É esse “trabalho” de transformação que reunirá todas as experiências e práticas narradas, que lhes dará um sentido e colocará o sujeito que conta em uma posição diferente do sujeito que é objeto de sua narrativa.”*

Em determinado momento do trabalho de campo, decidida a organizar o material obtido até então, havia definido que um elemento importante para a construção do trabalho era discutir quem fala com quem, os monólogos e diálogos, pois havia percebido, como percebi até o final do mesmo que as conversas aconteciam de diferentes maneiras. Elas aconteciam ao redor das mesas de trabalho, entre pessoas que conversavam entre si, outras que conversavam sozinhas, outras que não conversavam. Em outros espaços as pessoas conversavam com alguém que eu não ouvia, com alguém que eu não entendia (eu mesma não entendi muitas vezes as falas que eram dirigidas a mim, apesar de meus esforços), ou então com alguma pessoa “invisível”.

A invisibilidade apareceu durante a pesquisa no mínimo de duas maneiras. Uma delas se refere ao fato de que, em alguns (poucos)

momentos do trabalho de campo alguns interlocutores conversavam ou se referiam a alguém que eu não via, sendo assim invisíveis aos meus olhos. A outra maneira diz respeito à invisibilidade que se opera em relações complexas de poder, onde os sujeitos entendidos como destituídos de razão, tornam-se invisíveis aos olhos da racionalização do sujeito.

Não foram muitas as situações em que as pessoas estavam invisíveis aos meus olhos. Foram situações particulares e singulares neste processo de pesquisa, pois em geral estabeleci conversas “convencionais”, guiadas pela lógica discursiva compartilhada em nossa sociedade. Houve algumas exceções, como a conversa que tive com Laura e outra que tive com Sara.

Eu tinha ido visitar a casa (que era um serviço residencial terapêutico da cidade de Barbacena) onde Sara morava com mais quatro mulheres, todas egressas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena. Após uma tarde agradável Sara se propôs a me acompanhar até o ponto de ônibus e enquanto aguardávamos o mesmo, conversávamos sobre vários assuntos até que ela me disse: *“tá vendo aquele cara ali? Ele quer ser meu namorado.”* Eu não vendo ninguém, pergunto: *“que cara?”* Ela olha para a calçada defronte e me diz: *“Aquele ali, aquele sentado ali na frente.”* Eu sigo sem ver, nem ali, nem em qualquer outro lugar. E insisto: *“qual cara Sara?”* E ela diz: *“Aquele que tá sentado ali.”* E sem me dar chance de perguntar mais uma vez qual era o cara prossegue: *“ele fica sempre assim, me olhando, me olhando... nem tô (fazendo um gesto de desprezo)...”*

A outra situação foi vivenciada com Laura. Encontramo-nos em um serviço de saúde mental enquanto eu andava pelos corredores do mesmo. Ela, notando minha disponibilidade para a conversa logo me chamou e começou a me explicar que estava com problemas com seu filho, que estava ali com ela e, num determinado momento de nossa conversa me disse, apontando para um ponto na sala: *“Viu só como ele é?”*. Aos meus olhos, não tinha nenhuma criança ali.

Concordei com seus argumentos, pois não me interessava discutir a presença ou ausência da criança ali, assim como não havia me interessado em discutir a existência do *cara* que Sara me mostrava do outro lado da rua, mas como isso compunha nossas conversas. Alguns diriam: conversa de louco. Mas poderia ser dito: em que isso ajuda a pensar?

Foi Laura que me contou sobre os abusos do corpo das mulheres no hospital psiquiátrico e de como isso é viabilizado pelo lugar de subalternidade e destituição da condição de sujeito das “loucas”, bem como pelas altas doses de medicamentos que recebem quando vão para o hospital. Ela disse, após falar de tais abusos: “Agora “cê” vê, esse menino não para de me incomodar, depois eu fico ruim e me mandam pra lá, me dopam e aí já viu...”

Este trabalho não é feito só de palavras, mas também de silêncios. O silêncio é portador de muitos significados, especialmente numa sociedade tão barulhenta quanto a nossa e, por isso, passei a respeitá-lo e escutá-lo com maior atenção<sup>23</sup>. Em um dos serviços que frequentava, por diversas vezes estive sentada na companhia de outras pessoas, possíveis interlocutores, em silêncio. Em alguns momentos, ecoavam algum sentido, em outros nem tanto, em outros ainda, nenhum. Assim também ocorreu com as conversas, que ora faziam muito sentido, ora nem tanto.

Aqui cabe uma ressalva sobre a maneira como eu me *desinvesti* da roupa de psicóloga para poder realizar uma escuta diferenciada daquela a qual estava acostumada nas práticas assistenciais que desenvolvi. No contexto desta pesquisa, me *investi* da roupa de pesquisadora em ciências humanas que desenvolvia uma pesquisa de cunho etnográfico e, assim, foi esta a escuta que desenvolvi.

As narrativas foram escutadas em suas diferentes dimensões. Uma delas situada no que se chama de *linguagem da loucura*, ou seja, do discurso de pessoas que são diagnosticadas como psicóticas e que tem como sintoma, na perspectiva biomédica, um discurso desorganizado. Na tentativa de relativizar um pouco tal desorganização do pensamento/discurso, mantive a ideia de que o *discurso desorganizado ou a fala psicótica* não são destituídos de coerência e apresentam, no geral, uma intenção, comunicam algo e por isso neste trabalho foram consideradas como “instrumentos para problematizar a norma e o universal.” (Muñoz, 2009).

Acredito como argumentou Peter Pál Pelbart (1993, p.12) que: “Não se trata de “usar” o sofrimento do louco para “fazer filosofia”, mas de infletir-nos a partir daquilo que o campo da loucura dispara e

---

<sup>23</sup> Agradeço os comentários da Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Juracy Filgueiras Tonelli durante a banca de qualificação do projeto da pesquisa sobre os possíveis significados do silêncio e a importância de estar atenta a ele.

conturba em nós. É uma maneira entre outras, porém esquecida e valiosa, de "ouvir" a loucura.”

Parti do entendimento de que as narrativas são também itinerários terapêuticos, resultado das interpretações e busca de sentido (Maluf, 1999) construídos pelas pessoas. Itinerário terapêutico entendido aqui tal como discutido por Alves e Souza (1999):

(...) se podemos dizer, por um lado, que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real, por outro, sua interpretação é um tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados. Nesse aspecto, o itinerário terapêutico envolve tanto ações quanto discurso sobre essas ações. (idem, p. 134)

As narrativas, nesta perspectiva, se constituíram como um recurso através do qual foi possível construir outras formas de “ouvir” a loucura, em suas palavras, ações e silêncios.

O fato de eu ter escolhido realizar uma pesquisa de cunho etnográfico, tendo os *experientes* como meus interlocutores foi muito relevante para que eu pudesse realizar inúmeros movimentos, transitar por diferentes planos, através dos quais fui reconhecendo as múltiplas reformas psiquiátricas que vem se desenvolvendo em diferentes contextos como será apresentado no próximo capítulo.

## SEGUNDO CAPÍTULO - MÚLTIPLAS REFORMAS, INÚMEROS PLANOS

Neste capítulo são desenvolvidas algumas discussões sobre o processo da reforma psiquiátrica e seus desdobramentos na assistência psiquiátrica no Brasil. Como veremos no decorrer das discussões, a reforma psiquiátrica é um processo heterogêneo de práticas, atravessada por múltiplos planos, o que faz com que apresente diferentes configurações, conforme os contextos em que se desenvolve.

É também neste capítulo que será apresentada a realidade da cidade de Joinville - Santa Catarina, cujos parâmetros críticos estiveram embasados em outras experiências como a da cidade de Barbacena - Minas Gerais, também apresentada aqui.

Por fim, apresento e discuto as influências e confluências da experiência da reforma psiquiátrica italiana no processo de reforma psiquiátrica brasileira.

### **2.1. As reformas psiquiátricas institucionais e cotidianas no Brasil**

*“já faz ano já, já faz mês, desde o ano 70, 80, 90 por aí já, no ano 90 eu tava doente, mas no ano de 78, 75, 2003 por ali é que eu já tava indo...já tava fazendo umas coisa sozinho. (...) se a pessoa se cuida em casa, direitinho, não precisa internamento né?!”*(Fragmento do Diário de Campo)

O processo do qual falávamos quando S. Adão fez o relato do qual extraí o fragmento acima tem muitas possibilidade de abordagem se considerarmos sua complexidade. Uma destas possibilidades situa-se no tempo, mais especificamente, no tempo histórico onde algumas transformações foram colocadas em movimento num fluxo de outras tantas mudanças que o tornaram possível.

Tais transformações modificaram e possibilitaram outras configurações nas relações até então estabelecidas em torno da assistência psiquiátrica e suas terapêuticas diante da “doença mental”, ou melhor, da loucura tornada objeto, até hoje bastante impreciso. Foram mudanças de diferentes ordens e níveis, do coletivo ao singular, do institucional ao individual, que impactaram e/ ou afetaram muitas pessoas.

Seu Adão é um homem que pertence às classes populares, é branco e não fossem seus problemas psiquiátricos, talvez estivesse trabalhando, morando sozinho ou então teria constituído sua família. Mas são apenas suposições. Como todas as pessoas da sua geração, conheceu a assistência psiquiátrica pela porta dos hospitais psiquiátricos, onde esteve internado muitas vezes. Para ele, assim como para outras pessoas que conheci, as transformações produzidas pela reforma psiquiátrica implicaram em mudanças significativas na sua vida. Como ele mesmo disse, “*bom mesmo é ficar em casa, com as coisinhas da gente.*”

“*Ficar em casa com as coisinhas da gente*” significa para estas pessoas a possibilidade de não romper vínculos sociais e familiares importantes, não afastar-se daquelas pessoas a quem estão familiarizadas bem como não estar sujeito aos desdobramentos (em geral preconceituosos) que uma internação psiquiátrica desencadeia.

Tivesse eu que dar outro nome para o processo que conhecemos como o processo da reforma psiquiátrica brasileira, diria que se trata de revoluções; revoluções das pessoas nas suas experiências de vida e seus contatos com a saúde mental, a partir de agenciamentos, desagenciamentos, produções de fazeres e saberes que emergiram no cotidiano das pessoas com quem convivi e compartilhei acontecimentos diversos.

Após os acontecimentos desta pesquisa também não o chamaria de processo “da” reforma psiquiátrica, mas sim “das” reformas, fazendo coro com outras autoras como Fonseca et al.(2007), que já apontaram tal aspecto. São muitas reformas, não apenas na diversidade de práticas, teorias e ideologias como naquilo que pretendem reformar.

Alguns trabalhos já haviam apontado para a diversidade dos processos de reforma psiquiátrica bem como para sua complexidade. Franco Rotelli, Diana Mauri e Otta De Leonardis (2001b [1986]), a partir da experiência italiana, comentam que o processo de transformação da assistência psiquiátrica é um processo dinâmico, conflitivo e não-resolutivo. Tais autores aludem o dito de Franco Basaglia um dia após a aprovação da Lei 180, no ano de 1978, de que: “por sua lógica interna e pelas características do terreno na qual age, esta lei abre mais contradições do que as que resolve.” (idem, p.49) Penso que Basaglia e os demais autores se referiam tanto à lei, como ao processo de transformação da assistência psiquiátrica em si.

Seja pela complexidade do processo como pelos aspectos que o compõe, as contradições e paradoxos que se encontram presentes na atualidade destas transformações no Brasil marcam o espectro grande de práticas que extrapolam o campo da saúde.

O processo da reforma psiquiátrica brasileira se desenvolveu num contexto mais amplo de reforma psiquiátrica que vinha sendo desencadeado em outros países, em uma concepção contra-hegemônica ao modelo vigente, baseado na custódia dos “loucos” e suas “loucuras” em espaços fechados. Tal modelo, à época, foi reconhecido como incapaz e ineficiente, nas suas vertentes práticas e teóricas, como mostram os trabalhos de Foucault (1997[1972]), Erving Goffman (2001[1961]), David Cooper (1989), dentre outros.

Em sua análise sobre os diferentes movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo (Itália, França, Estados Unidos, dentre outros países), Manuel Desviat (1999) mostra como o contexto pós-segunda guerra, aliado a outros acontecimentos, como o advento dos psicotrópicos e da psicanálise, foram fatores propulsores destes processos, que aconteceram de maneiras distintas nos diferentes países em que ocorreram. Para o autor estes movimentos estiveram permeados pelas características próprias de cada país, e também do que ele denominou como diferentes momentos históricos dos movimentos de reforma psiquiátrica no mundo, que teriam como condições comuns um clima político e social propício e uma legitimação administrativa favorável.

Desviat (1999) considera dois momentos históricos dos movimentos da reforma psiquiátrica no mundo sendo o primeiro desenvolvido na França, na Itália, na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá e o segundo desenvolvido em países como o Brasil e a Espanha. Para o autor, este segundo momento estaria influenciado pelas reformas anteriores. Na sua avaliação, os riscos dos processos de transformação da assistência em saúde mental, enquanto psiquiatria pública alternativa estariam situados: “ por um lado, da crise de seu esteio principal – os serviços sanitários, sociais e comunitários do chamado Estado de Bem Estar Social- e, por outro, da evolução fármaco-dependente e rudimentarmente biológica da psiquiatria.” (idem, p.157)

O Brasil, compondo este segundo momento, apesar de basear-se nas diferentes experiências de reformas já ocorridas no mundo, travou

um diálogo estreito com a experiência italiana<sup>24</sup>, que já iniciara seu processo de reforma psiquiátrica, aprovara a Lei 180 e fechara os hospitais psiquiátricos. Para Desviat (1999) a reforma psiquiátrica brasileira, por “mobilizar um grupo amplo e atuante”, teria muita importância na mobilização das reformas que a antecederam e que, agora desmobilizadas, encontrariam inspiração no cenário brasileiro.

A reforma psiquiátrica italiana, também conhecida como Psiquiatria Democrática ou anti-institucional, desenvolvida, sobretudo, por Franco Basaglia e o grupo que com ele trabalhou em Gorizia, enfrentou (e ainda enfrenta) muitas dificuldades, não apenas na aprovação da Lei 180, como na implantação de suas normativas.

Durante o tempo em que estive na Itália, pude perceber através dos contatos e atividades que lá desenvolvi que a reforma psiquiátrica italiana não é homogênea, ela se desenvolveu de forma heterogênea por todo país, com diferenças significativas. No II Encontro Nacional *Impazzire si può*<sup>25</sup> pude conversar com pessoas de diferentes partes do país e segundo os relatos que ouvi, as condições de financiamento e funcionamento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico são precárias em algumas regiões. De maneira geral, as pessoas envolvidas neste processo consideram que o sul da Itália apresenta maiores dificuldades na consolidação do mesmo, por questões socioculturais mas, sobretudo, econômicas. Desviat (1999) apontando para as diferenças na execução de políticas públicas nacionais e fazendo referência às experiências da Itália e Espanha diz:

Quando se fala da reforma psiquiátrica italiana, faz-se referência a um modelo que foi modificado por uma legislação (a lei 180, de 1978, que eliminou os manicômios) e a alguns princípios desinstitucionalizadores, mas, no cômputo final, nem todas as regiões da Itália concluíram os

---

<sup>24</sup> Foram importantes interlocutores deste diálogo autores como, Franco Basaglia, Franco Rotelli, Benedetto Saraceno, Ernesto Venturini, dentre outros. Cabe destacar que este diálogo se mantém nos dias de hoje, através de intercâmbio de experiências, participação em eventos, convênios universitários, dentre outros.

<sup>25</sup> Tal encontro ocorreu na cidade de Trieste – Itália, entre os dias 22 e 24 de junho de 2011 e reuniu pessoas de todo país.

projetos de reforma. O mesmo acontece em todos os países. Na Espanha, isso foi assinalado no *Informe Del Defensor Del Pueblo* de 1992, que ressaltou a falta de recursos em algumas regiões ou, em outras, a sobrevivência do manicômio como recurso hegemônico. (idem, p.164)

A reforma psiquiátrica italiana tomou como foco o fechamento dos hospitais psiquiátricos (o termo usado era manicômio, entendido como aquele que não deixava dúvidas quanto à realidade a qual se opunham) e as dificuldades deste direcionamento não foram e ainda não são poucas.

Foi na cidade de Trieste, ainda hoje referência no país em termos de reforma psiquiátrica, que o primeiro hospital psiquiátrico foi fechado, contando com um clima político propício e um árduo trabalho de desconstrução e reconstrução de outro modo de tratar os “loucos”, como descrito por Rotelli (2001) em *A instituição Inventada (L’istituzione inventata)*. Assim como a desconstrução dos manicômios que atualmente não existem mais no país, a aprovação da lei demandou muitos embates e anos para acontecer. A aprovação da lei, tal como em outros países como apontou Desviat (1999), inclusive o Brasil, ocorreu concomitantemente à aprovação de uma reforma mais ampla da saúde, denominada reforma sanitária.

Contudo, para Antonio Lancetti (1990), ainda que a experiência italiana e a psiquiatria democrática tenham inspirado a reforma psiquiátrica no Brasil, ela não operou como um modelo, pois como disse o autor sobre a sua experiência de desinstitucionalização na cidade de Santos - SP:

(...) temos utilizado outros recursos disponíveis como a psicologia social, a psicofarmacologia, a comunidade terapêutica, o psicodrama, elementos da psicanálise, de análise institucional e lateja no âmago dessa práxis um pensamento esquizoanalítico. (idem, p. 144)

Tal como aponta Lancetti (1990), a diversidade de abordagens fez parte do processo de desconstrução manicomial na realidade brasileira, tendo cada uma delas contribuído à sua maneira para o mesmo. A diversidade de abordagens, que podem em alguns aspectos

apresentarem-se como contraditórias, está relacionada não apenas às características do processo que não requer a adesão a esta ou aquela abordagem, mas também à diversidade na formação dos profissionais que atuam no mesmo.

No trabalho em que discutem a reforma psiquiátrica brasileira como um processo rizomático, Fonseca et all. (2007), apresentam a mesma como uma obra plural, composta de tensões e “inquietudes” para usar as palavras das autoras. Ao usarem o conceito de rizoma, as autoras demonstram os infinitos percursos, tensões, embates e movimentos presentes neste processo. Tal conceito advém das reflexões de Deleuze e Guattari, que definem que um rizoma “não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda” (2007a, p.32), e talvez essa seja uma definição possível deste processo.

Na perspectiva de Amarante (1996, p.14), a reforma psiquiátrica “trata-se de um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica (...)”. Para o autor tal reforma abrange quatro dimensões: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, que ora se entrelaçam, ora são conflitantes e/ou consensuais<sup>26</sup>. Pelo movimento que mobilizam, geram tensões, contradições e paradoxos

Quando conversei pela primeira vez com Daniel, um dos interlocutores, sobre a pesquisa, ele me disse: “*ahh...a reforma psiquiátrica...pra mim a reforma psiquiátrica anda igual um caranguejo, vai assim...depois vai assim....(colocando seu corpo em movimento para demonstrar as idas e vindas.)*”. Talvez seja outra possibilidade de definir tal processo, se pensarmos nos movimentos e nas andanças erráticas do caranguejo (e também deste processo).

Tais movimentos também faziam parte das experiências de Daniel. Ele já havia feito várias andanças no campo da saúde mental, desde sua primeira internação em um hospital psiquiátrico até tratamentos particulares com profissionais da área psi e

---

<sup>26</sup> Em seu livro intitulado Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira, publicado em 2010, Silvio Yasui faz uma discussão sobre os desafios de cada uma destas dimensões no contexto atual da reforma psiquiátrica brasileira.

acompanhamento nos serviços públicos de saúde mental criados no processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Suas andanças percorriam outros âmbitos de sua vida. Havia trabalhado e foi aposentado em função de seus problemas. Segundo me contou, havia sido casado e em função da separação, se afastado e se aproximado novamente dos filhos. Inúmeros movimentos haviam sido desencadeados na sua vida em função de suas experiências em torno da saúde mental.

Em outro texto destaquei a importância de considerar, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, a palavra movimento em seu sentido mais amplo e a usei em itálico justamente por entender que ela se referia “tanto ao movimento social como por fazer parte do processo complexo da reforma psiquiátrica brasileira, com avanços e retrocessos, transformações e estagnações; que produz inúmeros sentidos e inquietações e que precisa ser inventado cotidianamente.” (Andrade, 2010, p. 290).

Penso que o mesmo se caracteriza por um processo definido em um tempo histórico, cujas mudanças podem ser reconhecidas nas instâncias institucionais, transformadas pelas práticas emergentes deste momento, por força da lei, e também nas instâncias de singularização das experiências, vividas objetiva e subjetivamente pelos afetados por este processo, por assim dizer, todos nós e pela tensão entre elas.

Como processo rizomático (Fonseca et all, 2007) é difícil definir seu começo, sabe-se de sua época: final dos anos 70 e desenrolar dos 80, quando algumas pessoas se articulavam em diferentes lugares do Brasil para construir possíveis respostas aos problemas relacionados às práticas assistenciais de saúde mental. Sabe-se também que está em curso no país há aproximadamente trinta anos e tem como objetivo principal transformar a assistência psiquiátrica no país, a partir da crítica aos saberes instituídos, em especial o saber psiquiátrico, bem como aos modelos tradicionais, privatizantes e hospitalocêntricos.

Segundo Amarante (1996), o movimento teve a oportunidade de se organizar no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado na cidade de Camboriú – Santa Catarina, em outubro de 1978, que ficou conhecido como o “Congresso de abertura” “pois pela primeira vez, os movimentos de saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação

Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma “frente ampla” a favor das mudanças (...)” (idem, p.53 e 54).

No ano de 1979, Franco Basaglia visitou o Brasil, um ano depois da aprovação da Lei 180 na Itália e um ano antes de sua morte, quando proferiu uma série de conferências públicas<sup>27</sup> a convite do movimento social que começava a se organizar e que encontrou ali algumas ressonâncias para o que vinha sendo construído enquanto “novas práticas”.

Tal movimento colocou em cheque uma série de conceitos e práticas que vinham se mostrando insuficientes para responder aos valores que emergiram na época, bem como para dar conta do que se passou a entender como práticas assistenciais dignas e de respeito ao ser humano, gerando “uma ruptura com convicções que não fazem [faziam] mais sentido no presente”. (Costa, 1996 [1994])

Ainda que este processo tenha sido desencadeado na década de setenta, foi na década de 80 que as transformações dos conceitos e papéis do campo da saúde mental passaram a ter maior visibilidade, em especial, pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira<sup>28</sup> também denominado de movimento da luta antimanicomial, que, no cenário de um país em processo de democratização e de reformulação no seu sistema de saúde, denominada de reforma sanitária<sup>29</sup>, passou a

---

<sup>27</sup> Tais conferências estão publicadas em italiano no livro *Conferenze brasiliane*, publicado pela Editora Raffaello Cortina no ano de 2000 e a segunda edição em 2008. As conferências proferidas em São Paulo e no Rio de Janeiro foram publicadas em português no livro intitulado *A psiquiatria alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*, pela Editora Brasil Debates, no ano de 1979.

<sup>28</sup> Para uma descrição detalhada do processo de reforma psiquiátrica brasileira ver Amarante (1994 e 1995), João Silva Filho e Annette Leibing (1999), dentre outros.

<sup>29</sup> O processo da reforma sanitária teve bastante influência sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira, tendo em comum o fato de ambos contarem com a participação significativa dos movimentos sociais. A proposta da reforma sanitária representava um projeto de saúde contra-hegemônico que criticava as precárias condições de saúde bem como o descaso e a mercantilização da mesma. Tal processo ganhou força na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 quando foi proposta a

questionar os saberes e práticas psiquiátricos e a fazer uma crítica radical do espaço do hospital psiquiátrico como local de tratamento.

O movimento da luta antimanicomial foi protagonizado por diferentes atores sociais e o tema, que era reduto de especialistas, na sua dimensão teórico-técnica passou a introduzir questões da esfera político-ideológica tais como: cidadania, direitos e ética, dentre outros. Assim, tal processo foi sendo construído nos diversos encontros que aconteciam em diferentes regiões do país, como mostra o trabalho de Amarante (1995) sobre a história da reforma psiquiátrica brasileira.

Foi também o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru em 1987, que através de suas discussões e da criação do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, impulsionou o movimento da reforma psiquiátrica no país, reforçando a necessidade de transformações no campo da saúde mental. Como discutido por Boaventura de Sousa Santos (1995), os movimentos sociais formularam “alternativas mais ou menos radicais ao modelo de desenvolvimento econômico e social do capitalismo” e afirmaram o protagonismo de diversos atores sociais.

O movimento da luta antimanicomial, por sua importância para este processo, representa uma instância política que mantém vivo, através de diferentes fóruns, o ideário de transformação da assistência psiquiátrica no país. O movimento que teve seu início nos anos 70, ainda organiza e articula pessoas e grupos em seus núcleos espalhados por todo país, inclusive na cidade de Joinville - SC, e listas de discussões virtuais, em defesa de uma assistência psiquiátrica antimanicomial.

Contudo, ainda que seja um atravessamento marcante, uma linha de força do processo da reforma psiquiátrica no Brasil, não se constitui como um movimento homogêneo. É um movimento composto por impasses, embates, divergências e conflitos, como apontam Ligia Helena Lückmann e Jefferson Rodrigues (2007).

---

criação de um sistema único de saúde, que veio a ser aprovado e legitimado posteriormente na Constituição Federal Brasileira em 1988. Cabe lembrar que no ano de 1987 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. São assim, processos que se articularam e estão imbricados.

Tais conflitos também foram apontados por Martinho Silva (2011), que em sua análise argumenta que o movimento da luta antimanicomial teria se dividido quando a Política Nacional de saúde Mental (Lei 10.216/2001) foi aprovada. Para o autor

de um lado, ficaram os que consideravam os avanços e as conquistas do movimento dignos de comemoração, inclusive a promulgação da lei, cujo projeto estava em trâmite no Congresso Nacional desde 1989; do outro lado, ficaram os ainda insatisfeitos com o ritmo do fechamento de manicômios e abertura de serviços extra-hospitalares como os CAPS. Os que ficaram na luta antimanicomial consolidaram o movimento como interlocutor da Coordenação, os que dele saíram fundaram a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial / RENILA – a partir de agora *Rede internúcleos* – e passaram a fazer oposição ao governo federal, representado pela Coordenação.

Cabe dizer que tal divisão, rompimento ou mesmo a identificação dos militantes com este ou aquele movimento não é muito clara entre muitos militantes que, entre debates e divergências, mantêm-se ativos na busca e consolidação das mudanças já iniciadas. Como exemplo deste meu argumento, está a marcha dos usuários a Brasília, realizada no ano de 2010 que, ainda que tenha sido organizada pela Renila (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial), contou com militantes de todo país, tanto de um movimento como de outro.

Dentre as inúmeras questões que este movimento social, agora “cindido”, despertou ao propor uma transformação no âmbito das relações da sociedade com as questões da saúde mental, é possível reconhecer, no mínimo, três pontos estabelecidos para que tal reforma pudesse avançar e alcançar seus objetivos. Eles serão apresentados aqui em separado, mas são/estão interligados.

Um deles estaria situado no âmbito da extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, que pragmaticamente, deslocaria o hospital psiquiátrico do centro da rede de cuidados em saúde mental.

Outro ponto, em íntima relação com o anterior, trata da construção de uma rede de serviços que deem conta do cuidado em

liberdade, integral e de base territorial<sup>30</sup> e que, assim, seja capaz de substituir o hospital psiquiátrico. Tais serviços deveriam ser referência para as pessoas, o mais próximos de suas residências, onde a circulação na cidade fosse facilitado para todos. Além da oferta de serviços abertos e de base territorial, tal ponto também colaboraria para a transformação da cultura manicomial.

O terceiro ponto, não menos importante, trata da superação da cultura manicomial através de práticas que possibilitem outros modos de subjetivação<sup>31</sup> e convivência, experimentadas com a diferença e com a loucura, pressupondo a ressignificação dos conceitos do campo da saúde mental, tais como “doença”, “sofrimento” e “saúde mental”. Neste sentido, o processo da reforma psiquiátrica iria além da pura e simples desospitalização, mas pretenderia desconstruir o hospital psiquiátrico e todo o aparato teórico, subjetivo, ético, estético e físico que o mantém, enfim, tudo o que ele representa.

Como disse Franca Basaglia (1997), as mudanças a serem produzidas pelo processo da reforma psiquiátrica iriam além de uma simples mudança de teoria, com a manutenção da mesma função de controle. Para ela, a desconstrução das práticas de uma cultura com tais características só é possível:

(...) se junto ao dismantelamento dos velhos hospitais, não se limita a organizar simples serviços ambulatoriais (como comumente ocorreu), mas é criada para os velhos e os novos loucos a possibilidade de viver e conviver em um modo diferente o próprio sofrimento.<sup>32</sup> (Basaglia, 1997, p.9)

---

<sup>30</sup> O modelo de base territorial é entendido no campo da reforma psiquiátrica como aquele que toma o território como a base de suas ações, ou seja, atua o mais próximo possível do contexto real de vida das pessoas a serem assistidas.

<sup>31</sup> Tais modos entendidos como “a produção de modos de existência ou estilos de vida”. (DELEUZE, 1992, p.142)

<sup>32</sup> “(...)se insieme allo smantellamento dei vechi ospedali, non ci si è limitati a organizzare semplici servizi ambulatoriali (come spesso è accaduto), ma

No ano de 2001, aprovada a Lei 10.216/2001, começa o movimento de redirecionamento da assistência psiquiátrica no Brasil, com a implantação de uma série de serviços de saúde mental. A lei, aprovada como conquista do movimento social que durante quase 12 anos esteve à frente de embates, veio a legitimar várias experiências já iniciadas antes da sua aprovação, como mostram os trabalhos apresentados por Ana Pitta (2001), Jairo Goldberg (1996), dentre outros e sendo também legitimada por estes. A legalidade advém da legitimidade das práticas, que passam a provocar algumas transformações.

Outros estados da federação já tinham realizado iniciativas não apenas em termos de assistência como também na criação de leis estaduais que disparavam novos processos. O estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, havia aprovado no ano de 1992 a lei estadual 9716, que apontava para a reestruturação da assistência psiquiátrica, orientava sobre a internação compulsória e a substituição do modelo asilar.

Todo este processo redirecionou a assistência psiquiátrica no Brasil e, como veremos a seguir, transformou a realidade nacional com a criação de serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, cujas configurações são inúmeras.

## **2.2. Redirecionamentos, configurações: os “novos” serviços**

Desde a aprovação da lei nacional, os princípios da reforma psiquiátrica, em sua vertente assistencial, vêm orientando à implantação dos chamados serviços substitutivos<sup>33</sup> ao hospital psiquiátrico, na perspectiva da consolidação de uma rede de serviços de saúde mental. Para Wetzell (2005, p.20), ainda que estes princípios orientem as políticas oficiais, “a sua concretização, via serviços, é heterogênea e não se pode, ainda, vislumbrar que elas tenham superado o sistema asilar”.

---

si è creata per i vecchi e i nuovi malati la possibilità di vivere e condividere in modo diverso la propria sofferenza”. (Basaglia, 1997, p.9)

<sup>33</sup> A expressão *serviços substitutivos* é usada no campo da reforma psiquiátrica para designar aqueles serviços que seguem os princípios da mesma e que são constituídos com o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico.

Dentre estes serviços destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são considerados estratégicos na organização de tal rede. Os CAPS integram a rede do Sistema Único de Saúde e são regulamentados pela Portaria nº336/GM de 19/02/2002, que normatiza seu funcionamento conforme sua modalidade.

Os CAPS estão constituídos em diferentes modalidades, de acordo com os critérios de população de abrangência, capacidade operacional, horários de funcionamento e clientela. Segundo a Portaria 336/GM, são assim definidos:

CAPS I: estão previstos para municípios com população entre 20.000 e 70.000 hab., devem funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira e atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS II: estão previstos para municípios com população entre 70.000 até 200.000 hab., devem funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro turno que funcione até às 21 horas. Atende pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS III: estão previstos para municípios com população acima de 200.000 hab., devem funcionar durante 24 horas, diariamente, inclusive feriados e finais de semana e podem oferecer acolhimento noturno com no máximo 05 leitos para eventual repouso e/ou observação. A permanência de um mesma pessoa no acolhimento noturno é limitada a 7 dias corridos ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias.

CAPS i: estão previstos para municípios com população acima de 200.000 hab., devem funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro turno que funcione até às 21 horas. Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS ad: estão previstos para municípios com população acima de 100.000 hab., devem funcionar das 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira, podendo ter um terceiro turno que funcione até às 21 horas. Atende pessoas com problemas de dependência química seja de álcool ou outras drogas. (BRASIL, 2004a)

Já os CAPS ad III, diferentemente dos anteriores, foram instituídos pela Portaria 2841 de 20/09/2010, e estão previstos para municípios com população acima de 200.000 hab. Devem funcionar 24 horas, diariamente, inclusive nos feriados e finais de semana e podem

oferecer acolhimento noturno com no mínimo 8 (oito) e no máximo 12 (doze) leitos, para realizar intervenções a situações de crise (abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades) e, também, repouso e/ou observação.

A permanência de uma mesma pessoa no acolhimento noturno do CAPS ad III, caso seja necessário, pode prolongar-se para além do período médio de 2 a 5 dias, ficando limitada a 10 (dez) dias corridos ou 14 (quatorze) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias. Segundo os dados do Ministério da Saúde em 2011 havia apenas um CAPS ad III cadastrado no Ministério da Saúde e em funcionamento na cidade do Rio de Janeiro - RJ. O CAPS ad III atende pessoas com problemas de dependência química seja de álcool ou outras drogas.

Além destas diferentes modalidades, segundo a Portaria 336/GM, os CAPS devem oferecer cuidados de três tipos, como segue:

**Cuidados intensivos:** trata-se de atendimento diário, oferecido para pessoas em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando atenção contínua. Caso necessário, pode ser feito no domicílio.

**Cuidados semi-intensivo:** nessa modalidade a pessoa pode ser atendida até 12 dias no mês. É oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda precisa de atenção direta. Também pode ser feito no domicílio.

**Cuidados não-intensivos:** oferecido para pessoas que não precisam de suporte contínuo, podendo ser realizado até três dias no mês. Pode ser feito no domicílio.

Além dos CAPS outros serviços também são importantes no processo da reforma psiquiátrica, como os Serviços Residenciais Terapêuticos. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são moradias ou casas que deverão estar inseridas nas cidades. Fazem parte da rede de serviços de saúde mental do SUS e são destinadas a pessoas com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares. Foram instituídas pela Portaria 106/ 11/02/2000 e devem possuir uma equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades. (BRASIL, 2004a)

Conforme apresentado por Juarez Furtado (2006), a partir da lista de discussão da Portaria 106/2000, da qual participaram 50 pessoas

convidadas pela Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde e que teve como foco a reformulação da mesma, “chegou-se ao consenso de estabelecer SRTs de tipo I e II conforme a necessidade de acompanhamento – eventual ou ininterrupto – dos moradores, respectivamente.” (idem, p. 791) Como apresenta o autor

Os SRTs do tipo II seriam necessários somente às experiências mais desenvolvidas, que já retiraram os usuários mais autônomos e agora deparam-se com situações especiais, que requerem acompanhamento diuturno, seja por questões físicas ou por restrições do grau de autonomia apresentado pelos futuros egressos naquele momento. (Furtado, 2006, p. 791)

Além dos Serviços Residenciais Terapêuticos também compõem a rede de serviços de saúde mental, os Centros de Convivência e Cultura e os Consultórios de Rua. Os Centros de Convivência e Cultura foram instituídos pela Portaria 397 de 07/07/2005 e devem ser espaços públicos de convívio e sociabilidade onde deverão ser desenvolvidas atividades coletivas que facilitem a construção de laços sociais e a inclusão, sobretudo, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Já os Consultórios de Rua são uma modalidade de serviço dirigido aos usuários de drogas que vivem em situação de extrema vulnerabilidade social e que não acessam a rede de serviços de saúde mental. É um trabalho feito por uma equipe multidisciplinar que, através do uso de um carro tipo “van”, se desloca até o local onde estas pessoas estão. O uso do carro, além de ser utilizado para o deslocamento da equipe, deve ser uma referência para tais pessoas.

Os Consultórios de Rua surgiram na cidade de Salvador, no ano de 1999. Em 2009, foram propostos pelo Ministério da Saúde como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS, instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009, e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010. (BRASIL, 2010)



Como argumentou Wetzel (2005), tais serviços vêm se concretizando de forma heterogênea em todo país. A heterogeneidade marca não apenas as práticas desenvolvidas nos mesmos, mas também a forma como eles se organizam em diferentes contextos. Além disso, estes serviços precisam se articular com outros setores como educação, cultura, trabalho, assistência social, direitos humanos, dentre outros, uma vez que atendem demandas de pessoas, sujeitos cuja complexidade vai além do setor da saúde. Para Eduardo Passos (2004)

Não há como escaparmos das redes no contemporâneo, e por isso a estratégia é a de constituirmos redes de resistência: redes quentes, isto é, redes não homogeneizantes, mas redes sintonizadas com a vida, redes autopoéticas. Redes públicas que envolvem a dimensão coletiva da existência e que estão comprometidas com processos de produção de subjetividades. Este é o compromisso clínico-político presente no movimento da reforma psiquiátrica neste momento da sua institucionalização como política pública no campo da saúde mental no Brasil. (idem, p. 62)

Como pude perceber ao longo do processo desta pesquisa, esta rede de serviços de saúde mental é acionada e também tensionada pelos sujeitos, o que faz com que embates, tensões e contradições sejam bastante comuns. Como parte de um processo permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, como sugeriu Amarante (1996) apresenta características diversificadas. Como será apresentado quanto à realidade do estado de Santa Catarina que, por ter a maioria dos municípios com população inferior a 20.000 habitantes, conta com os CAPS Microregionais.

É importante ressaltar que os CAPS foram considerados estratégicos neste processo e pensados como o centro desta rede, como fica evidente não apenas nas normativas e materiais do Ministério da Saúde bem como na operacionalização da rede. Eles exerceram um papel significativo no processo da reforma psiquiátrica brasileira, sendo o local onde se desenvolveram as primeiras experiências de assistência psiquiátrica fora dos hospitais psiquiátricos como mostram os trabalhos

de Goldberg (1996), Pitta (2001), os artigos dos Cadernos do IPUB nº14, dentre outros.

No entanto, na avaliação que faz sobre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira, Ana Marta Lobosque (2011) sugere que os CAPS “tem uma certa tendência a fechar-se em si mesmo”, e por não permitirem uma maior abertura com relação ao território não deveriam ser considerados o centro da rede de cuidados em saúde mental.

Segundo dados de 2011, a rede de saúde mental está composta atualmente por 1650 CAPS distribuídos de forma heterogênea pelo país, 596 módulos dos Serviços Residenciais Terapêuticos com 3.236 moradores, 3.832 beneficiários do Programa de Volta pra Casa, 640 iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com problemas mentais e 92 Consultórios de Rua. (BRASIL, 2011)

A redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos, prevista na legislação, fez diminuir o número de leitos, como mostram os dados do Ministério da Saúde. Contudo, atualmente existem no Brasil 32.681 leitos em hospitais psiquiátricos, dos quais 11,62% em hospitais com mais de 400 leitos, (considerados de grande porte) e 48,67% com até 160 leitos (considerados de pequeno porte), segundo dados de 2011(Brasil, 2011). Além destes, existem ainda 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (hospitais judiciários).

Além destes leitos, existem ainda as clínicas privadas, as comunidades terapêuticas, as casas de repouso, dentre outros serviços oferecidos pela esfera privada que fazem crescer o número de leitos psiquiátricos “extra-oficiais”.

Na Conferência Municipal de Saúde Mental da cidade de Florianópolis - SC, realizada em 2010, uma das participantes da mesma informou à plenária de que havia visitado uma casa de repouso com cerca de 180 leitos, que pelas características de funcionamento (isolamento) poderiam ser considerados como leitos psiquiátricos de caráter asilar.

A situação atual da reforma psiquiátrica brasileira apresenta inúmeros desafios. Um deles diz respeito ao enfrentamento do abuso de drogas, em especial, o crack, cujo debate além de confuso e limitado é atravessado por questões de ordem moral e religiosa. Diante das dificuldades de enfrentamento da complexidade de tal problemática, a resposta que tem sido proposta, em especial por setores mais conservadores do campo da saúde mental, é a inclusão das comunidades

terapêuticas na rede de saúde mental, ainda que os trabalhos desenvolvidos nas mesmas sejam contrários ao cuidado em liberdade, um dos pressupostos da reforma psiquiátrica.

De acordo com o Relatório da 4ª Inspeção de Direitos Humanos, lançado em 2011, resultado das visitas realizadas por membros da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, nas comunidades terapêuticas podem ser observadas violações dos direitos humanos que incluem imposição de credo, desrespeito a orientação sexual, além de violência física, castigos e torturas. Nesta inspeção foram visitadas 68 comunidades terapêuticas em 25 estados da federação.

Entendo que as comunidades terapêuticas já existentes no país preenchem um espaço que o Estado ainda não conseguiu assumir no que diz respeito a esta questão, especialmente com a implantação e incremento dos CAPS AD III, além dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, os Consultórios de Rua e as ações dos Programas de Redução de Danos.

Além deste desafio, se percebe outros não menos importantes e talvez responsáveis pela efetiva transformação na assistência psiquiátrica no país, que dizem respeito à lógica manicomial que ainda perdura nas práticas. Penso que estão relacionados a diversos aspectos, como a formação dos profissionais, a uma certa desmobilização do movimento social relacionada à atual conjuntura política mas, sobretudo, pela racionalidade carcerária e por regimes de subjetivação psiquiatrizantes que perduram apesar da reforma, ou melhor, das reformas.

Como disse, no contexto desta pesquisa, percebi que a rede de saúde mental, pensada enquanto política pública é acionada e tensionada pelos sujeitos que dela fazem uso. As configurações e interpretações da mesma são variadas, mas mantém como referência comum estar em casa ou em “internamento”. Como disse Seu Adão em uma de nossas conversas: *“Tu conhece o hospital lá em Florianópolis?”* Digo que sim. Ele prossegue dizendo: *“Lá é para os que estão bem ruim da cabeça. Eu tive muitos internamentos. Quando eu não tava bem eu ia pra lá.”* Eu pergunto: *“E melhorava?”* E ele responde: *“Melhorava. As vezes melhorava, as vezes não. Mas bom é ficar em casa com as coisinhas da gente.”*

O internamento é possível não apenas no hospital psiquiátrico como nos demais serviços que se querem abertos. Eva, por exemplo, me contou que havia sido internada no “*hospital dia, aqui atrás*”, se referindo ao CAPS II, revelando um tipo de lógica de funcionamento que para ela se assemelha ao do hospital psiquiátrico.

Eva, assim como Seu Adão, é da geração das pessoas que tiveram suas primeiras “crises” quando só existiam os hospitais psiquiátricos para atendê-los. Ela, além de ter um histórico longo de internações psiquiátricas e ser considerada incapaz para os atos da vida civil pelo estado, tem suas experiências atravessadas por outras dimensões, como o sexo, a raça e a classe, já que é uma mulher, negra e que pertence às classes populares. Suas experiências confirmam os argumentos de Judith Butler (2003) de que “o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas”. (idem, p.20)

Segundo ela, o fato de frequentar os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, haviam-na ajudado a evitar novas idas para o mesmo. Contudo, suas percepções sobre os serviços apontavam para uma lógica semelhante entre os mesmos, ao menos no que diz respeito às suas “internações”.

A partir das considerações de Eva, penso que o que diferencia os serviços é a intenção de funcionar a partir de uma lógica que não tenha como princípio o isolamento e a custódia das pessoas, ainda que mantenham algumas características da mesma.

Algumas características da reforma psiquiátrica foram reconhecidas por meus interlocutores e, de maneira geral, estavam situadas no fato de ter a opção de cuidar-se em casa e tudo que isso podia representar na concretude de suas vidas. Também o afastamento temporal dos tempos das longas internações e das impossibilidades que estar “doente” e dentro de um hospital psiquiátrico impunha, como descritas no relato de S. Adão ao se referir ao tempo que estava doente e deste “outro” tempo em que já podia fazer algumas coisas sozinho.

Cabe dizer que meus interlocutores vivenciavam, na época da pesquisa, este processo do lado de fora dos hospitais psiquiátricos que (infelizmente) ainda existem no Brasil, ainda que alguns tenham tido - e ainda tenham - experiências de internações nos mesmos. Na perspectiva deles este processo institucional, amplo, nacional, se desdobra e se declina em práticas cotidianas onde uma série de acontecimentos é

possível. Descrevo aqui, um fragmento de meu diário de campo que ilustra de alguma maneira este comentário:

*“Conferência de Lages: após minha fala uma mulher senta-se ao meu lado e diz que quer me contar uma coisa. Peço que fale e então ela diz: “Eu fui espancada lá no hospital geral em São Joaquim. Meu filho tava comigo e ele disse que eu tinha alergia do neosine. Eles mandaram ele embora e me deram uma injeção de neosine. Fui muito maltratada lá. O que que a gente tem que fazer? Depois na outra vez eu fui lá em Bocaína, e aí lá foi bom porque eu tava bem ruim mesmo. O Caps não atende à noite e nos finais de semana e a depressão vem, as vezes o remédio não funciona. Agora eu tô indo no Caps e tá bom lá. Mas eu queria te contar isso.”* (Fragmento do Diário de Campo)

De um modo geral não se fala de “reforma psiquiátrica”, mas sim de embates, debates e combates entre estar no hospital ou no CAPS, poder falar ou não o que sente, poder escolher sobre o uso ou não da medicação e, algumas vezes, fazer uso da roupa de louco para falar, reivindicar ou negociar a própria existência. Trata-se não apenas de uma rede de cuidado, mas de um emaranhado de ofertas, possibilidades e negociações. Como dizem Alves e Souza (1999, p.133): “Uma coisa é o significado objetivo de um dado fenômeno sociocultural definido por um padrão institucionalizado; outra coisa, o modo particular como o indivíduo define a sua situação nos seio dele.”

Enquanto eu e Nilza íamos de ônibus para uma atividade para a qual ela tinha me convidado, passamos na frente do Hospital Regional de Joinville, onde fica a ala psiquiátrica e então ela me mostra o mesmo e me diz: *“Eu luto nisso e tudo, mas eu não concordo com a ala psiquiátrica no regional. É tudo junto, quem está em surto junto com quem não está e eu não conseguia dormir direito porque fica uma gritaria. Eu não acho isso certo não, porque a pessoa de recuperação do mental tem que ser diferente.”* Eu pergunto: *“Tu achas que devia ser como? Como no hospital psiquiátrico?”* Ela me responde: *“Não. Mas tem os que tão bem ruim, os que têm problema, aí põe tudo junto. Os que tem problema e os que tão ruim, eles grito, ficam com surto. Aí fica tudo trancado lá, é escuro, não pode sair. Eu acho assim... que tinha que ser um prédio assim...embaixo os médicos para atender, em cima os bem ruim, para ficar separado os que tão bem ruim. Uma vez eu tava lá e deram com uma colher assim [gesticulando me mostra como tinha sido]*

*na minha cabeça. Imagina se me afunda a cabeça.*” (Fragmento do Diário de Campo)

Nilza é uma mulher pobre, branca, que quando nos conhecemos morava sozinha, mas já tinha sido casada e tinha um filho. Desde a infância precisou trabalhar para ajudar seus pais na manutenção das despesas da casa. Quando teve seus primeiros problemas, os pais a levaram para o hospital psiquiátrico. Segundo ela, tais problemas estavam relacionados também à sobrecarga de trabalho não apenas nas primeiras “crises”, como nas posteriores que teve quando já estava casada e com o filho e que então associava à famosa “dupla jornada”, tão comuns entre as mulheres de sua geração e classe social.

Para ela que tinha tido experiências de internações psiquiátricas bem como nos serviços substitutivos, inclusive a ala psiquiátrica que ela neste momento da nossa conversa questionava, apontava para uma possibilidade de organização do serviço que poderia ser separar aqueles “que estão bem ruim” dos demais.

Nesta perspectiva é possível antever uma tensão entre os processos institucionais e aqueles menores em que se movem as pessoas, que são evidenciados de variadas maneiras na concretude da vida delas e que poderíamos chamar de revoluções moleculares, seguindo os argumentos de Guattari (1987). Para o autor tal revolução “não se refere apenas às relações cotidianas entre homens, mulheres, homossexuais, heterossexuais, crianças, adultos, etc. *Ela intervém também no interior da produção econômica enquanto tal.*”<sup>34</sup> (idem, p.220) Assim, não se trata de processos descolados do contexto cultural e institucional em que ocorrem, mas ainda que relacionados a estes, provocam pequenas resistências e rupturas no mesmo. Por isso não podem ser interpretados sem levar em consideração a articulação entre a dimensão sociocultural e a conduta singularizada das pessoas.

Do ponto de vista dos meus interlocutores, ao menos para alguns, tais níveis (social/ institucional e individual) do processo são bastante visíveis, em especial, para aqueles que participam mais ativamente do movimento político coletivo da saúde mental. Para eles tal processo significa estar em outros lugares, fazer outros movimentos na cidade, estar em contato com outras pessoas e também provocar mudanças mais amplas na cidade e no país. Alguns deles foram delegados nas conferências de

---

<sup>34</sup> Grifo do autor

saúde mental e, para muitos destes, a reforma psiquiátrica significa a possibilidade de ampla participação em espaços políticos e públicos onde podem fazer uso da palavra e expressar seus desejos, ainda que entre eles se discuta sobre o eco de tais possibilidades.

Seriam estratégias singulares que não necessariamente atendem as normativas.

Essas possibilidades não estão necessariamente ligadas a estar ou não no hospital psiquiátrico (ali, para a maior parte deles não existem possibilidades), mas estão relacionadas às possibilidades de “agência” pela abertura e algumas rupturas com os saberes hegemônicos. Fazer uso ou não da medicação, a possibilidade de dizer o que se pensa, ou até mesmo, poder estar em casa para fazer seu tratamento são alguns indicadores das possibilidades que não ser submetido a um tratamento em isolamento fazem emergir.

Como exposto, percebe-se que no Brasil a reforma psiquiátrica está alicerçada sobre algumas ações estratégicas como: a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em suas diferentes modalidades, considerados estratégicos neste processo; o Programa de Volta para Casa, que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial para favorecer a reintegração social de pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos; a articulação da saúde mental com a atenção básica, através do chamado “matriciamento”, em que equipes de saúde mental auxiliam os profissionais da atenção básica, e que estão hoje organizadas nas equipes que compõem os Núcleos de Apoio a Saúde de Família. Além disso, conta ainda com os Serviços Residenciais Terapêuticos e, com maior dificuldade de implantação, com a abertura dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Em termos gerais, estes serviços deveriam prever a formulação de um projeto terapêutico com propostas capazes de superar a simples assistência com a incorporação de novas formas de cuidado, contribuindo para a invenção de novas perspectivas de vida e de subjetivação para os sujeitos. Outra característica importante destes serviços é que eles deveriam estar orientados dentro de um modelo de base territorial que permitiria a organização da rede de cuidados em saúde mental através da constituição de serviços abertos que sejam referência para uma determinada comunidade, compreendida em um determinado território.

Este território é compreendido para além do espaço geográfico, como alega Eugênio Villaça Mendes (1992), uma vez que deve ser entendido como processual, ao que o autor chama de “território processo”. Tal como descrito na Política Nacional de Saúde Mental, que tem norteado a implementação e execução de diferentes práticas, o território estaria constituído “fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc.)” (BRASIL, 2004b, p.11).

O território seria, então, o lugar privilegiado para o cuidado centrado não mais na doença, mas na pessoa e suas possibilidades de vida, e que, desta forma, contribuiriam para o estabelecimento de uma nova relação entre as pessoas tidas como “loucas” e os seus lugares de convívio e sociabilidade, bem como destas com a “loucura”. Entende-se assim que os vínculos que estas possam estabelecer em suas redes sociais são percebidos como mais terapêuticos do que o rompimento dos mesmos quando são internados e/ou isolados em instituições psiquiátricas asilares - no caso, os hospitais psiquiátricos.

Além disto, tal perspectiva pretende potencializar as diferentes possibilidades de vida coletiva e social na comunidade, a partir da afirmação das identidades, subjetividades e diversidades próprias. Na tentativa de romper com o processo histórico de asilamento da loucura, os serviços substitutivos de saúde mental, articulados com o restante da rede de serviços de saúde e comunitários, pretendem trabalhar a reconstrução de laços sociais, familiares e comunitários, bem como formas de construção de sujeitos sociais capazes de se constituírem na convivência diária, em seus espaços de vida.

Entretanto, a proposta da assistência psiquiátrica que toma como base de atuação o território não deve ser vista como algo consensual e pouco conflitivo. Nas práticas cotidianas desenvolvidas pelas equipes de saúde mental e de saúde da família é possível perceber o caráter disciplinar e de esquadramento que compõe as mesmas, sendo tênues os limites que organizam as práticas de intervenção, cuidado e controle, como será discutido no terceiro capítulo.

Assim, ainda que as transformações desencadeadas pelo processo da reforma psiquiátrica tenham gerado uma série de avanços quanto à superação do modelo asilar, elas ainda não parecem substituí-lo, tanto por aspectos econômicos, políticos, ideológicos, como conceituais e

culturais. Contudo, de acordo com Wetzel (2005, p.20) “se o processo ainda não está completo, o retorno ao modo anterior também não será mais possível.”

Os serviços são reconhecidos como parte de uma mesma rede, ou então, lugares de buscar ajuda para os problemas. São reconhecidas as diferenças entre o hospital psiquiátrico, os CAPS e outros serviços, porém não sem contradições e sem críticas aos novos serviços, tão bem vistos por quem militou para construí-los. Durante um almoço, ouvi de um *experiente* o seguinte:

*“O IPQ [Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina] é bom. O cara quer ir pra lá. Ele engorda lá, tem cinco refeições. Esse pessoal que mora na rua, eles querem é ir pra lá. E também o alcoólatra, ele é manipulador e faz tudo pra beber, aí no Ipq é bom, pois o cara tem que fazer na marra. No CAPS são aquelas conversinhas, vai na psicóloga (...)”*(Fragmento do Diário de Campo)

O processo da reforma psiquiátrica no Brasil tem sido um desafio cotidiano, uma vez que inúmeros são os tensionamentos, questionamentos, embates e entraves para o desenvolvimento de suas propostas, não apenas por sua complexidade, pelo fato de tratar-se de um processo inacabado, sempre a ser inventado, mas também por ser um campo de disputas.

Situa-se no campo da saúde mental, reconhecido como de maior discordância no âmbito da saúde, especialmente no que se refere ao próprio conceito de “saúde mental”, alvo de muitas críticas. Na discussão que faz em *A Outra saúde: Mental, psicossocial, Físico Moral?* Duarte (1994) argumenta que tal conceito, assim como o de “doença mental” e “distúrbio psicossocial” além de culturalmente específicos, representam uma dinâmica eminentemente psicológica, própria das sociedades modernas. Dentre outros aspectos o autor sugere que seria vantajoso pensar na expressão físico-moral, de tradição médico-filosófica, já que

evoca a necessária e entranhada imbricação, correlação entre o nível físico, corporal, da experiência humana e tudo aquilo que, de outra parte, se lhe opõe – e se nomeia e concebe de forma tão díspar entre as culturas humanas (como na nossa tradição, o antigo ‘espiritual e o recente ‘psíquico’) (idem, p. 84)

A proposta de Duarte (1994) traz a tona elementos que ajudam a entender algumas concepções - muitas vezes pouco relativizadas - presentes no processo da reforma psiquiátrica brasileira. Fonseca et al (2007) em seu estudo sobre a reforma psiquiátrica, afirmam que

podemos visualizá-la como uma variação emergente da crise do cientificismo psiquiátrico, um acontecimento que a particularizou, abriu-lhe fissuras e arruinou-a, mas mostrou-nos que as criações sociais e, nesse nosso caso, a ciência, cuja discursividade e práticas supõem-se calcadas em verdades produzidas racional e objetivamente, com pretensão universal e homogeneizante, se encontram sempre por fazer, necessitando serem focadas desde seus pontos de resistência às curvaturas do poder. (idem, p. 39)

Tal como pode ser percebido, é possível dizer que são muitos os movimentos que fazem parte do processo da reforma psiquiátrica brasileira, sendo um deles aquele mais inicial voltado para a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos e, outros, posteriores a este, aqueles que podem ser reconhecidos como alguns de seus efeitos, como a patologização das experiências, a ambulatorização da psiquiatria (Aguiar, 2004) e a desmobilização do movimento social que lhe deu origem.

No que diz respeito à ambulatorização da psiquiatria (Aguiar, 2004) e o conseqüente aumento na oferta de serviços de saúde mental nos mais diferentes âmbitos, é possível perceber seu incremento associado ao aumento dos diagnósticos psiquiátricos e da medicamentação. Em um nível mais amplo, Benilton Bezerra (2000) ao fazer algumas considerações sobre o ambulatório em saúde mental conclui dizendo que

A demanda crescente de atenção ambulatorial em saúde mental exige mais que a ampliação ou reorganização da oferta de serviços na área. Torna-se cada vez mais necessário colocar no centro das discussões sobre alternativas terapêuticas as peculiaridades e impasses que a

complexidade de nossa formação sócio-cultural teimosa e inevitavelmente introduz. (idem, p.168)

No que se refere ao movimento social, em especial, após a aprovação da lei, quando tendo o embate sido superado no âmbito legislativo nacional, pode-se perceber uma crítica da militância quanto aos desdobramentos que a concretização da lei, em sua heterogeneidade de execuções, gerou. Uma dessas críticas é a de que o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no país não apontou, necessariamente, para a superação do sistema asilar, ou melhor, do modo asilar, da racionalidade asilar<sup>35</sup>.

Na revista *Ciência & Saúde Coletiva* (2011) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, comemorativa aos 10 anos da aprovação da lei 10216, o debate esteve voltado para a avaliação e para os rumos que a reforma psiquiátrica tinha tomado no Brasil. Pitta (2011), Lobosque (2011) e Bezerra (2011), debatem quais seriam os desafios e dificuldades deste processo, apontando as dificuldades enfrentadas pelo movimento social, a questão da formação e também o modo de organização da rede como pontos a serem avaliados.

No que diz respeito ao movimento social e ao “clima cultural”, como chamou Bezerra (2011), que desencadeou o processo da reforma no país, segundo o debate, estaria desmobilizado pela fragmentação do mesmo, pela ocupação de muitos militantes daquela época em cargos governamentais e também pelo caráter essencialmente técnico dos trabalhadores dos serviços.

Penso que os desafios são muitos. Como será discutido ao longo deste trabalho, eles também estão relacionados ao modo como os sujeitos e suas experiências são considerados não apenas no âmbito dos serviços de saúde mental quanto da formulação, gestão e execução das políticas públicas que conformam o processo da reforma psiquiátrica brasileira. Além disso, circulam em torno da superação da lógica manicomial e da institucionalização de “novos” saberes, como os dados desta pesquisa permitem antever.

Como processo complexo, a reforma psiquiátrica enfrenta também forças contrárias. Não é um campo homogêneo, constituindo-se com um campo social, como sugeriu Pierre Bourdieu (1983, p.122) “com suas relações de força, suas lutas e estratégias, seus interesses e

---

<sup>35</sup> Tal discussão está desenvolvida no quinto capítulo.

lucros”. Tais forças se fazem representar de diferentes maneiras, seja em termos mais amplos, no recrudescimento das neurociências e patologização das experiências através de inúmeras estratégias que ganham vigor com os investimentos pesados da indústria farmacêutica, seja no contexto nacional, através das manifestações explícitas da Associação Brasileira de Psiquiatria em defesa da necessidade dos hospitais psiquiátricos.

Além destas forças, o processo da reforma psiquiátrica brasileiro é heterogêneo, como discutido até então. Também é composto por disputas e complexas relações de poder, que assim como o impulsionam, criam conflitos e impasses que passam pela crítica à morosidade no fechamento dos leitos nos hospitais psiquiátricos, as dificuldades para a consolidação e organização da rede de serviços substitutivos, além dos desafios apontados por Pitta (2011), Lobosque (2011) e Bezerra (2011), quanto à questão da formação profissional, da desmobilização do movimento social que apontariam para um “clima cultural” diferente daquele dos anos anteriores.

Outro espaço importante do processo da reforma psiquiátrica brasileira são as conferências de saúde mental. Elas tiveram um papel importante na trajetória da reforma psiquiátrica no país, por serem espaços de articulação e participação política das pessoas engajadas neste processo. Além disso, atendem um dos princípios do Sistema Único de Saúde, que é o do controle social, uma vez que são nelas que a população, representada na figura dos delegados, pode participar da construção de propostas que atendam seus interesses.

A primeira Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu no ano de 1987, como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde que, ao contrário das anteriores que eram fechadas e de participação exclusiva de trabalhadores, teve a representação de vários setores da comunidade, numa espécie de consulta popular, conforme apresenta Amarante (1995).

Tanto a segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1992, quanto a terceira, em 2001, reforçaram a necessidade de manutenção do projeto de redirecionamento da assistência psiquiátrica no país. Ambas tiveram a participação dos segmentos considerados representativos deste processo, tais como trabalhadores, usuários e gestores.

Para a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial no ano de 2010, foi necessário um amplo, tenso e intenso movimento da sociedade civil organizada junto ao Ministério da Saúde para que, após os 10 anos passados desde a III conferência, a IV se realizasse. A participação daqueles que estou chamando de *experientes*, mas que nos documentos oficiais são denominados “usuários”, neste processo foi reconhecida como de fundamental importância para a realização da mesma, em especial, pela realização da Marcha dos Usuários e Usuárias em Brasília, tendo tal participação sido citada na Resolução 433, homologada pelo ministro da saúde, que dispunha sobre a realização da conferência. Sobre tal protagonismo será reservada uma seção mais adiante.

Além do setor saúde, também participaram da conferência outros setores como educação, cultura, trabalho contemplando a chamada intersetorialidade. No intuito de atender o seu pressuposto democrático, tais conferências aconteceram a nível municipal onde foram eleitos delegados para as conferências estaduais e nestas, eleitos os delegados para a nacional. Alguns municípios do estado de Santa Catarina julgaram mais apropriado, por motivos diversos<sup>36</sup>, substituir as conferências municipais pelas regionais, que congregavam vários municípios, em geral da mesma regional de saúde.

O trabalho de campo desta pesquisa também foi realizado no ano de 2010 e teve início em uma das Conferências de Saúde Mental. Particpei da Conferência Regional de Joinville, Conferência Regional de Lages, Conferência Municipal de Florianópolis e Conferência Estadual de Santa Catarina. Tais conferências pretendem ser instâncias de participação de todos os segmentos envolvidos no campo da saúde mental.

No município de Joinville a conferência ocorreu de forma regional, sob a justificativa de que municípios menores e que compõem aquela regional de saúde (23<sup>a</sup>) não conseguiriam organizar suas

---

<sup>36</sup> Em geral, os municípios justificavam a escolha de fazer conferências regionais por serem municípios pequenos e com pouco tempo hábil e estrutura para organizar uma conferência. No entanto, na cidade de Florianópolis que inicialmente queria fazer uma conferência regional, o movimento social organizado teve que reivindicar que a mesma fosse municipal para que as questões do município pudessem ser discutidas adequadamente.

conferências. Participaram da conferência os seguintes municípios: Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Garuva, Itapoá, Joinville e São Francisco do Sul. Foi nessa conferência que fiz meus primeiros contatos com as pessoas da cidade de Joinville.

Como é possível perceber, os desafios da reforma psiquiátrica brasileira estão presentes nos diferentes planos da reforma psiquiátrica e como veremos a seguir, é no plano “local” da cidade de Joinville que pude perceber os diversos atravessamentos deste processo “nacional”.

### **2.3. Planos, atravessamentos: a reforma psiquiátrica em Santa Catarina e Joinville**

A história da psiquiatria no contexto de Santa Catarina, como apresentam Mario Teixeira (1993) e Silva (2008), se confunde com a história do Hospital Colônia Santana cuja centralidade na assistência psiquiátrica do estado é significativa. Tal como ocorreu no contexto nacional o hospital Colônia Santana passou por transformações, exigidas por lei e também pelo contexto de transformações produzidas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira. Segundo Silva (idem)

O Hospital Colônia Santana, que a partir de 1995 passou a chamar-se Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ sofreu grandes mudanças em sua estrutura dividindo-se em dois tipos de serviços distintos: um destinado às unidades de curta permanência, para atendimento de crises psiquiátricas com alta breve; e o segundo o Centro de Convivência Santana, para atendimento aos pacientes moradores, resultantes de longo tempo de internação. O IPQ continua sendo o único hospital público no Estado a prestar atendimento de psiquiatria mantido pela Secretaria de Estado da Saúde e conveniado com o Ministério da Saúde. (ibidem, p.98)

Atualmente o estado, que tem uma população de 6.049.234 habitantes (Censo 2010), distribuídos em seus 293 municípios, inserido no contexto das transformações provocadas pela reforma psiquiátrica brasileira vem tentando consolidar um Plano Estadual de Saúde Mental, em consonância com a legislação nacional em termos de saúde mental.

Segundo dados do Plano Operativo 2008-2010, a estrutura política administrativa do Estado é representada por 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR), que contam com Gerências de Saúde, que organiza e regionaliza a rede de saúde, incluindo a saúde mental.

A rede de serviços de saúde mental do estado é formada por três áreas de atendimento da qual fazem parte: a atenção básica, a rede ambulatorial especializada - da qual fazem parte os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) - e o atendimento hospitalar. Conforme os dados do Relatório de Gestão da Secretaria da Saúde, até o ano de 2010 esta rede de saúde mental estava formada da seguinte maneira:

-165 serviços de saúde mental – atenção básica (cujas ações são executadas pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família);

-5 Ambulatórios de Psiquiatria<sup>37</sup> (Hospital Universitário/UFSC, Jaraguá do Sul, Tubarão, Chapecó, Balneário Camboriú);

-74 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos quais 37 são CAPS I, 6 CAPS I – Microregionais, 12 CAPS II, 2 CAPS III, 6 CAPSi, 11 CAPSad ;

-2 Consultórios de Rua (nas cidades de Florianópolis e Blumenau);

-602 leitos em 04 hospitais psiquiátricos e 488 leitos psiquiátricos em cerca de 18 hospitais gerais, que atendem pessoas com transtornos psíquicos e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas;

-03 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no município de São José;

- 32 pessoas beneficiadas com o auxílio reabilitação psicossocial – Programa de Volta para Casa<sup>38</sup>. (PVC) e,

---

<sup>37</sup> Os Ambulatórios de Psiquiatria são serviços normatizados pela Portaria n. 224/1992. Tais serviços deveriam oferecer atendimentos individuais e grupais bem como visitas domiciliares e atividades ressocializadoras. (Brasil, 2004 a) Em geral, oferecem consultas individuais e atendimentos grupais.

<sup>38</sup> O benefício do Programa de Volta para Casa consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 320,00 (trezentos e vinte

- 124 leitos para tratamento de crack e outras drogas, distribuídos em 12 Comunidades Terapêuticas.

Cabe ressaltar que o Relatório não explicita onde e como estão distribuídos os 488 leitos psiquiátricos em hospitais gerais bem como não incorpora o Serviço Residencial Terapêutico da cidade de Joinville, inaugurado no final do ano de 2011.

Apesar das transformações ocorridas desde o início do processo da reforma psiquiátrica no país e conforme apresentado em Brasil (2011), o estado ocupa o 14º lugar no ranking nacional de leitos em hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS por 1.000hab., com leitos distribuídos nos quatro hospitais psiquiátricos do estado, dos quais apenas o Instituto de Psiquiatria é público. Os demais são da rede privada e contam com leitos conveniados ao SUS.

No que se refere ao atendimento hospitalar, segundo dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental, as dificuldades se encontram, em especial, entre o aumento do número de leitos psiquiátricos SUS nos hospitais psiquiátricos sem o parecer favorável dos setores responsáveis da Secretaria do Estado da Saúde (com permanência alta, ou seja, 30 dias), e de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais sem produção ou com número de internações muito baixo.

Segundo o Relatório de Gestão 2010 da Secretaria do Estado de Saúde, os leitos nos hospitais psiquiátricos estão distribuídos conforme mostra o quadro abaixo:

<b>Hospital Psiquiátrico</b>	<b>Leitos</b>
Instituto de Psiquiatria/SC	160
Hospital Colônia Santana	247
Instituto São José	35
Casa de Saúde Rio Maina	160

Fonte: Relatório de Gestão, 2010.

---

reais) ao beneficiário ou seu representante legal, se for o caso, com duração de 01 (um) ano, podendo ser renovado conforme avaliação. É um programa que tem por objetivo a reintegração social de pessoas egressas de longas internações.

É importante lembrar que estes 602 leitos nos hospitais psiquiátricos encontram-se ocupados por pessoas que, como algumas experiências nacionais e internacionais têm mostrado, poderiam ser “tratadas” de outra forma. Além destes leitos, o estado conta com um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, com 140 leitos.

O estado de Santa Catarina apresenta uma característica peculiar no que se refere à constituição da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico. Tal peculiaridade está relacionada ao fato do mesmo contar com a maioria de seus municípios com população abaixo de 20.000 hab., que representam quase 80% dos mesmos, o que faz com que tenha que pensar estratégias para a criação da rede, especialmente no que se refere aos CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Como exposto anteriormente, tais serviços estão previstos para municípios com população acima de 20.000hab.

Neste sentido, uma das estratégias adotadas pelo estado, além da necessária articulação com a rede básica de saúde, foi a constituição dos CAPS I- Microregionais. Os Caps I-Microregionais do estado, aprovados por portaria como CAPS I, funcionam de forma consorciada entre municípios com menos de 20.000 habitantes. Segundo dados do Relatório de Gestão de 2010 da Secretaria Estadual de saúde, existem seis deles, em diferentes regiões do estado.

Os Caps Microregionais funcionam de forma consorciada entre municípios com menos de 20.000 habitantes. O serviço é oferecido em uma cidade sede e atende as pessoas dos municípios consorciados que se deslocam até a sede. Os municípios onde eles estão localizados são: Siderópolis, Ibirama, Palmitos, Dionísio Cerqueira, Quilombo e Gaspar.

Segundo os dados do referido relatório, em 2010 o estado investia financeiramente 45 % na rede hospitalar e 55% na rede extra-hospitalar, o que significa uma pequena inversão do que ocorria em anos anteriores quando o investimento era maior na rede hospitalar.

Um dos desafios reconhecidos no Plano Operativo 2008-2010 era o fato de ter que fortalecer a rede de saúde mental na atenção básica, com a necessária interlocução com a rede regionalizada de serviços, levando em consideração esta característica do estado.

No ano de 2007, a Secretaria de Saúde de Santa Catarina instituiu o Grupo de Desinstitucionalização do Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial de Saúde Mental. O Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização tem um caráter intersetorial e tem como objetivo

assessorar as ações de desinstitucionalização em Santa Catarina, um dos pontos principais da política de saúde mental no estado. Uma das atividades iniciais do grupo era formular uma pesquisa que avaliasse a possibilidade de desinstitucionalização dos moradores do Centro de Convivência Colônia Santana.

O grupo é formado por representantes de diferentes instituições interessadas e envolvidas nas questões da saúde mental. Segundo a Portaria Estadual nº08/SES de 06/01/2010, fazem parte do grupo as seguintes entidades: Secretaria de Estado da Saúde/Coordenação Estadual de Saúde Mental; Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina (Departamento de Antropologia e Departamento de Saúde Pública); Ministério Público Estadual; Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho e Habitação; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP); Colegiado de Políticas de Atenção Psicossocial; Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Fundação Catarinense de Educação Especial; Associação Brasileira de Saúde Mental; Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; Complexo de Ensino Superior de Santa Catarina (CESUSC) e uma “usuária” que não representa nenhuma entidade, segundo consta na Portaria. Durante o tempo que participei do grupo, que se reunia mensalmente, houve a participação de um “usuário” em uma das reuniões, representante da Associação de Usuários da cidade de Porto União - SC.

No período de minha participação as discussões do grupo gravitavam em torno do Censo realizado pelo Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina e Centro de Convivência Colônia Santana em parceria com o Departamento de Saúde Pública da UFSC, representado pelo Prof. Dr. Walter Oliveira. A apresentação dos resultados dos dados quantitativos, feita pelos representantes do Instituto de Psiquiatria, subsidiou boa parte das discussões do grupo. Os resultados dos dados qualitativos do referido Censo nunca foram apresentados para o grupo de trabalho. Quando questionei sobre tais resultados a justificativa foi de que os dados ainda não tinham sido analisados.

Tais dados quantitativos também foram apresentados em um seminário, do qual participei como membro do grupo de trabalho, organizado pelo Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, o Centro de Convivência Colônia Santana e a Secretaria de Saúde do Estado. O objetivo do seminário foi mobilizar os gestores dos municípios de

origem das pessoas a serem desinstitucionalizadas pelo Centro de Convivência Colônia Santana<sup>39</sup>.

Considerando a realidade da assistência psiquiátrica no estado de Santa Catarina o Grupo de Desinstitucionalização elaborou um documento onde apresentou quinze ações prioritárias, das quais a primeira delas seria a

Viabilização da desinstitucionalização imediata dos moradores do Centro de Convivência Santana, conforme avaliação realizada pelo Instituto de Psiquiatria, através da sensibilização e engajamento dos municípios, com disponibilização de recursos financeiros e outras ações pelas demais esferas de governo. (Documento intitulado Desinstitucionalização: princípios, diretrizes e ações para Santa Catarina, 2010)

Além destas ações, o documento também apresentou alguns princípios norteadores para a desinstitucionalização como:

I – Ampliação e consolidação de uma rede de serviços em saúde mental, de caráter psicossocial, a ser constituída a partir de ações inter/transdisciplinares e intersetoriais de forma articulada;

II- Superação do modelo asilar através da redução progressiva e planejada, com vistas a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos, conforme Portaria GM nº52 de 20/01/2004 que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS;

---

<sup>39</sup> Conforme os dados apresentados neste seminário, o Centro de Convivência Colônia Santana abriga 270 moradores em suas dependências, o que o caracteriza mais como hospital psiquiátrico do que como centro de convivência como faz supor sua denominação. Durante a realização da pesquisa de campo, o mesmo era referido pelas pessoas em geral como o hospital psiquiátrico de Florianópolis, apesar de estar situado na cidade de São José - SC.

III- Consolidação da horizontalidade entre os diversos atores e agentes da saúde mental, garantindo serviços inter/transdisciplinares e inter-setoriais;

IV- Construção de estratégias que garantam o protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental;

V- Formação de recursos humanos de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. (Documento intitulado Desinstitucionalização: princípios, diretrizes e ações para Santa Catarina, 2010)

Tais princípios demonstram não apenas as necessidades do estado de Santa Catarina no que se refere à assistência psiquiátrica, mas também as limitações do processo de desinstitucionalização que é atravessado por interesses econômicos, políticos, culturais, epistemológicos, dentre outros.

No que se refere ao desenvolvimento dos serviços de saúde mental, a reforma psiquiátrica se dá de forma heterogênea, com experiências como a de Joinville.



A escolha pela realização do trabalho de campo na cidade de Joinville ocorreu devido às características do município no que diz respeito às políticas públicas de saúde mental, bem como pela relevância do município no contexto do estado de Santa Catarina.

A cidade localiza-se na região nordeste do estado e tem uma população de 515.288 habitantes, segundo dados do Censo de 2010 realizado pelo IBGE (2010) ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)) e é considerada a que apresenta o maior PIB do estado. Destaca-se pelo seu desenvolvimento econômico, tendo grande parte de suas atividades voltadas para o setor industrial, especialmente o setor metal-mecânico, têxtil, metalúrgico, dentre outros. Quando se chega a Joinville, logo na entrada da cidade se avista um grande prédio onde está localizada uma das maiores indústrias metalúrgicas da cidade. Além disso, se veem também os *outdoors* que fazem referência às outras indústrias localizadas no município.

A cidade tem uma vida cultural intensa, não apenas por ser a sede da Escola do Teatro Bolshoi no Brasil e realizar anualmente um Festival

de Dança de destaque internacional, mas também pelos demais espaços constituídos na cidade dedicados à cultura. Durante o tempo em que estive em Joinville participei de algumas atividades culturais. Num sábado pela manhã participei de uma atividade cultural voltada para pessoas com deficiências, chamada Projeto Arte para todos, realizado na Casa de Cultura onde funciona a Escola de Música Heitor de Villa Lobos, onde além de apresentações musicais foram oferecidas atividades de dança, argila, dentre outras.

Acompanhada de um *experiente*, visitei também uma “feira de amigos” realizada numa das ruas da cidade, onde se pode beber e comer coisas típicas da cultura local. Com ele também conheci o Museu de Arte de Joinville, onde pude visitar uma exposição interativa do artista local Mario Avancini. O Museu de Arte fica próximo da Cidadela Cultural Antártica, onde também são realizadas atividades artísticas e culturais.

Em outro momento fui convidada por alguns *experientes* e outras pessoas da cidade a participar das atividades de um cineclubes que funciona no Museu do Sambaqui, de uma apresentação cultural na Estação da Memória (antiga estação ferroviária) onde também acontecia uma feira de antiguidades, além das indicações dos mesmos para visitar outros museus e pontos culturais da cidade, como o mercado municipal.

No que se refere à saúde mental, o município vinha executando políticas públicas significativas no âmbito da saúde mental, constituindo uma rede de serviços em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Contava, na época da pesquisa, com um CAPS II, um CAPS III, um CAPSi, um CAPS ad<sup>40</sup>, um Pronto Atendimento Psicossocial (PAPS), Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS),

---

<sup>40</sup>Considerando as particularidades bem como a complexidade que envolve a discussão em torno da questão do álcool e outras drogas, decidi, por questões de recorte metodológico, não inserir as pessoas que frequentam este tipo de serviço nesta pesquisa. Fui visitar o CAPS ad uma única vez, quando pude conhecer suas dependências e conversar com a coordenadora do mesmo. O serviço funcionava por turnos e tinha as mesmas modalidades de atendimento dos demais CAPS (intensivo, semi-intensivo e não intensivo). Alguns usuários almoçavam no serviço, mas a maioria frequentava o serviço nos turnos previamente acordados com os trabalhadores.

uma ala psiquiátrica no hospital geral Hans Dieter Schmidt<sup>41</sup>, fundada em 1997, como parte das transformações da assistência psiquiátrica na cidade.

Também era desenvolvido na cidade um projeto que tinha como objetivo articular as ações da saúde mental com as ações das unidades básicas de saúde chamado “Um olhar no território: inclusão social e cidadania” e estava em fase de implementação o primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT)<sup>42</sup>, que foi inaugurado no final do ano de 2011.

Além disso, os usuários e familiares dos serviços de saúde mental do município estavam organizados em uma associação denominada REPART - Associação de usuários e familiares - recuperação para o trabalho, fundada em 1993, que se articulava ao movimento mais amplo de associações de usuários e familiares do campo da saúde mental, a nível nacional.

Segundo informações obtidas no site do município, o CAPS II é considerado um centro de atenção diária, que tem como objetivo atender pessoas que necessitam de acompanhamento mais intensivo e

---

<sup>41</sup> Fui visitar a Ala Psiquiátrica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt que fazia parte da rede de serviços de saúde mental da cidade de Joinville. Ao contrário dos outros serviços, além de não ser convidada a visitá-la, a possibilidade de realizar a visita se concretizou depois de dois contatos pessoais com pessoas na instituição, um contato com o responsável pela mesma e a formalização da visita através de uma carta de apresentação devidamente assinada por minha orientadora, em papel timbrado da UFSC. A ala psiquiátrica havia sido recentemente reformada. Estava localizada no interior do hospital regional e no corredor de acesso a mesma tinha uma placa com o nome do médico psiquiatra Schoereder, dono do principal hospital psiquiátrico que existiu na cidade e que dá nome à ala.

<sup>42</sup> Fui visitar a casa onde funciona o Serviço Residencial Terapêutico quando ela ainda estava em obras. Lá encontrei José, um *experiente* e futuro morador do serviço e Sara, uma das profissionais responsáveis pelo projeto a ser implantado na casa. Durante o tempo em que estivemos lá foram tratadas, junto aos trabalhadores que realizavam a reforma na casa, questões relativas às adequações da mesma. José era convidado a opinar sobre as mesmas e já havia sugerido onde poderia ser seu quarto, que dividiria com outro *experiente*.

diferenciado das ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, evitando e ou diminuindo as reinternações psiquiátricas. O CAPSi<sup>43</sup> ou CAPS infanto juvenil é descrito como um local de tratamento para crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave que apresentam dificuldades em estabelecer e manter relações na família, escola e comunidade, afetando seu desenvolvimento. O PAPS, tal como apresentado, tem como função acolher as pessoas, sob demanda livre, encaminhando para os serviços de saúde mental oferecidos no município e, quando necessário, inicia o tratamento medicamentoso. (<http://www.saudejoinville.sc.gov.br/uaahSaudeMental.php>, acesso em 14/02/2010).

O SOIS são considerados Serviços Organizados de Inclusão Social que priorizam a clientela dos CAPS e das regionais de saúde, enfocando a inclusão através de atividades de economia solidária, educação, dentre outras.

Durante o trabalho de campo em Joinville pude conhecer esta rede através de visitas a tais serviços, algumas delas pontuais, outras sistemáticas. Acompanhei com maior frequência as atividades do SOIS, do CAPS III e as assembleias da Repart, além das reuniões de um grupo de auto-ajuda mútua e do núcleo da luta antimanicomial, estes últimos não vinculados à prefeitura municipal. Além destas atividades, como

---

<sup>43</sup> Como a clientela deste serviço também não faria parte dos sujeitos da minha pesquisa, fui conhecer o serviço uma única vez, quando conheci a casa onde funcionava e também pude conversar com a coordenadora. A casa onde funcionava o CAPSi era grande e estava localizada na zona central da cidade. O serviço funcionava por turnos, com atividades que se dividiam em: convivência, o ambulatório externo e os grupos. Segundo a coordenadora do serviço, quando iniciaram as atividades do CAPSi, atendia todas as demandas relacionadas à infância e à adolescência, desde problemas de aprendizagem, problemas neurológicos, psiquiátricos, deficiências em geral, mas depois que o protocolo (conjunto de regras que orientam a organização e funcionamento dos serviços) da saúde mental na cidade foi reformulado, passaram a atender somente os transtornos psiquiátricos. Em algumas salas da casa funciona o que é chamado de ambulatório externo, onde são atendidas, individualmente, as demandas da rede relacionada à saúde mental infanto juvenil. A casa tinha um monitoramento por um circuito interno de segurança, com câmeras de vigilância distribuídas por toda a casa.

exposto anteriormente, acompanhei alguns interlocutores em seus itinerários ordinários e extraordinários pela cidade.

A rede de saúde mental da cidade, pelas modalidades de serviços que oferece bem como pela gestão e operacionalização das mesmas, se destaca não apenas no contexto do estado de Santa Catarina. Foi reconhecida como uma das experiências exitosas da região sul do país, segundo o Relatório de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do sul do Brasil, apresentado em Kantorski et all (2007).

A cidade fez avanços relevantes no que diz respeito à Política Municipal de Saúde Mental, apresentando particularidades importantes na assistência psiquiátrica prestada, como veremos ao longo das discussões aqui apresentadas.

Ao dar início ao trabalho de campo na cidade, após contatos com alguns “usuários” e outras pessoas do município na Conferência Regional de Saúde Mental, formalizei minha pesquisa junto à coordenação municipal de saúde mental. À diferença de outras experiências<sup>44</sup> em que é preciso vencer inúmeros obstáculos a fim de realizar pesquisas no campo das ciências sociais e humanas, como discutem Langdon, Maluf & Tornquist (2008), a pesquisa foi acolhida sem dificuldades, tanto pela coordenação municipal de saúde mental e serviços vinculados à prefeitura, como pelos demais grupos e pessoas com que fiz contato.

Não tive nenhuma dificuldade para a realização da pesquisa, o que penso estar relacionado com a disponibilidade e receptividade da gestão da política municipal de saúde mental quanto ao desenvolvimento de pesquisas na cidade. Além disso, penso que o fato de eu conhecer algumas pessoas através do movimento da luta antimanicomial e ter participado de uma capacitação em saúde mental a convite do município, também auxiliaram. Após a formalização da mesma, participei de diversas atividades pessoais e virtuais, institucionais e/ou não, relacionadas à saúde mental do município.

A coordenação de saúde mental da cidade estava a cargo de uma mulher reconhecida como uma militante da luta antimanicomial. O

---

<sup>44</sup> Como apresentado em Langdon, Maluf & Tornquist (2008), as dificuldades enfrentadas para a aprovação do projeto de pesquisa Gênero, Subjetividade e “Saúde Mental” no Comitê de Ética da UFSC- ao qual esta tese está vinculada- foram inúmeras.

município também contava com um grupo de pessoas (todas mulheres, profissionais dos serviços da rede de saúde mental da cidade), chamado de Grupo de Condução, que se reunia sistematicamente com a finalidade de auxiliar na coordenação das ações em saúde mental na cidade. Além disso, existia o Colegiado de Atenção Psicossocial<sup>45</sup>, que contava com a participação de pessoas de outros setores ligados de alguma maneira à saúde mental. Deste colegiado participavam dois representantes do Núcleo da Luta Antimanicomial Nise da Silveira (um familiar que era o titular e um *experiente* que era suplente).

Minha ideia inicial era acompanhar a Repart - Associação de usuários, fundada em 1993 e que eu supunha me colocaria em contato com as pessoas com quem pretendia conversar. Tal associação, naquele momento, estava passando por uma “crise” desencadeada por questões burocráticas, da qual talvez resultasse sua dissolução. Mas era o começo do trabalho de campo e através dessa aproximação, tive contato com os “usuários” que participavam do SOIS e que, de alguma maneira, teve sua origem através da Repart, a associação ora em “crise”.

Eles, assim como aqueles que eu já havia conhecido na Conferência Regional de Saúde Mental, foram me indicando outras pessoas com quem acreditavam que seria interessante eu conversar e assim o trabalho foi sendo realizado na cidade, como exposto anteriormente.

A Repart funcionava junto com o SOIS (Serviços Organizados de Inclusão Social), que tinha como proposta ser um espaço onde as pessoas poderiam realizar atividades de trabalho e renda, sendo encaminhadas pelos demais serviços de saúde mental da cidade. A rotina do serviço consistia no desenvolvimento de atividades diversas. A atividade principal, onde participavam a maior parte das pessoas que frequentava o SOIS, era a de montagem dos chamados “chicotinhos”<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup> Particpei da reunião da Comissão de Políticas de Atenção Psicossocial, realizada no PAPS, na tentativa de entender seu funcionamento e sua relevância no contexto da saúde mental do município.

<sup>46</sup> Os “chicotinhos”, segundo as explicações que recebi, são peças eletrônicas que fazem parte da engrenagem elétrica de motocicletas. A confecção dos mesmos consiste em enfiar fios em tubos plásticos (mangueirinhas) ou encaixar os fios em peças plásticas devidamente preparadas para tal.

Além desta, também eram desenvolvidas atividades de mosaico, confecção de tapetes com retalhos de tecido e alfabetização. As pessoas que frequentavam a atividade da confecção dos “chicotinhos” eram distribuídas em turnos com duração de uma hora e meia e ali desenvolviam as atividades. Por tal atividade recebiam uma remuneração “simbólica” que variava de 1 a 10 reais por mês, conforme os dias trabalhados.

Foi então, no espaço do SOIS que fiz meus primeiros contatos com as pessoas da REPART e também com as trabalhadoras do local. Apresentei-me em diferentes turnos, onde falei da pesquisa e perguntei sobre o interesse das pessoas presentes em participar da mesma. Destes contatos realizei três entrevistas “formais” (em sala reservada e uso do gravador) com três “usuários” (dois homens e uma mulher). Após perceber que as conversas sem a utilização do gravador eram mais ricas e fluíam com maior naturalidade, abdiquei do gravador e a menos que as circunstâncias exigissem, não realizei entrevistas em salas fechadas. Assim, no espaço do SOIS, além destas entrevistas, conversei com outros “usuários” de maneira informal e com muita riqueza de conteúdo. Frequentei o serviço com regularidade até o momento em que as atividades foram suspensas em função da “crise” da associação e reorganização do mesmo.

Durante o período que estive lá, realizei observações e pude conversar com as pessoas que frequentavam aquele espaço. Na maior parte dos dias sentei com as pessoas em torno da mesa de trabalho e, seguindo as instruções de alguns, realizei as atividades junto com eles e foi ali que minhas conversas se desenrolaram com bastante frequência.

Além disso, durante o período em que estive em campo, participei das assembleias da REPART com exceção de uma delas, ocorrida no período em que precisei me ausentar por alguns dias em função do falecimento do meu pai.

Outro lugar que frequentei de forma sistemática foi o CAPS III. Fui conhecer o CAPS III a convite de sua coordenadora, que alegava que lá eu encontraria muitas pessoas para conversar o que, de fato, acabou acontecendo. O CAPS III é um serviço que funciona 24 horas, com leitos para o que é denominado como “hospitalidade<sup>47</sup>” e atende

---

<sup>47</sup> A hospitalidade é destinada às pessoas que precisam permanecer no serviço no período da noite. As razões para isso, como pude observar, pode ser pela necessidade de cuidados em função de alguma “crise”, pela

pessoas para atividades de reabilitação psicossocial e, especialmente, pessoas que precisam cuidados durante o dia e a noite.

O Caps III funcionava em uma casa ampla, de dois pisos. No piso superior tinha uma sala ampla e um banheiro reservados para os trabalhadores<sup>48</sup>. Os “usuários” tinham acesso, mas o faziam com a devida permissão. Na parte inferior, havia três salas reservadas para atendimentos individuais e grupais, um quarto amplo onde ficavam as camas para a “hospitalidade” noturna, um banheiro, uma recepção, uma cozinha, uma garagem onde tinha uma TV, um pufe e um sofá. Nesta garagem tinham duas salas menores, uma delas funcionava como sala de enfermagem e a outra como sala de medicamentos (farmácia).

A casa tinha um pátio amplo, com uma horta e uma estufa. Nesse pátio, tinha outra sala onde eram realizadas as “oficinas” (atividades), dois banheiros, um masculino e outro feminino e uma peça para expurgo<sup>49</sup>. No fundo do terreno tinha uma construção de madeira que não era usada. Durante o período que participei das atividades por lá, foi construída uma cerca de arame para impedir o acesso aos fundos do terreno, pois segundo a coordenadora, alguns *experientes* iam para trás

---

necessidade de acompanhamento no momento da troca de alguma medicação, dentre outros motivos. O tempo da hospitalidade não é definido *a priori*, variando conforme a necessidade de cada situação.

<sup>48</sup> O fato dos banheiros dos trabalhadores serem separados dos banheiros dos “usuários” é um dos aspectos que mostra o caráter hierárquico da organização dos serviços. É denominado, entre alguns trabalhadores e militantes, como o *apartheid do banheiro*. Na maior parte dos serviços que pude visitar, brasileiros e italianos, os banheiros eram separados, sendo o dos trabalhadores chaveados e com acesso restrito as chaves enquanto o dos “usuários” com acesso livre.

<sup>49</sup> Como os CAPS são serviços de saúde mental, naqueles em que a vigilância sanitária exige, devem ter salas de expurgo para onde são levados os materiais sujos e contaminados. Isso introduz uma questão interessante, pois apesar da proposta inicial dos mesmos ser de funcionar o mais semelhante possível ao funcionamento de uma casa, como sugerem os documentos oficiais e a literatura sobre os mesmos, devido às exigências das normas sanitárias, os mesmos acabam introduzindo elementos que fazem com que se pareçam com os hospitais.

da construção de madeira e não podiam ser vistos pelos trabalhadores. A decisão da cerca foi tomada depois que dois *experientes* (um homem e uma mulher) foram surpreendidos transando (ou tentando transar) atrás da construção.

A equipe era composta por trabalhadores de nível superior, nível médio (técnicos de enfermagem e técnicos administrativos) vinculados à prefeitura, profissionais da segurança<sup>50</sup>, limpeza e cozinha contratados por uma empresa de serviços terceirizada, além dos estagiários da enfermagem e outros cursos. Os trabalhadores se dividiam nos três turnos de funcionamento do serviço e se reuniam semanalmente para discutir questões relativas ao trabalho.

Como o CAPS III atende todo o município, a equipe é subdividida em subequipes de referência<sup>51</sup> (nomeadas pelo nome de flores: violeta, orquídea, etc) para atender diferentes regiões da cidade. Por exemplo, a equipe violeta é a referência para as pessoas da zona sul da cidade.

As atividades do CAPS III são variadas e vão desde atendimentos terapêuticos individuais, grupais, oficinas de artesanato, de música, de teatro, grupos de discussão, assembleia mensal até horta e culinária. Os “usuários” são convidados a participar das atividades quando constroem, junto com seus trabalhadores de referência, seus projetos terapêuticos individuais<sup>52</sup>. Também são convidadas na atividade denominada de boa

---

<sup>50</sup> Nos Caps que visitei em Joinville sempre tem um ou dois seguranças na porta de entrada, responsáveis pelo acesso ao serviço. No CAPS III sempre me identifiquei e entrei sem dificuldades. Já no CAPS II, em uma de minhas visitas, me identifiquei e precisei esperar ser anunciada para a trabalhadora com a qual havia marcado um encontro.

<sup>51</sup> A referência ou o trabalhador/equipe de referência foi criada nos serviços de saúde mental para melhorar o vínculo das pessoas a serem atendidas nos mesmos, uma vez que o serviço de referência é aquele o mais próximo da residência das mesmas enquanto o trabalhador/equipe de referência são aquelas pessoas que acompanham mais de perto alguns *experientes* e é aos quais eles podem se dirigir em caso de necessidade.

<sup>52</sup> Os projetos individuais terapêuticos surgiram para atender a necessidade de singularização do tratamento nos serviços substitutivos de saúde mental, visando atender as diferentes demandas dos sujeitos que frequentam os mesmos. Segundo documento do Ministério da Saúde “cada

tarde. Nesta atividade são dados alguns informes, realizada alguma atividade de socialização e, logo, o encaminhamento e convite das pessoas para as devidas atividades. Apesar da oferta de atividades, alguns “usuários” circulam pelo pátio do serviço e foi com essas pessoas que conversei com maior frequência.

Um dos serviços pioneiros na assistência psiquiátrica na cidade é o CAPS II, também conhecido na cidade como CAD (Centro de Atenção Diária), devido ao fato de ter sido um Centro de Atenção Diária antes de ser cadastrado como Centro de Atenção Psicossocial pelo Ministério da Saúde.

Como apresentado anteriormente, o CAPS II é um serviço de saúde mental destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, que funcionam em dois turnos, geralmente, manhã e tarde. São os serviços que foram criados em maior número desde a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental.

O CAPS II funcionava em uma casa ampla, próximo ao SOIS, tendo inclusive uma porta em seu pátio interno que dava acesso ao pátio da casa onde funcionava o SOIS. Tinham salas para atendimento individual e grupal, uma cozinha, uma garagem onde aconteciam as oficinas de artesanato, música e outras. Contava com trabalhadores de nível superior, técnicos de enfermagem e administrativos, bem como pessoas vinculadas a uma empresa terceirizada que prestavam os serviços de limpeza e segurança. A casa contava com uma sala onde ficavam os medicamentos que eram distribuídos aos “usuários” do serviço. Tal sala tinha a porta de entrada próxima a que seria a entrada principal da casa e que não era usada pelas pessoas que frequentavam a mesma. Estas costumavam entrar pela porta que seria a dos fundos da

---

usuário deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades”. (Brasil, 2004 b , p.16) No entanto, segundo apontam Kantorski et all (2007), a negociação do projeto terapêutico individual “ainda não é tranquilo e algumas vezes o usuário percebe que não são contempladas as suas necessidades e desejos na determinação de alguns aspectos do PTI [Projeto Terapêutico Individual]”.(idem, p.200)

casa. No pátio tinha uma varanda onde eram feitas as refeições, uma piscina, além de uma área onde pessoas transitavam.

O CAPS II atendia pessoas de todo município e a equipe se dividia em subequipes, nomeadas com cores, para organizar o atendimento da população por regiões. Atendia as pessoas nas modalidades: intensivo, semi-intensivo e não intensivo, com atendimento diário das 8 às 18hs. Serviam refeições que eram fornecidas por uma empresa terceirizada ou parcialmente preparadas no serviço.

Não participei de nenhuma atividade no CAPS II, pois em determinado momento da pesquisa, precisei delimitar as atividades da mesma em função do tempo e também para poder aprofundar os encontros. Não pareceu proveitoso frequentar muitos lugares por pouco tempo, então decidi frequentar sistematicamente alguns lugares e ali estar mais tempo, para construir os vínculos necessários aos encontros etnográficos.

Das poucas vezes que estive no CAPS II, tentei estabelecer contato com alguns “usuários”. Foram encontros breves, mas interessantes. Um deles aconteceu na sala de espera do serviço enquanto eu esperava a psicóloga para acompanhá-la a uma unidade de saúde. Eu estava sentada em uma das quatro cadeiras que ficavam na sala de espera, onde tinha também uma televisão ligada e algumas pessoas que transitavam por ali, pois era um lugar de passagem entre as demais salas, quando sentou ao meu lado uma mulher. Ela era jovem, aparentava ter uns 30 anos e ficou quieta algum tempo, movimentando as pernas sem parar, até que se virou pra mim e perguntou se eu estava esperando para consultar. Disse que não, que estava esperando a psicóloga, pois iria conhecer uma “oficina” em um “postinho”. Aproveitei então para perguntar seu nome, que é Regina, e se ela estava esperando para consultar. Ela respondeu que sim e me disse: *“Já fiz tratamento aqui. Eu tenho ansiedade e depressão, depois larguei tudo... eu ficava dopada, aí não quis. Eu tenho cinco filho sabe?! tudo já assim mais crescido, um só que tem 3. Eu que criei eles tudo. Um só me dá problema, não para, não quer nada na escola...Aí eu fico irritada com as criança, fico irritada com as coisa, fico irritada comigo mesma.”* Gesticula com a cabeça, mostrando seu desconforto, faz um silêncio e eu comento que deve ser difícil mesmo. Ela prossegue dizendo: *“Na escola deles lá agora disseram que eu não tô bem, mas eu tô bem sim, eu não quero fazer tratamento. Eles dopam muito a gente”*, reclama

num tom de indignação. Nossa curta conversa acabou quando a psicóloga me chamou para irmos para a atividade.

O relato de Regina permite pensar em vários aspectos, mas especialmente na questão do gênero. Ela que é uma mulher jovem, branca, mãe de cinco filhos, chefe de família (coisa comum entre as classes populares, da qual faz parte), tem dificuldades em ser escutada e entendida em suas dificuldades que não devem ser poucas - afinal, são cinco filhos e um que lhe dá “problema”- e mostra indignação com relação à terapêutica medicamentosa, mais uma opressão que pesa sobre suas experiências.

O outro aconteceu no “banco de espera”, na frente da casa. Como o guarda não permitiu que eu entrasse<sup>53</sup>, pedindo que eu aguardasse a psicóloga lá fora, pude conversar com as pessoas que também aguardavam para entrar. No banco em que eu estava sentada, também estavam mais duas mulheres, que aparentavam ter 50 anos e que pelo tipo de conversa que mantinham já se conheciam. Uma delas que se chamava Beatriz, começou a falar que sua casa tinha sido invadida pela enchente e que ainda não tinha conseguido arrumar as coisas, pois não tinha recebido o seguro. A outra, que se chamava Elis, com a fala lenta (que parecia efeito de medicação) comenta: *“muito pior é quem perdeu tudo mesmo, não consegue arrumar mais nada... (...)”*. Vendo que eu estava prestando atenção na conversa me perguntam se eu também estava esperando para ir pro grupo. Digo que não, que estava esperando a psicóloga, pois iria com ela numa oficina e aproveitei para perguntar de qual grupo iriam participar. Elis então me explicou que o grupo era para conversar e em determinado momento me diz: *“é bom conversar, a gente fica assim, precisa conversar... eu comecei assim... perdi meu marido... já tinha perdido um, depois o outro e depois esse... muita coisa.”* Eu, sem saber o que dizer, fiquei em silêncio. Mas Beatriz comentou, de forma solidária: *“mas é assim... a gente fica triste mesmo.”* E Elis continua: *“Acho que foi de tristeza, muita tristeza. Agora não consigo fazer mais nada. Eu tenho neurose, assim, dos nervos. Lá em Lages eu fui umas dez vez na ala psiquiátrica. Agora aqui fui no Pronto Socorro, eles me deram soro e aí eu fui no psiquiatra e ele me deu remédio.”*

---

<sup>53</sup> Tal permissão só se deu quando a estagiária do CAPS II apareceu e disse que eu poderia entrar. No entanto, como eu estava conversando com algumas pessoas, permaneci ali até a hora de irmos para a atividade.

Elis e Beatriz certamente têm as suas singularidade e histórias de vida distintas. Não tive tempo de conversar com elas o suficiente para poder explicitá-las aqui. Entretanto são mulheres mais ou menos da mesma idade, classe social e que, além de terem em comum a participação no mesmo grupo para se sentirem melhor, precisavam dar conta das dificuldades domésticas. Partilhavam certa solidariedade quanto a essas tristezas que fazem parte da condição humana.

Como foi possível perceber, as ações de saúde mental do município, para além da constituição destes serviços especializados, tentam articular os serviços de saúde mental com a atenção básica de saúde. Antes de dar início ao trabalho de campo, eu tinha sido convidada a participar de uma capacitação oferecida aos profissionais da rede básica de saúde (desde os profissionais de nível superior até os agentes comunitários de saúde) no âmbito do Projeto Um Olhar no território: inclusão social e cidadania, mencionado anteriormente.

Durante o trabalho de campo pude acompanhar as atividades deste mesmo projeto. Elas eram desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, sobretudo pelas agentes comunitárias de saúde com apoio de uma psicóloga, de uma terapeuta ocupacional e uma estagiária de psicologia, vinculadas à rede de serviços de saúde mental do município. Este projeto, pela relevância de suas ações foi contemplado pelo edital do Ministério da Saúde que incentiva ações deste tipo.

O projeto pretendia articular as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde, com o objetivo de desenvolver atividades de cuidados em saúde mental no território<sup>54</sup>, estando assim mais próximas das casas das pessoas. Participei de duas atividades deste Projeto, junto com a psicóloga responsável pelo mesmo e a estagiária de psicologia do CAPS II que também acompanhava estas atividades. Nos dois dias em

---

<sup>54</sup> Território aqui se refere não apenas a uma área geográfica, mas aquele espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dos experientes e seus familiares, em geral, aquelas zonas mais próximas das suas casas, conforme a concepção do referido projeto. A noção de território é bastante valorizada no processo da reforma psiquiátrica e reforma sanitária brasileiras, assim como o é na reforma psiquiátrica italiana.

que as acompanhei nestas atividades, pude acompanhar também duas “buscas”<sup>55</sup>.

As mulheres são a maior parte nestas atividades. De homem, só conheci Carlos e pareceu que a atividade de costura proposta não lhe agradou muito. As atividades desenvolvidas são de artesanato em tecido, como customização, fuxico e confecção de produtos deste tipo para o Natal, dentre outras. Durante as atividades as conversas são as mais variadas e, algumas vezes, giram em torno das dificuldades familiares, domésticas, bem como, aspectos sobre o tratamento da saúde mental.

Outra ação importante do município diz respeito à distribuição e uso de medicamentos, através de um projeto também desenvolvido nas unidades básicas de saúde especialmente para distribuição de antidepressivos. A distribuição de antidepressivos ocorre através da participação da pessoa que dele fará uso em um grupo de apoio e orientação, na tentativa de reduzir o uso inadequado dos mesmos, o que não ocorre em outros municípios do estado e do país.

Durante o trabalho de campo, em visita a uma atividade realizada em uma unidade básica de saúde vi um cartaz afixado que dizia: “*Você toma fluoxetina? Venha discutir conosco. Data: horário:*”. Com esta estratégia o município conseguiu reduzir significativamente a distribuição e consequente uso desta medicação, segundo o relato de uma trabalhadora e também dos dados apresentados em Kantorski et al.(2007).

Segundo o relatório da pesquisa intitulada CAPS Sul que avaliou os Centros de Atenção Psicossocial do sul do Brasil, no que diz respeito à cidade de Joinville, as autoras afirmam, dentre outras coisas, que

A política de psicofármacos também é exemplar nesse município. Chamamos de política porque não passa de uma mera distribuição, sem critérios, descontínua e desorganizada de medicamentos, como ocorre na maioria dos municípios. Trata-se

---

<sup>55</sup> Realizar as “buscas” significava passar na casa das pessoas, conforme acordado previamente com as mesmas, para levá-las no carro da prefeitura até as atividades. Na primeira busca, conheci Carlos, um *experiente*, e seu irmão. Na segunda conheci Daiane, uma *experiente*, que logo me perguntou se eu também estava internada e sendo levada para a atividade. As buscas serão discutidas mais adiante.

de um projeto mais amplo, que envolve a garantia de acesso qualificado aos psicofármacos. Resultado disso, como dizem os usuários e familiares, é que não falta medicação em Joinville. Mas não é um fornecimento indiscriminado, sendo exemplo disso a retirada dos benzodiazepínicos do cardápio dos medicamentos e a implantação dos Programas de Fluoxetina. (Kantorski et al, 2007, p.221)

A articulação com outros setores como educação, trabalho, cultura, justiça, seguridade social, dentre outros, também são realizados, não sem tensões. Durante o trabalho de campo acompanhei uma visita realizada pelas profissionais do CAPS III a pedido do Ministério Público<sup>56</sup>. Ainda que tenham realizado a mesma, as profissionais comentaram sobre a sobrecarga de trabalho gerada por este tipo de demanda que, do ponto de vista delas, poderia ser resolvido pela equipe daquele órgão público. Além disso, o município também recebe os pedidos de internação compulsória vindos do poder judiciário.

As tensões também se dão entre as ações da saúde mental que, mesmo contando com uma rede significativa e operante, encontra dificuldades como leitos na ala psiquiátrica ou no CAPS III para situações emergenciais, bem como a inserção de pessoas neste ou naquele serviço dependendo das características da mesma. Na reunião da Comissão de Atenção Psicossocial que participei, uma das pautas girou em torno da situação de uma adolescente abrigada que completaria a maioridade e, por isso, deveriam ser pensadas ações para seu atendimento. Ela estava entre os serviços que atendem crianças e adolescentes e os que atendem adultos, além de estar também entre os que atendem transtornos relacionados ao álcool e outras drogas e os que atendem transtornos mentais graves e persistentes.

---

<sup>56</sup> Em um dos dias em que estava no CAPS III, a coordenadora e uma das psicólogas do serviço me colocaram a par de uma solicitação de visita domiciliar que o Ministério Público havia feito ao serviço para averiguação e providências, em função de uma denúncia anônima de cárcere privado e me perguntaram se eu aceitava ir junto com elas realizar a visita. Aceitei.

Esse foi o contexto que encontrei na cidade de Joinville, que até 1986 tinha como referência na assistência em saúde mental um hospital psiquiátrico, chamado pelas pessoas da cidade pelo nome de seu proprietário Schoereder, mas que oficialmente se chamava Clínica Nossa Senhora da Saúde.

Desde então, a cidade começou a implementar mudanças na assistência psiquiátrica. No ano de 1987, colocou em funcionamento três ambulatórios de referência com psiquiatras e psicólogos e, no momento da pesquisa, contava com a rede de serviços apresentados, o que representa um avanço na consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e da Política Nacional de Saúde mental.

Como parte das ações desenvolvidas na cidade em termos de saúde mental, a prefeitura instituiu a Semana Municipal da Luta Antimanicomial, realizada anualmente durante a semana do dia 18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial, onde são realizadas atividades que visam sensibilizar a população.

O processo de consolidação de um Programa de Saúde Mental na cidade teve como contexto um clima político favorável e o engajamento de diversos setores da sociedade que, não sem impasses e conflitos, vem desenvolvendo várias ações. Segundo apontam Maria Lucia Bueno e Sandra Caponi (2009) no trabalho em que discutem os discursos dos atores sociais da reforma psiquiátrica em Joinville:

O município de Joinville teve o privilégio de contar com esses e outros profissionais de formação mais crítica, que resistiam à construção de hospital psiquiátrico, e direcionavam a organização da rede de assistência de forma descentralizada, buscando a integralidade das ações de saúde, a promoção e a prevenção da doença/saúde mental. (idem, p.9)

Para além dos serviços vinculados ao sistema público de saúde existiam outros lugares que também desenvolviam ações relacionadas ao campo da saúde mental, como um grupo de auto - ajuda mútua e um núcleo da luta antimanicomial, dos quais pude participar em algumas reuniões.

Particpei de cinco reuniões do Núcleo da Luta Antimanicomial da cidade a convite de dois usuários e uma técnica que exerce

informalmente a coordenação do grupo. Durante estas reuniões foram discutidos vários assuntos referentes à saúde mental, desde o acesso a medicamentos até a participação no Colegiado de Atenção Psicossocial do município, em que o núcleo se faz representar através de dois participantes. Nestas reuniões as pessoas manifestavam suas angústias e dificuldades, e por vezes, as mesmas giravam em torno de problemáticas pessoais, algumas delas compartilhadas por outros participantes.

Participavam das reuniões familiares, “usuários”, estudantes e profissionais, conforme a proposta do núcleo de acolher todas as pessoas interessadas nas questões da saúde mental. A participação das pessoas não era regular e o número de participantes variava conforme o dia. Foram comuns as queixas sobre a pouca participação dos *experientes* e/ou de que são sempre as mesmas pessoas que participam das reuniões.

Segundo relatos dos participantes, o Núcleo da Luta Antimanicomial surgiu em 2008, a partir da participação de alguns deles no Encontro de Saúde Mental na cidade de Bauru, quando se articularam e se mobilizaram para a criação do núcleo na cidade. Segundo um informativo do mesmo, o núcleo “É um movimento social que congrega usuários, familiares, técnicos, estudantes, simpatizantes e defende a mudança do modelo de assistência baseado na internação psiquiátrica”.

As reuniões obedeciam a um calendário estabelecido pelo grupo no início de cada ano e aconteciam, em geral, quinzenalmente, no Centro de Direitos Humanos Maria da Graça Braz (CDH), que concedia uma sala e a estrutura geral do prédio como banheiro e telefone, para a realização das mesmas.

Fui convidada por dois participantes do Núcleo da Luta Antimanicomial para participar das reuniões de um grupo de auto - ajuda mútua. Minha participação neste grupo de auto ajuda mútua teve uma particularidade: em todas as reuniões que frequentei, os participantes, sobretudo o coordenador fez questão de me acolher mais como mais uma do grupo do que como pesquisadora. Na primeira reunião, quando sugeri apresentar os objetivos da pesquisa o coordenador do grupo disse que aguardasse que ele me diria quando eu deveria me apresentar e apresentar a pesquisa. Ele começou a reunião e, depois que todos se apresentaram, ele me pediu que antes de apresentar minha pesquisa que eu me apresentasse pessoalmente e que falasse porque estava ali, qual minha relação com a saúde mental, porque tinha escolhido a área da saúde mental. Fiz o que foi solicitado e também

respondi as perguntas feitas pelo grupo quanto a minha vida pessoal e, por fim, sobre a pesquisa. Como sugeriu Tornquist (2003,p. 71), “cada vez mais os nativos são ativos(...) Eles igualmente nos classificam em suas categorias prévias e também querem trocar – participam da dádiva que concedem.”

As reuniões do grupo têm um formato que se repete em todas as reuniões que ocorrem da seguinte forma: as pessoas se encontram e conversam antes de seu começo, logo se sentam em cadeiras dispostas em círculo. A reunião sempre começa com uma oração, conhecida como oração da sabedoria<sup>57</sup>. Depois é o momento quando são dados informes e logo após, conforme combinado com antecedência, alguém traz algum texto para leitura e discussão. Os textos discutidos são, em geral, de auto-ajuda, relacionados à saúde mental<sup>58</sup> ou com mensagens de otimismo. Após esse momento, o grupo se divide em dois subgrupos: o grupo dos “portadores” e o dos familiares. Tal divisão é feita a partir do entendimento de que os “portadores” são as pessoas que foram diagnosticadas com algum transtorno mental e os familiares são as pessoas familiares dos mesmos. Cada subgrupo tem o seu respectivo coordenador. A participação dos familiares não é condicionada à participação do “portador”, e em algumas reuniões tinham mais familiares que “portadores”. Nunca o inverso. Segundo a proposta institucional do grupo, o coordenador deveria ser um “recuperado”, ou seja, que tenha se recuperado de um transtorno mental.

Após as reuniões nos subgrupos o grupo se reúne novamente e tomam um “café” (além do café, também são servidos chás e alguns biscoitos) preparado com produtos trazidos pelos participantes, na mesma sala onde acontecem as reuniões. Durante o “café” acontecem conversas sobre assuntos diversos ou também sobre o que é discutido no grupo. Depois do café o grupo volta a sentar-se em círculo para escutar

---

<sup>57</sup> A oração da sabedoria tem o seguinte texto: Concedei-nos, Senhor, a serenidade para aceitarmos as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquela que podemos, e sabedoria para distinguir umas das outras.

<sup>58</sup> Durante as reuniões que participei foram lidos alguns trechos dos livretos organizados pela Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE).

alguma leitura trazida por algum participante, que é brevemente discutida. Ao final, em pé, com os braços entrecruzados e de mãos dadas com as pessoas do círculo é feita novamente a oração da serenidade. E a reunião termina.

A definição do grupo descrita nos materiais de divulgação do mesmo é: “um grupo de auto-ajuda para portadores da doença mental e filia-se a uma longa linhagem de grupos anônimos de auto-ajuda, iniciada em 1935, com a irmandade dos Alcoólicos Anônimos(...) A filosofia do grupo é a recuperação baseada nos seis passos desenvolvidos pelos *Schizophrenics Anonymous*<sup>59</sup> americanos.”

Particpei de cinco reuniões, que aconteceram semanalmente. Em apenas uma delas pude participar do subgrupo dos “portadores”, o que foi determinado pelo coordenador do mesmo e também pelos “portadores”. Penso que a limitação de minha participação pode estar relacionada ao fato de eu estar classificada na categoria “não-portadores” dentro da configuração dos mesmos bem como por possíveis resistências.

O grupo tem uma característica religiosa marcante. Além das orações e da maneira como alguns assuntos são conduzidos nas discussões, no último dia de minha participação no mesmo, após fazermos a oração da serenidade, o coordenador disse, dentre outras coisas: “*pedimos então que deus abençoe o trabalho de Ana Paula e que ela consiga fazer um bom trabalho*”, que me parece significativa desta característica. Não me refiro apenas ao fato de fazermos uma “oração” no começo e final do grupo, o que faz pensar num ritual religioso, mas também as posturas - durante a oração da serenidade, por exemplo, quase todos se mantinham cabisbaixos - e ao clima das reuniões que deixava transparecer esse caráter.

---

<sup>59</sup>Segundo informações do site <http://www.sardaa.org/schizophrenics-anonymous/>, “Esquizofrênicos Anônimos é um grupo de auto-ajuda, fundado em julho de 1985, em Detroit nos Estados Unidos. O grupo é organizado por pessoas que tem esquizofrenia ou algum distúrbio relacionado e é administrado em parceria com a Aliança Americana de Esquizofrenia e transtornos relacionados. Suas atividades consistem em reuniões para pessoas que têm esquizofrenia ou uma doença relacionada a ela.” (acesso em 21/01/2012)

Outra característica do grupo é a questão do sigilo, bastante valorizada entre os participantes, não apenas com as pessoas que participam do grupo para fins de pesquisa e conhecimento do mesmo, mas entre seus participantes. Por exemplo, não se comenta no grupo maior o que foi discutido nos subgrupos de familiares e “portadores”. Neste sentido, espero ter respeitado o mesmo não situando algumas discussões bem como mantendo o anonimato dos participantes.

Além destes espaços institucionais, conversei com alguns *experientes* fora destes e pude acompanhá-los em seus movimentos pela cidade, nos ônibus interurbanos, participando de algumas de suas atividades cotidianas (algumas institucionais, outras não), sendo conduzida por lugares da cidade e participando daquilo que era possível.

A ideia de acompanhá-los fora dos espaços institucionais era poder compreender e perceber suas experiências fora dos mesmos. Assim, fiz muitas caminhadas pela cidade; almocei algumas vezes com alguns dos interlocutores e interlocutora em restaurantes da cidade; andei de ônibus interurbanos; visitei, a convite, a casa de um interlocutor e uma interlocutora; na casa desta última, almocei duas vezes, acompanhei-a a uma das reuniões de um grupo de teatro e uma reunião de um grupo de artesanato das quais participava e fiz também uma visita à casa de uma de suas tias; com outro *experiente* conheci alguns pontos turísticos da cidade, visitei um museu, uma feira de comidas e uma feira de artesanato em exposição na cidade.

O contexto de Joinville é bastante representativo do processo da reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que apresenta avanços, mas também embates, tensões e dificuldades que envolvem não apenas a consolidação de uma política municipal de saúde mental, mas também a superação da lógica manicomial, ou fragmentos dela.

O município destaca-se no contexto nacional e também do estado de Santa Catarina, não apenas por ter constituído uma rede de serviços de saúde mental em conformidade com o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental, mas por conseguir manter vivo o caráter inventivo deste processo, declinado em suas propostas de intervenção.

A cidade de Joinville apresenta contradições, complexidades e dificuldades, próprias do processo que colocou em movimento. É um processo heterogêneo, tanto na oferta dos serviços como na variedade dos mesmos, como foi apresentado, e pode ser considerada uma

experiência paradigmática, assim como a de outros municípios como o de Barbacena - MG, que veremos a seguir.

#### **2.4. Múltiplos movimentos: a experiência de Barbacena - Minas Gerais**

A cidade de Barbacena - MG tem uma experiência paradigmática no processo da reforma psiquiátrica. A cidade fica na Serra da Mantiqueira, a 169 km de distância de Belo Horizonte (capital do estado). Tem aproximadamente 126.284 mil habitantes e foi considerada por muitos anos a “cidade dos loucos” por ter tido sete hospitais psiquiátricos, dos quais ainda existem três em funcionamento. Para Maristela Duarte (2009):

Um aspecto que ajuda a compreender os significados de “cidade dos loucos”, alcunha adquirida pela cidade, foram as práticas terapêuticas adotadas nas instituições psiquiátricas. As práticas psiquiátricas ao longo do século XX, embora fossem consideradas o que de mais moderno havia no tratamento dos problemas mentais, nem sempre eram utilizadas com finalidades estritamente terapêuticas, muito se aproximando de práticas punitivas. Ir para Barbacena passou a significar uma condenação irreversível. (idem, p.112)

No final dos anos setenta, diante das precárias condições<sup>60</sup> de tratamento nos hospitais psiquiátricos existentes, houve intensas mobilizações do movimento da luta antimanicomial no país bem como no estado e na cidade. Além de tais mobilizações, que tinham o objetivo dar visibilidade e, assim, superar a realidade da assistência psiquiátrica local, a cidade recebeu a visita de Franco Basaglia (principal protagonista da reforma psiquiátrica italiana).

---

<sup>60</sup> O registro visual destas condições pode ser visto no filme *Em Nome da Razão*, de Helvécio Rattón, feito em 1979. Além disso, outros registros estão disponíveis para visita no Museu da Loucura, na cidade de Barbacena/MG.

Com a visita de Franco Basaglia, aliada ao volume de denúncias e críticas apresentadas na mídia no país, foi desencadeado o processo de desinstitucionalização dos internos de alguns hospitais psiquiátricos na cidade. A cidade, de cultura hospitalocêntrica se viu diante do desafio da desinstitucionalização dos internos e da criação da rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos existentes.

Neste processo foram criados alguns serviços de saúde mental dos quais se destacam os serviços residenciais terapêuticos<sup>61</sup> que, na época da minha visita a cidade, somavam vinte e nove casas e abrigavam mais de cento e cinquenta pessoas, egressas dos hospitais psiquiátricos e com história de longas<sup>62</sup> internações nos mesmos.

Para a realização da pesquisa de campo na cidade fiz contato com uma pessoa da cidade que é professora universitária em São João del Rei, cidade vizinha, e que havia realizado sua pesquisa doutoral sobre a história do CHPB (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena), sendo também uma das autoras do livro que apresenta o resultado de uma pesquisa etnográfica e comparativa entre as cidades de Prados e Barbacena, ambas em Minas Gerais, intitulado *Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais*, publicado em 2009 e organizado por Izabel Friche Passos<sup>63</sup>.

Permaneci no município de Barbacena por dez dias e neste período conversei com várias pessoas, desde pessoas comuns da cidade até aquelas ligadas à saúde mental. Os contatos em Barbacena foram se dando de diferentes maneiras. Percebi que para conhecer a realidade da cidade em tão pouco tempo teria que conversar com as mais diferentes pessoas, então aproveitava todos os espaços que frequentava para começar uma conversa e saber sobre as percepções das pessoas sobre a

---

<sup>61</sup> Para saber mais sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade de Barbacena ver Carlos Eduardo Vidal et. al (2006), Brasil (2007) e Rafael Pereira (2008).

<sup>62</sup> “Longas internações” significa, neste contexto, de maneira geral, mais de vinte anos de internação.

<sup>63</sup> Eu havia encontrado pessoalmente Izabel F. Passos no Congresso Brasileiro de Saúde Mental em 2009 e ali havíamos trocado os endereços eletrônicos que ajudaram nos contatos posteriores.

loucura na cidade. Passei a almoçar num restaurante no centro da cidade que, como estava sempre cheio, tinha que dividir a mesa com outras pessoas o que era bom, pois assim, sempre que possível, conversava com alguém.

A presença material e simbólica da história da assistência psiquiátrica prestada na cidade é significativa tanto no que se refere à história dos hospitais psiquiátricos (sobre os quais todas as pessoas que conversei tinham algum relato a fazer), como ao contexto atual, no qual se destacam as “casinhas”, que é a forma como são comumente chamados os Serviços Residenciais Terapêuticos criados na cidade.

A memória da história da assistência psiquiátrica na cidade também está recuperada no Museu da Loucura, situado na cidade e aberto a visitação pública. O museu apresenta uma retrospectiva histórica do processo da constituição da assistência psiquiátrica da cidade inserida no contexto nacional, bem como as transformações ocorridas a partir da reforma psiquiátrica brasileira.

Durante o período que estive em Barbacena visitei o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena – CHPB. A imponência do mesmo, presente na extensão territorial que ocupa como também em sua estrutura arquitetônica, revelam sua centralidade na assistência psiquiátrica e econômica da região. Segundo relatos que ouvi na cidade, o CHPB foi o centro da economia local por muitos anos.

O CHPB, que havia sido o Asilo de Alienados (fundado em 1903) e Hospital Colônia (1934 a 1971) passou a ser denominado Centro Hospitalar Psiquiátrico em função do desaparecimento da Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica e consequente incorporação do mesmo pela Fundação Hospitalar Psiquiátrica de Minas Gerais (FHEMIG), segundo apresenta Duarte (2009).

Atualmente o CHPB tem duas sedes. Uma que é conhecida como o CHPB Bavesa, onde funciona a sede administrativa, os pavilhões, o hospital dia e outras atividades de marcenaria, por exemplo, e a outra conhecida como CHPB de baixo, onde funciona o Hospital Regional, o Museu da Loucura, o setor de Agudos, os cinco Módulos Residenciais e o Centro Social. Ambos são também conhecidos na cidade como Fhemig.

Seus pavilhões abrigavam, na época da visita, um total de 211 pessoas, algumas em processo de desinstitucionalização. Além dos pavilhões, a estrutura do mesmo contava ainda com um hospital dia, a

sede administrativa, o Museu da Loucura, os módulos residenciais que abrigavam 80 pessoas e o centro social, que funcionam dentro do CHPB de baixo, uma de suas sedes.

Além disso, o CHPB possui um terreno localizado nas proximidades de uma de suas sedes que funcionou por muitos anos como o Cemitério do CHPB, onde foram enterradas a maior parte das 60.000 pessoas que morreram dentro do hospital e para onde está previsto o projeto Memorial das Rosas.

O Projeto Memorial das Rosas visa a recuperação da memória das pessoas que viveram e morreram no CHPB. Para algumas pessoas com quem conversei na cidade, trata-se de um projeto descabido, pois não estaria certo gastar dinheiro com o mesmo, uma vez que o hospital ainda abriga 211 moradores e moradoras que poderiam ser desinstitucionalizados com o dinheiro a ser investido no projeto.

Já para outras pessoas, especialmente os mentores do referido projeto, trata-se de recuperar a história do local e a memória das pessoas, e de construir um lugar de lazer e cultura na cidade, já que o Memorial das Rosas funcionaria também como centro cultural e de lazer.

A referência às rosas está relacionada com a expressão “Da loucura às rosas” criada pelo jornalista Iram Firmino, “autor da série de reportagens denominada “Nos porões da loucura” sobre o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, para comemorar a superação da tragédia silenciosa vivida naquela Colônia” (Toledo, 2008, p.17) bem como ao fato da cidade cultivar e exportar rosas.

Apesar de ainda contar com a presença de três hospitais psiquiátricos públicos, a cidade tem investido na criação de uma rede de serviços de saúde mental, tendo como foco desta rede os Serviços Residenciais Terapêuticos, que abrigam boa parte das pessoas egressas dos hospitais locais. Na época de minha visita à cidade, somavam-se 29 “casinhas”, onde moravam mais de 150 pessoas. As “casinhas” eram habitadas por mulheres e homens adultos, todos com história de internações psiquiátricas. Algumas eram masculinas, outras femininas e na maior parte delas moravam em média seis pessoas, sendo que em uma morava apenas uma mulher e, em outra, um casal.

As “casinhas” ficavam localizadas em bairros distintos da cidade, em casas alugadas pelo poder público municipal, e não tinham nenhum tipo de identificação referente ao fato de serem serviços de saúde

mental. Pude visitar três “casinhas”, duas femininas e uma masculina, onde tive a oportunidade de passar algumas horas com as moradoras e moradores e as respectivas cuidadoras das casas.

Conheci também o Centro de Convivência Bom Pastor, que agrega pessoas da comunidade, com ou sem transtorno mental, e aí pude participar de uma reunião da equipe responsável pelas então 29 residências terapêuticas da cidade. A cidade conta ainda com um CAPS II, que também pude visitar.

A cidade, em função de seu histórico e também como forma de sensibilizar as pessoas quanto às necessárias discussões sobre as transformações da assistência psiquiátrica desencadeadas, realiza anualmente o Festival da Loucura.

Segundo os organizadores do festival com quem pude conversar durante minha estadia na cidade, o Festival da Loucura tem o objetivo de discutir o tema da loucura na cidade, através de apresentações artísticas e culturais, bem como seminário científico. Para Clara Matos,

O Festival da Loucura é um evento anual criado para discutir a loucura e os tratamentos psiquiátricos e também para festejar o fim dos hospitais enquanto instituições segregadoras no tratamento das doenças mentais. É também uma festa que celebra a loucura em suas diversas faces e constitui um momento em que a população local assume o passado de horror que marcou a cidade e contempla um presente transformado, aberto para um futuro mais ameno na forma de tratar os pacientes portadores de doenças mentais. Com várias atrações artísticas, como shows musicais e teatros, e com um seminário científico, o Festival da Loucura abre as portas da cidade para uma visão sem preconceitos sobre a loucura. O *souvenir* da festa é a carteirinha de louco, similar à carteira de identidade. Tudo isso para que os participantes do Festival sejam “doidos de carteirinha”. (mimeo)

A realidade de Barbacena é particular, ou melhor, paradigmática como tem sido apontado na literatura. É através da realidade de Barbacena que é possível perceber que a reorganização da

assistência psiquiátrica não está reduzida à criação de novos serviços, mas diz respeito, sobretudo, ao processo mais amplo de desinstitucionalização.

Foi no contexto de Barbacena, que articula o redirecionamento da assistência psiquiátrica com a discussão e transformação cultural, através de projetos pontuais, como é o Festival da Loucura, que pude reconhecer a importância desta dimensão pouco discutida no processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Além disso, a experiência de Barbacena quando colocada em contraste com a de Joinville - SC, bem como com as experiências dos estados do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, evidencia o caráter rizomático (Fonseca et all, 2007) presente no processo da reforma psiquiátrica brasileira.

O estado do Rio de Janeiro é reconhecido como responsável por uma grande mobilização dos trabalhadores da saúde mental que no final dos anos 70, inconformados com o tratamento dispensado nos grandes hospitais psiquiátricos, exigiram atitudes mais efetivas por parte dos gestores. Tal mobilização deu origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental a nível nacional. Para Amarante (1995) o estopim do movimento da reforma psiquiátrica brasileira foi a crise no DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), quando os profissionais de quatro de suas unidades, todas do Rio de Janeiro, deflagaram uma greve, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. Na cidade do Rio de Janeiro, também marcada pela presença significativa de hospitais psiquiátricos<sup>64</sup>, muitas experiências surgiram como mostram os trabalhos apresentados no Caderno do IPUB nº14 (1999), na tentativa de consolidar um novo modelo.

Já o Rio Grande do Sul, estado pioneiro no que tange à legislação própria para a reestruturação da assistência psiquiátrica, aprovou em 1992 a Lei 9716, que orienta sobre a internação compulsória e a substituição do modelo asilar, tentando romper com a forte cultura manicomial, materializada nos hospícios do estado, como o Hospício São Pedro e outros localizados no interior do estado. Destes movimentos

---

<sup>64</sup> A cidade do Rio de Janeiro contava com vinte hospitais psiquiátricos, quando da realização do seu primeiro Censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos, conforme apresentado por Fernando Tenório (1999)

iniciais, inseridos no contexto mundial de discussão sobre a assistência psiquiátrica, muitos serviços foram constituídos na tentativa de superação das práticas manicomialistas. No sul do Rio Grande do Sul, mais especificamente na cidade de São Lourenço do Sul, foi criado um serviço aberto para atendimento daqueles que comumente eram atendidos no hospital psiquiátrico da cidade de Pelotas.

Tratam-se de experiências pontuais, mas que revelam a heterogeneidade de processos que, cada qual na sua realidade, tentaram efetivar os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Tais experiências revelam a heterogeneidade e o caráter rizomático presente tanto nas práticas assistenciais quanto nos contextos locais, regionais, nacionais e internacionais, como veremos a seguir com relação à reforma psiquiátrica italiana.

## **2.5. Influências, cruzamentos: a Reforma Psiquiátrica Italiana**

Quando apresentei o seminário *“Alcuni argomenti sulla ricerca: Soggetti e movimenti del processo della riforma psichiatrica in Brasile”* [“*Alguns argumentos sobre a pesquisa: Sujeitos e movimentos do processo da reforma psiquiátrica no Brasil*”], no Departamento de Ciências Sociais da Università degli Studi di Torino, oportunidade em que pude discutir com pesquisadores italianos alguns dados desta pesquisa, uma das primeiras questões colocadas pelo debatedor Prof. Dr. Mario Cardano, foi sobre as semelhanças e diferenças que eu entendia existirem entre as reformas psiquiátricas, italiana e brasileira.

Resolvi retomar tal discussão e apresentar alguns elementos da reforma psiquiátrica italiana, não apenas por considerar que alguns elementos da realidade da reforma psiquiátrica por lá ajudam a pensar a realidade brasileira, mas também por entender que foi significativo e relevante o impacto das transformações da assistência psiquiátrica iniciadas na Itália para o contexto brasileiro.

Antes de prosseguir, cabe lembrar, como discutido anteriormente, que a reforma psiquiátrica brasileira foi também influenciada, ainda que com menos vigor, por outras experiências de reforma psiquiátrica que ocorreram no mundo e que apresentavam algumas diferenças em relação à proposta italiana. Tal como apresentou Desviat (1999), a reforma psiquiátrica francesa, por exemplo, partiu do entendimento de que era

possível transformar o manicômio, através da psicoterapia institucional, um de seus fundamentos teóricos. Instituiu como matriz de sua política psiquiátrica o setor, ou seja, os territórios eram divididos em setores onde eram oferecidos serviços, sendo o hospital psiquiátrico uma etapa (caso necessária) do tratamento<sup>65</sup>.

A história do processo da reforma psiquiátrica italiana está descrita em inúmeras obras como os livros de Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda (orgs.) (2005), Franco Basaglia (1985 [1969]), Franco Basaglia et all (2008), Franco Rotelli (2001), Peppe Dell'Acqua (2007) além das obras brasileiras de Denise Barros (1994), Paulo Amarante (1996) e Izabel Passos (2009).

A reforma psiquiátrica italiana teve seu início com o trabalho de Franco Basaglia, na cidade de Gorizia, na região norte do país, mais especificamente, na região Friuli Venezia Giulia, no ano de 1961. Franco Basaglia era na época médico psiquiatra em Padova e tendo sido convidado a dirigir o hospital psiquiátrico de Gorizia, mudou-se para aquela cidade.

Foi diante da realidade que encontrou no “Ospedale Psichiatrico di Gorizia” que deu início, junto com sua equipe, a um trabalho cujos pressupostos traziam mais elementos de caráter político do que propriamente princípios teóricos. Em 1964 Franco Basaglia fez a primeira apresentação do trabalho desenvolvido em Gorizia no I Congresso Internacional de Psiquiatria Social, em Londres, causando perplexidade. “...entre Basaglia e seus interlocutores existe uma distância que já é insuperável”<sup>66</sup>, diz Gianichedda sobre tal evento (2005, p.X).

A experiência de Gorizia teve muitos desdobramentos, gerou vários livros produzidos por Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia bem como outros autores e resultou em pressupostos que foram

---

<sup>65</sup>Uma discussão aprofundada e muito interessante sobre as experiências italiana e francesa pode ser encontrada em Passos (2009). Neste trabalho a autora apresenta e discute, dentre outras coisas, os dilemas e controvérsias presentes nestes processos.

<sup>66</sup> “...tra Basaglia i suoi interlocutori c'è una distanza di fondo che è già incomabile.” Gianichedda (2005, p.X).

chamados e reconhecidos como Movimento da Psiquiatria Democrática. Segundo Passos (2009, p.128)

O movimento de Psiquiatria Democrática, centrando sua luta contra o manicômio e pela revisão jurídico - normativa, com plena recuperação da cidadania pelos doentes mentais (coisa que nenhuma reforma estrangeira havia até então, de fato, proposto), irá se expandir rapidamente pelo país como o ideário de uma verdadeira reforma.

Segundo relatos que ouvi durante o período em que estive na Itália, bem como pelo contato que tive com a literatura existente, ainda que o processo tenha iniciado em Gorizia, depois de um tempo não havia clima político para a continuidade do trabalho na cidade, e no ano de 1971 Franco Basaglia, a convite, foi trabalhar em Trieste.

Segundo Passos (2009) diante da negativa à solicitação de fechamento do hospital psiquiátrico de Gorizia, Franco Basaglia e todos os “reformistas” que ali trabalhavam, “se demitem em bloco, dão alta a todos os pacientes e escrevem uma carta aberta à administração que gera grande debate na imprensa.” (idem, p. 129)

A partir destes processos, desencadeados tanto em Gorizia como em Trieste, o movimento da reforma psiquiátrica italiana se desenvolveu congregando profissionais de diversas áreas e depois de muitos anos de embates, tal como ocorreu anos mais tarde na realidade brasileira, ganhou legitimidade através da aprovação da Lei 180, de 1978.

A aprovação da lei ocorreu como resultado do movimento político e cultural centrado na crítica à psiquiatria tradicional e ao manicômio, reconhecido pelos italianos como seu ícone maior. A Lei 180 ou Lei Basaglia como é comumente chamada pelos italianos foi aprovada no conjunto de um processo de reforma sanitário mais amplo, cujo clima político colaborou para a aprovação das mudanças na assistência psiquiátrica. Tal processo também ocorreu no Brasil, onde a reforma psiquiátrica teve como contexto a reforma sanitária, como discutido anteriormente.

A realidade atual da reforma psiquiátrica italiana, assim como a brasileira, apresenta diversidades não apenas na aplicação dos pressupostos da Psiquiatria Democrática como da Lei Basaglia, mas

também pelas características de execução das mesmas nos diferentes serviços. As diferenças não estão presentes apenas entre as regiões ou cidades, mas podem ser reconhecidas também entre os Departamentos de Saúde Mental de uma mesma cidade, o que pude perceber durante as visitas que fiz. Como afirmou Mario Cardano (2010)

(...) a reforma dos serviços de saúde mental encontraram uma atuação disforme sobre o território nacional. A parte alguns locais de excelência, penso em particular no contexto triestino, nos quais a Lei Basaglia encontrou a mais plena realização, existem contextos, sobretudo no sul do país, nos quais a chamada territorialização dos serviços - de fato - coincide com a reprodução, em pequena escala e de modo difuso da instituição manicomial, na forma ora de singulares comunidades protegidas, ora em titânicas casas de cuidados, ora de gerontocômios virtuais.<sup>67</sup>(idem, p.207)

No período em que estive na Itália, pude realizar visitas a alguns serviços de saúde mental. As visitas que fiz foram realizadas nas cidades do norte do país, nas regiões do Piemonte e Friuli Venezia Giulia.

Os serviços da cidade de Trieste foram visitados como parte das atividades previstas no II Encontro nacional de associações e pessoas com experiência de *disagio* mental intitulado “Impazzire si può: Viaggio nelle possibilità delle guarigioni” [Se pode enlouquecer: viagem nas possibilidades das recuperações] realizado na cidade. Já na cidade de Gorizia pude visitar alguns serviços como uma cooperativa - gráfica; uma residência terapêutica, um centro diurno e um serviço psiquiátrico

---

<sup>67</sup> (...) la riforma dei servizi di salute mentale ha trovato un’attuazione difforme sul territorio nazionale. Accanto alcuni luoghi di eccellenza, penso in particolare al contesto triestino, nei quali la Legge Basaglia ha trovato la più piena realizzazione, si danno contesti, soprattutto nel sud del Paese, nei quali la cosiddetta territorializzazione dei servizi è - di fatto - coincisa con la riproduzione, su piccola scala e in modo diffuso dell’istituzione manicomiale, nella forma di ora di singolari comunità protette, ora di titaniche case di cura, ora di virtuali gerontocomi. (idem, p.207)

de diagnóstico e cura, através do contato com um trabalhador (enfermeiro) do Centro Diurno da cidade, que me conduziu nas visitas.

Na cidade de Torino, onde morei durante o período que estive na Itália, pude visitar os serviços de dois Departamentos de Saúde Mental da cidade, conversar com os seus respectivos diretores, além de realizar visitas às cooperativas sociais IN/CONTRO e SINAPSI e ter uma conversa com a fundadora do Progetto Muret, também uma cooperativa social. Tais contatos foram viabilizados através do contato com pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Università degli Studi di Torino - Unito, também interessados na temática da reforma psiquiátrica e da “saúde mental”.

Os contatos que tive com a realidade da reforma no restante do país ocorreram através da literatura, do contato que estabeleci com outros pesquisadores interessados na temática e também nas conversas que tive com algumas pessoas que participaram do II Encontro Internacional *Impazzire si può [Se pode enlouquecer]*<sup>68</sup>, realizado na cidade de Trieste, que congregou participantes de todas as regiões da Itália e alguns países vizinhos.

---

<sup>68</sup> Tal encontro ocorreu no Parque San Giovanni, que está localizado na mesma área onde funcionava o hospital psiquiátrico San Giovanni, o primeiro manicômio a ser fechado na Itália. O parque abriga atualmente o Departamento de Saúde Mental da cidade, além de setores universitários, cooperativas sociais como a *Radio Fragolle* e o *Caffè Posto delle Fragolle*. A proposta deste encontro era reunir as pessoas envolvidas com a reforma psiquiátrica para que os “usuários” pudessem ensinar aos demais participantes a partir de suas experiências. O encontro consistiu de seis momentos denominados “assembleias gorizianas”, no intuito de resgatar o objetivo das reuniões tal como aconteciam quando Franco Basaglia começou seu trabalho no hospital psiquiátrico de Gorizia, onde a palavra circulava e estava à disposição de todos. Durante a maior parte das assembleias os relatos eram feitos pelos “usuários” sobre suas experiências na reforma psiquiátrica de suas regiões. Minha participação neste encontro me permitiu compreender qual o “clima” da reforma psiquiátrica naquela cidade e um pouco de como as experiências se davam em outras regiões do país. Além disso, a possibilidade de participar de um encontro com tal objetivo que se aproximava dos objetivos da minha pesquisa e me aproximava das narrativas de algumas pessoas que usavam os serviços de saúde mental italianos, foi muito proveitosa.

A cidade de Trieste é considerada uma cidade modelo e tem uma realidade diferenciada do conjunto das demais experiências de transformação da assistência psiquiátrica italiana, em função, sobretudo, de sua história e pioneirismo no processo de reforma psiquiátrica no país, mas também pelo percentual de financiamento que o município destina para o setor saúde, o que também facilita e possibilita a execução de várias ações de incremento da rede de serviços de saúde mental.

Através da conversa com uma estudante italiana também interessada nesta temática, fiquei sabendo que pessoas de outras regiões da Itália se mudam para Trieste quando precisam e/ou preferem tratar seus filhos ou familiares, em função das excelentes condições dos serviços de saúde mental oferecidos na cidade.

Ainda que a política de saúde mental no país seja regulamentada pela Lei Basaglia, o financiamento da mesma apresenta diferenças. Conforme as discussões e relatos que ouvi, Trieste é a cidade que recebe o mais alto índice orçamentário (17%) para o setor saúde, enquanto as demais cidades recebem em torno de 3 a 7%. Tal índice é justificado não apenas pela conquista árdua iniciada por Franco Basaglia e mantida pelos gestores e trabalhadores do município, mas também pelo destaque da cidade em sua experiência de desinstitucionalização. Trieste recebe pessoas de várias nacionalidades que vão até lá para conhecer, estagiar e ter maior contato com a rede de serviços de saúde mental bem como com a realidade da cidade.

Gorizia vivia, no momento de minha visita, uma situação bem diferente de Trieste. Segundo relatos, a cidade onde Franco Basaglia e sua equipe tiveram suas primeiras ideias e experiências de desinstitucionalização, hoje executa sua política com algumas dificuldades, advindas dos poucos recursos orçamentários, além da desmobilização dos trabalhadores, dentre outros aspectos. O parque que outrora foi o Hospital Psiquiátrico hoje é um parque chamado “Parco Franco Basaglia” e seus prédios abrigam órgãos públicos e cooperativados, relacionados à saúde e a outros setores do município. Das cooperativas que funcionam ali, pude conhecer uma gráfica e uma residência terapêutica.

A cidade de Torino e a região do Piemonte onde ela está situada, segundo Cardano (2010), se encontram numa situação intermediária entre o que seriam os dois extremos de atraso e avanços da reforma

psiquiátrica italiana. Segundo este autor a região apresenta uma significativa heterogeneidade interna. A cidade de Torino, que tem mais de 950 mil habitantes, conta com cinco *Azienda Local Sanitaria* - para as quais o equivalente no Brasil seriam sub-secretarias de saúde - cada uma delas com os seus respectivos Departamentos de Saúde Mental.

Para melhor entendimento da reforma psiquiátrica naquele país, é preciso dizer que os serviços de saúde mental italianos estão vinculados ao Serviço Sanitário Nacional<sup>69</sup> que garante a assistência pública, cuja gratuidade depende das condições sócio econômicas de cada pessoa.

Na época que permaneci lá, a Itália atravessava uma crise econômica grave e, em geral, nos serviços que visitei, a maior parte das pessoas não pagava pelo atendimento, seja por não terem condições econômicas para tal, por estarem *in pensione* (aposentadas ou recebendo auxílio previdenciário, dentre outros) ou por terem sido diagnosticadas com transtornos mentais graves, condições estas que as isentava do pagamento.

A organização dos serviços é comum e em geral os municípios contam com uma ou mais Gerências Sanitárias Locais - ASL (*Azienda Sanitaria Local*) que tem a função de gerir a saúde em um território que pode variar de 100 a 500 mil habitantes. Cada ASL, conta com um ou mais Departamentos de Saúde Mental (DSM) que são responsáveis pela gestão e operacionalização dos serviços de saúde mental de seu território de referência.

Os serviços vinculados ao Departamento de Saúde Mental funcionam em rede, com algo parecido com o sistema de referência e contra-referência do SUS no Brasil, ou então por reuniões pessoais ou telefônicas, o que depende do departamento do qual fazem parte. À diferença da realidade brasileira, o uso do telefone celular para atender chamadas de “usuários”, familiares e resolver questões de trabalho pelas equipes é comum, inclusive entre os médicos psiquiatras e os diretores de departamento.

Cada DSM possui sob sua responsabilidade alguns serviços comuns que são:

- Centros de Saúde Mental (CSM) onde são desenvolvidas atividades de ambulatório, como consultas e grupos, além de algumas

---

<sup>69</sup> Tais serviços são normatizados pela Lei 833/1978 da reforma sanitária italiana, cujos artigos 33, 34, 35 e 64 dizem respeito à Lei 180/1978.

atividades de convivência, visitas domiciliares dentre outras. Cada CSM possui uma população de abrangência de aproximadamente 75.000 habitantes. Alguns funcionam 24 horas, outros 12 horas e outros 8 horas ou um pouco menos.

- Centros Diurnos, onde são desenvolvidas as atividades de reabilitação psicossocial, que vão desde grupos de acolhimento semanal até atividades de música, pintura, costura, pesca, dentre outras. As atividades variam conforme o serviço. No Centro Diurno do qual participei com maior frequência, as pessoas recebiam tickets e iam almoçar nos restaurantes do bairro. Recebiam também vale transporte, quando necessário.

- Ambulatórios de Saúde Mental, onde são realizadas consultas.

- SERT: serviços para toxicod dependência, os quais não consegui visitar.

- Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Cura (SPDC) que são serviços de urgência e emergência psiquiátrica que funcionam dentro dos hospitais gerais. São equivalentes às alas psiquiátricas em hospital geral no Brasil e tem, em geral, 20 leitos. A média de internação varia conforme a necessidade.

- Day hospital: serviços destinados ao atendimento de pessoas que estão se recuperando de alguma crise ou quase nela. Acolhem as pessoas durante o dia. Alguns funcionam nas estruturas dos SPDC.

- Serviços Residenciais: a questão da habitação é organizada da seguinte forma: existem as comunidades protegidas que funcionam com trabalhadores em tempo integral que por lei devem ter no máximo vinte pessoas e são subdivididas em comunidades de tipo A e B. Além delas tem os grupos apartamentos que também tem trabalhadores em tempo integral, com exceção dos finais de semana e se dividem em alta, média e baixa intensidade e, por fim, os “*allogio*” que são os projetos de moradia para pessoas com maior nível de autonomia. As diferenças entre tais serviços estão localizadas mais no grau de autonomia das pessoas que nas características dos serviços onde estas residem e também na presença ou ausência de trabalhadores nas mesmas.

Pude conhecer a experiência do *Progetto Case Soppottatte*, tendo realizado duas visitas a duas casas assistidas pelo mesmo. O Projeto Casas com Suporte (penso que essa seja a melhor tradução), é uma intervenção de reabilitação psicossocial voltada para os moradores com algum tipo de problemática psiquiátrica, desenvolvido pela Cooperativa

Social Sinapsi, em parceria com o Departamento de Saúde Mental Franco Basaglia, da cidade de Torino.

O projeto tem como objetivo dar oportunidade para tais pessoas viverem em locais “normais”, sozinhas ou acompanhadas, com autonomia. O trabalho é desenvolvido pela equipe da cooperativa, conforme a necessidade das pessoas que moram nas casas suportadas e que requerem visitas ou ajuda através de contatos telefônicos (via celular, disponíveis todo o tempo) e reuniões pessoais. A inovação do projeto consta de fazer um movimento diferente do que acontece nas demais propostas de moradia. Neste projeto, as pessoas permanecem nas suas casas e quem muda de lugar são as pessoas que trabalham no mesmo. Nas demais alternativas de moradia italianas, os “usuários” vão sendo transferidos para casas que funcionam com graus diferenciados de cuidado, conforme vão adquirindo autonomia.

Além destes serviços, na Itália existem as Cooperativas Sociais que desempenham um papel importante no desenvolvimento das atividades. As cooperativas sociais surgiram inicialmente na experiência de trabalho no Parco San Giovanni (ex-hospital psiquiátrico) quando diante do trabalho realizado (como ergoterapia) e não remunerado dos “internos” (que naquele momento se transformavam em hóspedes), resolveram constituir uma cooperativa que fosse capaz de organizar e legitimar o trabalho daquelas pessoas.

Desde então, várias cooperativas surgiram com a participação dos “usuários” seguindo as ideias iniciadas no Parco San Giovanni, mas também outras com pessoas envolvidas com a reforma psiquiátrica italiana. Dentre as cooperativas que pude conhecer, destaco a Rádio Fragolle e o Caffè Posto delle Fragolle, ambas em Trieste, que funcionam através do trabalho de “ex-pacientes e usuários”; e o Caffè Basaglia, em Torino, onde também trabalham “ex-pacientes e usuários”.

A inserção dos “usuários” no mercado de trabalho, segundo um diretor do departamento de saúde mental de Torino, tem diminuído bastante nos últimos dez anos em função da crise do país e consequentes dificuldades de trabalho em geral.

Pude conhecer também o Progetto Muret<sup>70</sup> e a Cooperativa In/Contro, além da Cooperativa Sinapsi, citada no Progetto Case

---

<sup>70</sup> Maiores informações sobre o Progetto Muret podem ser encontradas em <http://www.progettomuret.org>

Sopportate. O Progetto Muret, sediado na cidade de Torino, na época de seu surgimento pretendia desenvolver suas atividades com um número restrito de profissionais psis, pois acreditavam que isso ajudaria no processo de desinstitucionalização. Além disso, todos os cooperados haviam participado de um curso de formação que auxiliaria no processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos das cidades de Collegno e Grugliasco, localizadas na região metropolitana da cidade de Torino. Hoje tal cooperativa presta serviços ligados à saúde mental nestas cidades, com atividades que buscam integrar as pessoas com algum tipo de “transtorno mental” no contexto das cidades, bem como acompanhá-las em atividades de reabilitação psicossocial, inserção ao trabalho, moradia e convívio social. Não consegui conhecer tais atividades, por falta de tempo hábil.

A outra cooperativa que pude conhecer, a convite de uma amiga italiana, é a Cooperativa In/Contro. Visitei a cooperativa In/Contro, mais especificamente a Comunidade *La Casetta di Castagneto Po*, no dia em que eles realizavam uma confraternização entre os moradores da casa e cerca de 20 jovens, de diferentes nacionalidades, que tinham realizado ali o serviço civil internacional durante 20 dias.

A cooperativa In/Contro nasceu em Torino no ano de 1982, ocupando-se de menores com problemas mentais e em colaboração com a superação do Hospital Psiquiátrico de Collegno. No final dos anos 80 e início dos 90, foi iniciado o projeto para a residência de pessoas egressas daquele hospital. O projeto consta de uma casa, aparentemente pouco estruturada, mas com possibilidades para que as pessoas possam estar em liberdade e através do trabalho de reabilitação possam ir perdendo os hábitos do ex-hospital psiquiátrico, onde estiveram internadas por muitos anos. Os moradores, com auxílio de trabalhadores que passam o dia lá, realizam atividades cotidianas de higiene e limpeza da casa bem como atividades de jardinagem, horta e equoterapia.

Dois aspectos me chamaram atenção na visita que realizei a comunidade *La Casetta di Castagneto Po*. Um deles foi o fato de que durante a festa a bebida alcoólica estava disponível e acessível a todos, sem restrições. Não vi nenhum dos moradores fazendo uso de tais bebidas, mas o fato dela estar acessível, coisa rara de ser vista nos serviços de saúde mental brasileiros, me chamou atenção.

Lembrei-me das discussões da equipe do CAPS Castelo, quanto ao fato de disponibilizar bebidas alcoólicas nas festas do serviço. Após

tais discussões, mesmo sob algumas críticas, elas eram disponibilizadas porque entendíamos que faziam parte do contexto sócio cultural em que estávamos e também para evitar a infantilização das relações. No entanto, as críticas eram grandes.

O segundo aspecto trata da relação estabelecida entre os “*ex lungo degenti*” (ex-pacientes de longas internações) e as pessoas que trabalham na casa, que parecia bastante horizontalizada. Como disse minha amiga italiana quando me fez o convite para a confraternização: “*è una esperienza troppo basagliana*” (é uma experiência muito basagliana).

As cooperativas sociais na Itália prestam serviços diversos, provêm os serviços desenvolvidos pelos OSS (operadores sócio sanitários) que desempenham atividades de acompanhamento terapêutico, dentre outras. Além destes, os voluntários também são importantes neste processo, ainda que, segundo os cooperativados e outras pessoas envolvidas com as questões do trabalho no contexto da reforma psiquiátrica italiana, eles ocupem o lugar das cooperativas além de estar, em geral, ligados à igreja católica.

Outros profissionais de nível superior como os educadores sociais e os técnicos da reabilitação psicossocial, fazem parte das equipes dos serviços de saúde mental e estavam presentes nos serviços que visitei.

Na Itália, assim como no Brasil, ainda existem os hospitais judiciários que funcionam em condições precárias e são motivo de luta por parte dos militantes dos direitos humanos, como descrito no livro *Matti in Libertà [Loucos em Liberdade]* de Maria Antonietta Coscioni (2011)<sup>71</sup>.

Além disso, mesmo tendo fechado os manicômios enquanto instituições físicas, o manicômio enquanto mentalidade, ou manicômio difuso como é chamado por lá, persiste em algumas práticas. Como

---

<sup>71</sup> Neste livro Maria Antonietta Farina Coscioni apresenta e discute as precárias condições dos hospitais psiquiátricos judiciários ainda existentes na Itália, e também mostra como, apesar da legislação, poucas mudanças ocorreram no que se refere a tais hospitais. Além disso, a autora apresenta as histórias de alguns internos, seus familiares, trabalhadores, que recolheu quando visitou alguns hospitais ou de documentos oficiais. Para ela tais histórias de vida são emblemáticas da atual situação de abandono que vivem as pessoas ali internadas.

argumenta Giulia Lepori (2009, p.86): “Os departamentos de saúde mental, as instituições inventadas como alternativas ao manicômio, hoje correm o risco de reproduzir as mesmas dinâmicas que caracterizavam as instituições as quais substituíram.”<sup>72</sup>

Os desafios, segundo relatos, dizem respeito à questão do financiamento, do funcionamento dos serviços que podem acabar por reproduzir práticas manicomial, de serviços que funcionam como mini manicômios como é o caso de algumas clínicas privadas e de uma mudança cultural mais ampla.

Os processos da reforma psiquiátrica italiana e brasileira ocorreram em contextos históricos e culturais distintos, no entanto o impacto das transformações ocorridas inicialmente na Itália pode ser sentido ainda hoje no contexto brasileiro. A aposta no fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação dos serviços de base territorial, que tem guiado a Política Nacional de Saúde mental no Brasil, se não conseguiu extinguir ainda todos os leitos nos hospitais psiquiátricos como ocorreu no processo italiano, vem consolidando uma rede ampla e diversificada de serviços de saúde mental que, não sem dificuldades, tem redirecionado a assistência psiquiátrica no país.

Contudo, tal como na Itália, no Brasil as forças contrárias a este processo se fazem presente nas práticas dos serviços bem como em instâncias mais amplas, visto que tais países compartilham valores e princípios da sociedade contemporânea.

São processos heterogêneos em si e entre si. Apresentam diferenças que vão desde a discussão sobre a dimensão da clínica até a superação efetiva dos hospitais psiquiátricos. Mas também apresentam dilemas e desafios comuns, como a transformação da cultura manicomial e a consolidação de uma rede de serviços de saúde mental que consiga estabelecer uma outra relação da sociedade com a loucura.

O ponto em comum que entendo como de maior relevância entre tais processos, é que ambos têm como projeto político de suas propostas a desinstitucionalização, como veremos na discussão do quinto capítulo.

---

<sup>72</sup> Lepori (2009, p.86): “I dipartimenti di salute mentale, l’istituzione inventata come alternativa al manicomio, rischiano oggi di riprodurre le stesse dinamiche che caratterizzavano l’istituzione di cui hanno preso il posto.”



## **TERCEIRO CAPÍTULO – SUJEITOS E(M) MOVIMENTOS**

Este capítulo é dedicado à discussão dos sujeitos e(m) seus movimentos nos processos desencadeados pela reforma psiquiátrica. Apresento e discuto como as experiências dos sujeitos da pesquisa estão marcadas pela definição de lugares relacionais e hierárquicos, bem como por processos complexos de (des)subjetivação, onde se engendram estratégias micropolíticas de sujeição e resistências.

Neste sentido, discuto também como as práticas e discursos presentes neste contexto se configuram como práticas de cuidado, mas também de controle e disciplina. Como parte desta discussão apresento como o protagonismo dos sujeitos é disputado nas relações de poder nas quais estão envolvidos e de como, nesta disputa, emergem potências.

### **3.1. Sujeitos, movimentos e experiências**

As transformações decorrentes do processo da reforma psiquiátrica foram e são, de certa forma, responsáveis por diversas experiências, vividas pelas pessoas que direta ou indiretamente se relacionam com o campo da saúde mental bem como pela sociedade como um todo. Tendo como proposta a transformação cultural no que diz respeito à relação da sociedade com a “loucura”, tal processo motivou, incitou e desencadeou reflexões (contrárias ou favoráveis ao mesmo) por parte das pessoas. Mesmo aquelas pessoas que não se veem envolvidas diretamente neste processo tem algum comentário a fazer sobre tais transformações.

Para a construção deste trabalho tomei como referência a experiência dos sujeitos que participaram do processo da reforma psiquiátrica na condição de “usuárias” e “usuários”, entendendo como sugerido por Joan Scott (1999) que

Não são os indivíduos que têm experiência, mas os sujeitos é que são constituídos através da experiência. A experiência, de acordo com essa definição, torna-se, não a origem de nossa explicação, não a evidência autorizada (porque vista ou sentida) que fundamenta o conhecimento, mas sim aquilo que buscamos explicar, aquilo sobre o qual se produz conhecimento. (idem, p.27)

Foram inúmeras as experiências que pude compartilhar com meus interlocutores nesta pesquisa, através de suas narrativas como também nas observações que fiz durante as atividades que participei. Elas dizem respeito a experiências e trajetórias marcadas por algum tipo de “crise” que variaram em seus contextos, mas que se aproximaram nas suas resoluções. O que as aproximava era o fato de terem como “resolução” a procura ou encaminhamento para algum tipo de serviço de saúde, em geral, saúde mental.

Dizer que suas trajetórias e experiências são marcadas por algum tipo de “crise” não significa dizer que estas necessariamente são centrais ou definidoras das mesmas, mas sim que desencadearam acontecimentos relacionados ao campo da saúde mental como a procura por algum tipo de resolução das mesmas. A “crise” de que falo aqui se trata de um momento em que algum tipo de sofrimento, da ordem da angústia, tornou-se intolerável. Como disse S. Adão, enquanto me contava sobre sua vida: *“Estudava assim, naquele tempo era assim né, segundo grau, quinto grau, segundo grau, primeiro grau agora já é série né, do ginásio foi escrito. Tava estudando a sétima série do ginásio né, mas aí aconteceu assim né, fiquei assim, ruim né, em casa.”*

No trabalho em que discute a doença mental como um momento de ruptura, laceração e geradora de uma transição biográfica, Cardano (2008) argumenta que ela é capaz de provocar transformações, destruição e reconstrução das pessoas que experimentam a passagem de um estado de bem estar para um estado de mal estar. Em seu estudo, desenvolvido na Itália, baseado na história de vida de quatro pessoas que passaram por esse momento, o autor mostra como a experiência do sofrimento psíquico provoca uma ruptura biográfica e, logo, a recomposição dos fragmentos que ocorre de diversas maneiras, conforme o contexto em que tais pessoas estão inseridas.

Para Cardano (2008), o contexto bem como as trajetórias de vida de tais pessoas, o modo como experimentam estes momentos de ruptura interferem no processo de reconstrução das mesmas e também na forma de confrontar tais experiências. A partir da amostra dos sujeitos da pesquisa o autor afirma que aquelas pessoas que escolheram ou a quem foi imposto o tratamento em um serviço público de saúde mental mostram uma maior adesão ao “papel” de paciente psiquiátrico e diz:

(...) a maior parte deles aceitou delegar ao psiquiatra o controle dos seus distúrbios, mostrando uma boa adesão farmacológica junto com um comportamento substancialmente positivo nos confrontos com as instituições psiquiátricas. Isto se relaciona com uma representação da própria diversidade geralmente relacionada com desabilidades, com danos; uma disposição que se entende só pela diferença, relacionando os relatos recolhidos neste estudo com aqueles que provem de contextos sociais e culturais de outros gêneros.<sup>73</sup> (idem, p.127)

A narração destes sujeitos confrontados com aquelas pessoas que não escolheram, buscaram ou lhes foi imposto o tratamento em um serviço psiquiátrico, ou seja, que participavam de contextos culturais e sociais diferentes do psiquiátrico - e nesse ponto o autor faz referência aos movimentos dos *Survivors of mental health* [*Sobreviventes da saúde mental*], desenvolvido especialmente nos países de língua inglesa, bem como ao Movimento de Ouvidores de Vozes, nascido na Holanda e desenvolvido no Reino Unido, na Itália e outros países - pareciam desenvolver um senso crítico com relação às instituições psiquiátricas e uma leitura de suas experiências não como desvio, mas como uma forma diferente de habilidade.

No contexto brasileiro, tanto conforme os dados desta pesquisa como de outros estudos como o da pesquisa Gênero, subjetividade e saúde mental: políticas públicas, ativismo e experiências sociais, a “adesão ao papel” ou o *investimento* da roupa de louco como aqui seria mais apropriado denominar, é precária e ocorre concomitantemente a “adesão” a outros modelos interpretativos. Ao mesmo tempo em que a pessoa se *investe* da roupa de “paciente” ou “louco” nos serviços de

---

<sup>73</sup> (...) la più parte di loro ha accettato di affidare allo psichiatra il controllo dei propri disturbi, mostrando una buona compliance farmacologica unita a un atteggiamento sostanzialmente positivo nei confronti delle istituzioni psichiatriche. Ciò si lega a una rappresentazione della propria diversità per lo più in chiave di disabilità, di menomazione; una disposizione che si coglie solo per differenza, accostando le testimonianze raccolte con questo studio a quelle che provengono da contesti sociali e culturali di tutt'altro genere. (idem, p.127)

saúde mental, onde muitas vezes tal *investimento* é necessário para as negociações e reivindicações próprias destes espaços, fora dali ela também se *investe* de outras roupagens necessárias aos demais espaços nos quais circula e, em muitos dos quais, também busca alívio em seus momentos de ruptura.

O que se poderia afirmar aqui é que no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, dentre todas as possibilidades que os sujeitos têm de *investir-se* desta ou daquela forma, o que se percebe é a preponderância do modelo biomédico sobre os demais, talvez pelas próprias características deste e da cultura da qual faz parte. Não apenas pelo fato das pessoas “aderirem” (ainda que precariamente e/ ou parcialmente) a este sistema de crenças e valores, mas porque faz parte de um regime de subjetivação que impera no contemporâneo.

Para Lobosque (2011), o conjunto das transformações geradas pela reforma psiquiátrica brasileira deve ser pensado a partir das experiências com a loucura e as questões geradas por ela, sendo esta a principal motivação de todo o processo. Para a autora

Tal experiência [com a loucura], não consideramos apenas, ou essencialmente, como perturbações cerebrais ou psicológicas daqueles que a vivenciam, mas como um risco da condição humana: um certo impasse da dimensão ficcional que necessariamente constitui nossa forma de pensar e de conhecer. Inventamos o pensamento, a linguagem... e eis que, de repente, essa invenção deixa de ser socialmente partilhada para assumir o caráter solitário e intransmissível daquilo que a psicopatologia denomina como neologismo, delírio, estereotípi.

.” (idem, p.4590)

Tais experiências poderiam ser analisadas aqui a partir de perspectivas variadas, no entanto a proposta neste trabalho foi compreendê-las de um ângulo que privilegiasse os sujeitos que por algum motivo utilizaram os serviços de saúde mental por entender que esse lugar ocupado por eles pode favorecer uma análise crítica muito enriquecedora do que temos chamado e reconhecido como o processo da reforma psiquiátrica.

Digo o processo de reforma psiquiátrica tal como o chamamos e o reconhecemos pois ao considerar a perspectiva ou ponto de vista dos que

aqui chamei de *experientes* sobre suas experiências de modo simétrico ao nosso, temos a possibilidade de vislumbrar não apenas uma outra perspectiva sobre um mesmo processo mas, sobretudo, outros processos.

Não se trata de reificar um lugar comum e estático reservado a estas pessoas, pois como foi percebido no desenvolvimento da pesquisa, os lugares são relacionais, contingenciais e se constroem e se ocupam das mais diferentes maneiras, compondo um certo movimento “caleidoscópico” decorrentes das relações e negociações dos sujeitos.

### 3.2. Relações, lugares: movimentos caleidoscópicos

A ideia de trabalhar com a definição de *experientes*, familiares, trabalhadores para situar alguns lugares do campo da saúde mental foi desde cedo borrada pelos dados que emergiram do trabalho de campo. Em diversos momentos, enquanto conversava com algum interlocutor ou interlocutora, me via obrigada a pensar em qual destes lugares ele ou ela estaria. Numa de minhas conversas com Mateus, um *experiente*, ele evidenciou tal dificuldade quando me disse: “*tu pode perguntar isso para a minha mãe, eu não lembro direito o que eles tinham dito...ah tu também pode conversar com ela pro teu trabalho, ela tem depressão, toma remédio...*”.

Com a intenção de delimitar alguns lugares na pesquisa os interlocutores foram denominados como *experientes* tal como explicado anteriormente, mas destaco que esse lugar é variável uma vez que há uma circularidade de posições ocupadas pelo mesmo sujeito. Aquele que é familiar pode ser também *experiente*; aquele que é *experiente* pode ser também familiar e, algumas vezes, aquele que é trabalhador pode ser *experiente* e também familiar e são possíveis várias combinações.

Tais posições são possíveis no emaranhado de relações (de poder) que fazem parte do processo da reforma psiquiátrica, que faz emergir sujeitos e pontos de vista, bem como contribuem para a compreensão do lugar social ocupado pelos mesmos. Para Gayatri Spivak (s/d, p.241 Apud: Scott, 1999)

“tornar visível a atribuição de posições de sujeito”, não no sentido de capturar a realidade dos objetos vistos, mas de tentar compreender as operações dos complexos e mutáveis processos discursivos pelos quais identidades são atribuídas, resistidas ou

abraçadas, e quais processos são ignorados e, de fato, conseguem seu efeito precisamente porque não são percebidos.

O caráter relacional, contingencial e hierárquico das posições que os *experientes* ocupam extrapola a condição social dos mesmos, já que sobre eles se inscreve, para além dos determinantes socioculturais, a normativa biomédica e o peso, senão de uma internação, o de um diagnóstico psiquiátrico levado às suas últimas consequências.

Ao conversar com Eva, uma *experiente* que teve seus filhos dados em adoção em função de suas internações psiquiátricas e posterior interdição, pude perceber que, ainda que considerada inapta pelo estado para as atividades da vida civil e, por isso, curatelada pela mãe, era ela quem acompanhava seus familiares e amigos para diferentes atividades pela cidade. Se ela era uma *experiente* curatelada, no contexto de suas redes sociais era encarregada de atividades que lhe eram solicitadas pela família, que exigiam aptidão e responsabilidades, como acompanhar a cunhada ou um primo em atividades pela cidade.

A definição destas posições, neste contexto, é dada prioritariamente pelo discurso biomédico, mas também pela posição ocupada pelo sujeito e/ou por alguns requisitos que o deslocam da posição de *experiente* como: saber falar em público, pertencer a uma classe social mais favorecida economicamente, compartilhar de um conjunto de expressões/palavras tidas como “científicas” como a nomenclatura médica, por exemplo. Quanto a este último aspecto, uma situação vivida em campo é ilustrativa deste argumento e por isso é descrita a seguir.

*“Durante a reunião do núcleo da luta antimanicomial, Daniel (experiente) pede a palavra e começa uma explicação sobre os benefícios da medicação solicitada via Ministério Público por uma outra participante (também experiente) e diz: “eu vou te explicar (se dirigindo a outra experiente) porque tu não sabe, o Zyprexa é uma medicação de ponta, de última geração, ela não tem muitos efeitos colaterais porque atua diretamente nos neurotransmissores.” Explica detalhadamente o que entende como sendo os benefícios de tal medicamento, como se estivesse lendo a bula do mesmo. Ao final (se dirigindo a mim) diz: “a gente tem que explicar isso pra eles [os experientes]”*(Fragmento do Diário de Campo)

Esta última frase, aliada aos seus extensos conhecimentos sobre a medicação, parece retirá-lo da posição de *experiente*, a partir de seu ponto de vista, tendo “ele” que explicar para “eles” tais benefícios. Tal situação demonstra o caráter relacional, e na maior parte das vezes hierárquico, dessas diferentes posições.

A apropriação do discurso biomédico pode ser pensada não apenas como recurso para a negociação com o mundo, mas como uma forma de ordenação das experiências e também como a possibilidade de emergência enquanto sujeito no contexto dos serviços de saúde. No texto em que discute a difusão da cultura psicanalítica entre as classes médias urbanas, na realidade brasileira e inglesa, Sérvulo Figueira (1988) argumenta que na realidade brasileira a intensa e extensa difusão da mesma configurou um dialeto que opera de duas maneiras.

a) através de um modo de entender a “natureza do homem”, isto é, através de um *eidos* psicanalítico que gera processos cognitivos estandardizados ou *conceitos e lógica para o pensamento*; b) através de uma ordenação da experiência com base neste entendimento da “natureza do homem”, isto é, através de um *ethos* psicanalítico que gera ênfases emocionais entandardizadas(...) (idem, p.134)

É interessante pensar se o contexto da reforma psiquiátrica, em que a ampla discussão e também difusão sobre a “saúde mental”, aliada à proposta de transformação cultural pode ter, de alguma maneira, instituído um certo *dialeto* que opera nas vertentes apresentadas por Figueira (1988), estipulando maneiras de perceber, ou seja, uma lógica para o pensamento e também uma determinada ênfase na sintomatologia, tal como descrita pelo modelo biomédico que caracterizaria o *ethos* deste contexto e que atingiria também as classes populares.

Na discussão que fez sobre “o uso da linguagem ou dialeto médico também entre as mulheres de classes populares, que caracterizaria uma mudança significativa na percepção dos sofrimentos entre estes setores” Maluf (2010, p.24) argumenta que em contraponto a um modelo fiscalista, em geral presente nas políticas públicas, as mulheres destas classes articulariam outras dimensões de suas vidas, que a autora chamou de uma *sociológica* das narrativas. Conforme comenta a autora: “O que estou denominando aqui como uma *sociológica* da narrativa das

mulheres pesquisadas é sua dimensão que vai além de concepções de corpo, pessoa e doença, abrangendo dimensões sociais e históricas de sua aflição e mal-estar.” (idem, p.44 [grifo da autora])

Não são poucos os grupos e outras atividades que ocorrem nos serviços de saúde e que visam esclarecer os *experientes* e seus familiares sobre a “saúde mental” além é claro dos livretos, folhetos e outros materiais de divulgação que auxiliam na difusão deste novo modo de lidar com a “loucura” e que, de alguma maneira, instituem modos de pensar, sentir e falar sobre as experiências. Não foi só na situação que descrevi acima que pude perceber isso, mas em outras situações em que os sujeitos falavam de suas experiências a partir da lógica biomédica, ainda que articulada com outras lógicas que em geral dizem respeito aos seus contextos culturais.

Contudo, se a lógica é incorporada, a linguagem é transformada e mesmo re-significada pelos sujeitos. Ela ganha novos significados através dos quais consegue se aproximar do contexto cultural do qual passam a fazer parte e se articular aos demais modelos interpretativos daqueles que dela fazem uso.

Fátima Alves (2010), na discussão que fez sobre a utilização da linguagem psiquiátrica entre os sujeitos de sua pesquisa no norte de Portugal, diz que ela é utilizada quando os mesmos não encontram palavras para definir comportamentos e atitudes consideradas anormais. Para a autora

são as pessoas quem têm um historial de contacto com a psiquiatria, ou por vezes, pessoas com maior escolaridade, que tendem a aproximar o seu modo de falar sobre a doença mental à racionalidade biomédica. Isto traduz muitas vezes a incorporação do paradigma moderno da ciência sobre o que é o conhecimento verdadeiro ou socialmente válido. (idem, p.51)

Maria Lúcia da Silveira (2000), em seu trabalho sobre os nervos entre as mulheres de um bairro da cidade de Florianópolis - SC mostra como a adoção da linguagem social pela via dos “nervos”, não se reduz a uma categoria nosográfica, mas se apresenta como elemento mediador das relações sociais e relacionado às inúmeras experiências das mulheres. Para a autora, existiriam muitas limitações do modelo

biomédico no âmbito da assistência à saúde, em especial, no que se refere à apreensão de uma categoria cultural importante como os *nervos*.

Tais dificuldades entre os *experientes* e os profissionais da biomedicina são percebidas nas limitações e dificuldades de compreensão e apreensão da linguagem biomédica por parte dos *experientes* bem como da linguagem cultural por parte dos profissionais. Durante uma das conferências que participei, um *experiente* pediu a palavra e disse: “*eu não sei isso aí, isso dos F's eles inventaram lá nos Estados Unidos... eles já fazem isso aí pra gente não entender nada mesmo... eu quero é saber como é que eu vou fazer pra resolver isso [se referindo aos seus problemas de saúde]....*”(Fragmento do Diário de Campo)

A linguagem parece ser mais um elemento a configurar hierarquias no campo da saúde mental, seja pelo uso de uma nomenclatura distante do contexto de significação dos *experientes*, como é o caso dos *F's*<sup>74</sup>, que compõe a classificação dos transtornos mentais do Código Internacional das Doenças – CID, como pela pouca consideração da linguagem cultural por parte dos profissionais da área biomédica.

Discutindo as funções da linguagem da doença na Inglaterra georgiana, Roy Porter (1994), argumenta que “a linguagem médica nunca se despojou de uma certa mística ou energia psicológica” e que é possível perceber como as palavras médicas e seus usos também estão relacionados a períodos históricos e culturais específicos.

O que se pode perceber atualmente de forma ampla e não apenas no contexto da reforma psiquiátrica, é que existem muitos usos da linguagem médica que aparecem, por exemplo, na transformação da chamada “psicose maníaco depressiva” em “transtorno bipolar” pelo Código Internacional das Doenças- CID. Se há alguns anos uma pessoa diagnosticada com “psicose maníaco-depressiva” era vista socialmente como “louca”, atualmente o “transtorno bipolar”, seu substituto, é mais um, ao lado da depressão, hiperatividade dentre outros, a compor o

---

<sup>74</sup> Na Classificação Internacional das Doenças – CID em que a título de classificação toda doença recebe uma letra e um número, os transtornos mentais e de comportamento são descritos através da letra F e vão do F00 ao F99. A esquizofrenia, por exemplo, é classificada como F20. No contexto das práticas assistenciais eles são usados em laudos, receitas médicas, prontuários bem como entre os profissionais, para descrever os diagnósticos.

vasto quadro de diagnósticos facilmente incorporados à linguagem cotidiana.

Tais diagnósticos são “fabricados”, como sugeriu Thomas Csordas (2008), ganhando relevância conforme os contextos nos quais surgem e que remetem aos modos de subjetivação dos mesmos. Basta pensar nas razões pelas quais tais diagnósticos fazem tanto sentido em determinados contextos ou dos motivos pelos quais o diagnóstico de depressão, por exemplo, faz tanto sentido na atualidade e, em especial, entre as mulheres.

Csordas (2008) fez o comentário da “fabricação” se referindo a chamada “síndrome pós-aborto”, que segundo ele foi

(...) uma síndrome psiquiátrica fabricada, formulada nos moldes da definição de “transtorno de estresse pós traumático” encontrada no Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Psiquiátrica Americana. Tal transtorno é, estritamente falando, um distúrbio culturalmente específico no sentido de ser relevante apenas no âmbito da cultura carismática, que define a experiência de aborto como necessariamente traumática. (idem, p.148)

O fato de o discurso médico ser apropriado pelos sujeitos não significa que ele facilite a compreensão e o diálogo na relação com os profissionais, pois como disse Porter (1994, p.367) “quando um(a) sofredor(a) leva sua “queixa” ao médico, com frequência surgem dificuldades de tradução entre o idioma do paciente e o jargão técnico do profissional.” Eles são incorporados, mas transformados quando colocados em tensão com o contexto de significação dos sujeitos. Um de meus interlocutores falando da medicação que usava me disse: “*ah eu tomo o nervosine também.*” O nome comercial do medicamento é “neosine”, mas sendo para os nervos se transforma em “nervosine”, para usar um exemplo bem simples.

Em seu trabalho sobre o elevado número de diagnósticos psiquiátricos no Vale do Jequetinhonha, Marina Cardoso (2002) mostra que este resultava de um descompasso entre o modelo clínico adotado pelos profissionais (baseado em categorias nosológicas) e o modelo/sistema conceituais daquela população, em que os clínicos tomavam o

primeiro como aquele com a capacidade de interpretação daquela realidade e os demais como dotados de uma certa ‘ignorância’ sobre a mesma. Diz a autora: “De acordo com um dos médicos, só pelo “modo de falar”, o “jeito com que entra no consultório”, ele já sabia qual era a “doença” do paciente” (2002, p.92)

Apesar das distâncias que possam existir no contexto dos serviços de saúde mental, percebe-se que nas relações ali estabelecidas são construídas estratégias micropolíticas capazes de subverter as mesmas. Dalmolin (2006), a partir de suas experiências de gestão pública dos serviços de saúde mental, explicitando os motivos que a levaram a se distanciar do institucional e aproximar-se do ponto de vista dos sujeitos na realização de sua pesquisa, diz:

Percebi ali que, no contexto da vida ‘real’, as pessoas buscam protagonizar trajetórias, criam estratégias, produzem um saber que, via de regra, sequer é percebido ou valorizado pelos profissionais e serviços que lidam com elas. Quando chegam ao serviço, essas pessoas parecem saber o que podem ou não, o que vai ser valorizado ou não naquele local. (idem, p.42)

Quando conversei com Nilza, uma *experiente*, sobre sua experiência na saúde mental, em determinado momento de seu relato - quase anamnético<sup>75</sup> - ela me disse, explicando-me, na sua percepção, os motivos que haviam levado o médico a diagnosticá-la como esquizofrênica. Em seu relato, dentre outras coisas, deixava transparecer que o fato de ser uma mulher, casada e mãe, da qual a sociedade em geral espera um determinado tipo de atitude, fazia com que o estranhamento do médico com relação ao seu comportamento aumentasse. Disse ela: “(...)foi por isso, eu tinha feito tudo aquilo, andava daquele jeito, aí cheguei lá, tinham chamado a ambulância e mais a polícia, e ele disse

---

<sup>75</sup> A anamnese é um tipo de entrevista realizada pelos profissionais da biomedicina que tem por objetivo rever a história pessoal do “paciente” a fim de conseguir definir o diagnóstico e a terapêutica. O fato de ter feito um relato deste tipo pode ter alguma relação com sua familiaridade com os serviços de saúde, onde, em geral, os profissionais realizam entrevistas deste tipo.

*que eu era esquizofrênica. Aí eu era esquizofrênica. Ele viu e disse(...)*”(Fragmento do Diário de Campo).

Esse movimento feito por ela de “*pensar a partir do que foi pensado*” pelo psiquiatra para lhe conferir tal diagnóstico, demonstra a reflexividade da mesma e o trabalho “antropológico” por ela realizado para entender as categorias através das quais o psiquiatra se embasou para lhe conferir tal diagnóstico, bem como do que ela entendia que havia feito para que o mesmo lhe fosse conferido.

O caráter relacional, reflexivo presente nesta situação é significativa no contexto das pessoas com quem conversei e demonstram que é nas relações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos no processo da reforma psiquiátrica, que vão se constituindo outras possibilidades de experimentar e se relacionar com a “loucura”. Diante dos dados da pesquisa é possível perceber que há, por exemplo, uma incorporação do discurso biomédico pelos *experientes*, justificado pelos usos que os mesmos podem fazer dele.

Por parte dos interlocutores e interlocutoras, compartilhar ou não do conjunto de expressões do campo biomédico ou mesmo adotar ou não um determinado tipo de discurso, traz a tona as diferenças de interpretações do processo da reforma psiquiátrica e sua maior ou menor abertura para as mudanças.

### **3.3. Processos (des)subjettivantes e estratégias micropolíticas**

“(...)a gente fica com os problemas que o médico põe na cabeça da gente” disse Roger, referindo-se à sua experiência num serviço de saúde mental, quando, em uma consulta psiquiátrica, recebeu o diagnóstico de depressão.

Frase precisa e clara para se referir ao que vários estudos (Kehl, 2009, Severo e Dimenstein, 2009) apontam como uma captura da subjetividade pelo poder biomédico e que ocupa um lugar relevante na configuração e constituição dos sujeitos no processo da reforma psiquiátrica. Ele é um homem branco, casado, pertencente às classes populares, que enfrentava problemas conjugais e de relacionamento no trabalho, tão comuns na atualidade. Percebeu-se incomodado e procurou ajuda. Entretanto, sua experiência em tal serviço acabou por gerar outro problema, aquele que o médico colocou na sua cabeça, a depressão.

Apesar de tal enunciado ter muita importância na constituição dos sujeitos e na fixação de seus lugares na hierarquia própria desse modelo, estes lidam com o mesmo de maneiras as mais variadas. É a objetificação de uma experiência que parece difusa, que articula elementos de ordem física, moral, emocional, feita pelo psiquiatra ou por alguém que consiga ordenar, sintetizar essa difusão de elementos que constituem a experiência dos sujeitos bem como os sujeitos, tal como discutiu Csordas (2008), quanto à capacidade do curador (no caso da cura carismática entre os crentes americanos) de realizar tal objetificação, ou síntese, que dota de sentido a experiência dos sujeitos.

Os sujeitos que recebem tal denominação utilizam estratégias diversas diante das mesmas. Tais estratégias vão desde a utilização da mesma para negociar com o mundo; o uso do mesmo para sobreviver economicamente em um mundo marcado por desigualdades de todo tipo e também a relativização do mesmo, ou seja, as pessoas entendem porque foram diagnosticadas desta ou daquela maneira e não acatam passivamente os mesmos.

Ao contrário dos resultados do trabalho de Alves (2010) em que nenhuma pessoa se declarava “doente mental”, durante a pesquisa alguns de meus interlocutores mesmo não usando a expressão “doente mental”, assumiam seus diagnósticos ainda que os significados conferidos pelo médico e assumidos por eles pudessem apresentar significados diferentes.

Parece, por exemplo, que o diagnóstico de esquizofrenia, como no caso de Nilza, não fazia o mesmo significado para ela, que através dele negocia com o mundo, seja pela reivindicação de melhores condições de tratamento, quanto do passe livre que lhe permite circular pela cidade, do que para o médico que entende a mesma como uma doença mental grave e persistente, com sintomas incapacitantes para a vida.

O fato dela entender e assumir que é uma esquizofrênica, assim como faz Eva que apesar de ser curatelada não deixa de exercer suas funções sociais, quando lhe é solicitado, não significa que ela *investe-se* totalmente do mesmo. Aceitar o diagnóstico não significa assim sujeitar-se a ele, mas fazer uso dele para negociar e reivindicar uma determinada condição no mundo bem como para resistir e subverter o poder prescritivo e normativo do mesmo.

Assim, tais processos de sujeição ocorrem de diferentes maneiras e estão, no mínimo, entre dois polos. Podem situar-se de um lado no fato das pessoas assumirem determinadas “roupagens”, como a de louco, deprimido, esquizofrênico, dentre outras e de outro, a negação das mesmas. Entre estes dois extremos existem todas as demais possibilidades de deslocamento e invenção de novos lugares. *Investir-se* ou *desinvestir-se* da roupa de louco é também reivindicar outro lugar através do qual um ponto de vista possa se tornar visível e um sujeito possa emergir.

Durante uma das reuniões em que participei, uma cena é bastante ilustrativa, e por isso a descrevo:

*(...) a reunião já tinha começado quando Daniel chegou. As pessoas se voltam para cumprimentá-lo e seguem na discussão. Ele interrompe e diz: “eu quero falar uma coisa.” As pessoas se voltam novamente pra ele, num misto de incômodo e (talvez) curiosidade por ele estar interrompendo a discussão. E então ele, diante dos olhares, diz: “Eu não tô em surto. Eu quero falar uma coisa...”* (Fragmento do Diário de Campo)

Sem que ninguém tivesse feito ou dito qualquer coisa a respeito dele estar ou não em surto, o fato dele querer falar alguma coisa e querer a atenção dos demais num momento (talvez) inadequado, visto que a reunião estava em andamento, era justificada pelo fato dele não estar em surto. O fato de ele ter sido impertinente, coisa que qualquer pessoa pode ser, remetia imediatamente ao fato dele estar em surto e não somente à sua falta de pertinência.

Pertinente ou não, ele queria falar “uma coisa” e para ser escutado fez questão de esclarecer que não estava em surto, pois caso tivesse talvez não pudesse falar e, caso sim, corresse o risco de não ser escutado. Como veremos, o sujeito capaz de falar e ser escutado é aquele que, não estando em surto, tem o domínio de suas faculdades mentais, sabe quem é e o que faz, é dono de sua razão, como dizem algumas pessoas.

O “surto”, a “crise”, caracteriza um momento radical em que o sujeito desaparece junto com o suposto desaparecimento de sua razão. Ainda que o sujeito saia da crise, do seu surto, ele parece estar sempre sob o risco de ter outros e é nessas condições que passa a se experimentar no mundo. O surto, ou a crise, seria um momento privilegiado em que a loucura apareceria numa espécie de desvario, na

impossibilidade de manter a coesão necessária dos códigos compartilhados socialmente, marcando a trajetória do sujeito. A partir disso ele passa a “ser” louco, “ter” um diagnóstico e “estar” na iminência de novos surtos.

A vulnerabilidade que esta condição impõe coloca o sujeito numa condição de precariedade extrema, onde aquilo que ele fala, pensa ou sente está sempre submetido ao juízo alheio. Durante uma conversa que tivemos, eu, Augusto e Bruno, este último começou a contar sobre o desentendimento que havia tido com um de seus vizinhos em função de seu animal de estimação. Eu havia escutado seu relato sem surpresa sobre tal desentendimento, que me parecia tão comum no dia a dia das cidades. No entanto, Augusto que tinha escutado e questionado Bruno sobre o desentendimento, em determinado momento da conversa, pergunta: “*tá, mas ele [o vizinho] fez isso mesmo, ou isso é coisa da tua cabeça?*” Bruno olhou para ele e, pensativo, disse não saber.

Bruno, que até então parecia confiante de sua posição no episódio que tinha experimentado com seu vizinho foi colocado à prova, não por ter ou não razão no mesmo, mas pela possibilidade de estar destituído da sua razão.

Bruno e Augusto, apesar de serem de gerações diferentes, tinham tido experiências parecidas. Ambos tinham sido internados em hospitais psiquiátricos, feito tratamento nos serviços substitutivos ou em consultórios médicos privados e usavam o mesmo tipo de medicação. Bruno havia interrompido seus estudos em função de seus problemas e desde então estudava em casa livros que escolhia conforme sua vontade. Morava com os pais, de quem, em geral, estava acompanhado. Já Augusto teve que sair do trabalho e vivia, naquele momento, da sua aposentadoria. Participava ativamente de cursos, grupos e outras atividades que o mantinham “ativo”, à diferença de Bruno, e isso era um dos requisitos que também o autorizava a comentários deste tipo.

Além desta situação, em várias de minhas conversas eu precisava emitir algum tipo de juízo sobre as situações que eram contadas, em perguntas do tipo: “*tu acha que eu “tô” errada / errado?*”, “*tu acha isso certo?*”, “*tu também não ia fazer isso?*”, além do corriqueiro “*não é?!?*”

Tais situações também remetem aos argumentos de Pelbart (2009) de que o louco é concebido como sendo aquele que não sabe, não pode e não é sujeito. O autor chama atenção para o caráter violento

presente nestas três instâncias (saber, poder e subjetividade) e a necessidade de se pensar outros lugares possíveis para a loucura. Para ele, a subjetividade pode ser definida, baseando-se nos pressupostos de Deleuze e Foucault, “como uma modalidade de inflexão das forças do Fora, através da qual se cria um interior” (p.120), sendo a loucura, ao contrário, um esgarçamento para o Fora.

O Fora, como discutiu Deleuze (2005 [1986]), é um campo de forças que se afetam e que não se esgotam pelo conjunto de relações de força (diagrama) com os quais entra em contato, pois as forças do Fora têm a potencialidade de sempre fazer “novos lances”, como diz o autor. O Fora é habitado por forças que caracterizariam um pensamento de resistência porque relacionado com as forças que estão sobre o diagrama. Nas palavras de Deleuze (idem):

Esse lado de fora informe é uma batalha, é como uma zona de turbulência e de furacão, onde se agitam pontos singulares, e relações de força entre esses pontos. Os estratos apenas recolham, solidificavam a poeira visual e o eco sonoro de uma batalha que se tratava por cima deles. Mas, em cima, as singularidades não tem forma e não são nem corpos visíveis nem pessoas falantes. Entramos no domínio dos duplos incertos, das mortes parciais, das emergências e dos desvanecimentos. (idem, p.129)

Ainda, segundo o autor, esse lado de fora, dobrado, formaria uma zona de subjetivação, agora atravessada pelos estratos (formações históricas, positivities ou empiricidades), mas que não perdem a relação com o Fora porque é justamente ele que a constitui.

Nesse sentido, tal como aponta Deleuze, é nessa fissura provocada pelo esgarçamento (a loucura) da dobra para o Fora, que também é possível o sujeito ser produzido, uma vez que ali “*também se agitam pontos singulares*”. Isso torna possível pensar uma clínica do sujeito, produzido na loucura, e que não corresponda ao, ou tenha dificuldades de um trabalho simbólico expresso pela palavra.

Seria preciso pensar numa clínica que se deixasse afetar menos pela palavra, enquanto invenção que ganha e dá sentido ao mundo, e mais pela potencialidade das forças que são colocadas em relação.

Trata-se de “ouvir” a “loucura” de outras maneiras e deixar-se atravessar por ela, menos como sintoma e mais como possibilidade, considerando o que ela “dispara e conturba em nós”, como sugeriu Pelbart (1993).

Mesmo aquela fala, comportamento que possa nos parecer completamente destituída de sentido, quando “escutados”, talvez demoradamente, deixam ver alguns pontos que, colocados em relação, ganham sentido. Porque não “escutar” quem está “invisível”, as “vozes” e assim entender quais os caminhos que poderiam constituir novamente um dentro minimamente habitável?

Talvez seja necessário construir outras maneiras de operar com as concepções, de se relacionar com os sujeitos no sentido de relativizar de forma insistente as mesmas e lidar de forma criativa com o que os sujeitos produzem. Tal como mostrou Rocha (2006), ao apresentar a “escrita criativa” de uma “pessoa portadora de transtorno mental”, descrita a seguir:

*A cadeira solitária perfeita para quem quer se aconchegar e bater um papo Saber se voce vai sentar-se para um diálogo A cadeira que nos traz a luz do descanso. As vezes um protetor a nossa propria solidão. Um diálogo vai outro vem e a cadeira. Estrada do sofrimento em meio a paus e canos alento para o coração se comunicar. O meio segundo do raio em infinitas particulas dissipando em gotículas d'agua. Sra minha ferrari fosse ovni de sonhos Homenagem a exito interior das vestes das madonas e a Vivaldi que acabara de ser ligado a estilo e inibição das ocasiões O campo ocupa com suas ervas todas as coisas da terra é um bolor podre bom de se respirar assim são estas esferas Animação cinematografica do macaco pulando as arvores repete-se a cena e repete-se até que talvez haja uma Luz no fim do túnel A bicicleta do futuro as linhas de rua para esse fenômeno desenho de instospreccção do desenho vindo de um todo dos cantos da folha cores magistrais o tom da vida da personificação da hipnose completa a impressão que empresta a ordem para onde vai ser transposto o desenho original. As nossas expressões com relação a pintura são frutos da*

*timidez do acanhamento a importância é como o peixe ao chão pescado. O trabalho do x ao centro continuou em papel kraft (Pardo) a amplidão deu ao começo um senso de ver um jacaré colocar as narinas para fora Valeu!*

Para a autora tal escrita se revela como um veículo de orientação e percepção no mundo, e respeita uma modalidade expressiva que é a escrita *criativa*, “que em arteterapia significa escrever sobre determinado trabalho artístico sem a utilização de pontuação ou uso de borracha, e com a possibilidade de erros gramaticais e de ortografia (...)” (Valladares apud Rocha, 2006).

Conseguir escutar e operar com tais modalidades talvez seja um dos desafios para os processos de desinstitucionalização já que a maneira como tais experiências são percebidas, diz respeito ao modo como elas são compartilhadas no contexto sócio cultural em que se desenvolvem, tanto dentro como fora dos serviços de saúde mental. Além disso, também estão relacionadas aos aspectos clínicos ou culturais, como aponta Pelbart (2009), quanto à visão daqueles que entendem a loucura como sintoma e aqueles que a entendem como vanguarda cultural e estética.

No contexto da reforma psiquiátrica brasileira, é possível perceber uma heterogeneidade de práticas que se vinculam a abordagens teóricas diversas. Ao contrário do que ocorreu na realidade italiana, em que ainda hoje não se fala de uma “clínica”<sup>76</sup> desenvolvida nos serviços, no Brasil, tal “clínica” foi se fazendo conforme a formação dos profissionais que atuavam nos serviços de saúde mental o que se mantém até os dias de hoje.

Como discutido por Benedetto Saraceno (2001[1996]), o trabalho conhecido como reabilitação psicossocial desenvolvido no contexto dos serviços de saúde mental era uma prática à espera de teoria, uma vez que os modelos clínicos desenvolvidos até então não haviam modificado nem as crises nem as doenças mentais ao longo do tempo. Para o autor, tal prática (à espera de teoria) “pôs em seu centro uma idéia bastante

---

<sup>76</sup> Como “clínica”, estou me referindo aqui “às práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária”, como sugeriu Campos (2001).

interessante e bastante estimulante que é a negociação” (idem, p.151), que supõe trocas materiais e simbólicas. Nesse sentido, o autor sugere que nas novas práticas psiquiátricas não se deve pensar

Que o problema da reabilitação, por exemplo, seja o problema de tornar aqueles que são fracos em fortes. A reabilitação não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes, os fracos. Mas, pelo contrário, a reabilitação é um processo para que mudem as regras e os fortes possam conviver, coexistir, no mesmo cenário que os fracos. (idem, p.151)

Mas o autor fala a partir da realidade italiana onde ainda hoje a preocupação com a clínica é menor do que na realidade brasileira. Ao questionar alguns profissionais dos serviços de saúde mental que visitei na Itália sobre qual a clínica realizada nos mesmos a resposta foi de que não se faz clínica nestes serviços, mais ou menos como sugeriu Benedetto Saraceno no argumento citado.

No Brasil, especialmente com relação aos ditos psicóticos, uma série de questões se impõe, especialmente, sobre as práticas de atenção psicossocial e a chamada clínica do sujeito ou da questionada clínica da psicose. Questionada pois para algumas vertentes teóricas, como a psicanálise, por exemplo, na psicose há limitações para a realização do sujeito.

Tenório (2001) aponta diferenças entre a clínica do sujeito e a atenção psicossocial, se referindo especialmente à psicose e às contribuições do campo da psicanálise para o campo da reforma psiquiátrica; campos que se tensionam, não se complementam, mas podem ser solidários. Para este autor, partindo dos pressupostos psicanalíticos, na psicose há uma dificuldade especial de realização do sujeito, mas que acreditar que o bem estar psicossocial é mais relevante que o trabalho subjetivo da palavra deve ser relativizado tanto quanto acreditar que não é necessário o cuidado concreto para quem dele necessita. O autor aponta que a contribuição da psicanálise neste sentido é mostrar os limites da intervenção junto à psicose, uma vez “que a psicose, por características de estrutura, é refratária ao laço social”. (idem, p. 88)

Desde o início do processo da reforma psiquiátrica brasileira, algumas propostas sobre tal “clínica” vêm ganhando espaço. No livro intitulado *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*, Goldberg (1996) discute o projeto de transformação da assistência psiquiátrica na cidade de São Paulo e sugere que a “clínica da psicose” recusaria “o modelo sintomatológico em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo de tratamento da figura da doença para a pessoa doente.” (idem, p.21)

Para Jurandir Freire Costa (1996), que fez a apresentação do livro de Goldberg (1996), “a chamada “clínica das psicoses” resume-se a acompanhar, passo a passo, a trajetória de vida das pessoas na instituição.” (idem, p.14) Para ele

Acompanhar o percurso de vida das pessoas, como propõe o CAPS significa perguntar, a cada etapa da assistência, o que representa para o sujeito moral ser definido a partir de tal ou qual enquadre teórico. Significa perguntar o que ele ganha ou perde em autonomia, respeito por si próprio e pelo outro, quando exposto a certos procedimentos terapêuticos. (ibidem, p.16)

Outra referência importante neste processo é a chamada “clínica ampliada”, apresentada também como a “clínica do sujeito” por ter nesse sua centralidade. Tal sujeito, nesta clínica, é sempre histórico, social, biológico e subjetivo, e vai além de sua condição de “doente”. Esta clínica está baseada numa visão que relativiza o olhar eminentemente técnico ou clínico e onde a ênfase é colocada na invenção de modos de construir saúde, através de diferentes “tecnologias”, como sugere Rosana Campos (2001).

No entanto, resta entender como as diferentes abordagens teóricas presentes no campo da saúde mental, se aproximam, mais ou menos, dessa clínica ampliada e se conseguem manter ativos seus objetivos. A tarefa é longa e complexa e foge dos objetivos deste trabalho.

Tal clínica significaria, nestes termos, colocar o sujeito no centro das práticas, tarefa tão complexa quanto a de abrir portas. Além disso, significaria reconhecer que a facilidade de objetivar as experiências com a “loucura”, classificando-as como psicose, por exemplo, seria, talvez,

consequência da dificuldade de se deixar afetar pela loucura que as mesmas precipitam em cada um de nós. Como sugeriu Muñoz (2009, p.7):

Há aqui uma inversão de paradigma a ser assinalada: é a clínica da psicose que ensina sobre a clínica em geral. E ela ensina justamente que pode haver uma variedade de soluções, de arranjos, de possibilidades para além daquilo que os tratamentos standard preconizam. É preciso então aplicar a psicose aos diversos saberes vigentes e não o contrário, ou seja, é preciso que estejamos dispostos a aplicar giros conceituais em nossos saberes prévios, operando modificações teóricas e recolhendo consequências clínicas.

Os modos como cada experiência é subjetivada por cada sujeito parecem estar relacionados aos seus contextos, à maior ou menor possibilidade de estratégias micropolíticas por parte dos mesmos bem como pela adesão ou subversão ao regime psiquiatrizante ainda hegemônico na contemporaneidade.

Por regime psiquiatrizante quero me referir ao modo de pensar, perceber e se relacionar com a experiência da radicalidade da diferença - esse esgarçamento ao Fora - a partir da racionalidade biomédica que, além de classificatória, é também prescritiva. Além disso, tal regime, alicerçado no pressuposto do sujeito da razão, faz desaparecer qualquer possibilidade de constituição dos mesmos nestes momentos, além de enormes dificuldades posteriores.

As ambivalências sobre o sujeito, com ou sem razão, são condicionadas por alguns fatores que se articulam com este regime psiquiatrizante ainda hegemônico. Não raro, entre os interlocutores, foi possível ouvir expressões do tipo: “eles [os outros *experientes*] às vezes ficam assim mesmo, não sabem o que fazem... é porque tão ruim mesmo.” Ou então: “Quando a pessoa tá assim nem sabe o que é, quem é...”. Esses são momentos comumente denominados como de “surto” ou “crise”, discutidos anteriormente.

A invisibilidade destes sujeitos, que desaparecem em momentos de surto ou crise ou em função da perda de sua razão, já havia sido descrita por Franca Basaglia no livro intitulado Manicômio, por quê?

[*Manicomio, perchè?*] onde a autora relata uma visita que realizou em um manicômio mostrando como as práticas ali exercidas desconsideravam os sujeitos. Conta Franca Basaglia (2001, p.15):

Em um quartinho com uma janelinha via, da grade, uma mulher de meia idade presa a cama. Fizeram-me entrar. Eu, relutante, tinha advertido sobre o sentido de violação, de profanação naquela nossa invasão em seu quarto, em vê-la presa, humilhada, prisioneira, sobre completo domínio de todos. Com os olhos resignados, a mulher nos fixava, enquanto o médico, vestido de branco, falava dela, da sua doença, da sua “maldade”, como se ela não estivesse e não pudesse escutá-lo.<sup>77</sup>

Durante a pesquisa houve circunstâncias em que tais sujeitos, esse que não sabe quem é, nem o que é, se tornavam invisíveis ainda que não estivessem em crise. Falava-se sobre *eles* com *eles* presentes sem que *eles* pudessem se manifestar, o que mostra mais evidentemente o sentido dessubjetivador do uso da “terceira pessoa” (Deleuze e Guattari, 2007b).

Como disse Deleuze, a partir da ideia de Foucault, o sujeito é uma variável, ou melhor, um conjunto de variáveis de enunciado. O sujeito é um dos lugares possíveis no contexto da enunciação. Como diz Deleuze (1996, p.63): “Objetar que existem enunciados ocultos é, apenas, constatar que há locutores e destinatários variáveis segundo os regimes ou as condições.”

Em outro texto, Deleuze e Guattari (2007b) discutem a questão do caráter dessubjetivador do uso tanto da terceira pessoa do pronome

---

<sup>77</sup> “In un camerino con uno spioncino vidi, dalla grata, una donna di mezza età legata al letto. Mi fecero entrare. Io, riluttante, avevo avvertito un senso di violazione, di profanzazione in quel nostro invadere la sua stanza, in quel nostro guardarla legata, umiliata, prigioniera, in balia di tutti. Gli ocho raddegnati, la donna ci fissava, mentre il medico, in camice bianco, parlava di lei, della sua malattia, della sua “cattiveria”, come se lei non ci fosse e non potesse udirlo”.

peçoal, como do artigo e pronome indefinidos, considerando a condição própria de toda enunciação. Dizem eles:

Pensamos, ao contrário, que o indefinido da terceira pessoa *IL*, *ILS*, em francês, não implica qualquer indeterminação desse ponto de vista, e remete o enunciado não mais a um sujeito da enunciação, mas a um agenciamento coletivo como condição. Blanchot tem razão em dizer que o *ON* (se) e o *IL* (em francês) – *on* meurt (morre-se), *il* est malheureux (é triste) – não tomam absolutamente o lugar do sujeito, mas destituem todo sujeito em proveito de um agenciamento do tipo hecceidade, que abriga ou libera o acontecimento naquilo que ele não tem de formado, e de não efetuável por pessoas (“algo lhes acontece que eles não podem restituir a não ser destituindo-se de seu poder de dizer eu”). O *IL* não representa um sujeito, mas diagramatiza um agenciamento. (idem, p.53)

Voltando às situações em que se falava sobre *eles* com *eles* presentes sem que *eles* pudessem se manifestar, cabe destacar que isso não se deu apenas nas relações entre os profissionais e os *experientes* ou entre os familiares e os *experientes*, mas também entre os *experientes*, estando sempre os *experientes* na condição do *eles*, como ficou claro na situação em que Daniel tem que explicar para eles porque eles não sabem tanto como ele sobre a medicação, por exemplo. Daniel, naquele momento, emerge como sujeito.

Nas discussões que fazem sobre o perspectivismo na cosmologia ameríndia, tanto Viveiros de Castro (2002a) como Tânia Lima (1996), que dialogam com as referências teóricas de Deleuze e Guattari, discutem como ter um ponto de vista e, no contexto da caça, ter a palavra são determinantes para elevar os seres (humanos ou não) à condição de sujeito, uma vez que é sujeito aquele que é capaz de um ponto de vista. Como argumenta Viveiros de Castro (2002a):

Dizer que os animais e espíritos são gente é dizer que são pessoas; é atribuir aos não humanos as capacidades de intencionalidade consciente e de

agência que facultam a ocupação da posição enunciativa do sujeito. Tais capacidades são reificadas na alma ou espírito de que esses humanos são dotados. É sujeito quem tem alma, e tem alma quem é capaz de um ponto de vista. (idem, p.372)

Em seu trabalho, Alves (2010) argumenta que

Nos discursos na terceira pessoa, ou seja sobre os outros, os nervos [categoria cultural do pensamento leigo utilizada para designar o sofrimento mental] aparecem associados a pessoas consideradas fracas (categoria humana altamente desvalorizada e rejeitada porque interfere com a identidade). Nos discursos na primeira pessoa, quando o próprio se declara nervoso, os nervos referem-se a um fenômeno diferente, quase sempre a situações menos graves e justificadas pelos contextos que despoletam os nervos – aqui a pessoa não é nervosa, mas apenas reagiu com nervos perante determinada situação.” (idem,p. 47)

No contexto desta pesquisa, os discursos na terceira pessoa, em geral, invisibilizaram os sujeitos e pareciam estar relacionados a uma certa concepção de sujeito presente na nossa sociedade, bem como com as relações de poder presentes na mesma. Como argumentou Foucault (2009 [1970], p.10 e 11):

Desde a alta Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou um contrato, não podendo nem mesmo, no sacrifício da missa, permitir a transubstanciação e fazer do pão um corpo (...).

Tais circunstâncias fazem pensar na trajetória antropológica sobre os estudos de Pessoa, de Marcel Mauss (2003[1938]), Maurice Leenhardt (1971 [1947]) e Lucien Lévy-Bruhl (1927) a Louis Dumont (1985) e, na antropologia contemporânea, Marilyn Strathern (2006[1988]) e os estudos de etnologia ameríndia, e à perspectiva de que cada sociedade elabora uma noção de Pessoa e uma configuração específica de valores nas representações sociais da Pessoa, apontando não apenas para a pluralidade desta noção como para a rica contribuição que tais entendimentos podem trazer para os estudos atuais sobre o sujeito (ver Maluf, 2011c). Dumont (1985 e 1991), buscando compreender aquilo que Marcel Mauss definiu como a forma moderna da Pessoa, o indivíduo, descreve e discute as diferentes configurações da Pessoa e do individualismo nas sociedades modernas, mostrando que estas não são homogêneas nem lineares.

Maluf (2004 e 2011c) tem sugerido uma abordagem antropológica do sujeito, não apenas como objeto de análise, mas como categoria central para se compreender o contemporâneo. Para isso, sugere o diálogo com outras teorias que têm pensado prioritariamente o sujeito, como a teoria feminista, a crítica pós-colonial, a psicanálise, o pensamento foucaultiano e as reflexões de Deleuze e Guattari. Teorias que têm procurado descentrar a ideia de um sujeito unificado, substantivo e autossuficiente, concepção hegemônica na modernidade, para os diferentes processos, regimes e modos de constituição de sujeitos e de subjetividades, para os diferentes regimes de verdade sobre o sujeito, para a dimensão política de constituição e reconhecimento de sujeitos e de suas zonas de exclusão, ou seja, os não-sujeitos.

Como proposto por Foucault (1995), os diferentes processos e regimes de subjetivação (que também implicam na questão da sujeição) se dão no interior de relações complexas de poder. Nestas relações de poder estão implicadas estratégias de luta e resistência. Como argumentou Pelbart (2003, p.25): “Muito cedo o próprio Foucault intuiu que aquilo mesmo que o poder investia - a vida - era precisamente o que doravante ancoraria a resistência a ele, numa reviravolta inevitável.”

No decorrer da pesquisa foi possível compreender que a identificação do sujeito com esse indivíduo enunciado em diferentes práticas discursivas não ocorre sem que sobre tais enunciados incorram algumas resistências. Foucault (2009 [1979]) havia argumentado que “(...) o indivíduo não é o dado sobre o qual se exerce e se abate o poder.

O indivíduo, com suas características, sua identidade, fixado a si mesmo, é o produto de uma relação de poder que se exerce sobre corpos, multiplicidades, movimentos, desejos, forças.” (idem , p.161 e 162)

Foucault (1995) e Butler (1997) argumentam que não há como pensar na construção da noção de sujeito como algo que se inscreve e emerge hegemonicamente das configurações em que este está inserido, pois se tratam de inscrições ambíguas, em constante construção e atravessadas por diversos fatores, de forma dinâmica, o que de certa forma, as experiências dos meus interlocutores deixam transparecer. Seja no caso de Eva, Daniel, Augusto e outros *experientes*, a possibilidade de ocupar o lugar de sujeito aparece em determinados contextos, onde determinadas configurações são possíveis e desaparece em outros, onde o sujeito tido como “louco”, e enunciado como tal, perde o lugar, a voz e a possibilidade de emergir.

O sujeito tal como entendido nas sociedades complexas ocidentais contemporâneas, ainda que entendido como a construção de um sujeito individualizado, não se trata de um sujeito acabado, uma vez que, mesmo que *sujeitado a*, como proposto por Foucault (1995), tal sujeição se dá em relações complexas de poder que estão diretamente relacionadas com relações estratégicas. Para Foucault, são tais relações que permitem que se vislumbrem as estratégias de poder como um conjunto de meios operados para fazer funcionar ou manter um dispositivo de poder. Nestas relações de poder estão implicadas estratégias de luta e resistência. Em certo sentido, Foucault sugere que para compreender as relações de poder talvez devêssemos analisar as formas de resistência destas/nestas relações e é nesse sentido que parece necessário pensar nos sujeitos em processo de desinstitucionalização.

Tais relações combinam com o proposto por Foucault de que nas relações complexas de poder estão implicadas estratégias de luta e resistência, que nos permitem pensar nas possibilidades de constituição de modos de subjetivação capazes de escaparem dos saberes e poderes constituídos. Como alegou Deleuze (1992)

os processos de subjetivação, isto é, as diversas maneiras pelas quais os indivíduos e as coletividades se constituem como sujeitos, só valem na medida em que, quando acontecem,

escapam tanto aos saberes constituídos como aos poderes dominantes. (idem, p. 217)

Trata-se, então, de questionar como os diferentes saberes se inscrevem na vida de inúmeras pessoas que, estando ou não em instituições asilares, se institucionalizam, nas práticas de saúde, nas suas experiências cotidianas e em tantos outros processos que dominam os modos de subjetivar na contemporaneidade.

Os grandes dispositivos de assujeitamento no interior dos quais o sujeito irá constituir-se, tal como o hospital psiquiátrico, foram estudados por Foucault (1987) que se referindo às instituições psiquiátricas diz que as mesmas, na passagem para a era moderna, deixam de ser um lugar de depósito, como o asilo da era clássica, para ser um lugar de constituição de verdades, de individualização e normalização dos comportamentos e de modos de subjetivação. Como que dando prosseguimento aos estudos de Foucault, Deleuze desenvolveu a ideia de que as sociedades disciplinares, após a crise das disciplinas no período pós-segunda guerra, seriam lentamente transformadas em sociedades de controle. (Deleuze, 1992)

Para Deleuze, a sociedade disciplinar era monitorada por suas instituições de disciplina e vigilância, enquanto que a sociedade de controle funcionaria por intermédio de redes flexíveis, modulares, estendendo seus domínios de ação sobre a subjetividade. Para o autor: “O controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua. O homem não é mais o homem confinado, mas o homem endividado” (Deleuze, 1992, p.224). Uma das características do poder no contemporâneo é que ele é molecular. Ele não se exerce mais de fora, de cima, dos lados, mas de dentro. Quem já teve uma “crise” deve estar atento, vigilante, sob controle.

No contexto da reforma psiquiátrica brasileira também é possível reconhecer esta molecularização do poder na transformação das práticas de saúde mental que, um pouco mais distantes do hospital psiquiátrico se disseminam em práticas territoriais, de intervenção, mas também de controle e disciplina.

### 3.4. Entre o cuidado, o controle e a disciplina: intervenções

Como dito anteriormente, durante o trabalho de campo realizei duas “buscas” e as descrevo, pois acredito que elas são emblemáticas do que significa dizer que os limites que dividem as práticas de intervenção e controle são tênues e também paradoxais. Se é que elas podem ser assim divididas.

As “buscas”<sup>78</sup> são realizadas pelos profissionais dos serviços, sobre a justificativa de que a pessoa não tem condições de ir até o local da atividade sozinha. Realizei as mesmas nas duas vezes que fui visitar as atividades do Projeto Um olhar no território: inclusão social e cidadania.

Participavam destas atividades “usuárias” e “usuários” encaminhados tanto pelas unidades básicas de saúde como pelos profissionais do CAPS, e eram desenvolvidas como parte dos seus projetos terapêuticos individuais. Alguns destes *experientes* conseguiam ir até as “oficinas” sozinhos, já outros, por motivos diversos, não o faziam e era à estes que se realizavam as “buscas”.

A primeira busca que realizei foi feita a Carlos, um homem de aproximadamente 40 anos, que estava acompanhado de seu irmão. Eu, a estagiária de psicologia do CAPS II e o motorista da Kombi da prefeitura municipal, fomos até a casa dele para buscá-lo conforme tinha sido acordado com o mesmo anteriormente. Quando Carlos e seu irmão

---

<sup>78</sup> “Busca”, no contexto dos serviços de saúde mental, significa buscar as pessoas nas suas casas ou em algum outro lugar sob a alegação de que as mesmas não têm condições - ou estas são limitadas - de ir e/ou vir. São realizadas pelos profissionais destes serviços quando os mesmos entendem necessário. Em alguns casos as buscas são devidamente acordadas com as pessoas a serem buscadas, em outros, são arbitrárias e justificadas pela suposta “incapacidade” da pessoa decidir sob suas condições de ir ou vir. As buscas que acompanhei durante o trabalho de campo haviam sido devidamente acordadas entre as partes. Quando atuei como psicóloga no CAPS Castelo também “buscávamos” pessoas que não compareciam ao tratamento por um tempo considerado preocupante; que haviam saído do hospital psiquiátrico e não compareciam no serviço e também quando havia necessidade enunciada por algum familiar, vizinho. Chamávamos de “busca ativa”.

entraram na Kombi, nos cumprimentamos, nos apresentamos, mas não conversamos. Logo seu irmão e a estagiária começaram a conversar sobre o estado de Carlos, que não comentava nada. Manteve-se em silêncio durante todo o trajeto e também durante a atividade, que (talvez) por ser de costura parecia não ter lhe agradado muito.

Carlos era um homem branco, jovem, aparentava ter no máximo 40 anos. Impossibilitado de trabalhar em função das suas dificuldades, passava os dias em casa, sozinho ou sob os cuidados do irmão. Assim como Carlos, muitos homens, quando são excluídos do mercado de trabalho acabam desenvolvendo uma rotina de ociosidade, como mostrou Anna Maria Santos (2008) em seu trabalho sobre a experiência do sofrimento e sua interface com o gênero, desenvolvido com pessoas diagnosticadas como portadoras de transtornos severos e persistentes em um Centro de Atenção Psicossocial.

Na segunda busca que fiz junto com a mesma estagiária e o motorista da Kombi, fomos buscar uma mulher de aproximadamente 30 anos. A estagiária foi chamá-la na porta de sua casa e quando entrou na Kombi nos apresentamos, por nossos nomes, e então ela logo me perguntou se eu também estava internada e se também estava indo participar da atividade. Expliquei que estava indo para a atividade, mas que não fazia tratamento no CAPS. Comecei a explicar porque estava indo conhecer a atividade, mas ela não se mostrou muito interessada e começou a conversar com a estagiária sobre o que fez durante os dias que ficou em casa e o que estava fazendo quando chegamos para buscá-la.

Ouvi de outros interlocutores vários relatos sobre tais “buscas” em determinados momentos de seus tratamentos. As “buscas”, em geral, são consideradas importantes e necessárias por parte dos *experientes*, que as veem como uma atitude de cuidado por parte dos profissionais. No entanto elas também se revelam como um dispositivo de controle, e nem sempre são realizadas a partir do consentimento do “buscado” ou “visitado”.

Realizei, durante o trabalho de campo, uma “visita domiciliar<sup>79</sup>”, acompanhando a coordenadora e uma psicóloga do CAPS III de

---

<sup>79</sup> As “visitas domiciliares” também são parte das atividades desenvolvidas pelos profissionais dos serviços de saúde mental e se parecem com as “buscas” em alguns aspectos. As visitas domiciliares são realizadas quando a pessoa não pode, por motivos diversos, frequentar o serviço e

Joinville. O Ministério Público havia recebido uma denúncia de que uma pessoa com problemas mentais estava sendo negligenciada e sofrendo maus tratos e, por isso, solicitou ao CAPS III que averiguasse a situação. Atendendo ao convite da coordenadora e da psicóloga daquele serviço, fui junto com elas realizar tal “visita”. Descrevo a situação encontrada, pois ela traz elementos para pensarmos algumas questões importantes.

*“Numa Kombi do CAPS fomos até a casa de Dona Suelen, conforme indicação da carta do Ministério Público.(...) Ainda no portão nos apresentamos.(...) Dona Suelen é uma senhora que tem a postura curvada, tem as unhas dos pés e das mãos sujas, cabelos brancos presos (...) diz ter 83 anos. Depois de explicarmos o motivo de nossa visita ela diz que já foi no Detran para ver o benefício do filho (...) Quando perguntamos por seu filho ela diz que vai lá dentro da casa chamá-lo. Quando ela entra podemos escutar ela falar de forma ríspida com ele. Ficamos numa espécie de varanda nos fundos da casa. É um lugar muito sujo, tem latas de alumínio em sacolas num canto, roupas penduradas em um varal noutra canto. Sobre uma mesa, várias coisas que vão desde chinelos de dedo, papéis, plásticos. As cadeiras tem os assentos sujos e mais ao fundo do pátio tem um galinheiro com mais de dez galinhas, pelo que pude perceber. Depois de algum tempo saem de dentro da casa Dona Suelen e Nilson. Ele é um homem branco, de olhos claros, assim como ela. (...) Ela diz que ele tem 47 anos. Ele tem nas mãos umas tiras de plástico que estão muito sujas. Ele não fala, apenas grita. Morde a própria mão.(...) Tem a aparência muito descuidada, cabelos curtos, mas desgrenhados, veste uma calça de moletom azul molhada na região genital e duas camisetas de manga longa, bem sujas também.(...) Durante o tempo que fica ali, Dona Suelen manda ele*

---

então os profissionais vão até a sua casa para fazer o atendimento. Também podem ser realizadas quando a pessoa não comparece ao serviço conforme o combinado ou então algum familiar, vizinho ou outra pessoa solicita a visita, e é nesse sentido que a “visita domiciliar” se parece com a “busca”. Lancetti (2001) conta como a equipe do Projeto Qualis /PSF na cidade de São Paulo, coordenada por ele, em determinado momento do trabalho viu-se preocupada com a questão da “visita domiciliar” e questionou-se “o que fazíamos não eram visitas domiciliares, pois ninguém nos tinha convidado.” (idem, p.37)

*sentar. Ele grita. Ela diz que vai mandá-lo “lá” e que a polícia vai pegar ele. Ele para. Logo, volta a gritar, ela então grita com ele. (...) Num momento, ele me olha, mas não estabelece contato(...) A mãe ralha com ele, o chama de porco e o ameaça várias vezes. (...) Ela diz que quando ele nasceu ela foi para casa e ele ficou no hospital, porque ele tinha “ataques”. Depois ela foi buscá-lo e o médico disse que ele estava bom, mas logo que chegou em casa ele “deu outro ataque”. Depois levaram nos médicos e eles disseram para seu marido (agora já falecido) que não adiantava gastar com médicos porque ele não tinha cura. Desde então não fez mais tratamento. Diz que o levou na APAE, para ele poder ganhar o benefício. (...) Ela conta que junta latinhas e que quando sai, ele fica em casa. Diz que deixa apenas o portão trancado. Ela conta que ele fica todo o tempo em casa, quando pequeno ele saía, mas tirava a roupa toda na rua, então agora não sai mais. Conta que atualmente faz xixi por cima dos móveis a noite, ainda que durante o dia consiga fazer no banheiro. (...) Depois de contar isso, Dona Suelen pergunta quanto será a multa pelo fato da casa estar muito suja e diz que sabe que foi a vizinha que lhe denunciou por causa das galinhas. (...) Dona Suelen então conta que tem mais dois filhos e uma filha, mas que estes moram em outros bairros e ela não pode tirar eles do serviço. Diz: “Quando eu faltar, a minha filha que vai ter que cuidar dele.” Ao final da visita, Taís pede para entrar na casa. Dona Suelen faz uma cara de quem não tem o que dizer, mas deixa transparecer que não é o que queria fazer. Entra apenas Taís.(...) Quando saem de lá, Dona Suelen pergunta novamente quanto será a multa por a casa estar suja. Taís explica novamente que não estamos ali para multá-la. Taís depois conta que dentro da casa era muito mais sujo que fora.(...)” ( Fragmento do Diário de Campo)*

Essa situação limite é bastante comum no campo da saúde mental, em que algumas pessoas se encontram em condições bastante precárias e necessitam de alguma intervenção em função de dificuldades de toda ordem, desde higiene e cuidado pessoal até exposição a situações de risco. Ainda assim, é preciso pensar como e porque tais casas podem ser “visitadas”, sem os devidos consentimentos e as pessoas possam ser “buscadas”, e o quanto tais atividades podem reproduzir práticas de controle e de invisibilização dos sujeitos.

As visitas em casa também são uma prática que observei na cidade de Torino, na Itália. Visitei duas casas que faziam parte do

projeto “Casas com suporte”, a partir do contato com a responsável pelo mesmo, do consentimento do psicólogo com quem realizei as visitas bem como dos moradores das casas visitadas. Este projeto apresenta algumas peculiaridades que o diferenciam das demais “visitas” e “buscas” aqui relatadas, não apenas por considerarem o convite dos moradores, além de serem realizadas pelos profissionais sem que seus carros sejam identificados, o que parece amenizar os preconceitos por parte da vizinhança.

Além destas, visitei também três residências terapêuticas na cidade de Barbacena - MG e foi numa delas que percebi os limites tênues entre fazer uma “visita” ou uma “intervenção”, ainda que uma “visita” possa ser uma intervenção. Eu havia combinado com a coordenadora e as profissionais responsáveis pelas casas, que visitaria algumas das 29 casas existentes na cidade, ainda que elas tenham medido liberdade de visitar outras, caso conseguisse. Por hábito pessoal e também por questões metodológicas, antes de visitar as casas fiz contatos telefônicos confirmando o melhor horário da visita e se era possível realizá-la. Antes de fazer a última visita, enquanto conversava com uma moradora da que seria a penúltima casa a ser visitada, ela me diz: *“mas “cê” vai lá na casa delas amanhã? Sim, respondi. Mas amanhã é domingo! Elas sempre saem no domingo, “cê” tem certeza que elas vão estar lá.”* Mesmo já tendo ligado, resolvi ligar novamente e confirmar a visita que acabou não acontecendo pois, de fato, as moradoras iriam sair à tarde, como de costume.

Mesmo considerando a necessidade pragmática destas “buscas” e “visitas”, é preciso reconhecer o caráter de esquadramento e controle, que não se dão mais em um único lugar, como o hospital psiquiátrico, mas que agora invade as residências e os espaços “privados”. Assim como as práticas de controle, as práticas disciplinares perduram atualmente, em diferentes contextos, não sem resistências.

No dia em que conversávamos sobre sua experiência nos serviços de saúde mental, Daniel que costumava ser bastante crítico com relação ao funcionamento destes tendo em conta sua larga experiência nos mesmos, me contou: *“Eu fiquei internado três meses no CAD [O Centro de atenção Diária que depois se transformou em Centro de Atenção Psicossocial, em Joinville, como explicado anteriormente]”*. Pergunto: *“Como assim internado no CAD, dormindo lá?”* E ele responde: *“Não, não, é uma internação assim, durante o dia, dura duas semanas... eles*

*vão avaliar, eles ficam só assim, eles ficam de olho, ficam vendo os procedimentos, se já tá melhorzinho, eles vão avaliar e se eles já vem assim e dizem pode vir dois, três dias... (...) eu tinha minha disciplina certinho, ia todos os dias certinho, aí recebi alta...”*

Daniel que apesar de estar aposentado em função dos seus problemas se mantinha ativo participando de várias atividades na cidade, reconhecia o caráter disciplinador e de controle exercido durante suas internações, seja no hospital psiquiátrico, onde há alguns anos não tinha sido mais internado, como nos demais serviços de saúde mental.

Neste sentido, são algumas experiências no contexto da reforma psiquiátrica<sup>80</sup>, que têm mostrado que até mesmo onde nada mais parece possível a vida aparece em diferentes possibilidades. Quando visitei a ala psiquiátrica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, na cidade de Joinville, ao conversar com uma mulher que acompanhou parte da minha visita, ela me disse: *“Deus tem um plano pra mim. É mesmo, disse eu, qual é? Ela me respondeu: não posso te contar, é segredo.”* Soube que ela estava morando ali enquanto aguardava uma vaga na residência terapêutica a ser inaugurada na cidade. Ela, egressa do hospital psiquiátrico onde morou por quase 30 anos, ainda estava numa instituição hospitalar, aguardava a vaga na nova casa e guardava, em segredo, um plano de deus.

Tais circunstâncias fazem pensar no caráter relativo, ambíguo e paradoxal do que hoje tem sido entendido como sujeito na sociedade ocidental - o sujeito da razão - que se configura por modelos que se pretendem absolutos, verdadeiros, como por exemplo, o modelo biomédico. Fazem pensar também em como considerar as possibilidades de resistência dos sujeitos ante tais práticas homogeneizadoras, e também em como pensar o sujeito potência que surge de processos de mortificação, tais como as práticas manicomiais.

Fazem pensar naqueles sujeitos que resistem no interior das práticas manicomiais, numa espécie de resistência, entendida como potência que não se acaba, que pode a própria impotência, como

---

<sup>80</sup> Além dos dados discutidos aqui, ver Baptista (2009) sobre a experiência italiana de ex-pacientes psiquiátricos no dia-a-dia da cidade; Claudia Perrone (2007) sobre experiências brasileiras de desinstitucionalização, dentre outros.

sugerido por Giorgio Agamben (2005) e que aponta para a possibilidade de escapar da existência condicionada de forma totalizadora.

Tomando como referência os argumentos de Butler (1997) e desta quanto a Foucault, é justamente nas relações de poder que o sujeito emerge, ambigualmente, pois sua existência está relacionada à condição de estar *sujeito a*. A constituição do sujeito, para Butler (idem), se dá por uma sucessão de mecanismos ambivalentes, que compõem a vida psíquica em que o poder opera. Tal ambivalência reside no fato de que o sujeito pressupõe sujeição e potência.

A relação entre sujeito, poderes e resistências está presente nas práticas discursivas sobre o sujeito e, ainda que os dispositivos de poder pareçam apontar para uma captura total do sujeito pelo assujeitamento, é justamente nestes e por meio destes dispositivos que a resistência está presente, enquanto potência e possibilidade. Tais dispositivos devem ser entendidos aqui como apresentados por Deleuze (1996), quando diz que eles são compostos por

linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de brecha, de fissura, de fractura, que se entrecruzam e se misturam, acabando umas por dar nas outras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento. (idem, p.89)

Mas como resistir, escapar, criar linhas de fuga, possibilidade de subverter práticas históricas e socialmente constituídas e hegemônicas, como no caso da psiquiatrização da experiência subjetiva e da mortificação dos sujeitos entendidos como destituídos de razão? Como sugeriu Pelbart (2003) “Como pensar as subjetividades em revolta?”

Algumas possibilidades parecem aproximar-se do caráter provisório, sempre incerto da formação do sujeito, como sugeriu Butler (1997), rompendo com o que seriam os processos de substancialização e ontologização bem como, do que sugeriu esta autora fazendo referência ao proposto por Agamben, de que: “Existe efetivamente algo que os seres humanos são e tem que ser, mas não se trata de uma essência nem propriamente de uma coisa: se trata do simples fato da própria existência como possibilidade ou potencialidade.” (idem, p.145)

Outras possibilidades parecem viáveis se entendermos o caráter complexo da subjetividade, que não se submete plenamente aos modos

de subjetivação homogeneizantes. E se, de fato, a homogeneização nunca funciona totalmente e se a (nem tão) simples existência como potencialidade e possibilidade estejam dados a priori, talvez seja possível pensar em maneiras diferentes de considerar a (des)razão, de construir uma noção de sujeito e de conceber a subjetividade

como o conjunto das condições que tornam possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como Território Existencial auto-referencial, na adjacência ou na relação de delimitação com uma alteridade em si mesma subjetiva.(Guattari, 1990, p.7)

Estas possibilidades/potencialidades também foram apresentadas por Pelbart (1993), em um de seus ensaios em *A nau do tempo rei*, em que sugere ser necessário, no trabalho com práticas de saúde mental, apostar no potencial de desterritorialização, sendo este entendido como

esse poder secreto e admirável de embaralhar os códigos, subverter as regras do jogo e transpor ou deslocar os limites, sempre de outro modo, seja através de um devir-bicha, de um devir-negro, de um devir-nômade ou de um devir-louco, e ora assumindo um rosto estranho, ora ameaçador, sacrílego, herege, criminoso ou delirante.(idem, p.104)

A partir dos dados da pesquisa, acredito que a questão que está posta para os estudos sobre os sujeitos, com ou sem razão, é a consideração do caráter provisório e precário da constituição dos mesmos e de que ao poder sobre a vida (biopoder) responde o poder da vida (biopotência), como explicitou Pelbart (s/d).

### **3.5. Poderes, potências: protagonismos em disputa**

*“eu tenho surto, mas eu lembro de tudo. Tudo, tudo, desde que eu era criança.”* (Fabrício, experiente)

Quase um apelo, uma afirmação de que apesar dos surtos, Fabrício se mantém na condição de sujeito. Como nesta afirmação,

tantas outras conversas me permitiram perceber que a condição de sujeição aos diagnósticos psiquiátricos, em geral, não inviabilizam o protagonismo destas pessoas, mas como ensina Butler (1997), é somente estando assujeitado, nunca de forma exaustiva, que se constituem as condições a partir das quais o sujeito pode existir e resistir. Se ele é sujeitado pelo poder biomédico, no caso dos sujeitos ditos sem razão, é aí que se colocam as possibilidades para que haja resistência e potência.

Isso é perceptível em algumas experiências de desinstitucionalização em que se visibilizam as possibilidades de constituição de modos de subjetivação capazes de escapar dos saberes e poderes constituídos.

Durante algumas conferências, ouvi de alguns *experientes* alegações do tipo: “*o pessoal não vem cedo, todo mundo [os experientes] toma remédio e não consegue acordar*”, “*tem que entender que o cara é da saúde mental*” (expressão que justificava algum comportamento entendido como em desacordo com um comportamento supostamente “normal”), ou ainda, “*ele está querendo dizer que...*” (expressão em geral enunciada por alguma outra pessoa que pretendia auxiliar aquele *experiente* percebido com pouca capacidade de se fazer entender) e “*ele sempre faz isso...*” (expressão que parecia indicar, por exemplo, a tentativa de participação, como um sintoma), que pareciam reificar o lugar social dos *experientes*.

Além disso, os próprios *experientes*, confirmando os argumentos de Goffman (1975) de que as pessoas fazem uso dos papéis que desempenham para negociar com o mundo, afirmavam algumas limitações e diferenças na tentativa de reivindicarem espaços ou então serem reconhecidos como sujeitos de direitos. Numa de minhas conversas com uma *experiente* ela me relatou um episódio em que havia feito uma manifestação na frente de um serviço de saúde mental e quando perguntei se não temia que os profissionais chamassem a polícia, considerando o caráter “vandalístico” de seu comportamento, me respondeu: “*eu estava ali manifestando, de manifestação. E se eles chamassem a polícia eu ia lá pro judiciário (se referindo ao hospital psiquiátrico judiciário), porque eu sou louca né?!? Não ia no presídio. Eu sei essas coisas aí.*”

No desenvolvimento da pesquisa, foi possível perceber que tais espaços públicos de participação política não garantem o *desinvestimento* da roupa de louco, seja por parte dos assim considerados como dos

demais. Ainda que possam ocupar determinados espaços, por vezes tal protagonismo é ativado em conjunto com a roupa de “louco”.

Outras vezes pode-se perceber que o protagonismo não é possibilitado pelas estratégias de poder que circulam no processo da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente, onde as disputas são mais intensas bem como pelas demandas diferenciadas entre as pessoas que participam do mesmo (“usuários”, familiares, trabalhadores, gestores, dentre outros). Durante a pesquisa, alguns interlocutores falavam que o protagonismo dos usuários era um “protagonismo de hora marcada” e, em alguns momentos do trabalho de campo foi possível perceber isso. Por exemplo, na Conferência Municipal de Saúde Mental de Florianópolis a pergunta de uma participante, cujo discurso não correspondia à lógica dos presentes, foi desconsiderada, ainda que tenha feito, do meu ponto de vista, uma pergunta bastante pertinente ao palestrante questionando sua filiação política, ao que não foi respondida.

Também não foram poucas as vezes em que os mesmos, ainda que presentes, foram invisibilizados. Tais estratégias de invisibilidade, presentes nos espaços que frequentei, estão relacionadas com o modo de considerar os *experientes* como sujeitos ou não. Várias vezes estive envolvida em conversas com trabalhadores ou familiares em que se falava sobre os experientes como se eles não estivessem presentes, como discutido anteriormente. Além disso, entre os *experientes* ouvi expressões como “*as pessoas sofredoras de saúde mental tem hora que não vão estar legal e aí tem que ter alguém para assumir*” ou também situações em que a invisibilidade aumentava como quando em uma assembleia da Repart uma *experiente* levantou a mão para fazer parte da comissão de transição da mesma e seu familiar, que estava do outro lado da sala, a impediu de participar com um gesto simples. Em resposta, sem nada dizer, ela obedeceu.

No ano em que realizei a pesquisa de campo o país realizava a sua eleição presidencial e uma discussão frequente girava em torno dos candidatos a presidência da república e ainda que todos os *experientes* pudessem participar das discussões sobre este momento no país, nem todos poderiam votar em função de serem interditados. Ao final de uma de nossas discussões, um deles me disse: “*é, mas não adianta nada né?!? eu não vou votar mesmo.*” Perguntei porque e ele me disse: “*porque não posso, desde que fiquei assim não posso.*” Ouvi também de outros interlocutores que era melhor não precisar votar mesmo, seja

porque acreditavam que não adiantava nada votar, seja para se liberar de tal responsabilidade.

A questão da interdição dessas pessoas está diretamente relacionada com a possibilidade de protagonismo das mesmas. Como mencionado anteriormente, a interdição ou curatela é uma medida criada pela legislação civil em que, através de um processo judicial, a pessoa é declarada pelo estado como incapaz para os atos da vida civil. Para estes atos ela deve ser representada por outra pessoa considerada capaz, que é denominada como sua curadora. O processo de interdição é baseado primeiro em parecer médico e, logo, judiciário. O processo de reversão da interdição por parte do interditado é, apesar das mudanças no novo código civil, um tanto complicado, pois depende primeiramente do interesse do curador e não do curatelado.

Na realidade italiana, este processo de interdição está representado pelo Tratamento Sanitário Obrigatório, em que as pessoas são obrigadas a frequentar serviços de saúde mental e, além disso, ficam sob a tutela de outrem. Tal tratamento é justificado quando um perito médico considera a pessoa incapaz para decidir pelo seu tratamento. Com algumas pesquisadoras com quem conversei, estas alegaram que o mesmo era usado como uma forma de punição para comportamentos considerados desviantes. Outras alegaram ser uma ação necessária, visando proteger a pessoa e as demais com quem ela teria contato.

Apesar das interdições, e mesmo do protagonismo de hora marcada, a participação dos *experientes* em alguns acontecimentos de ordem coletiva e de âmbito nacional foram bastante relevantes e significativos no contexto brasileiro durante o período de realização da pesquisa. Um deles foi a Marcha dos Usuários pela reforma psiquiátrica antimanicomial, realizada em setembro de 2009 na cidade de Brasília.

A Marcha teve como objetivo mobilizar a sociedade civil para a reivindicação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental junto ao governo federal. Para tanto, foi organizada com apoio do Conselho Federal de Psicologia e da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila). A chamada principal era “Marcha dos Usuários pela reforma psiquiátrica antimanicomial! Brasília vai ouvir nossa voz”, numa clara referência de que os “usuários” deveriam ser escutados. Além disso, a referência à Reforma Psiquiátrica “Antimanicomial”, traz a tona a crítica quanto aos rumos que as transformações possam estar tomando no Brasil.

Como resultado de tal mobilização, foi realizada no ano de 2010, a IV Conferência de Saúde mental, neste ano com a participação de outros setores além da saúde, o que agregou a tal conferência o caráter intersetorial<sup>81</sup>. Com isso, a paridade na representação foi remodelada ficando 70% para o setor saúde (dos quais 50% para “usuários”, 25% para gestores e 25% para trabalhadores) e 30% para a intersectorialidade (onde se destacam os setores da educação, trabalho, cultura, dentre outros), o que garantiria a ampla participação dos “usuários”. Ainda que eu não tenha participado da Conferência Nacional, foi nas conferências municipais, regionais e estadual de Santa Catarina que pude perceber alguns aspectos da participação dos mesmos.

As conferências são espaços de disputa e relações complexas de poder, onde são colocados em jogo vários elementos que mobilizam os participantes de diferentes maneiras. As possibilidades de expressão, entendimento e participação não deixam de estar atravessadas pela condição historicamente construída dos “loucos” e suas (im)possibilidades. Na conferência estadual, ao entender que a plenária não estava compreendendo o que um *experiente* estava falando, outro *experiente* diz à plenária: “*vocês tem que entender né?!?! isso aqui é uma conferência de saúde mental!!*”, destituindo de sentido a fala do outro.

Não quero com isso dizer que os experientes não protagonizam suas vidas ou que o mesmo só ocorre quando é permitido por outrem, mas sim que mesmo no contexto das transformações da reforma psiquiátrica esse é um protagonismo conquistado arduamente por eles.

Como será discutido no próximo capítulo, tanto o protagonismo como as estratégias micropolíticas se declinam em experiências fortemente marcadas pelas relações estabelecidas com os outros, com os psicofármacos, através dos corpos e nas cidades.

---

<sup>81</sup> Considerando a proposta de transformação cultural que a reforma psiquiátrica brasileira reivindica, a participação de outros setores, além da saúde, é quase uma exigência deste processo.



## **QUARTO CAPÍTULO - SUJEITOS E(M) EXPERIÊNCIAS**

Este capítulo gravita em torno da questão dos desdobramentos das reformas psiquiátricas na vida objetiva e subjetiva dos sujeitos. A discussão gira em torno das experiências dos sujeitos atravessadas pela dimensão do gênero bem como pela preponderância da terapêutica medicamentosa, expressada pelos usos, abusos e desusos dos psicofármacos por parte dos sujeitos. Além disso, discuto como os corpos das pessoas e as cidades foram impactados pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira.

### **4.1. A “dimensão” do gênero: experiências marcantes**

Ao iniciar esta discussão gostaria de salientar os motivos pelos quais coloquei a palavra dimensão entre aspas. Um deles diz respeito ao fato de que o gênero é uma categoria muito significativa no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, sendo uma dimensão política importante a configurar as relações de poder que o compõe.

O outro motivo diz respeito ao caráter abrangente do mesmo e, assim, a dimensão no sentido da abrangência, de algo super dimensionado. Digo isto porque o gênero, tal como percebi durante a pesquisa, se declina nas práticas e, como argumentou Butler (2003), permite pensar as relações de poder.

A dimensão de gênero esteve presente nesta pesquisa desde a concepção do seu projeto, pensada como uma categoria de análise, mas também como um método cujas referências se aproximam da antropologia feminista, tal como apresentado na discussão metodológica.

São inúmeras as possibilidades que tal categoria permite vislumbrar na compreensão dos fenômenos históricos como sugerido por Scott (1990), no entanto, para fins desta pesquisa, o gênero foi entendido como um regime de subjetivação, como uma forma de constituição de sujeitos e como “um primeiro modo de dar significado às relações de poder”, como exposto por Scott (1990, p.14). Para a autora, os significados de gênero e poder se constroem mutuamente e se dão sobre uma relação pretensamente natural entre o masculino e o feminino, onde prevalece o masculino.

Durante a realização desta pesquisa foi possível perceber alguns aspectos relevantes que auxiliaram na compreensão da perspectiva de gênero presente no processo da reforma psiquiátrica brasileira, tais como: os modos de subjetivação e os desdobramentos destes na experiência de mulheres e homens; acontecimentos que poderiam ser pensados como a atualização da histeria, tal como discutido por Maluf (2009a), entre as mulheres envolvidas neste processo e a hipermedicalização da experiência, em especial, das mesmas.

Conforme as discussões que já apresentei em outro trabalho (Andrade, 2010) e Eliana Diehl, Fernanda Manzini e Marina Becker (2010), em estudo realizado no contexto dos serviços de saúde mental do estado de Santa Catarina, as mulheres são a maioria nos serviços de saúde mental no Brasil, seja como trabalhadoras, “usuárias” e/ou familiares e, sobretudo, consumidoras dos psicofármacos prescritos nestes serviços.

Também os dados apresentados no relatório da pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do país-CAPS Sul, em Kantorski et al.(2007), demonstram o quanto as mulheres têm estado presentes no campo da saúde mental, revelando seu protagonismo nas transformações geradas pela reforma psiquiátrica brasileira. Os dados demonstram que dos 30 coordenadores de CAPS da região sul do país, 28 são mulheres, dos trabalhadores nestes serviços, 78% são mulheres e dos familiares que frequentam os mesmos, 71,7% são mulheres.

Tais dados revelam que as mulheres têm estado presentes, de forma significativa, neste processo, o que não parece inviabilizar ações e políticas que reforcem as diferenças e assimetrias de gênero. O fato das questões de gênero não comporem as discussões e preocupações no campo da saúde mental, diante dos dados apresentados nestas pesquisas, por exemplo, parece indicar para a reprodução de uma cultura fortemente marcada pelas desigualdades de gênero.

No decorrer da pesquisa, foi possível perceber que as mulheres eram a maioria enquanto trabalhadoras, familiares, ainda que como “usuárias” eu tenha percebido algumas particularidades. Percebi, na realidade de Joinville - SC, que as mulheres eram a maioria nos serviços relacionados à atenção básica, porém no CAPS III a clientela era distribuída de forma equivalente entre os sexos, conforme percebi no dia a dia do serviço e também pelas informações da coordenadora. Já no

SOIS, cuja atividade estava mais centrada na questão do trabalho, as mulheres não eram maioria enquanto “usuárias”.

Ainda que quantitativamente as “usuárias” não fossem a maioria nos serviços citados acima, foi inclusive nos contextos destes e dos demais serviços que frequentei que pude perceber a predominância de uma certa configuração de gênero que tende a subjugar as mulheres, naturalizar o sofrimento delas e reforçar assimetrias. A reificação do lugar de subalternidade ocupado pelas mulheres nesta configuração pode ser percebida na fala de alguns experientes, tal como a já citada anteriormente, de que “(...) no caps são aquelas conversinhas, vai na psicóloga (...)”.

Quando estive em Barbacena - MG, soube que uma das edições do Festival da Loucura, realizado anualmente na cidade com a finalidade de discutir a loucura, teve como temática a loucura das mulheres e como slogan: “*Festival da Loucura A loucura delas...*”, que vi inscrita em uma camiseta cor de rosa vestida por uma mulher que trabalhava na recepção do Museu da Loucura, também naquela cidade. Foi possível nesta e em outras circunstâncias perceber o gênero também como uma forma de atribuir e dotar de sentido as mais diversas manifestações das experiências humanas, como argumenta Marilyn Strathern (2006[1988]).

O gênero, conforme apontam Fabíola Rohden (2001) e Thomas Laqueur (2001), tem estado presente nas concepções da medicina de forma significativa a partir do século XIX e o conjunto de concepções que advém desse saber tem instituído uma série de concepções ligadas, em especial, às questões reprodutivas e às assimetrias de gênero historicamente construídas. Tais concepções se inscrevem também no campo das interpretações quanto ao sofrimento psíquico e atravessam as concepções quanto à sua etiologia e terapêuticas.

Em sua análise sobre a construção da ginecologia como uma ciência da diferença, Rohden argumenta que é possível dizer “que as teorias da insanidade e das doenças dos nervos nas mulheres, baseada no predomínio da função reprodutiva, foi predominante no século XIX porque as mulheres também ‘experimentavam’ suas vidas reprodutivas como problemáticas”. (2001, p.30)

Assim como a construção social da loucura, o gênero também tem sua genealogia, como mostrou Laqueur (2001) ao analisar as concepções das categorias sexo e gênero. O sexo, para o autor, seria mais do que uma

descoberta de verdade na natureza, mas uma construção social, que responderia aos valores de cada época, e que também marcaria as representações da mesma como, por exemplo, a ideia do dismorfismo sexual como categoria inexistente até o nascimento da medicina. Neste sentido, diz Laqueur (*idem*), que o sexo, tal como o concebemos atualmente, teria sido inventado no século XIX, como um novo fundamento para o gênero.

No campo da saúde mental estas relações estão presentes de forma significativa, no modelo asilar, desde o surgimento dos hospitais psiquiátricos e parecem perdurar no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, tanto nas práticas assistenciais como nas políticas públicas, como argumentou Maluf (2006).

Um dos estudos realizados sobre esta questão na realidade brasileira é, por exemplo, apresentado por Maria Clementina Cunha (1986) que discutindo o processo histórico do Hospício do Juquery localizado no estado de São Paulo, mostra como o gênero foi um marcador importante dentro da organização do mesmo, conjugando-se com o da raça e de classe. Nesta obra a autora demonstra como as concepções de gênero estavam presentes em tal contexto, tendo, em primeiro lugar, o sexo e o grau de agitação (agitados e calmos) como os únicos critérios de classificação dos internos e, logo, uma série de outras características como o entendimento da promiscuidade sexual como desordem social, resultando no internamento de prostitutas, bem como nas atividades, entendidas como indispensáveis à cura ou ao controle da loucura, de cunho doméstico “condizentes com a ideia da normalidade da condição feminina” (*idem*, p.89), dentre outras. Daí pensar em como as sociedades e suas instituições constroem normas que regulam e materializam o sexo dos sujeitos, tal como sugeriu Butler (2001).

Penso que o gênero pode ser considerado como um regime de subjetivação, como uma forma de constituição de sujeitos, que estabelece lugares de poder, tal como tem sido proposto por Judith Butler, Marilyn Strathern, Joan Scott e Teresa de Lauretis. Entendo por regime de subjetivação, como proposto por Michel Foucault, o processo através dos quais os indivíduos se tornam sujeitos.

Concordo com os argumentos de Butler (2003) de que o gênero se produz por uma complexidade discursiva, que é responsável por produzir corpos homens e corpos mulheres. Para a autora: “o gênero é a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior

de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser.” (idem, p.59).

Para Silveira (2000), que realizou um estudo sobre as mulheres nervosas no Campeche, na cidade de Florianópolis-SC, o gênero tem marcado as concepções e teorias acerca do sofrimento, bem como as políticas públicas, a militância e a prática assistencial. Para a autora, o “gênero tem motivado o atendimento diferenciado na assistência médica, seja pela especificidade de características médico - fisiológicas, seja pelos preconceitos e estereótipos médicos a ele ligados.” (2000, p.84)

Santos (2008) em seu estudo sobre a experiência do sofrimento psíquico a partir de relatos de homens e mulheres usuários de um Centro de Atenção Psicossocial mostra como as feminilidades e masculinidades definem as experiências com o sofrimento psíquico, tendo a autora considerado, dentre outras coisas, que este é vivenciado na esfera privada, de maneiras distintas e seguindo as prescrições sociais de gênero. “Ser filha e estar doente dentro da esfera privada não resulta numa condição de total incapacidade.” Com relação aos homens diz que “Significa, portanto, na exclusão destes do espaço público. Dentro da esfera privada, se confinam e se estabelece uma rotina marcada pela ociosidade.” (idem, p.154)

Estes e outros estudos têm apontado para o fato de que as práticas assistenciais apresentam uma significativa presença da dimensão do gênero, tanto pela busca de alívio do sofrimento pelas mulheres nas unidades de saúde, quanto pelo relacionamento que as mesmas estabelecem com seus pares no seu cotidiano, nos seus lugares de convivência e sociabilidade. Como sugeriu Maluf (2010, p.24 e 25):

No caso da temática genérica “saúde mental” e aflição, incluindo a questão da “doença dos nervos”, o gênero tem aparecido em sua relevância etnográfica – tanto quantitativa, ou seja, pelo alto índice de mulheres sofredoras desse tipo de perturbação, quanto qualitativa, pela forma como as representações e ideologias da diferença de gênero conformam as experiências sociais da doença e do sofrimento psicológico, físico moral ou do nervoso.

Tal como pude perceber nos dados desta pesquisa, tanto a saúde mental quanto o gênero vem se constituindo em regimes de subjetivação que se desdobram não apenas nas políticas públicas como também nos modos de cuidar e buscar cuidados nos serviços de saúde mental. Ser mulher e/ou sofrer afetivamente acabam definindo uma série de concepções bem como modos de sentir e pensar tanto pelas próprias mulheres, como pelos profissionais de saúde, quanto pelas pessoas que com elas convivem.

A partir dos dados empíricos é possível compreender algumas diferenças presentes nesta configuração de gênero que, nas culturas populares urbanas brasileiras, tende a reforçar as assimetrias baseadas nas diferenças entre os sexos. Uma destas diferenças está relacionada, conforme os relatos obtidos em campo, ao desencadeamento do que a grosso modo poderíamos definir como a experiência de “adoecimento”, que entre as mulheres esteve, em sua maioria, relacionada à perda de um filho ou um ente querido, a separação conjugal, dificuldades de relacionamento com a família, dentre outras que estariam ligadas ao âmbito doméstico, enquanto que entre os homens, em geral, estavam ligados a perda do trabalho ou da capacidade para tal, dificuldades de relacionamento no trabalho, limitadas possibilidades de prover o sustento da família, o que estaria relacionado ao âmbito do trabalho.

A discussão entre público e privado nos estudos feministas é antiga e não será objeto desta discussão, no entanto, tal configuração traz a tona elementos importantes para pensar na manutenção de papéis e funções exercidos entre os sexos no contemporâneo. É evidente que tanto o público quanto o privado sofreram modificações diante das transformações produzidas pela inserção das mulheres no mundo do trabalho e outras conquistas das mesmas, como revelam os dados etnográficos desta pesquisa. É possível perceber que tal divisão entre público e privado não é homogênea e se dilui em experiências de confronto das mulheres também com o mundo “público”.

Marina Monteiro (2010), em sua análise antropológica de narrativas de pessoas com diagnóstico de depressão, argumenta que o trabalho público e privado representa uma sobrecarga, especialmente entre as mulheres de classes populares que, em geral, chefiam as famílias. Para a autora, os serviços públicos de saúde são acionados especialmente pelas mulheres de classes populares cujos problemas de

ordem pessoal se somam àqueles de ordem conjugal e das/nas relações de trabalho.

Nilza, relatando sua experiência neste sentido, mostra como estes dois âmbitos estão presentes de forma concomitante, quando conta que suas dificuldades começaram quando, muito jovem, começou a trabalhar e, dadas as pressões deste trabalho, adoeceu. No entanto, relata que suas crises também estavam sempre relacionadas às péssimas condições conjugais, configurando-se como dificuldades no âmbito público e privado. Numa de nossas conversas, ela fez o seguinte relato:

*“O Alberto (marido) não fazia nada, eu tinha que pegar a foice e cortar porque parecia uma capoeira [capoeira significa, neste contexto, mato alto] aqui, e cuidar do Tiago (filho) e da casa também e o Tiago não comia, e chorava de fome, mas não conseguia chupar a mamadeira (...) Aí a coisa foi ficando difícil, porque eu e o Alberto não tinha convivência, ele nunca conseguiu fazer nada pra casa (...) Aí, eu fui ali numa vizinha e falei com ela e ela disse que tavam precisando de gente para trabalhar numa cozinha industrial. Depois que eu casei eu não tinha trabalhado mais. E aí eu fui e achei uma creche e coloquei o Tiago, era aqui perto mas uma delas disse que ele não podia ficar ali pois o desenvolvimento dele não era normal e não dava. Eu fui lá falar com ela, pois achava que ele podia sim, mas ela disse que não e que ele era muito magrinho, que eu não dava comida pra ele. Me mandaram no conselho tutelar e eu tive que ir lá explicar que ele era de 8 meses. Daí depois eu levava ele lá no outro lado da cidade bem cedo, depois voltava aqui para trabalhar e no final da tarde ia lá buscar ele. Daí era só isso que eu fazia, ficava correndo de um lado para o outro. Como que não vai ficar louca? Trabalhando, o marido bate, xinga, tem que cuidar do filho (...)”* (Fragmento do Diário de Campo)

Outro aspecto importante neste processo é o fato de que no contexto pesquisado é possível perceber um discurso naturalizado que subjuga as mulheres, que não leva em consideração suas experiências singulares e as diferentes maneiras com que cada sujeito dá sentido às mesmas, estando tais experiências relacionadas a uma “natureza” feminina do adoecimento.

Tal naturalização se expressa de diversas maneiras. Quando participei do II Simpósio Brasileiro de Saúde Mental da Mulher, descrito na roda de rodapé número seis, pude perceber tal naturalização na concepção predominante entre os participantes (que era basicamente

de ginecologistas, psiquiatras e algumas psicólogas) com quem pude conversar de que as mulheres teriam uma essência, situada ou no útero ou no cérebro, que as diferenciaria dos homens. Em uma das conversas que tive com uma psiquiatra presente no mesmo ela me disse: “*claro que elas são diferentes, tem a questão hormonal e as descompensações todas que isso traz. Vai na ala feminina [do hospital psiquiátrico] pra ver como é, elas são muito mais agitadas...*”

Esta mesma interpretação de uma natureza feminina também esteve presente entre os *experientes*. Foi de um deles, se referindo à experiência das mulheres, que ouvi o seguinte comentário: “*não tem como não ficar maluca né?!?! Imagina que elas ficam com aquela loucurada dos hormônios todos os meses*”.

A naturalização destes discursos tal como discutido por Rohden (2001) estaria ligada à uma concepção de natureza feminina ligada a questões biológicas. Como diz a autora: “Daí derivaria a ideia de que as doenças das mulheres nada mais seriam do que a expressão mesma de sua natureza. Na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres.” (idem, p.16)

É também no caso das políticas de saúde mental voltadas para as mulheres que tal naturalização aparece de forma significativa entre as preocupações ligadas “aos direitos reprodutivos e à noção de “ciclo vital” das mulheres, definido pelas diversas fases de seu ciclo biológico, como mulheres na gravidez, parto, pós parto e menopausa, como apontou Maluf (2010).

No que se refere à Política Nacional de Saúde Mental, cumpre salientar que ainda que a dimensão do gênero no contexto da reforma psiquiátrica brasileira não seja significativa no rol das preocupações dos envolvidos na mesma, ela parece ser uma categoria importante neste processo.

A lacuna quanto à questão do gênero no campo da saúde mental também foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, que através da Área Técnica da Saúde Mental e a Área Técnica da Saúde da Mulher promoveu uma reunião em outubro de 2008, com o objetivo de reunir instituições que estivessem desenvolvendo atividades de assistência e pesquisas articulando gênero e saúde mental, da qual participei como representante do Transes - Núcleo de Antropologia do Contemporâneo da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ao final da reunião e como resultado das discussões realizadas as áreas consideradas prioritárias foram discutidas e distribuídas, provisoriamente, como segue: necessidade de articulação da área técnica da saúde mental com a área técnica da saúde da mulher; necessidade de pensar ações e estratégias quanto ao aumento do uso de álcool e outras drogas entre as mulheres; aprofundar as discussões relacionadas ao corpo das mulheres, em especial, sobre o aborto e também sobre os transtornos puerperais, do climatério, a gravidez na adolescência.

Apesar desta preocupação do Ministério da Saúde, pode-se perceber que são poucos os esforços para compreensão da interface gênero e saúde mental. Isso pode estar relacionado com o fato de que ainda que exista uma proposta de superação do modelo manicomial, de alguma maneira, ainda se incorra na repetição de algumas características deste através da manutenção de assimetrias, neste caso, aquelas relacionadas ao gênero. O que se pode perceber é que, conforme sugeriu Maluf (2010, p.35)

(...) apesar de não haver uma política explícita e consolidada de gênero de saúde mental nos programas oficiais, percebe-se que na aplicação da política de saúde, no cotidiano das unidades de saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial, uma política da diferença e um discurso da diferença de gênero se faz presente; na prática há uma política sendo implantada ou reproduzida, uma política que implica na medicalização e medicamentação de mulheres usuárias do serviço público.

Os efeitos de tal política se evidenciam na presença das mulheres no campo da assistência em saúde mental, como “usuárias”, familiares, trabalhadoras e gestoras dos serviços de saúde; na hipermedicalização da experiência delas e sua articulação às assimetrias de gênero. Os efeitos são muitas vezes evidentes, como mostra o relato de Marília sobre a ala psiquiátrica, quando ela, conversando comigo e outras pessoas enquanto fazíamos uma atividade ao redor de uma mesa, disse: *“a ala é um horror... lá tem os que trabalham por dinheiro e os que trabalham pela profissão.”* Pergunto sobre qual é a diferença. E ela diz: *“Os que trabalham por dinheiro são uns cavalos. Eles são maus assim.*

*Se a pessoa fica conversando assim, eles pegam e amarram. Eles diziam, se tu fizer isso tu vai ir contida. Contida é amarrada(...)Eu não gosto de lá. Tem uns enfermeiros que nem eram pra tá lá. Quando a gente tava tomando banho eles entram no banheiro.” “E fazem o que?”* Eu pergunto. Ela responde: *“E ficam olhando.”* As estagiárias do curso de enfermagem que participavam da conversa tentaram justificar argumentando que aquilo era rotina do trabalho deles e então Marília diz: *“ah é, um dia um deles foi ali e disse que ia me ajudar a tomar banho, foi logo passando a mão nos meus peitos. Eu disse que era pra ele sair, que eu tomava banho sozinha.”*

Entendo que o gênero enquanto um regime de subjetivação tem exercido implicitamente uma grande influência nas formas de pensar e intervir no campo da saúde mental, e que o pouco reconhecimento de sua complexidade pesa sobre as mulheres que buscam, nos serviços de saúde mental, alívio para seus sofrimentos.

No trabalho em que discutiram o uso de ansiolíticos entre mulheres de uma unidade básica de saúde, Lucia Carvalho e Magda Dimenstein (2004) alegam que na relação destas com os serviços de saúde se produz “um tipo de discurso naturalizado que subjuga a mulher, na medida em que não leva em conta os modos de existência particulares, as singularidades e a diversidade das maneiras de sentir e pensar de cada sujeito.” (idem, p.121)

Como têm sido apontado pela literatura (Diehl, Manzini e Becker, 2010), as mulheres tem ocupado uma posição de destaque em relação ao consumo de psicofármacos, em especial os benzodiazepínicos, os quais estão entre as substâncias psicotrópicas mais consumidas de forma indiscriminada em todo o mundo. A partir da perspectiva de gênero, ocupar tal posição no ranking do uso dos mesmos é “justificada” pelos prescritores (obviamente) considerando o favorecimento de um equilíbrio entre as mulheres que, tendo suas angústias aliviadas, manteriam suas funções no contexto em que vivem, ainda que tais prescrições possam significar uma mordada química que as impossibilita de descobrir outras formas de lidar com essas perturbações “nervosas”.

Outro aspecto evidencia certa atualização da histeria, resultado da concepção de uma natureza do sofrimento das mulheres como discutido bem como da correlação dos problemas das mulheres com questões morais mais amplas, que pode ser identificado em argumentos bastante

comuns como: “*isso é fricote, dá coisa pra ela fazer...*” ou então “*ela pode se dar ao desfrute de se deprimir..eu não, tenho que cuidar da minha mãe e da minha irmã...*” que ouvi algumas vezes durante o trabalho de campo.

Isso apareceu mais explicitamente no comentário de um *experiente* que, se referindo a outra *experiente*, disse: “*ela tá assim é porque não levou um fincão...tá precisando de um fincão. [precisar de um fincão significa precisar ter uma relação sexual]*” E, justificando seu argumento, em outro momento de nossa conversa, esse mesmo interlocutor disse: “*ela tem é que ir dançar, essas coisa... o Freud e o Jung já disseram isso. A pessoa que não faz sexo fica com neurose, não é?!?*”

Mas não é apenas sobre as mulheres que tal configuração pesa. Os homens também são afetados pela ideia de que, sendo o sofrimento mental de natureza “feminina”, são deslocados do lugar concedido ao masculino em suas relações. Uma frase que ouvi de um *experiente* me fez pensar nesta questão. Enquanto falava dos transtornos mentais em geral ele disse: “*Transtorno Bipolar é coisa de fresco [homossexual].*”

No entanto, foi neste mesmo contexto que foi possível compreender como os sujeitos exercem sobre tais prescrições uma certa agência, através das quais criam linhas de fuga por onde escapam, subvertendo ou aderindo parcialmente ao regime psiquiatrizante de subjetivação e, assim, produzindo novos significados para suas experiências com sofrimento. Depois de vários encontros com uma interlocutora ela diz: “*eu nem ia te falar nada...mas eu não tomo isso [os remédios] todos os dias, tomo só quando vejo que tô ruim.*”

Assim, falar da superação de práticas asilares em relação ao gênero é também falar da experiência de mulheres acometidas pelo sofrimento psíquico que por não terem sido asiladas em função de suas diferenças e/ou sofrimentos, podem produzir novos significados para suas experiências de sofrimento enquanto procuram atendimento nas unidades de saúde para alívio do mesmo, traçando itinerários terapêuticos diversos.

Nestes itinerários, e mais especialmente nos serviços de saúde, é possível perceber que o gênero se produz por uma complexidade de fazeres onde os saberes e os poderes se inscrevem. Especialmente quanto às mulheres, esses são visivelmente marcados em seus corpos e

subjetivamente experimentados, por exemplo, pela intensa medicalização de seus sofrimentos.

Entendo que considerar o gênero enquanto um modo de constituição de subjetividades e de sujeitos, que se apresenta na mesma medida da complexidade destas relações e da experiência do sofrimento psíquico é um desafio do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

#### **4.2. Intensidades e afecções: experiências corporais**

Quando decidi que esta pesquisa seria guiada por meus contatos com os *experientes* imaginava que daí surgiria muitas afecções. Fui afectada pelos mesmos, antes mesmo de estabelecer os contatos para esta tese, na prática assistencial que desenvolvi por alguns anos. Os afectos, segundo Deleuze e Guattari (2008[1996]), são aqueles registros imateriais que nos atravessam, são as intensidades que nos constituem como corpos sem órgãos. Para os autores, um Corpo sem Órgãos

são “meios” onde operam alguns dispositivos de produção de subjetividade; corpo que não é uma essência e muito menos uma substância biológica; é um jogo de forças, uma superfície de intensidades, simulacros puros sem originais, atravessado por instintos, desejos, por interjogos de poder, complexas forças sociais e simbólicas em altos graus de confluências de constituições. (idem, p.13)

Fui afectada também pela temática sobre a qual versa esta tese e decidida a desenvolver este trabalho entendi desde o seu princípio que eu deveria viver as experiências do mesmo como um corpo de passagem, como sugeriu Fonseca (2007). Passagem de intensidades, forças e reflexões. Assim foi. As questões apresentadas aqui foram aquelas que mais fortemente me atravessaram e, por isso, se transformaram no “corpo” desta tese.

Como dito anteriormente, o trabalho de campo se caracterizou pelo movimento. Foi através destes movimentos que a experiência desta tese foi construída. Não apenas nos trajetos que fizemos, mas também nas nossas implicações recíprocas, no confronto de nossas diferenças e

semelhanças. Além disso, pelos movimentos dos nossos corpos pelas cidades e pelas histórias.

Encontrei durante este trabalho outros corpos que, em contato com meu, também se constituíam nos nossos encontros etnográficos. Lembro muito bem o dia em que S. Roberto, um *experiente* com história de sucessivas e longuíssimas internações psiquiátricas, parou do meu lado, ficou me olhando por alguns instantes enquanto eu conversava com outra pessoa e num dos intervalos da conversa me disse: “*Tu tem os dente bonito né aquela guria.*” (“aquela guria” era como me chamava sempre). Concordei com ele e então ele prosseguiu dizendo: “*Eu perdi os meus. Da doença né?! Do cérebro. Ai depois eu tirei tudo porque tavam tudo estragado. Um por semana.*” Falou isso, virou as costas e saiu andando, como costumava fazer.

Também me recordo do impacto que tive ao conhecer Juliano, que naquele dia marchava involuntariamente no mesmo lugar, tinha o olhar vazio e a aparência pálida. Meu estômago doeu e senti um misto de angústia, pesar e indignação. Aliás, esses e outros sentimentos me atravessaram em vários momentos, de forma mais ou menos intensa, conforme as situações que vivi durante o período da pesquisa.

Durante o período em que estive em campo inúmeras situações me fizeram perceber que é no corpo das pessoas que frequentam os serviços de saúde mental, ou ainda, que fazem uso de algum tipo de psicofármaco que se reconhece o registro dos mesmos bem como o registro de suas experiências.

São perceptíveis através de alguns sinais. Tal como Juliano que marchava involuntariamente no mesmo lugar, Seu Roberto caminhava incessantemente, num misto de inquietação e desconforto além de “acocorar-se” em alguns momentos ou para fumar ou para descansar. Minhas percepções neste sentido se intensificaram não apenas pelas diferenças que eu também percebia quando colocava meu corpo em relação com os demais, mas também por outras tantas situações e narrativas que compuseram este trabalho.

Foi assim que nos afetamos, fomos atravessados de diferentes maneiras através de dispositivos diversos e disso também foi feito esse trabalho, num sentido semelhante ao apresentado por Deleuze e Guattari (2007b) no “*platô*” em que discutem os devires. Neste texto os autores convocam o leitor a vários agenciamentos, a conexões com forças,

afectos que não se acabam, mas requerem a formulação de pontos para seu entendimento.

Estive com pessoas que não conseguiam permanecer imóveis, marchavam no mesmo lugar, precisavam se movimentar de alguma maneira; outras que movimentavam o corpo ou mais especificamente o rosto involuntariamente; outras que pareciam ter as articulações enrijecidas. Outras com mais de uma dessas e também outras dificuldades. Algumas que já não tinham a maior parte dos dentes. Algumas muito gordas. Quase todas com as mãos trêmulas.<sup>82</sup>

Pude perceber que os tremores de mãos, a falta de dentes, a maneira de falar, de caminhar faziam parte de um registro corporal, uma espécie de conjunto de sinais que podiam ser associados a experiências vividas tanto nos hospitais psiquiátricos como nos serviços substitutivos que frequentei.

Em alguns desses serviços substitutivos, por exemplo, vi algumas pessoas sentadas, ou melhor, “acoradas” como Seu Roberto, tal como se podia ver nos pátios dos hospitais psiquiátricos, apesar dos bancos disponíveis nos mesmos. Outras pessoas andavam de um lado para outro, algumas cabisbaixas. Em geral, eram pessoas com história de longas internações psiquiátricas, uso contínuo de psicofármacos e que mantinham o registro de tal experiência em seus corpos.

Nos relatos que ouvi percebi que as modificações corporais fazem parte das preocupações comuns entre os *experientes*, e não são poucas as queixas sobre as mesmas. Mariana, uma *experiente* com história de internação psiquiátrica, fazendo coro com a maioria das mulheres e homens que se queixam dos efeitos dos psicofármacos em seus corpos, contou: “*Quando eu entrei no São Pedro eu tinha 40 quilos e saí com 102. Era uma injeção por semana e 18 comprimidos por dia*”, tentando tornar visível a dimensão de tais modificações e dos efeitos “corporais” do excesso de medicamentos.

Mariana, como já apresentei, é uma mulher jovem, branca, gorda que pertence às classes populares. Aparenta ter no máximo 35 anos e, ainda que seja de uma geração que poderia ter tido acesso a outro tipo de assistência psiquiátrica, sentiu subjetiva e objetivamente, os desdobramentos de uma internação em um hospital psiquiátrico, tendo

---

<sup>82</sup> Tais efeitos são denominados no campo biomédico como “acatisias”, “discinesias tardias”, “parkinsonismo”, para citar alguns.

aumentado mais que o dobro do seu peso além, é claro, dos outros efeitos adversos desencadeados pelo volume de medicação ministrada. Sua indignação durante seu relato não dizia respeito apenas às questões corporais, mas sobretudo ao peso do efeitos da internação psiquiátrica na sua vida.

Entre os homens, além das queixas do enrijecimento corporal e dos movimentos involuntários das pernas, a queixa mais comum é a perda da capacidade de ereção, responsável pela suspensão do uso da medicação por muitos deles. Numa das conversas que tive com Alex, um homem sério, que em função de seus problemas foi afastado do trabalho, ele me disse: *“Quem toma remédio assim é difícil fazer filhos, não é?!?”* Eu respondo que não sei. Ele então me diz: *“É sim. Se toma remédio, na hora lá, na relação, não acontece nada. Se não toma aí já acontece. Eu já experimentei isso. Se quiser que acontece aí não pode tomar.”*

Para ele, que morava sozinho e, segundo me contou, tinha uma rede social limitada os remédios interferiam também na possibilidade de estabelecer uma relação sexual, o que fazia com que ele regulasse seu uso ou desuso de acordo com suas necessidades.

Entre as mulheres, as queixas também giram em torno do enrijecimento do corpo, da diminuição da capacidade de articular as palavras muitas vezes em função da lentificação do pensamento e ganham apoio da maioria no que diz respeito às modificações corporais advindas do uso da medicação. Em geral elas reclamam do ganho de peso, como fez Mariana sobre o fato de ter aumentado 62 quilos durante uma de suas internações psiquiátricas.

Nesse sentido, parece possível pensar o corpo como a superfície onde as experiências, os saberes e as práticas se inscrevem. Reduzido, pelo saber biomédico, a um substrato orgânico, tem sido alvo de práticas diversas que o aprisionam, seja entre muros, seja em reações químicas. Segundo Basaglia (2005), o corpo é onde a psiquiatria buscou confirmar sua hipótese metafísica da “doença mental”. Para o autor

Partindo daquilo que atualmente é o doente mental nos nossos hospitais, se pode tentar evidenciar pouco a pouco as responsabilidades de uma ciência que, constituindo-se como metafísica dogmática precisou impor e constituir no corpo do

doente, a confirmação de suas próprias hipóteses.<sup>83</sup> (idem, p.100)

No entanto, como o corpo não é um receptáculo passivo que absorve as mesmas, é a partir dele que os sujeitos se articulam, nos limites de sua existência, com o mundo. Numa das conversas que tive com Fabrício, ele relatou uma experiência que teve quando foi levado para uma internação na ala psiquiátrica e dentre outros comentários disse o seguinte: “(...) *eles dão esses remédios pra gente. Lá no regional [se referindo a ala psiquiátrica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt] me deram tanto remédio, aí uma injeção eu falei assim: essa injeção é suicidária né?!?! E aí eles pegaram e viram que não tinha mais força no meu sangue e me deram choque. Eu fiquei todo doído aqui no diafragma.*” Eu pergunto se ele lembra de tudo isso e ele prossegue dizendo: “*Lembro. Sabe o que que acontece? Eles dão esses remédios, fica tudo diminuído aqui dentro, mas a gente ouve tudo. Tudo o que falam a gente ouve assim, mas não consegue mexer o corpo. Os remédios acalmam a cabeça e a cabeça é que manda no corpo.*”

Os argumentos de Fabrício fazem pensar não apenas no controle que os medicamentos exercem sobre os corpos, através do seu controle, mas também pelo seu esvaziamento. Tais corpos são alvo das “injeções”, “choques”, que visam esvaziar os corpos bem como os sujeitos que os ocupam. Como disseram Deleuze e Guattari (2008 [1996]), é sobre esse corpo que operam dispositivos de produção de subjetividade, complexas forças sociais e simbólicas e interjogos de poder.

Nesse jogo de forças que atravessam tal corpo, é possível perceber, através da narrativa de Fabrício, que apesar das forças em contrário há uma resistência, uma linha de fuga que possibilita que a potencialidade do sujeito apareça, mesmo escondida, à “escuta” dos movimentos que seguem acontecendo. “(...) *fica tudo diminuído aqui dentro, mas a gente ouve tudo*”, disse ele.

---

<sup>83</sup> Partendo da *ciò che è attualmente il malato mentale nei nostri ricoveri*, si può tentare di evidenziare man mano le responsabilità di una scienza che, nel suo costituirsi come metafisica dogmatica ha dovuto imporre e costruire nel corpo del malato, la conferma alle proprie ipotesi. (idem, p.100)

Alguns autores tem se dedicado aos estudos do corpo como constituído nas relações deste com o mundo: como algo performático (Butler, 2003); atravessado pela subjetividade, tentando mostrar como o corpo é dotado de agência (conceito desenvolvido por Ortner, 2007); sujeito da cultura (Csordas, 2008); fabricado cotidianamente (Villaça, 2005); que está relacionado com a perspectiva de quem tem um “ponto de vista” (Deleuze, 2008, Lima, 1996, Viveiros de Castro, 2002 *a*) e como realidade biopolítica (Foucault, 2009 [1979]).

A proposta apresentada por Csordas (2008) coloca o corpo em crise ao propor um paradigma da corporeidade que parte da premissa metodológica de “que o corpo não é um *objeto* a ser estudado em relação à cultura, mas é o *sujeito* da cultura” (idem, p.102). Tal paradigma teria como consequência o colapso das dualidades; a concepção de um corpo não dualista, mas em interação com seus opostos, como a mente, por exemplo. Csordas (idem), ao apresentar a corporeidade como um paradigma, discute o corpo como matriz simbólica, portador de agência e, por isso, sujeito da cultura.

Seus argumentos encontram ressonância no conceito de subjetividade desenvolvido por Sherry Ortner (2007), em que apresenta a ideia de que a mesma se desenvolve a partir das formações culturais. Nas palavras da autora:

Por subjetividade irei me referir ao conjunto de modos de percepção, afeto, pensamento, desejo, medo e assim por diante, que animam os sujeitos atuantes. Mas eu sempre me refiro, da mesma forma, às formações culturais e sociais que modelam, organizam e provocam aqueles modos de afeto, pensamento, etc. (idem, p.376)

Contudo, para afirmar que o corpo é sujeito da cultura, é preciso pensar nas experiências/singularidades corporificadas, na ideia de que a experiência no mundo é possível através da sua corporificação. Isso não significa voltar a afirmar uma ontologia do corpo, mas sim de pensá-lo como uma fabricação, que se produz e é produzido nas relações com o mundo.

No que se refere à noção de agência do corpo, além do fato de o corpo não ser apenas o lugar da inscrição da cultura, mas também uma matriz simbólica, como discutiram Anthony Seeger, Roberto Da Matta e

Eduardo Viveiros de Castro (1979) e Maluf (2001), é interessante pensar como a agência articula atividade e passividade, como apresentou Miriam Rabelo (2008), sendo a passividade também uma forma de agenciamento/resistência. Como disse Fabrício: *“fica tudo diminuído aqui dentro, mas a gente ouve tudo. Tudo o que falam a gente ouve assim, mas não consegue mexer o corpo. Os remédios acalmam a cabeça e a cabeça é que manda no corpo.”*

A ideia da localização da doença mental na cabeça foi apresentada e discutida nos trabalhos de Duarte (1988), Silveira (2000) e Alves (2010). Para Alves (2010) “A metáfora do cérebro - máquina, utilizada nos discursos, para significar o papel de comando da cabeça sobre o corpo elucida as consequências, no corpo, causadas pelo descontrole da cabeça. A cabeça comanda essa ligação entre a mente e o corpo.” (idem, p.52)

Mas como proposto pelos autores apresentados, não há como pensar em um corpo universal, algo que se manteria em todas as sociedades, como uma substância dada, materializada, enfim, naturalizada. O corpo parece ter relevância por sua materialidade fenomenológica, mas precisa ser desnaturalizado, a fim de evidenciar suas dimensões sociais e simbólicas, como sugeriu Maluf (2001).

Neste sentido, tal como apresenta a autora, deve ajudar a pensar em como ele é constituído pelas ciências, também construções histórica e socialmente constituídas. Uma discussão que ajuda a pensar desta forma foi desenvolvida por Laqueur (2001) que mostrou como o modelo dos dois sexos, a princípio naturais e dados biologicamente, foram inventados no século XIX.

Isso significa pensar também no colapso da dualidade corpo/mente nos espaços/tempo produzidos pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira e no contexto de uma sociedade que tende a disciplinar e docilizar os corpos. Pude perceber, nos movimentos que fiz com alguns de meus interlocutores – indo a restaurantes, feiras públicas, andando de ônibus, fazendo aula de argila – que esses produziam rupturas, brechas, produzidas pela nossa presença nos mesmos. São tais corpos que instituem novas relações e passam a ocupar outro lugar existencial no mundo.

Apresentando o trabalho realizado na Casa Anchieta, no município de Santos -SP, Lancetti (1990) argumenta que nos serviços

substitutivos se produzem outras formas de relação através do corpo. Para o autor:

(...) os internos de hospital evocam muito pouco a desrazão, mas quando se desloca o pólo técnico-científico para o pólo ético-estético surgem agenciamentos entre esses sujeitos que colocam sua vontade de poder e esses corpos psicotizados, que nos transportam a outros planos. Esses encontros de corpos vão gerando formas de sociabilidade que escapam à produção em série dos manicômios hospitalares e profissionais. (idem, p.145)

É então, na realidade dos serviços substitutivos que se abre a possibilidade de constituição de corpos singulares, de afectar-se, de dar passagem a novas experiências produzidas pelo contato dos corpos, ativados por modos de produção de subjetividades diversas e que articulam forças e linhas que tentam escapar de regimes de subjetivação que tendem a capturar corporalidades, como mostrou Fabrício.

É um exercício intenso, pois ao mesmo tempo em que se abrem tais possibilidades, os serviços ainda estão atravessados por forças manicomiais, ou como sugeriram Leila Machado e Maria Cristina Lavrador (2002), pelos desejos do manicômio que tem como um de seus representantes a centralidade da terapêutica medicamentosa, como mostram as experiências das pessoas com quem tive contato como discutirei a seguir.

### **4.3. Usos, abusos e desusos: experiências com os psicofármacos**

Ao iniciar minhas atividades de trabalho de campo imaginei que em alguns momentos encontraria pessoas em crise. Eu imaginava que tais crises estariam situadas no âmbito do pensamento, linguagem e comportamento, como pensava ser comum na realidade dos serviços de saúde mental. De fato, encontrei muitas pessoas em crise. Mas tais crises manifestavam-se em seus corpos e/ou eram relatadas pelas pessoas como parte de suas experiências no campo da saúde mental.

Foi possível perceber que para que tais pessoas não viessem a ter uma crise “mental”, seu corpo era colocado em crise pela exposição à psicofármacos que supostamente mantém a mente “equilibrada”, mas desencadeiam uma série de efeitos chamados no campo biomédico de “extrapiramidais” ou “secundários” e que, em geral, são aparentes no corpo de quem os usa.

Estes “efeitos” estão relacionados com a terapêutica medicamentosa, presente e “marcante” nos serviços substitutivos e também entre as pessoas que encontrei. Tal terapêutica é reconhecida (tanto pelas pessoas que usam os psicofármacos como pelas que os prescrevem) como um dos fatores que contribui para a estabilização da “crise mental” e, por consequência, da vida cotidiana e, por isso, justificam seus efeitos colaterais que, em geral, são aliviados com outras medicações específicas para isso, formando um círculo literalmente “vicioso”.

A discussão sobre os psicofármacos é complexa, tensa e intensa e sua análise além de extensa, ultrapassa os limites e objetivos desta tese. Minha intenção aqui é mostrar alguns aspectos que emergiram com maior força no desenvolvimento da pesquisa.

Ao transitar no campo da saúde mental é quase impossível não encontrar-se com os psicofármacos. São encontros diversos. Encontra-se com eles como aqueles que ajudaram na saída dos “loucos” do manicômio; como aqueles que justificam comportamentos tidos ou por vir; como aqueles por onde se pode ver e dizer sobre os sujeitos, sobre suas concepções, tipos de dificuldade que possam ter, dentre outras possibilidades.

Autores como Maria Cecília Carvalho (2001), alegam que a transformação da assistência psiquiátrica está relacionada, dentre outros fatores, às transformações geradas pela introdução da clorpromazina<sup>84</sup> na década de 50. Tanto para a autora, como para a maior parte das pessoas envolvidas com a reforma psiquiátrica, a introdução especialmente dos antipsicóticos teria possibilitado aos pacientes psiquiátricos, “estabilizados” pelo uso dos mesmos, o convívio social e a possibilidade do tratamento em liberdade.

---

<sup>84</sup> Primeiro medicamento antipsicótico a ser utilizado na assistência psiquiátrica.

De lá pra cá, os antipsicóticos e os psicofármacos se desenvolveram e se constituíram como um regime de controle e assujeitamento, alicerçado na concepção de que os sintomas da “doença mental” têm um fundamento bioquímico. Diante do mesmo, os sujeitos ora aderem, ora subvertem, numa relação dinâmica entre usos, abusos e desusos dos mesmos.

Em geral, o uso dos mesmos é justificado e reconhecido pela maioria das pessoas envolvidas no processo de reforma da assistência psiquiátrica como um dos principais responsáveis pelos avanços da mesma. A importância da dimensão dos psicofármacos enquanto um regime de subjetivação confere aos mesmos o estatuto de “ator”, como discutido por Maluf (2011). Sim, mais um “ator”, como são os “usuários”, os profissionais, os familiares, dentre outros.

A questão do protagonismo e “autoria” dos psicofármacos neste contexto também foi discutida por Maluf (2011*b*). Para a autora, eles assumem significados diferentes entre os sujeitos que deles fazem uso bem como no campo científico e médico, ainda que sua centralidade (seja na demanda dos usuários, seja na prescrição dos médicos e ainda nos empenhos da indústria farmacêutica) seja significativa neste contexto.

Ouvi durante as conversas com minhas interlocutoras e interlocutores muitos relatos sobre os benefícios que os psicofármacos produzem sobre as experiências de sofrimentos. Comentários como: *“Agora que eles me deram esse de injeção (se referindo ao Haldol), foi como tirar com a mão.”* Ou então: *“(...)meus remédios ajudam bastante a minha cabeça. Esses remédios é pra ajudar a cabeça da gente.”*

Mas também ouvi inúmeros comentários sobre seus efeitos “adversos”, como os já mencionados, e as ambivalências que os usos dos psicofármacos desencadeiam entre os *experientes*. Pude também presenciar alguns destes efeitos enquanto realizava o trabalho de campo. Em um dos dias que conversei com Daniel, que conhecia bem os medicamentos, seja porque os estudava seja porque fazia uso dos mesmos há bastante tempo, ele ao mesmo tempo em que conversava comigo disse sentir alguns efeitos dos mesmos em seu corpo. Explicando um pouco seu mal estar, me disse: *“(...) quando a gente começa a tomar um remédio, que a gente trocou de um pro outro começa tudo da estaca zero, todos os efeitos colaterais começa tudo de novo, é um inferno, é reação no corpo, é nos nervos assim... é frio,*

*calor, é uma angústia, uma irritação né?!? Impaciente. As pessoas me conhecem, mas assim impaciência, mas aí como as pessoas me conhecem aí tolera né?!? Agora assim, até agora assim ó, eu tô sentindo uns calafrios...”*

Em outra situação, também presenciei Francisca, uma *experiente*, tendo um mal estar. Enquanto conversava comigo ela começou a suar excessivamente no rosto e ficou pálida. Quando percebi lhe perguntei se estava se sentindo bem e então ela me disse: *“vamo sentar ali um pouquinho, é só um ruim, é reação... pega um pouco de água lá prá mim.”* Quando voltei com a água ela já não estava tão pálida. Depois de uns instantes perguntei sobre seu mal estar, se era frequente e ela me respondeu: *“Isso é do remédio menina! Dá e passa!”* O tom da resposta tinha a ver com a minha reação (assustada) diante do mal estar dela, mas também com a sua familiaridade com tais “desconfortos”.

Francisca é daquela geração que não teve nenhuma outra opção além do hospital psiquiátrico em termos de assistência à saúde mental. Foi internada várias vezes em hospitais psiquiátricos, onde provavelmente aprendeu a conviver com tais desconfortos. Segundo me contou, depois que começou o tratamento no CAPS não precisou mais “ir internada”, pois não teve mais problemas.

Tais efeitos também foram descritos de forma menos evidentes e mais sutis, relacionados não apenas ao mal estar físico, mas também aos desdobramentos dos mesmos em questões mais amplas da experiência dos sujeitos, como mostra o relato de S. Adão, que acredita que os remédios fazem com que não tenha vontade de fazer as coisas, ou então lhe causam um sono demasiado e/ou conturbado que atrapalham as atividades matutinas. Numa de nossas conversas ele me disse: *“É bom se tivesse aquela assim... bem força de vontade assim... do próprio remédio às vezes trabalha no corpo da pessoa e não dá aquela força de vontade, aquela animação, de fazer o serviço bem certo... sempre... sempre faço assim as coisa em casa. Pra ajudar ela [a mãe, com quem mora] né?!? À noite as vezes eu levo tempo né?!?! Tomo o remédio as 8 da manhã, não, as 8 da noite e aí vou deitar, deito, deito aí não vem aquele sono assim né?!? Aí depois vai, vai indo e durmo, aí acordo de madrugada vou no banheiro, depois vou me deitar de novo, depois começo a dormir de novo. Esse tempo que eu trabalhava lá no XXX eu levantava cedo, por isso que eu acho a diferença né?!?! Como muda as*

*coisa né?!? A pessoa não tem aquela vontade de levantar cedo pra trabalhar né?!?! Sai pro serviço.”*

Não há como negar que os psicofármacos são importantes como uma das terapêuticas possíveis no contexto da assistência psiquiátrica, mas a manutenção de sua centralidade no contexto da reforma psiquiátrica precisa, no mínimo, ser relativizada. Neste sentido, é interessante pensar em como uma proposta que quer apostar no sujeito, na subjetividade, na palavra, investe subjetiva e materialmente na medicação, representante de um regime eminentemente farmacológico.

Foucault em *Vigiar e Punir* apresenta uma história das práticas coercitivas como dimensão política, que para além de produzir relações de submissão fabrica corpos dóceis, agenciados por uma micropolítica constituída de uma maquinaria institucional que produz corpos/máquinas, que interessam aos jogos de relações da sociedade ocidental tal qual se inscreve do ponto de vista da economia e da política. O autor argumenta que nesse regime não seria mais o corpo a aprisionar a alma, mas o contrário, seria a alma aprisionando o corpo.

Nesse sentido, o poder tal como apresentado por Foucault (2009[1979] e 1987) não exerce apenas a função de repressão e exclusão, pois seria muito frágil, ele é dotado de uma positividade que ao contrário de impedir o saber, o produz, a ponto de transformar aquilo que seria um “movimento de controle-repressão” em “controle-estimulação”. (Todos reconhecem a importância do medicamento, apesar das reclamações por parte de quem os usa). Sendo o corpo o alvo da manifestação desses micropoderes, é possível observar que o controle e a medicalização do corpo, para além de um aparente cuidado médico (higiene pública), remetem às diferentes faces do controle social.

É possível reconhecer que, de alguma maneira, em meio às transformações assistenciais se deixou de controlar os loucos através do aparato asilar, na sua versão física, ou seja, entre os muros e se passou a controlar a loucura presente em cada sujeito, especialmente através do imperativo da medicação. Tal como apresentou Basaglia (1985 [1968])

Os medicamentos exercem uma ação indiscutível, da qual podemos apreciar os resultados em nossos asilos e na redução do número dos doentes “sócios” do hospital. Mas *a posteriori* pode-se começar a ver como funciona essa ação, tanto a nível do doente como do médico, pois os

medicamentos agem simultaneamente sobre a *ansiedade enferma* e a ansiedade daquele que a cura, evidenciando um quadro paradoxal da situação: através dos medicamentos que administra, o médico acalma sua ansiedade diante de um doente com o qual não sabe relacionar-se nem encontrar uma linguagem comum. Compensa, portanto, usando uma nova forma de violência, sua incapacidade para conduzir uma situação que ainda considera *incompreensível*, continuando a aplicar a ideologia médica da *objetivação* através do perfeccionismo da mesma. (idem. p.128)

Silveira (2000) que em seu estudo também faz referência ao uso dos benzodiazepínicos como terapêutica para mulheres nervosas, mostra que “ao menos na perspectiva das pacientes e seus familiares, a medicalização de problemas sociais tem funcionado como solução para o médico, pois as pacientes, a despeito do uso de calmantes, continuam a ter crises.” (idem, p.80)

Na discussão que fazem sobre o uso de psicofármacos entre as mulheres, Diehl, Manzini e Becker (2010) argumentam que

É necessário ainda compreender que a prática da medicalização na saúde mental (e em todos os outros âmbitos de atenção à saúde) é reflexo de um modelo de formação médico centrado, especialista, curativista, focado no medicamento e que incentiva o uso abusivo de tecnologias. É preciso levar em consideração também o papel da indústria farmacêutica na manutenção deste modelo.

Enquanto conversava com Mateus, um *experiente* de aproximadamente 25 anos, negro e que pertence às classes populares, ele me contou sobre sua primeira internação em um hospital psiquiátrico e das lembranças ruins que tinha daquele período. Além disso, segundo ele, percorreu diversos serviços de saúde mental depois que saiu do hospital psiquiátrico, usou medicamentos de todos os tipos até que, em um determinado momento uma psiquiatra lhe prescreveu um

medicamento que fez com que se sentisse melhor. Diante dessa sua experiência nos serviços e com os medicamentos ele entende que o uso dos mesmos é uma experiência tanto para as pessoas que dele fazem uso como para os médicos. Como ele disse: *“o médico ainda tem um poder muito grande e eu acho que em psiquiatria por mais que ele saiba, ele também não sabe muita coisa, eles fazem um laboratório com a gente, eles vão dando esse remédio, esse remédio...ah! se funciona tudo bem, se não eles tentam...”*

E é sobre essa relação, em que a experiência dos sujeitos é objetivada e naturalizada, que se configuram e reificam os “lugares” possíveis. O “doente mental” não perde seu estatuto de “doente”, ao contrário incorpora o mesmo como um modo de se relacionar com o mundo, demandar alívios e receitas. Enquanto a figura do médico segue sendo a de detentor de um saber que o autoriza a prescrever o medicamento bem como o lugar a ser ocupado pela pessoa “doente”.

Contudo, como esse é um processo relacional, os saberes de ambos são articulados de diferentes maneiras pelos sujeitos que fazem parte desta realidade. Alguns relatos são bastante significativos desta articulação e subversão de tais prescrições (dos remédios e dos lugares). Apresento aqui dois relatos, um deles é de Daniel que me disse:

*“Eu gostei muito da psicofarmacologia porque dá pra mim... agora quando tinha o médico do convênio, eu falava com ele, eu dialogava com ele, com o médico do SUS não dá, é muito rápido, então até a gente esperar, leva aquele tempo, aquela angústia, aquela agonia... então como eu tenho conhecimento de psicofarmacologia, eu faço eu mesmo a retirada né né...”* Eu pergunto: *“como assim tu mesmo faz a retirada?”* Ele me responde: *“É assim ó, ó o vapakene, depakene é para transtorno de humor, é para afetividade então é assim... então eu me dei mal...então eu tiro um a menos eu boto um a mais....(...) porque o médico conhece eu né?!? Mas ele não conhece bem meu organismo... porque eu sei que o remédio pros nervos ele não cura né?!? O médico sabe os sintomas mas aí ele dá...ele dá e ele vai saber... ele conhece pelos efeitos colaterais, se for dar muito efeito colateral ele tira e passa pro outro. Eu sei, é assim o esquema que funciona...isso aí eu sei. Mas aí eu fiz ali... então agora eu tô tomando a ziprazidona, eu fiz uma experiência hoje de manhã mesmo, eu tava há uns dez dias... eu tava meio assim... irritado... aí eu fiz assim, de manhã eu tirei um valpakene...(...)”* (Fragmento do Diário de Campo)

O outro é o relato de Nilza que contando sobre sua experiência me disse:

*“Tá aí eu vim pra casa, mas aqui eu não tomava mais os remédios, eu guardava assim atrás da língua e não tomava e na ala psiquiátrica também não tomava, quando ia tomar o café eu fazia de conta, mas jogava fora”. Porque? Pergunto. E ela segue dizendo: “Porque fica tudo duro assim (gesticula para me mostrar a rigidez dos braços e das pernas), a pessoa não consegue fazer nada. Eu cheguei em casa e não conseguia fazer nada, queria lavar uma louça não dava, queria caminhar não dava...”* (Fragmento do Diário de Campo)

Tais relatos revelam a complexidade da discussão sobre os psicofármacos, que não está reduzida à prescrição, usos e abusos dos mesmos, mas também a questões de poder e controle mais amplas. Enquanto conversava com S. Adão ele me disse: *“não melhorava né?!? nunca ia melhorar né?!? ficar sem tomar esses remédio...a noite né?!? fica sem dormir uma noite assim já não perco o sono, já ia começar a sumir coisa ruim na mente e não quero dizer que não vou tomar o remédio. Agora tomo uma metadezinha do neosine, antes tomava um inteiro né?!? Aí com o tempo, foi falando assim com a mãe, pode tomar só a metade assim, metadinha. Porque tomo três né?!?”*

Para Basaglia (2005), a descoberta dos psicofármacos pode ter determinado a relação dos “pacientes” com as instituições, no entanto não desencadeou mudanças nas relações em si, uma vez que o “louco” segue sendo o “louco” e suas experiências acabam sempre por serem interpretadas a partir de uma razão psicopatológica. Para o autor, a instituição psiquiátrica:

(...) continua a agir com a sua força objetivante sobre um doente sempre mais submetido a ação da instituição, e esta última pode encontrar nos fármacos um ulterior elemento de cumplicidade, uma vez que a ajudam a manter o doente inocuo e inofensivo em seus confrontos<sup>85</sup>. (idem p.103)

---

<sup>85</sup> “...continua a agire con la sua forza oggetivante su um malato sempre più succube all’azione dell’istituto, il quale ultimo può trovare nei farmaci un ulteriore elemento di complicità, dato che lo aiutano a rendere inocuo ed inoffensivo il malato nei suoi confronti?”. (idem, p.103)

Marius Romme (2010), no texto sobre a questão dos fármacos entre as pessoas que ouvem vozes, argumenta que os mesmos são prescritos com muita facilidade, mas que o êxito de seus resultados dependem da dosagem prescrita, sendo as altas dosagens pouco eficientes. Para ele:

Os neurolépticos podem ser uteis em baixas doses para ajudar a pessoa a lidar com as suas emoções, especialmente no caso de pessoas que não aprenderam a expressá-las, ou então aquelas a quem isso foi impedido desde jovem e por um longo período de tempo.”<sup>86</sup> (idem, p.141)

Romme et al (2010) apresentam a história de 50 pessoas que tiveram experiências de ouvir vozes, e Romme (2010) a partir de tais histórias elaborou a seguinte estatística:

- A 44 ouvidores de vozes sobre 50 foram prescritos neurolépticos,
- 4 sobre 50 nunca tomaram fármacos: um recorreu a medicina homeopática e um outro não forneceu informações sobre remédios,
- 30 dos já citados 44 declararam explicitamente que os fármacos não lhes ajudaram e pararam de tomá-los,
- 14 dos 44 disseram que os fármacos os ajudaram como parte do tratamento; mas os fármacos sozinhos não foram suficientes,
- 12 dos 44 os tomam ainda em dose reduzida, ou somente algumas vezes,
- 6 destes últimos 12 explicaram como os fármacos se demonstraram uteis.<sup>87</sup> (idem, p.137)

---

<sup>86</sup> “I neurolettici possono essere utili in basse dosi per aiutare la persona a gestire le sue emozioni, specialmente nel caso de persone che non hanno imparato ad esprimerle, oppure a cui ciò è stato persino vietato sin da giovani e per un lungo periodo di tempo.” (idem, p. 137)

<sup>87</sup> “-A 44 uditori di voce su 50 sono stati prescritti neurolettici,

Além da experiência do Movimento dos Ouvidores de Vozes<sup>88</sup>, que mesmo com a intenção de não render-se facilmente ao modelo biomédico no entendimento da experiência de ouvir vozes, outras experiências tem tentado relativizar a centralidade dos psicofármacos no contexto da reforma psiquiátrica.

- 
- 4 su 50 non hanno mai assunto farmaci: uno è ricorso alla medicina omeopática e un altro non ha fornito informazioni sui farmaci,
  - 30 dei predetti 44 dichiarano esplicitamente che i farmaci non li hanno aiutati e hanno smesso di assumerli,
  - 14 dei 44 hanno detto che i farmaci li hanno in parte aiutati; ma i soli farmaci non sono bastati,
  - 12 dei 44 ne assumono ancora in dose ridotta, o solo talvolta,
  - 6 di questi ultimi dodici spiegano come i farmaci si sono dimostrati utili”.
- (idem, p.137)

<sup>88</sup> O Movimento de Ouvidores de Vozes surgiu na primeira metade dos anos 90 na Holanda a partir da experiência de Marius Romme (psiquiatra) e Sandra Escher (jornalista). O movimento ganhou força na Inglaterra, através de Ron Coleman (ouvidor de vozes) nos anos sucessivos e atualmente vem se desenvolvendo em outros países como Alemanha e Itália. Tal movimento está organizado através de uma rede internacional de ouvidores de vozes, denominada Intervoice ([www.intervoiceline.org](http://www.intervoiceline.org)) e realiza encontros anuais que costuma reunir pessoas de diferentes países, especialmente aquelas dos lugares aonde tal movimento vem se desenvolvendo com maior vigor. No livro *Accettare le voci* (Aceitar as vozes), Romme e Escher (1997) descrevem a experiência clínica que deu início ao movimento, mostrando como o fato de aceitar as vozes, uma das pressuposições do movimento, ajuda as pessoas a criarem estratégias para lidar com elas. Tais estratégias podem ser escutar as vozes seletivamente, conversar com elas, estabelecer horários para tais conversas, selecionar as vozes positivas, considerá-las como parte integrante da sua vida, dentre outras. Uma descrição do movimento, especialmente no contexto italiano, pode ser encontrada em Lepori (2009). Tive contato com tal movimento através do contato pessoal e dos trabalhos do Prof. Dr. Mario Cardano, um estudioso do mesmo. Além disso, pude participar do 3º International Congress on Hearing Voices realizado na cidade de Savona - Itália durante o período em que realizei o doutorado sanduiche, e ali pude conhecer o movimento mais de perto e conversar com alguns ouvidores de vozes.

Uma delas é a proposta da “gestão autônoma da medicação”, que vem sendo discutida na realidade da reforma psiquiátrica brasileira. Segundo Campos (2008) e Lourdes Barrío, Nadine Perron e Jean-Nicolas Ouellette (2008) esta proposta surgiu em Quebec, no ano de 1993, como resultado do questionamento do lugar da medicação na vida de pessoas inseridas em contextos de extrema medicalização de suas experiências. O movimento foi iniciado pelo movimento de defesa de direitos e pelo movimento alternativo em saúde mental.

Desde então a *Associação de recursos alternativos em saúde mental do Quebec* (RRASMQ), em colaboração com pesquisadores da *Equipe de pesquisa e ação em saúde mental e cultura* (ÉRASME), após este processo elaborou uma abordagem de intervenção denominada Gestão autônoma da medicação, como mostram Barrío, Perron e Ouellette (2008). Para os autores

Esse trabalho de reflexão permitiu evidenciar as questões associadas à emergência de espaços, onde pessoas que vivem com graves problemas de saúde mental, até então reduzidas ao silêncio e mantidas à distância da ação social, cultural e política, passem do estatuto de objeto àquele de sujeitos e atores que desenvolvem discursos e práticas que questionam as representações dominantes da saúde e da doença. (idem, p. 117)

A intervenção consistia em avaliações baseadas a partir de um material didático denominado “Guia pessoal da gestão autônoma da medicação”, que afirmava a necessidade de que as decisões sobre a medicação fossem compartilhadas entre profissionais e “usuários” além do consentimento livre e esclarecido do “usuário” quanto ao uso dos medicamentos. No entanto, segundo Campos et all. (2005)

Somente os profissionais da saúde cuja competência é reconhecida podem modificar as prescrições (médico e médico psiquiatra). Desse ponto de vista, o papel dos recursos alternativos e do guia consistia em tornar as informações disponíveis (efeitos colaterais, doses terapêuticas...) e, se a pessoa o desejasse, os

profissionais de saúde a acompanhariam nas decisões implicadas no seu tratamento. Os prescritores deveriam garantir o acesso à informação e a ajuda necessária ao ajustamento, à redução ou à suspensão dos medicamentos. (idem, p.10)

Esta proposta vem sendo desenvolvida na realidade brasileira por vários pesquisadores como mostra o site <http://www.aruci-smc.org>, em especial na pesquisa intitulada Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos que tem como objetivos:

traduzir, adaptar e testar, em CAPS (Rio de Janeiro/RJ, Novo Hamburgo/RS e Campinas/SP) o Guia pessoal da gestão autônoma da medicação, instrumento desenvolvido no Canadá para pacientes com transtornos mentais graves e avaliar o impacto desse instrumento na formação de profissionais de saúde mental (psiquiatras e profissionais não-médicos).” (Campos et all., 2005)

Um outro estudo, desenvolvido por Loren Moscher mostra de maneira mais radical a necessidade de relativização do uso dos psicofármacos, especialmente entre as pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas. O Projeto Soteria, como ficou conhecido o estudo de Moscher foi desenvolvido com jovens diagnosticados com esquizofrenia que foram tratados de duas formas diferentes.

Um grupo foi tratado em um hospital psiquiátrico e outro em uma casa, conhecida como Casa Soteria. Nesta casa os jovens conviviam por alguns meses em grupos pequenos, com apoio de homens e mulheres não médicos, que lhes forneciam suporte diário. Os grupos foram acompanhados por dois anos e as conclusões do projeto mostram que os jovens que viveram na casa e não receberam psicofármacos conseguiram se re-estabelecer com mais facilidade que aqueles tratados nos hospitais, com psicofármacos.

Moscher, médico psiquiatra norte americano, acreditava que a esquizofrenia não era uma doença ligada a qualquer distúrbio orgânico ou químico e, por isso, não deveria ser tratada com psicofármacos. Em

1998, enviou uma carta à Associação Americana de Psiquiatria se descredenciando da mesma, por entender que seus princípios e aportes teóricos não combinavam com os princípios daquela associação.

O projeto se desenvolveu em outros contextos como a Suíça, com resultados semelhantes aos do projeto original. Segundo Moscher (2003)

Surpreendentemente, Soteria ressurgiu na Europa. Dr. Luc Ciompi, professor e psiquiatria social em Bern, Suíça, é o principal responsável por este renascimento. Operando desde 1984, Soteria Bern replicou os achados dos estudos originais de Soteria. Isto é, aproximadamente dois terços das pessoas recém diagnosticadas com esquizofrenia se recuperaram com pouca ou nenhuma droga, em tratamentos de 2 a 12 semanas (Ciompi, 1994, 1997a, 1997b; Ciompi et al., 1992). A partir da divulgação dos estudos originais do projeto Soteria na Europa e da publicação dos resultados por Ciompi, alguns projetos similares passaram a ser desenvolvido.<sup>89</sup>

Conheci o Projeto Soteria e tive contato os estudos de Loren Moscher, através da indicação do Dr. Luciano Sorrentino - que foi seu aluno e também atuou na equipe de Franco Basaglia - quando estive na Itália. Também pude participar pessoalmente de uma conferência do Dr. Luc Ciompi no 3º International Congress on Hearing Voices, em Savona - Itália. As dimensões que tais discussões propõem fogem do alcance desta tese e foram apresentados aqui como uma maneira de salientar experiências que não circulam com tanta intensidade em nosso contexto. Dissonâncias sem ressonâncias!

---

<sup>89</sup>“Surprisingly, Soteria has reemerged in Europe. Dr. Luc Ciompi, professor of social psychiatry in Bern, Switzerland, is primarily responsible for its renaissance. Operating since 1984, Soteria Bern has replicated the original Soteria study findings. That is, roughly two-thirds of newly diagnosed persons with schizophrenia recover with little or no drug treatment in 2 to 12 weeks (Ciompi, 1994, 1997a, 1997b; Ciompi et al., 1992). As original Soteria Project papers diffused to Europe and Ciompi began to publish his results, a number of similar projects were developed.”

#### **4.4. Impactos e contatos: experiências das/nas cidades**

Como apresentado anteriormente, nesta pesquisa o movimento pelas cidades foi parte importante da sua metodologia. Optei, ou melhor, fui levada a optar por acompanhar minhas interlocutoras e meus interlocutores em seus trânsitos pelas cidades. Por isso, andei de ônibus, caminhei, fui e voltei de suas casas e das atividades para as quais eles me convidavam a participar.

Nesses movimentos fui percebendo que as cidades também foram atingidas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira. Desde o princípio deste processo foram elas que se viram impostas a acolher as pessoas que saíam pouco a pouco dos hospitais psiquiátricos e é ainda sobre elas que os movimentos seguem acontecendo. Como novo espaço a ser ocupado com o progressivo fechamento dos leitos nos hospitais psiquiátricos, elas também foram afectadas.

São os acontecimentos particulares das cidades que oferecem importantes elementos para pensar nos sujeitos que nela têm suas experiências, que realizam trocas (materiais e imateriais), circulam (lógica ou aleatoriamente) e se apropriam do espaço comum. Tais experiências vão constituindo as cidades, para além de sua dimensão puramente geográfica (topográfica), que também interfere nessas experiências.

Magnani (2008[1996]), em seu texto sobre o trabalho antropológico na cidade apresenta algumas categorias como “pedaço”, “manchas”, “trajetos”, “pórtico” para definir as relações estabelecidas e as apropriações das pessoas no espaço da cidade. As “manchas” seriam as áreas da cidade que aglutinam diversos “equipamentos que marcam seus limites e viabilizam, cada qual com sua especificidade, competindo ou complementando – uma atividade ou prática predominante”.(idem, p.40) Por pedaço o autor entende aqueles espaços localizados entre a casa e a rua, em que “se desenvolve uma socialidade básica, mais ampla que a fundada nos laços familiares, porém mais densa, significativa e estável que as relações formais e individualizadas impostas pela sociedade” (ibidem, p.32). E por “trajeto”, a circulação das pessoas entre eles.

Apesar de ter em mente tais categorias, pude perceber durante meu trabalho os trajetos produzidos por meus interlocutores nas cidades,

e também os pedaços constituídos nos serviços de saúde mental. Acredito que as manchas, sugeridas pelo autor, se expandem o que não me permitiria defini-las. Nem mesmo as manchas supostamente produzidas entre o bairro e o centro ficaram muito claras, pois as cidades em geral apresentam centros na periferia e um pouco de periferia no centro.

No contexto da reforma psiquiátrica, um dos pressupostos era que os novos serviços, à diferença dos hospitais psiquiátricos, fossem constituídos no território, ou seja, nos espaços onde as pessoas vivem, circulam, realizam suas trocas materiais e simbólicas. A ideia partia da consideração não apenas do caráter aberto dos mesmos, mas também de que os *experientes* tendem a perder seus laços sociais em função de suas experiências e, estando os serviços de saúde mental mais próximos de seus locais de moradia, ajudariam no acesso destas pessoas aos mesmos e também possibilitariam a abertura de tais serviços à população das cidades.

Ainda que tais pressupostos tenham embasado a criação dos novos serviços, a tarefa de fazê-los operar nas práticas cotidianas parece encontrar alguns entraves, seja pela organização dos mesmos bem como suas relações com as cidades. Discutindo alguns aspectos da transição entre o hospital psiquiátrico e os novos serviços, em especial, os serviços residenciais terapêuticos, Ianni Scarcelli (2011) diz que: “Entre o hospício e a cidade podem se processar rupturas ou continuidades – de paradigmas e de lugares concretos e imaginários para a vida dos sujeitos e da cidade.” (idem, p.165)

Em consonância com os pressupostos da saúde pública, a saúde mental no Brasil tem desenvolvido ações no território, em geral, através dos programas de saúde da família, do trabalho dos agentes comunitários de saúde além de outras ações que visam maior aproximação com a vida cotidiana das pessoas. Não fossem os argumentos que justificam tais ações, poderíamos pensar que elas exercem uma biopolítica aos moldes do período descrito por Foucault (2009 [1979]) sobre o nascimento da medicina social de que

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é

uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (idem, p.80)

Para Foucault (2009[1979]), as cidades, reguladas pela medicina urbana, especialmente na França, passaram a ser objetos de organização, através de um poder único e regulamentado. A medicina urbana, segundo o autor, “não é verdadeiramente uma medicina dos homens, dos corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e dos meios de existências” (idem, p.92). Conclui o autor que a medicina moderna é uma medicina do corpo social.

Na discussão que faz sobre as cidades brasileiras, mais especificamente o Rio de Janeiro, Baptista (1999) diz que os médicos sanitaristas ocuparam um lugar importante na organização das cidades, transformando-as em seus objetos de ação. Mas como diz o autor, num argumento bastante atual: “o saber médico não agiu sobre os corpos, sujeitos, espaços, ou psiquismos e, sim, por meio de seus enunciados, os produziu.” (idem, p.121)

Dentre os autores que discutiram a cidade e o contexto reforma psiquiátrica brasileira destaco os trabalhos de Baptista (1999 e 2009), Dalmolin (2006) e Scarcelli (2011), que retomam a parte histórica da construção das cidades e suas relações com a saúde mental.

As cidades, onde tais saberes são constituídos e fortalecidos tem várias dimensões e também são compostas por suas micropolíticas. A partir da perspectiva da biomedicina, da gestão e execução das políticas públicas, são vistas como um espaço a ser esquadrinhado, ou melhor, para utilizar os termos atuais, “cobertos”, no intuito de organizá-la e higienizá-la para que não seja fonte de “doenças”. Tal perspectiva macro, ampla, tende a se distanciar das particularidades e peculiaridades das cidades.

A partir do ponto de vista dos sujeitos que transitam pelas cidades e nelas vivem suas experiências, a perspectiva é outra. A visão é também ampliada, porém no sentido de que ela não se reduz às normativas desta ou daquela política, mas percorre um itinerário mais fluido, com atenção a detalhes sutis. Como apresentou Baptista (1999, p.117):

destaco a relevância das pequenas invenções tecidas na cotidianidade como práticas

micropolíticas; micro não no sentido de menor, mas indicando uma outra dimensão da luta política; a micropolítica dá-se num campo de forças onde insurgem fatos menores, banais, questões desprezíveis, desacomodando idéias ou modelos alheios ao inacabamento e à contingência das práticas humanas.

Os níveis macro e micro das políticas são dialéticos, estão em relação, e é a partir deles que é possível entender os diferentes modos de organização das ações produzidas pelos mesmos. São as práticas micropolíticas que produzem as transformações macro políticas e vice versa.

Os serviços criados a partir do desenvolvimento da reforma psiquiátrica foram pensados dentro da organização das cidades, mas o êxito de suas ações de maior ou menor inserção e integração com as mesmas, depende das possibilidades micropolíticas que vão sendo constituídas na medida em que vão conseguindo abrir, mais ou menos, suas portas não apenas para que as pessoas tenham mais facilitado o acesso aos mesmos, mas, sobretudo, pela oportunidade que, de dentro deles, as pessoas possam ocupar as cidades.

É um movimento complexo esse de ampliar as portas de saída e restringir as de entrada. Quase um impasse. A necessidade de garantir o acesso das pessoas aos serviços de saúde forçam a criação dos mesmos, por sua vez a ampliação cada vez maior dos mesmos pode representar a constituição de espaços exclusivos para a aceitação das diferenças. Esses aspectos foram discutidos por Ernesto Venturini (2009), em seu texto *A cidade dos outros*, quando argumentou que

Contudo, apesar da extrema privação que caracteriza a experiência da cidade nua, os clandestinos que moram nela adotam estratégias que podem ser reconduzidas a práticas de reinvenção do cotidiano. Isso tudo demonstra que as palavras podem reproduzir ideologias, mas os corpos das pessoas contam sempre a realidade. Todo discurso sobre os migrantes pode expressar abstração e mistificação, mas um corpo que se move na cidade exprime sempre a concretude das

necessidades e dos direitos.” (Venturini, 2009, p. 211)

Durante o trabalho de campo pude perceber vários aspectos relacionados à maior ou menor abertura das portas de entrada e saída de serviços de saúde mental. Quando fui visitar a ala psiquiátrica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt de Joinville, a enfermeira que me conduziu, portava um chaveiro que continha as chaves das portas pelas quais passaríamos. Antes de entrarmos na ala, ela me explicou que a porta por onde passaríamos era a porta de acesso dos trabalhadores. Os *experientes* entravam por outra porta. Ao passarmos pela porta de acesso à ala ela me explicou que todas as salas de atendimento têm duas portas, na mesma lógica da porta de entrada. Uma de acesso para os trabalhadores, outra de acesso para os *experientes*. Seguiu me explicando como funcionavam as portas e então me disse: “*é como uma rota de fuga. Se acontecer alguma coisa é só sair por aqui*”, num misto de explicação e também orientação para a visita que começava ali. O espaço da ala também era regulado por chaves. Eram elas que abriam, por exemplo, as portas que davam acesso ao pátio onde as pessoas podiam fumar e que não existiam nos quartos dos *experientes*.

Nos demais serviços que visitei as chaves eram usadas de outra maneira, cumpriam a função de delimitar espaços. Em geral, tanto na realidade brasileira como italiana, as chaves trancam os banheiros usados pelos trabalhadores dos serviços - também conhecido como *apartheid do banheiro*, mencionado anteriormente - e só estes tem acesso às mesmas, ou os visitantes. Com ou sem chaves, mas simbolicamente trancados, também são as salas dos trabalhadores e algumas vezes a cozinha dos locais.

Em um dos dias que conversei com André, um *experiente*, quando percebemos os demais participantes da atividade já tinham ido embora e, além de nós, só estavam no serviço as responsáveis pela limpeza e cozinha. Vendo que havíamos nos distraído com o horário durante nossa conversa, elas gentilmente nos ofereceram um café. Agradecemos e sentamos à mesa, quando André comentou: “*Que privilégio! É a primeira vez que tomo café na cozinha.*”

Os *experientes* costumam frequentar a cozinha como parte de suas atividades, como as oficinas de culinária por exemplo, mas na divisão dos espaços, demarcados por hierarquias, nos serviços de saúde mental que conheço, os *experientes* tomam café no refeitório e os

funcionários do mesmo na cozinha. Em um dos serviços substitutivos que visitei durante a pesquisa, na porta da cozinha tinha um cartaz onde estava escrito: “Proibida a entrada de pacientes.”

Em todas as cidades que visitei durante a pesquisa, tentava me orientar através de seus mapas geográficos, logo, através de meus encontros, ia conhecendo suas redes, tecidas pelas relações com as pessoas e seus movimentos. Não foram poucas minhas sensações de encantamento, desorientação e curiosidade diante dos lugares em que me vi transitando. Para Magnani (2008 [1996]):

a lógica do espaço urbano constitui, de fato, o resultado de regras e práticas que ordenam o comportamento de seus habitantes, nos diferentes âmbitos da vida social a que são chamados a desenvolver suas atividades. A rua, a praça, o ponto de encontro (...) são apenas os suportes materiais que dão às práticas sociais de determinados segmentos da população urbana, em diferentes momentos do tempo, condições de realizar-se. (idem, p.305)

Foi pelas cidades, estes espaços aos quais atribuímos sentido, que fui conhecendo não apenas suas redes, mas também as pessoas com quem convivia. No dia em que encontrei Augusto (*experiente*) em um evento cultural da cidade, ele me convidou para almoçar. Durante o almoço num restaurante no centro da cidade, Augusto me perguntou se gostava de caminhar e então me convidou para conhecer alguns lugares da cidade caminhando.

Eu, que até então fazia ainda os mesmos trajetos por não ter muita familiaridade com a cidade, fui conduzida por ele até uma feira típica da cidade, onde se come e bebe em bancas de lona armadas no meio da rua e depois até um museu de artes. No trajeto que durou algumas horas, além de conhecer a cidade, as particularidades de algumas ruas e locais, o conheci um pouco mais.

Seus movimentos pela cidade me davam pistas de como era sua cidade. Augusto, que tinha estado internado algumas vezes, frequentado serviços de saúde mental e que atualmente fazia tratamento ambulatorial, não parecia ter dificuldades de transitar pela cidade. Ao contrário, parecia ter a sensibilidade dos bons anfitriões, não apenas por

me apresentar a cidade, mas também porque enquanto andávamos até o restaurante me disse: *“quando a pessoa não tá na cidade dela, não conhece muita gente é meio complicado né?!?! tem que almoçar sozinha.”*

No final desse dia, fomos até uma feira de artesanato que acontecia na cidade (eu acredito que a intensa programação deste dia tenha a ver com a preocupação de Augusto de me acolher na sua cidade) e enquanto caminhávamos pelos corredores me disse: *“Tá te sentindo um peixe fora d’água? Tu não conhece ninguém, né?!”* Concordei, mesmo que minha sensação fosse de que aqueles movimentos estavam me conduzindo cada vez mais pra dentro “d’água” do trabalho de campo da pesquisa.

Além disso, a possibilidade de todos estes movimentos permite contrastar as possibilidades de circulação desencadeadas pelo processo da reforma psiquiátrica com as impossibilidades do confinamento às quais são submetidos os sujeitos quando internados no hospital psiquiátrico. Assim, dizer que as cidades foram impactadas pelas transformações desencadeadas pela reforma psiquiátrica brasileira, significa dizer que elas não criaram apenas novos espaços institucionais, mas sobretudo que abriram possibilidades de circulação, de construção de itinerários, terapêuticos ou não, enfim, espaços de construção e consolidação de cidadania.

Foi neste sentido que os movimentos, as “voltas” que demos pela cidade ultrapassaram muito meu mapa inicial, que ativado pela vida que nele acontecia, pareciam formar uma rede, pensada como esse conjunto de ações que fluem desta ou daquela maneira em diferentes espaços. A possibilidade de colocar nossos corpos em movimento, não apenas neste dia, mas durante todo trabalho de campo, foram conduzindo a construção do trabalho e de minhas reflexões.

A possibilidade de circulação pelas cidades é uma das consequências que o processo da reforma psiquiátrica desencadeou ativando movimentos diversos. É através destes movimentos que os sujeitos criam suas estratégias micropolíticas, aberturas, linhas de fuga (Deleuze e Guattari) e que vão constituindo modos de subjetivação capazes de subverter os saberes, poderes e fazeres instituídos hegemonicamente.

Se antes o destino dos experientes era o hospital psiquiátrico, que garantia a ordem na cidade, com as transformações na assistência

psiquiátrica, essa garantia de ordem foi ao menos ameaçada. As pessoas, fora dos hospitais psiquiátricos, podem constituir suas redes sociais, estabelecer vínculos, pois têm o trânsito garantido, não sem tensões.

O trânsito é tenso, não é possível ter dúvidas quanto a isso. Uma tensão discreta, que nem sempre se percebe explicitamente, mas que com um pouco de atenção fica evidente, nos olhares, nas expressões faciais (que se mesclam entre o julgamento e o preconceito) e também verbais além, é claro, do evitamento por parte das pessoas da cidade. “*É melhor não dizer nada, nem olhar...*” sussurraram entre si duas senhoras que estavam aguardando ônibus no mesmo ponto em que eu e Estela conversávamos e também aguardávamos ônibus. O comentário delas se referia ao fato de Estela ter se dirigido a elas fazendo um comentário sobre os carros que passavam, para elas inesperado e inusitado. Cabe dizer que Estela é uma mulher, negra, gorda, que não tem boa parte dos dentes e, além de seu tom de voz ser alto ela movimentava suas pernas involuntariamente. Além disso, como tem pouquíssimas condições financeiras suas roupas nem sempre estão em bom estado. Não questionei as senhoras sobre o comentário que elas haviam feito, mas é fácil deduzir que o estranhamento delas não era apenas com relação ao que Estela havia dito, mas ao que ela anunciava com seu corpo, sua cor, seu sexo, enfim, sua “loucura”.

Nas experiências que tive pelas cidades que andei, não pude perceber a “atitude blasé” apresentada por Georg Simmel (1979). Com esta expressão o autor se refere a um modo de se relacionar do sujeito metropolitano a partir de um certo embotamento que o impede de sentir-se implicado. Tal embotamento é resultante do grande volume de estímulos, característico da vida na metrópole.

Contrariando os argumentos deste autor, minhas experiências indicam que as pessoas, ainda que com reservas, se veem implicadas com os *experientes*. Isso se justificaria por alguns motivos como o fato de suas experiências indicarem a “loucura” possível de todo ser humano (especialmente na nossa sociedade que se quer feliz e sã), por refletirem ou mobilizarem sentimentos, emoções, afetos que cada um possui a respeito dos mesmos ou mais pragmaticamente, pelas diferenças que representam.

Em uma ocasião fui com alguns *experientes* conhecer a casa onde passaria a funcionar o serviço de saúde mental que frequentavam. Saímos todos juntos do serviço atual para pegarmos um ônibus

interurbano no ponto de ônibus mais próximo. No interior do ônibus nada além dos olhares, também comuns quando entram grupos conversando nos mesmos. Chegamos à frente da casa e os olhares que pareciam constranger alguns *experientes* eram os da moradora da casa do lado oposto da rua que num misto de indignação e muito preconceito nos olhava da janela de sua casa. Percebendo tal situação, um deles disse rindo: “*ihh agora eles viram que aqui vai ficar cheio de louco...*”

A trabalhadora que também acompanhava tal visita me contou das dificuldades de alugar casas para os serviços de saúde mental em função da vizinhança que na maior parte das vezes se opõe aos mesmos. Essa situação não é privilégio de uma cidade ou outra, mas parece ser uma dificuldade comum, que revela o caráter segregador da racionalidade herdeira do higienismo discutido por Foucault e comentado anteriormente.

Para ir e vir de alguns lugares, os *experientes* em geral pertencentes às classes populares, contam com o passe livre. Porém o passe livre implica numa marca que distingue tais pessoas das demais. Com o passe livre, em alguns ônibus não se sobe pela mesma porta dos demais e é preciso mostrá-lo ao motorista ou à pessoa que cobra a tarifa dentro dos ônibus. Ainda assim, ter o passe livre é poder transitar pelas cidades e também entre elas. Para possuir o passe livre é preciso estar vinculado a algum serviço de saúde, ou melhor, ter recebido algum diagnóstico de incapacidade.

Foi de ônibus que andei várias vezes pelas cidades em que estive e também foi neles que vivenciei algumas cenas bastante significativas para este trabalho. Elas revelavam não apenas as possíveis circulações, as relações que ali se estabeleciam e também se tornaram lugares a comporem narrativas. Foi cenário para muitas de minhas interlocuções. Para Magnani (2008[1996])

O cenário não é, nesta perspectiva [etnográfica], um conjunto de elementos físicos, nem deve sugerir a idéia de um palco que os atores encontram já montado para o desempenho de papéis. Aqui, é entendido como produto de práticas sociais anteriores e em constante diálogo com as atuais – favorecendo-as, dificultando-as e sendo continuamente transformados por ela. (idem, p. 37)

A primeira vez que fui visitar Daniel em sua casa, fui de ônibus. Ele havia me convidado e explicado um pouco como fazer para chegar lá, no entanto em um dos terminais de integração dos ônibus urbanos da cidade precisei esperar bastante tempo e, por isso, liguei para ele avisando que eu estava atrasada. Ele compreendeu o motivo do atraso, e surpreendeu-se mesmo foi com o fato de eu, psicóloga, estar andando de ônibus. Quando cheguei à sua casa quis saber se eu não tinha carro, e como tinha porque não usava.

Foi acompanhando Nilza que também andei muito de ônibus. Um dia fomos participar de uma oficina de artesanato da qual ela participava e para a qual havia me convidado. A programação daquele dia incluía o almoço na sua casa, e depois da oficina uma visita à casa de uma de suas tias que também participava da oficina e morava nas proximidades. Já na casa de Nilza, era possível perceber suas relações de vizinhança bem como a maneira com que transitava pelas ruas do bairro que, até onde pude perceber, ocorria tranquilamente.

Após o almoço, saímos para a oficina. No trajeto até lá, que deve ter durado uma hora e meia ela me contou boa parte de sua experiência, me mostrando onde já havia morado com seu ex-marido, onde havia trabalhado por muitos anos e também me mostrava os trajetos que havia feito em função da escola e cuidados com o filho. Suas narrativas eram performáticas, e seu tom alto de voz fazia com que outros passageiros participassem de nossa conversa, o que não a incomodava. Numa de suas contações, levantou do banco, colocou as mãos na cintura, deu uma olhada ao redor e disse: *“aí eu perguntei pra ela (se referindo a uma médica) tu tem diploma de médica ou de burro?”*. E começou a rir, como eu e todas as demais pessoas que, no ônibus, participavam da conversa.

A dinâmica das cidades diz também de suas histórias, suas memórias e suas culturas. Além disso, os movimentos das pessoas são marcados por estes aspectos e que vão constituindo outras cidades possíveis; essas cidades que as pessoas vão articulando através de suas estratégias de vivência, convivência e também sobrevivência. Assim me pareceu o caso de Barbacena, a “cidade dos loucos”.

Na cidade de Barbacena a presença dos “loucos” não se faz apenas pela materialidade dos seus corpos, mas sobretudo pelos discursos que sobre eles se produzem. Durante o tempo que estive lá,

sempre que me perguntavam sobre os motivos de minha visita a cidade eu explicava e logo após ouvia algum comentário ou história sobre a “loucura” na cidade. Estando ou não de acordo com as mudanças produzidas pelo processo da reforma psiquiátrica, sempre haviam histórias a serem contadas seja sobre aquelas pessoas que andavam vestidas de azul (as roupas do hospital) ou das que moram nas “casinhas” (atuais serviços residenciais terapêuticos).

No tempo em que estive lá fui visitar três dessas “casinhas” e suas moradoras e moradores, em geral, pessoas com história de longas internações. Longas, para que fique claro, significa dizer que a média de internação das pessoas era superior a vinte anos. As casas estão localizadas em diferentes regiões da cidade, em geral, são alugadas pelo poder público. Nelas trabalham as “cuidadoras” (não conheci nenhum cuidador) que permanecem nas casas por turnos, além dos profissionais de nível superior (psicólogas e assistentes sociais) que orientam e dão suporte às mesmas.

O trânsito entre “casinhas” e a rua é tranquilo e garantido. Como moram em grupo, quando alguém vai sair avisa as demais. Aquelas pessoas que não conseguem andar sozinhas, saem acompanhadas das cuidadoras. Também saem em grupo.

No final da visita a uma das casas, uma das moradoras me acompanhou até o ponto de ônibus mais próximo, para me explicar como devia fazer para chegar ao centro da cidade. No trajeto da sua casa até ali, pude perceber como se relacionava com seus vizinhos, numa relação de cordialidade. Assim também ocorreu nas outras casas, quando pude perceber a relação estabelecida com a cidade. Em uma das casas que visitei, por exemplo, as moradoras chamaram o taxista que sempre as conduz para que eu fosse embora, demonstrando a integração das mesmas com os serviços oferecidos no bairro onde moravam.

Também visitei outros interlocutores em suas casas, sempre a partir do convite dos mesmos. Na cidade de Torino fui visitar dois apartamentos que faziam parte do Projeto Casas com Suporte, como apresentado anteriormente. Uma delas onde morava um homem jovem, sozinho e outra onde moravam duas mulheres, das quais conheci apenas uma, pois a outra estava trabalhando quando fui visitá-las.

Tais visitas foram importantes para poder perceber alguns aspectos de suas relações com a cidade, em especial, nos seus lugares de moradia. Como apresentou Venturini, em *A cidade dos Outros*, “na

esfera local – no espaço físico dos lugares onde moramos, vivemos, que atravessamos – se aninham processos e fenômenos que podem dizer muito sobre a realidade global do mundo.” (2009, p.204)

Entendo que essas relações estabelecidas na e com a rua, ou melhor, na cidade são possibilitadas por uma lógica capaz de escapar aos saberes, poderes e fazeres, pois são constituídas pelas estratégias micropolíticas dos sujeitos que as constroem, sempre de forma dialética com a dimensão macro, como foi discutido aqui.



## QUINTO CAPÍTULO - PROCESSOS, MODELOS, LÓGICAS: DESINSTITUCIONALIZAÇÕES

Este último capítulo tem o objetivo de apresentar e discutir os processos, modelos e lógicas presentes nos processos de desinstitucionalização, que pode ser entendido como o projeto político do processo de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

Além disso, busca analisar criticamente como tais processos estão permeados por modelos interpretativos, lógicas e desejos, que são atualizados e tensionados pelos sujeitos.

Como seção final do mesmo, discuto a importância da relativização da doença mental como uma entidade universal e analiso como em torno dela se articulam modelos, práticas, discursos e experiências que constituem sujeitos e são por eles constituídas.

### 5.1. Os processos de desinstitucionalização

Em outras palavras, os psiquiatras italianos (...) trabalham sobre a hipótese que o mal obscuro da psiquiatria esteja em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência complexa dos pacientes e do corpo da sociedade. Sobre esta separação artificial foi construído um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (a instituição em si) todos referentes à doença. É esse conjunto que ocorre desmontar (desinstitucionalizar) (...).<sup>90</sup> (Rotelli, 1986, p.26)

Como dito anteriormente, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil vem se desenvolvendo, marcado por embates, avanços e retrocessos. Sob forte influência da experiência italiana, prevê a

---

<sup>90</sup> In altre parole, gli psichiatri italiani (...) lavorano sull'ipotesi che il male oscuro della psichiatria stia nell'aver separato un oggetto fittizio, la malattia, dalla esistenza complessiva dei pazienti e del corpo della società. Su questa separazione artificiale si è costruito un insieme di apparati scientifici, legislativi, amministrativi (l'istituzione, appunto) tutti riferiti alla malattia. È questo insieme che occorre smontare (deistituzionalizzare)(...) (Rotelli, 1986, p.26)

reformulação de saberes e fazeres, e também poderes, que compõem o campo da assistência psiquiátrica. Este processo vem ocorrendo de forma heterogênea, plural e até mesmo contraditória em todo o país, como tem apontado alguns estudos como os de Wetzel (2005), Fonseca et al (2007), dentre outros.

O conceito de desinstitucionalização que tem fundamentado este processo toma como objeto a instituição e a loucura, em seus diferentes aspectos. Tal como apresentam Rotelli, Leonardis e Mauri (2001a, p. 29), a desinstitucionalização seria “um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema”. Para estes autores, a instituição asilar se constituiu a partir da separação artificial que a psiquiatria instituiu entre a existência complexa e concreta das pessoas daquilo que seria seu objeto fictício: a doença, e que, por este motivo, se trata de desinstitucionalizar a doença como experiência que não é separável da existência. Argumentam:

Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se “a existência - sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001a, p. 30)

Para Foucault (2009 [1979]) a crise da psiquiatria e as propostas “das antipsiquiatrias”, como ele mesmo denominou, teriam sido inauguradas pela evidência de que eram os médicos (ele cita Charcot e Pasteur) que construíam as doenças e que, por isso, tal crise se referia, sobretudo, ao poder do médico. Segundo ele: “Todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder; são tentativas de deslocar a relação, mascará-la, eliminá-la, anulá-la.” (idem, p.124)

Rotelli (2001) sugere operar, dentro do processo de desinstitucionalização, com dois conceitos: o de “instituição negada”, como sendo “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença” (idem, p.90); e o conceito de

“instituição inventada”, aquela que vai atender os objetivos da superação daquela negada, tendo por base a “existência sofrimento de um corpo em relação ao corpo social”. (ibidem, p.91) Importante destacar que o autor toma como objetivo maior deste processo a desinstitucionalização da loucura, a partir da qual ele deveria ser desencadeado. A expressão instituição negada foi cunhada por Franco Basaglia, e desenvolvido em seu livro de mesmo nome, onde descreve e reflete sobre a prática anti-institucional realizada em Gorizia.

Os argumentos de Basaglia et all.(1994) quanto às práticas anti-institucionais diziam respeito à ideia de que o processo de desinstitucionalização não deveria se transformar em uma nova proposta, um novo modelo, como pode ser percebido em seu comentário sobre a experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia. Para eles

A substituição de um modelo de referência esquemático por algo que não se limite a ser um não modelo, mas que queira ter em si a possibilidade de por-se como antimodelo, capaz de destituir a possibilidade de acomodar-se em novos esquemas de referência, contrapostos aos tradicionais. (idem, p.11)

Alguns autores foram importantes para as reflexões que inspiraram a reforma italiana. Dentre eles Erving Goffman (2001 [1961]) que em seu estudo desenvolvido em um hospital psiquiátrico, apresentado em *Manicômios, prisões e conventos*, mostrou como no interior da instituição psiquiátrica com características de instituição total, o indivíduo vai sofrendo processos de mortificação de seu eu, consequência da dinâmica própria deste tipo de instituição. Tais instituições, segundo o autor, têm em comum: o fechamento da instituição em si mesma e, pragmaticamente, serem grandes espaços fechados e isolados; serem lugares onde não há possibilidade para a individualidade, uma vez que as rotinas de vida diária são coletivas e feitas sob constante supervisão; onde o apagamento do sujeito ocorre na mesma medida em que este vai perdendo o contato com o mundo social e os papéis desempenhados neste. Tal como apontado pelo autor, além dos hospitais psiquiátricos, outras instituições como as prisões, campos de concentração dentre outras, poderiam ser consideradas instituições totais com graus maiores ou menores de “fechamento”.

Também Foucault (1997 [1972]) se dedicou ao estudo de como os saberes relacionados à loucura e seus espaços de reclusão foram historicamente criando as possibilidades para que a psiquiatria fosse se apropriando da loucura como seu objeto por excelência. Em *História da Loucura* o autor demonstra o caráter culturalmente construído daquilo que passou a ser entendido como loucura e, na racionalidade biomédica, doença mental. A ideia da constituição de uma doença mental que deva ser submetida ao tratamento (físico e moral) é o que fundamenta toda uma série de práticas que constituem os “asilos”, segundo aponta Foucault. Nesta obra o autor aborda como a loucura foi tratada ao longo de diferentes períodos históricos e dos inúmeros desdobramentos que tais diferenças de entendimento desencadearam [e ainda desencadeiam].

Tomando o processo de desinstitucionalização do sofrimento de pessoas que em algum momento, por razões as mais diversas, foram capturadas pelo saber/poder psiquiátrico (Foucault, 2006), faz supor que para pensar a desinstitucionalização seria necessário desinstitucionalizar a própria psiquiatria, enquanto campo de conhecimento homogêneo, tido como dominante e instituidor de práticas.

A psiquiatria tradicional como alguns autores tem tratado, teria que ser substituída por um saber mais relativizante, instaurador de mais questões do que respostas, tal como sugeriram Basaglia et al (1994), a psiquiatria como “uma anti-ciência (se por ciência se entende uma ideologia que se encontra sempre a confirmar os valores da classe dominante)” (idem, p.12).

Basaglia (1985 [1969]) colocou tal questão nos seguintes termos:

A despsiquiatrização é, até certo ponto, o nosso *leitmotiv*. É a tentativa de colocar entre parênteses todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido. Para começar é necessário negar tudo que está à nossa volta: a doença, o nosso mandato social, a nossa função. (idem, p.29)

A ideia de que é possível um movimento contrário à psiquiatria tradicional é herdeira da antipsiquiatria, liderada por Laing e Cooper na Inglaterra durante a década de 60. Tais autores fizeram a crítica ao saber médico-psiquiátrico enquanto saber tutelar e evidenciaram a ineficácia deste saber para o tratamento, em especial, da esquizofrenia. A crítica

feita pela antipsiquiatria é posta, sobretudo, sobre a forma pela qual o saber psiquiátrico percebe a loucura e introduz neste campo a ideia de que a loucura é uma manifestação ante o mundo e, por isso, não deve ser tratada quimicamente, mas sim em processos de transformação social. Para Cooper (1989, p.32): “As definições de saúde mental propostas pelos especialistas usualmente correspondem à noção de conformismo a um conjunto de normas sociais mais ou menos arbitrariamente pressupostas (...)”.

Para Foucault (2009[1979]): “No fundo, o conjunto da psiquiatria moderna é atravessado pela antipsiquiatria, se por isto se entende tudo aquilo que recoloca em questão o papel do psiquiatra, antigamente encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar.” (idem, p.124)

Esta é uma questão importante no processo de desinstitucionalização, visto que, no contexto brasileiro da reforma psiquiátrica, é possível perceber que a ênfase do movimento que deu origem ao processo se localizou mais na crítica ao espaço do hospital psiquiátrico (cujas razões pragmáticas a justificam), ficando a crítica aos poderes e saberes instituídos colocadas em segundo plano.

No contexto atual da reforma psiquiátrica brasileira, a figura do psiquiatra é central tanto na organização e funcionamento dos serviços substitutivos como nas relações existentes nos mesmos. Além da “figura” deste profissional ser central, o saber instituído pela disciplina também aparece como dominante nas práticas dos serviços e nas relações ali estabelecidas. Em alguns serviços, para dar um exemplo simples, o psiquiatra é chamado de “doutor”, como qualquer outro médico, ainda que não seja portador de tal titulação, à diferença do restante da equipe, mostrando um dos aspectos da hierarquia presente nos mesmos.

Conversando com alguns trabalhadores italianos fiquei sabendo que no contexto da reforma psiquiátrica italiana os serviços de saúde mental são dirigidos, em sua maioria, por profissionais psiquiatras. Isso não é uma exigência da lei e formalmente não aparece nos discursos oficiais, mas segundo as pessoas com quem conversei, é uma realidade. Nos serviços que pude visitar, todos eram coordenados por psiquiatras, incluindo os diretores dos Departamentos de Saúde Mental.

Na realidade brasileira é possível perceber alguns aspectos desta centralidade. A coordenação nacional de saúde mental do país, por

exemplo, sempre esteve a cargo de médicos psiquiatras. Além disso, nos serviços de saúde mental o profissional psiquiatra, junto com os da enfermagem são exigências normativas e, com raras exceções, não se concebe um tratamento de saúde mental sem psiquiatras.

Entre suas reflexões, Mateus, um *experiente* que tem um espírito crítico aguçado e costuma participar de espaços políticos relacionados à saúde mental, em uma de nossas conversas apontou tal aspecto quando me contou sobre a hierarquia que percebeu em um dos serviços de saúde mental que frequentou. Disse ele:

*“(...) eu encontrei a minha terapeuta ocupacional na conferência estadual aí ela falou assim: “eu sempre desconfiei que você era bipolar mas eu não podia falar porque eu não era a médica, eu não era a psiquiatra então eu... eu... eu fiquei assim”. Então qual que é o valor de um CAPS, se as pessoas que tão convivendo com você não podem dar uma opinião. Inclusive agora ela tá estudando para o vestibular de medicina porque ela quer se tornar uma psiquiatra. (...) mas é... não adianta fazer as terapias, fazer as coisas e deixar tudo na mão do médico. Se ela desconfiava porque que ela não falou?”* (Fragmento do Diário de Campo)

Cabe aqui uma reflexão sobre tal realidade e a centralidade do profissional psiquiatra na mesma. Sabemos que os processos de reforma foram liderados por profissionais psiquiatras ainda que para além das pessoas renomadas tenha existido um grande número de pessoas que pensavam e colocavam tais ideias em prática, bem como inventavam novas maneiras de lidar com os outros, os “loucos”.

Um ponto interessante parece ser a reflexão sobre como tais mudanças foram tornadas possíveis. A questão seria: elas só foram possíveis porque de dentro de um sistema de poder (a biomedicina) outro sistema de poder (a psiquiatria) emergiu com novas questões ou se um conjunto maior de saberes e práticas “menores”, somadas às transformações culturais e históricas possibilitaram as mesmas?

Tal como a reforma italiana, no Brasil a crítica radical foi posta sobre o local de tratamento, ou seja, sobre os manicômios e serviços de saúde mental de caráter asilar, o que muitas vezes confundiu o processo de desinstitucionalização com o processo de desospitalização ficando o primeiro, na maioria das vezes, reduzido ao segundo. Parece evidente que o questionamento deste lugar (o manicômio) implicou no questionamento dos saberes (éticos, estéticos, políticos, dentre outros)

que ele representa e configura e, tal como entendido na perspectiva italiana, era a partir desse lugar que a desinstitucionalização desmontaria todo o seu aparato.

No contexto do estado de Santa Catarina, como descrito anteriormente, em que ainda existem quatro hospitais psiquiátricos que no ano de 2010 somavam 602 leitos, o processo de desinstitucionalização encontra-se marcado pela desospitalização das pessoas que moram nestes hospitais, ainda que se reconheça dificuldades de todo tipo para o processo mais amplo de desinstitucionalização.

Como apresentado no segundo capítulo, as discussões do Grupo de Desinstitucionalização do estado de Santa Catarina estiveram voltadas inicialmente para a construção de um trabalho de pesquisa que avaliaria as possibilidades dos moradores do Centro de Convivência Santana, de participar de um processo de desinstitucionalização.

No entanto, no ano de 2007, o grupo foi informado de que a direção do Instituto de Psiquiatria, do qual o Centro de Convivência Santana faz parte, havia resolvido conduzir internamente tal avaliação tendo designado uma comissão interna de desinstitucionalização, formada por alguns de seus trabalhadores. Diante disso o Grupo de Desinstitucionalização deliberou que participaria do processo interno do Instituto de Psiquiatria através do representante do Departamento de Saúde Pública da UFSC, Prof. Dr. Walter Oliveira, participante do Grupo de Desinstitucionalização. Tanto a decisão da diretoria daquele hospital, de conduzir internamente este processo, como a própria condução do mesmo, mostram aspectos interessantes para pensar o processo de desinstitucionalização no estado de Santa Catarina.

Conforme apresentação dos resultados feita pela Comissão Interna de Desinstitucionalização do Instituto de Psiquiatria, os instrumentos de avaliação dos moradores foram aplicados junto aos “informantes qualificados”, entendidos pela comissão interna como as pessoas que trabalham com aquelas a serem desinstitucionalizadas. Além disso, como os internos estão sob a tutela do Estado, que é representado pelo diretor daquele hospital, a decisão pela participação ou não na pesquisa foi autorizada por este, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme consta no relatório final da pesquisa.

Outro fato é bastante significativo neste sentido. Durante o seminário organizado pelo Instituto de Psiquiatria para apresentação dos dados do Censo e sensibilização dos gestores dos municípios de origem de algumas pessoas internadas do Centro de Convivência Colônia Santana a serem desinstitucionalizadas, houve um momento em que os responsáveis pelo seminário (trabalhadores do Instituto de Psiquiatria) se reuniam com os gestores, em salas reservadas, para apresentar as pessoas a serem desinstitucionalizadas. Pude participar em uma dessas salas e acompanhar a apresentação da história de cada uma das pessoas, bem como ver seus rostos, uma vez que concomitantemente à apresentação também era mostrada a fotografia das mesmas.

Em determinado momento, uma das fotos mostrava uma mulher deitada numa cama, com suas mãos seguradas pelas mãos de outra pessoa. Enquanto relatava a história da mulher, a trabalhadora que apresentava as fotos fez o seguinte comentário: *“tive que fazer várias fotos porque ela não deixava.”* Talvez por isso tenham lhe segurado as mãos e contrariando sua vontade, feito a foto.

Além deste episódio da foto, outro comentário feito neste momento do seminário por uma trabalhadora enquanto apresentava as pessoas faz pensar no lugar do manicômio como aquele lugar para onde vão as pessoas que perderam a condição de sujeitos e a própria vida. Disse ela: *“tem paciente que não tem histórico de saúde mental, que sequer usa medicação. Foi abandonado.”*

As tratativas da vida das pessoas apresentadas naquele momento do seminário, institucionalizadas por razões diversas, me pareciam com o que citou Agamben, quanto ao habitante do campo de Primo Levi, como aquele

que não faz mais parte de maneira alguma do mundo dos homens, nem mesmo daquele, ameaçado e precário, dos habitantes do campo, que o esqueceram desde o início. Mudo e absolutamente só, ele passou para um outro mundo, sem memória nem comiseração.” (Agamben, 2002, p. 190)

Desprovidas de possibilidades e atravessadas por uma política que as desinvestia da condição de sujeitos, as pessoas se apresentavam

como registro de resistência à institucionalização e mostravam a urgência dos processos de desinstitucionalização.

No livro *Beyond the wall / Oltre i muri*, (Toresini e Mezzina, 2010), os autores apresentam as experiências de desinstitucionalização no contexto europeu, mostrando as possibilidades de criação de práticas voltadas para a vida na sua totalidade e que mantenham os direitos das pessoas com algum mal estar psíquico valorizando suas experiências para além da “doença”. As experiências apresentadas mostram como cada país tem enfrentado seus processos de desinstitucionalização e alguns desafios a serem enfrentados como: a manutenção da lógica manicomial que perdura apesar da criação de novos serviços, a reificação do lugar do “doente mental” e o pouco reconhecimento das contradições presentes nas instituições.

Basaglia (1997 [1967]) havia alertado sobre a necessidade de desinstitucionalização, argumentando que:

O “mau” doente, cuja tutela deveria ser reservada a um sistema carcerário, corre o risco de tornar-se um “bom” doente que se tenta reintegrar – através de novas estruturas terapêuticas – à sociedade, porém conservando intacto o sistema de privilégios, prevaricações, medos e preconceitos que as caracterizam. Isto, mediante um complexo de instituições que continuam a preservá-las e garanti-las da diversidade que a doença mental ainda representa.”<sup>91</sup> (idem, p.22)

A partir deste alerta de Franco Basaglia, a desinstitucionalização se ampliaria assim para os mais diferentes âmbitos, para além das instituições asilares e se situaria no contexto mais amplo da reforma psiquiátrica que ao avançar em seu processo, de alguma maneira institui

---

<sup>91</sup> “Il “cattivo” malato, la cui tutela doveva essere affidata ad un sistema carcerario, rischia di diventare il “buon” malato che si tenta di reintegrare – attraverso nuove strutture terapeutiche – alla società, conservando però intatto il sistema di privilegi, prevaricazione, paure e pregiudizii che le caratterizzano. Ciò, mediante un complesso di istituzioni che continui a preservarla e a garantirla dalla diversità che la malattia mentale tuttora rappresenta.” (idem, p.22)

novos modos de subjetivar a experiência do sofrimento mental, diluindo e disseminando outras maneiras de lidar com a loucura que parece manter, nos dias de hoje, características prescritivas e normativas. Esta dimensão da desinstitucionalização trata-se de tarefa difícil como apontaram Fonseca et al (2007, p.42 e 43):

Tendo em mente, na atualidade, a espetacular implosão dos hospícios e com ela o arruinamento da tecnologia psiquiátrica que lhe deu sustentação, verificamos, entretanto, quão difíceis se fazem os caminhos da desinstitucionalização da loucura. Hoje, sabemos – e de sobra - que a sociedade sem manicômios proposta encontra seus maiores entraves no manicômio - prisão do pensamento e da vida, manicômio mental [Pelbart] que resiste a promover movimentos no sentido da inclusão social dos loucos, agora libertos, por lei, dos muros da cidade manicomial.

Se tomarmos esta tarefa, a desconstrução do “manicômio mental”, como o eixo central do processo de desinstitucionalização estaremos frente aquela que é uma das questões norteadoras de todo este processo, qual seja, a forma como as sociedades ocidentais modernas concebem a loucura. Em seu texto sobre o manicômio mental, Pelbart (1990) sugere que não basta acolher os loucos ou relativizar a loucura se a desrazão permanecer confinada, argumentando que

Trata-se de saber primeiramente se faremos com os loucos aquilo que já se fez com homossexuais, índios, crianças ou outras minorias – ou seja, definir-lhes uma identidade, atribuir-lhes um lugar, direitos e reconhecimento, até mesmo privilégios - mas ao mesmo tempo torná-los inofensivos, esvaziando seu potencial de desterritorialização.(idem, p.132)

Trata-se de questionar como os diferentes saberes se inscrevem na vida de inúmeras pessoas que, estando ou não em instituições asilares, se institucionalizam, nas práticas de saúde, na

hipermedicalização de suas vidas e em tantos outros processos que dominam os modos de subjetivar na contemporaneidade.

Penso que alguns acontecimentos, especialmente os apresentados aqui, permitem perceber a vida dos sujeitos envolvidos neste processo como *Zoé*, como apresentou Agamben (2002), em o *Homo Sacer e a Vida Nua*. Referindo-se à concepção dos gregos da vida como *Zoé*, simples fato de viver comum a todos os seres vivos e não conjugada com *bíos*, que seria a maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo, o autor discute a vida investida ou desinvestida de possibilidades. Usa em seus argumentos a ideia de Vida Nua, ou seja, a vida atravessada pela política e destituída de qualificação. Discutindo tais argumentos, Pelbart comenta

Quando é designada pelos poderes como vida nua, desprovida de toda qualificação que a viria proteger, a vida não tem escolha, para resistir, senão pensar-se para além do julgamento e da autoridade que a condenam, como potência se autorizando a si mesma, recusando toda autoridade. (2003, p. 67)

Maluf (2011c), contrapondo os discursos das políticas públicas, que estariam ligados a *Zoé* (dimensão da vida física), com os discursos dos sujeitos e suas experiências sociais, que estaria ligado a *bíos* (dimensão do vivido), argumenta

Um discurso centrado no “ciclo da vida” (universalizado e reduzido às etapas biológicas do corpo físico, tal como construído no discurso científico moderno), outro centrado no “curso da vida” (os eventos, experiências, afetos, relações, etc., vividos no decorrer da vida). (idem, p. 12)

Discursos que se distanciam ao mesmo que se aproximam, especialmente através da vida dos sujeitos, inclusive aqueles que ainda se mantêm internados nos hospitais psiquiátricos, que precisam lançar mão de inúmeras estratégias de resistência. Tais discursos, biológico e biográfico (Maluf, 2011c) apontam para a complexidade dos processos de desinstitucionalização.

Do ponto de vista de meus interlocutores penso que, ao menos para alguns, as dimensões dos processos de desinstitucionalização são bastante visíveis. Além disso, o processo de reforma psiquiátrica para alguns significa a ampla participação em espaços políticos e públicos onde podem fazer uso da palavra e expressar seus desejos. No entanto, tais espaços nem sempre garantem o *desinvestimento* da roupa de louco, uma vez que ainda que possam ocupar determinados espaços por vezes tal protagonismo não é ativado pelos mesmos.

Uma das experiências que pude compartilhar durante o trabalho de campo foi o trabalho de desinstitucionalização desenvolvido por Daniel, um *experiente*. Ele, que costumava participar ativamente dos espaços políticos coletivos e também individuais da reforma psiquiátrica resolveu, através de sua experiência pessoal, divulgar os serviços de saúde mental da cidade nos ônibus interurbanos da mesma, com o objetivo óbvio de divulgação, mas também na tentativa de romper com a imagem socialmente construída do louco, como perigoso e incapaz. Em uma das reuniões em que participávamos, ele disse: *“eu vou seguir falando, vou seguir trabalhando... eu faço isso pelas 45.000 pessoas que ainda estão no manicômio.”*

A questão que diversos autores têm se colocado atualmente, depois de alguns anos de experiência de “desinstitucionalização”, é se o processo de desinstitucionalização não fez senão criar outras formas de institucionalizar as experiências, as loucuras e suas supostas terapêuticas e se, no limite, não seria necessário pensar se nossa sociedade, tal como é organizada, suportaria tais experiências sem instituí-las desta ou daquela maneira. Não seria o caso de suportar a angústia da não institucionalização?

Durante o período em que estive na Itália, conversei com duas pessoas que trouxeram a tona o princípio da anti-institucionalização que estaria presente nos pressupostos da psiquiatria democrática italiana. Uma delas, coordenadora de uma cooperativa social fundada na época do fechamento do hospital psiquiátrico de Collegno, cidade vizinha a Torino. Ela me contou que a cooperativa tinha sido fundada por pessoas que haviam feito um curso de preparação para ajudar as pessoas que saíam daquele hospital e disse que, à diferença das cooperativas atuais, naquela época a cooperativa priorizava em seu corpo de cooperados, pessoas que não fossem da área psi ou biomédica, mas que fossem

“leigas”, entendendo que assim as práticas desenvolvidas pela cooperativa corriam menos risco de se institucionalizarem.

A outra conversa foi com o diretor de um departamento de saúde mental da cidade de Torino que, avaliando as ações desenvolvidas no mesmo, disse que apesar das demandas por novos serviços de saúde mental por parte dos profissionais e também da população, acreditava que deveria trabalhar no sentido de diminuir o número de serviços de saúde mental, pois assim estaria trabalhando na perspectiva da desinstitucionalização. Para não incorrer no risco da privatização, a diminuição dos serviços não deveria estar limitada ao setor público, mas também e sobretudo ao setor privado.

Penso que os processos de desinstitucionalização não ocorrem apenas a partir de iniciativas institucionais - ainda que elas sejam importantes - mas que são também construídas pelas experiências dos sujeitos que são capazes de instituir novos modos de se relacionar consigo, com outros e também com as instituições. Como disse Amarante (2009, p. XX): “ a desinstitucionalização (...) é, acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.”

Em seu texto sobre o manicômio mental<sup>92</sup>, Pelbart (1990) também atentou para estas questões, questionando se o próprio lema “Por uma sociedade sem manicômio” não teria um caráter asséptico, em que os loucos livres do manicômio passariam a ser acolhidos, desde que abolidas suas diferenças. Pergunta o autor: “Não estaremos, através de uma tecnologia soft, baseada na brandura e na diluição, domesticando a fera que os habita e nos livrando da estranheza que eles transmitem?” (idem, p.133)

Outros autores como Dimenstein e Alverga (2005) também reconheceram que as dificuldades na implantação da reforma psiquiátrica brasileira estão mais ligadas ao âmbito da produção da subjetividade do que a fatores administrativos, organizacionais ou financeiros e alegam que ela não se

---

<sup>92</sup> Pelbart (1990) discute o manicômio mental como o aprisionamento da desrazão pelo pensamento calcado na racionalidade vigente.

restringe à humanização das relações com os portadores de sofrimento mental ou modernização tecnocientífica dos serviços, mas diz respeito à construção de um novo lugar social para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença, ou seja, pensar a loucura como radicalização da diferença. (idem, p. 52)

Penso que a reforma psiquiátrica, através de seus processos de desinstitucionalização, desencadeou uma série de agenciamentos das pessoas com algo que eu denominaria como um regime de subjetivação psiquiatrizante que perdura na reforma e nos modos de perceber o mundo e a si mesmo. Ainda assim, penso que em alguns momentos se tangencia esse modo, escapando de sua totalização.

Tal regime parece ser acionado especialmente quando o sofrimento emerge na existência do sujeito e, através da razão psiquiátrica se transforma em doença mental, institucionalizando experiências singulares que, como veremos a seguir, atualiza-se através de lógicas e desejos nos diferentes tempos e espaços no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

Tal como percebi em boa parte do trabalho de campo as complexas relações de poder presentes neste contexto estão permeadas por lógicas e desejos que, de diferentes maneiras, atualizam o manicômio nos dias de hoje, como será discutido na próxima seção.

## **5.2. Lógicas, desejos: atualizações do manicômio**

Quando cheguei para a Conferência Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina uma das faixas colocadas nas escadas do prédio tinha a seguinte inscrição: “Não ao capsômio”, numa referência à expressão que circula entre alguns usuários e trabalhadores e que alerta para o fato de que nos serviços substitutivos ao manicômio (hospital psiquiátrico) se reproduzem práticas manicomiais.

“São antigas práticas, com novas roupagens”, é expressão corrente nas avaliações sobre alguns serviços substitutivos, bem como em encontros de militantes da luta antimanicomial e congressos científicos, que geralmente se baseiam no argumento de que o complexo processo de desinstitucionalização, reduzido a mera e simples

desospitalização, teria contribuído para a construção de novos serviços que reproduziriam a lógica manicomial.

Franca Basaglia (1997) já tinha feito este alerta quando o movimento da reforma psiquiátrica italiana começou, dizendo que “se junto ao desmantelamento dos velhos hospitais, não nos limitarmos a organizar simples serviços ambulatoriais (como sempre ocorreu).<sup>93</sup>” (idem, p.9). Amarante, no conjunto de suas obras, também o fez sobre a realidade brasileira, numa preocupação evidente com os rumos que as transformações poderiam tomar caso o processo de reforma fosse reduzido à simples desospitalização ou criação de novos serviços que funcionassem na mesma lógica dos hospitais psiquiátricos.

No texto em que discutem como o desejo atravessa a luta antimanicomial, Leila Machado e Maria Cristina Lavrador (2002) sugerem que é preciso problematizar como e para quem ele funciona em seus agenciamentos. Para elas os desejos de manicômio

se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele. (Machado e Lavrador 2002, p.2)

É nessa perspectiva que entendo a lógica manicomial como parte dos processos de desinstitucionalização. A ideia aqui é discutir a lógica manicomial como um dos atravessamentos desse campo tenso que é o da saúde mental e mais especificamente da reforma psiquiátrica brasileira. Como que tal lógica de apagamento, senão mortificação do sujeito, ganha espaços na realidade antimanicomial? Como os fragmentos do manicômio calcado na racionalidade asilar e no pressuposto de que a custódia e o isolamento são fundamentais para o

---

<sup>93</sup> “se insieme allo smantellamento dei vecchi ospedali, non ci si è limitati a organizzare semplici servizi ambulatoriali (come spesso è accaduto)” (idem, p.9)

tratamento da suposta “doença mental”, se anunciam nos (nem tão) novos serviços?

A realidade dos hospitais psiquiátricos foi descrita em inúmeras obras que retratam a realidade dos mesmos bem como as razões históricas, sociais, culturais e epistemológicas que os justificaram. Foram autores como Michel Foucault, Erving Goffman, Franco Basaglia, dentre outros, que discutiram extensamente tais aspectos, demonstrando como a realidade manicomial foi tornada possível num determinado contexto histórico assim como o foi a necessidade de superação da mesma. A violência, o abandono e terapêuticas muito semelhantes às práticas de tortura se justificavam através de teorias sobre a doença mental, criadas pela psiquiatria no intuito de adequar-se aos parâmetros da ciência médica, como discutiram tais autores.

A lógica manicomial, própria deste tipo de instituição, como sugere Goffman em *Manicômios, prisões e conventos*, representa um conjunto de concepções sobre a “loucura” e os “loucos”. O sujeito considerado sem razão, nesta lógica, é destituído das possibilidades de escolha, de vontade, enfim, da possibilidade de existir. Transformado, ou melhor, reduzido à sua “doença” passa a ser tratado como tal, através de técnicas consideradas eficientes para a “cura” da mesma. Tais técnicas se caracterizam pela violação de direitos básicos a qualquer ser “humano”, centram-se na medicação e isolamento e são devidamente justificadas pelas concepções que conformam a lógica da qual fazem parte.

Atualmente, os hospitais psiquiátricos existentes no Brasil, diante da legislação vigente e de inspeções realizadas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), vêm sofrendo transformações e adequações, nominadas comumente como “humanizadoras”, além da extinção progressiva (e demorada) dos seus leitos. Ainda assim, como foi dito anteriormente, a lógica e as características deste tipo de instituição se mantém, apesar das transformações.

Ainda que o hospital psiquiátrico seja o local privilegiado para o recrudescimento da lógica manicomial, sua presença pode ser reconhecida em outros espaços, com novas estratégias e talvez justificada por razões “humanamente” corretas, já que inseridas em outros contextos. Por isso me parece relevante entender a persistência de alianças entre novos espaços de assistência psiquiátrica e velhos

mecanismos de poder que insistem em retornar, pois como discutem Alverga e Dimenstein (2006), “o principal desafio da reforma psiquiátrica não reside apenas na falta de velocidade na sua implementação, mas na direção que vem tomando.”

O que se percebe é que a superação da lógica manicomial é tarefa inconclusa. Como disseram Lavrador e Machado (2002):

Nossa preocupação é a de que essas ideias manicomiais ainda se façam presentes, algumas vezes, nos novos serviços em saúde mental e se atualizem em práticas/discursos de exacerbada medicalização, de interpretações violentas, de posturas rígidas e despóticas. Pois o manicômio, em lugar de promover trocas e construções de outros modos de existência, produz, ainda, submissão, infantilização e culpa. Claro que com uma nova roupagem. (idem, p.2)

A “manicomialização” do processo da reforma psiquiátrica, anunciada na faixa exposta na conferência, não se dá apenas no campo das práticas assistenciais, mas também e, sobretudo, na manutenção de uma lógica manicomial que perdura apesar das mudanças, tal como argumentou Pelbart (1990) sobre o manicômio mental como a racionalidade carcerária que aprisiona a desrazão e também alguns autores italianos como Gaetano Bonanno (2008) e Franca Caffa (2007) sobre o *manicomio diffuso*, cujos muros se estendem por todo território.

A realidade da reforma psiquiátrica brasileira não deixa dúvidas sobre a inversão do modelo assistencial da saúde mental bem como dos esforços para a superação da lógica manicomial. São inúmeras experiências, atividades, práticas e discursos que cotidianamente vem tentando romper e superar o manicômio, em suas diferentes feições.

Mas o embate é intenso, uma vez que o manicômio parece manter-se, mais ou menos explícito, à espera de brechas através das quais possa manifestar-se. Tal como pude perceber em alguns momentos da pesquisa, a atualização do manicômio ocorre através de práticas e discursos que, quando em meio a diversos acontecimentos algo escapava ao antimanicomial, ora de forma sutil ora nem tanto. Uma espécie de *ethos* anacrônico, tal como proposto por Maria Luisa

Femenías (2011). Segundo a autora:

Judith Butler chamou de “ethos coletivo” àquilo que alguma vez foi uma idealização normativa e que deixou de sê-lo (Butler, 2005:4). Ao tempo em que já não é crível, esse *ethos* obriga tanto a refletir sobre o modo em que se apresenta o novo “estilo de vida” quanto a reconhecer o violentamento da ordem perdida, que o converte em anacrônico.<sup>94</sup> (idem, p.103)

O fato da lógica manicomial perdurar, declinada em diversas práticas realizadas nos novos serviços, seria uma forma de recuperação de uma lógica hegemônica tida como natural que se atualizaria nos novos serviços, mantendo características do *ethos coletivo* (manicomial) já supostamente superado através de um *ethos anacrônico*.

É tênue a linha que divide tais lógicas e grandes as dificuldades para o reconhecimento do *ethos anacrônico*, que tende a reforçar hierarquias e reparar a lógica (manicomial) perdida. Para tanto, é preciso esforço crítico e vigilância epistemológica constantes. Exige até mesmo o questionamento do óbvio, como o fato de um sistema reconhecido como falido, como é o hospital psiquiátrico e a lógica manicomial, ainda existir em nossa sociedade. A pergunta poderia ser: porque pessoas que poderiam ser tratadas em liberdade, uma vez que tal terapêutica se mostra eficiente, seguem dentro dos hospitais psiquiátricos anos a fio, senão a vida toda?

Enquanto realizava uma pesquisa sobre dados da saúde mental em Santa Catarina, no site da Secretaria Estadual de Saúde, encontrei uma notícia que me ajuda neste argumento. A notícia era:

*IPQ utiliza terapia ocupacional para beneficiar o tratamento dos pacientes*

*Maria Pereira\**, interna do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ) há mais de três décadas, confecciona tapetes de retalho amarrados em tela.

---

<sup>94</sup> “Judith Butler denominó “*ethos colectivo*” a lo que alguna vez fue una idealización normativa que dejó de serlo (Butler, 2005: 4). En tanto ya no es creíble, ese *ethos* fuerza tanto a reflexionar sobre el modo en que se presenta el nuevo “estilo de vida” como a reconocer el violentamiento del *orden perdido*, que lo convierte en *anacrónico*.”<sup>94</sup> (idem, p.103)

*A oficina é oferecida pelo Setor de Terapia Ocupacional, que comemorou na última quinta-feira (19/01), o Dia Mundial do Terapeuta Ocupacional.*

*O objetivo da terapia, por meio da aplicação de planos de reabilitação e adaptação social, é desenvolver autoconfiança e promover maior qualidade de vida e profissionalização do paciente. A terapeuta, Zelita Rech, relata que a paciente Maria é muito afetuosa e gosta muito de frequentar o bingo dançante, realizado todas as quintas-feiras à tarde. “Observamos resultados muito positivos, desde alívio de sintomas, socialização com os demais pacientes e com moradores da redondeza, melhora cognitiva e maior adesão ao tratamento”, relata a profissional.*

*A paciente Maria Pereira, 55 anos, ingressou no hospital com quadro de epilepsia. Hoje, já sem as crises, participa das oficinas de artesanato e ganha seu próprio dinheiro, que usa para comprar produtos de beleza, doces e passear. “Eu gosto muito de ir à missa, principalmente da Nossa Senhora Desatadora dos Nós, a igreja fica cheia”, conta a artesã.*

*O Setor de Terapia Ocupacional do IPQ é composto por quatro profissionais e desenvolve diversas oficinas. Entre estas estão a confecção de tapetes, cerâmica e bijuterias, cultivo de hortaliças e plantas medicinais e atividades expressivas como: desenho, pintura, contação de histórias, expressão corporal e reciclagem de materiais. As oficinas ocorrem de forma individual ou em grupos, conforme a necessidade do paciente, em horários pré-estabelecidos.*

*De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a profissão é de nível superior e foi regulamentada no final da década de 1960, amparada pelo Decreto-Lei 938. A terapeuta Zelita Rech explica que a técnica, aplicada no IPQ desde 1980, consiste no emprego de atividades de trabalho e lazer voltadas à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e doenças adquiridas. \*Nome fictício*

*([http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1815%3Aipq-utiliza-terapia-ocupacional-para-beneficiar-o-tratamento-dos-pacientes&catid=740%3Aascom-assessoria-de-comunicacao-2011&Itemid=28](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1815%3Aipq-utiliza-terapia-ocupacional-para-beneficiar-o-tratamento-dos-pacientes&catid=740%3Aascom-assessoria-de-comunicacao-2011&Itemid=28) Acessado em 26/01/2012.)*

Vamos ao óbvio: porque Maria Teixeira, que sequer tem um transtorno mental, já que epilepsia não o é, está internada há 30 anos? Porque ela, artesã, não pode viver fora do hospital, sem estar sob a interdição do Estado? Quais são os nós que a aprisionam ao espaço reservado e recluso de um hospital psiquiátrico?

Seria cômico não fosse trágico, pelo fato da vida dela ser considerada nesses termos, que Maria Teixeira há 30 anos dando nós em retalhos para fazer tapetes, reze para Nossa Senhora Desatadora dos Nós.

E quando em liberdade, quais seriam as obviedades que o cotidiano da realidade antimanicomial impõe? Uma delas penso estar situada no âmbito da medicalização das experiências, uma vez que este é um imperativo presente e compartilhado entre todas as pessoas que fazem parte da realidade contemporânea e assim, da reforma psiquiátrica.

Numa das conversas que tive com Marta, uma mulher branca que tinha tido sua primeira “crise” em função das exigências do mundo do trabalho e que se encontrava naquele momento morando com a mãe, ela se queixava de seu tratamento e me disse: *“hoje eu não tô boa. Eu não gosto mais aqui do CAPS, de ficar aqui no CAPS. Eles dão muito remédio pra gente.”* Queixa frequente, como discutido anteriormente.

Para Marta que assim como Mariana havia engordado muitos quilos com os tratamentos psiquiátricos feitos ao longo dos anos, suas queixas se justificavam também pelo fato de ela não entender que as medicações lhe fizessem bem e a ajudassem a se sentir melhor. Apesar disso, fazia uso da medicação que lhe era prescrita resistindo, ao menos verbalmente, ao uso da mesma e alertando sobre seus excessos.

Outras obviedades podem ser localizadas na naturalização da “doença mental” como uma entidade ontológica, cujos sintomas justificariam uma série de práticas e discursos e também na concepção de que o sujeito “doente” não é capaz de emitir um juízo sobre seu estado e decidir sobre a terapêutica que melhor lhe convenha, ou seja, deixa de existir. Quando “doentes”, perdem todas as possibilidades de escolha, como disse Eva sobre o fato de ter tido os filhos dados em adoção: *“eu não tinha vontade de dar, mas elas disseram que eu tinha que dar... que eu tava doente.”*

Como é possível perceber, sobre as mulheres tal naturalização é enfatizada em função da concepção de uma suposta vulnerabilidade relacionada ao ciclo biológico da vida, ou ciclo da vida reprodutiva das mesmas, como tem sido discutido por Maluf (2008, 2009a, 2010).

No trabalho em que discute os significados de um Serviço Residencial Terapêutico para mulheres com história de longas internações psiquiátricas e moradoras do mesmo, Maika Roeder (2010) apresentando as mesmas diz: “Com relação à maternidade, três das residentes engravidaram, sendo duas antes da internação psiquiátrica e uma durante o período da hospitalização. Os filhos foram encaminhados para adoção por familiares ou por desconhecidos.” (idem, p.306)

A lógica manicomial, evidenciada na condição, ou melhor, na destituição de qualquer condição destas mulheres, demonstra como a “doença mental” é percebida e declinada em uma série de práticas que tem por função aniquilar os sujeitos. Não questiono aqui a adoção em si, mas o fato de que tais mulheres foram destituídas do direito de escolherem por ficar ou não com seus filhos, por terem sido consideradas “doentes mentais” e, assim, incapazes.

Durante a conversa que tive com dois trabalhadores quando realizei a visita à ala psiquiátrica do Hospital Hans Dieter Schmidt em Joinville, pude perceber senão a naturalização da doença, uma concepção que encontra na lógica manicomial algumas ressonâncias, como mostra o fragmento do diário de campo desse dia, descrito a seguir.

*“Durante a visita vamos para a parte descoberta do pátio, que tem algumas mesas e cadeiras de concreto e, segundo o técnico, são assim para não ter risco de acontecer alguma coisa perigosa. Pergunto se costuma acontecer coisas desse tipo ali, se as pessoas internadas ficam muito agressivas e ele me diz: “ ah... aqui é assim, eles vem em surto, vem com muita força, aí se tem só uns quatro não consegue com o cara né?!? E aí eles são assim, tem transtorno, eles te olham e tu é um anjo, daqui a pouco se viram e tu é um demônio. Esquizofrênico é assim. É no instante. Eles chegam aqui agressivo e a gente tá aqui pra conter né.” No prosseguimento da conversa ele me conta que os pacientes podem ir até o pátio três vezes por dia, quando é permitido que fumem um cigarro e, assim, fumam três cigarros por dia. Pergunto o porque daquela sistemática e ele me diz: “eles fumam muito né?!?!” (Fragmento do Diário de Campo)*

Na lógica de Nilza, uma *experiente*, a sistemática do cigarro ganha outra interpretação. Ela diz: *“Olha eu não gosto lá da ala psiquiátrica, eu vejo muita coisa errada, lá a gente agora não pode fazer nada. Eu fui em março de novo pra lá e aí não podia fumar, só três cigarros por dia. Imagina a pessoa fica todo o dia presa lá dentro e só pode fumar três cigarros (...)”*

Ainda conversando com Nilza sobre suas experiências ela começa a me contar de uma das vezes que esteve internada e diz: *“E agora quando eu fui, eu disse que queria minhas roupas porque não precisa a pessoa ficar vestida com aquelas roupas de saco, que são grandes, não são do número da gente. Eu queria receber as visitas com as minhas roupas mas eles não deixaram, tinha que ser com aquelas e as minhas calças ficavam caindo... agora me diz, porque eu não posso usar as minhas roupas lá?”* E mais adiante diz: *“Quando eu tava lá na ala psiquiátrica eu fiz os exames, mas daí depois eles chamaram o Mateus, meu marido, pra ir lá ver os exames e eu perguntei pra Laura (trabalhadora), quando era minha consulta e ela disse que o Mateus já tinha ido lá pegar os exames com o médico. Pode? Eu falei pra ela por acaso ele é a Nilza? Eu nunca vi os resultados dos exames. Pode? Ninguém merece né?!?!”*

Tais argumentos supõem que na lógica manicomial, o sujeito desaparece dando lugar à sua doença e ao conjunto das impossibilidades decorrentes dela. Mas são tais sujeitos que buscam de diversas maneiras subverter tal lógica, seja no questionamento da mesma, como fez Nilza, seja no alerta de que algo está em excesso, como argumentou Marta.

Yonissa Wadi, no trabalho em que discute as narrativas de alguns internos de Hospitais Psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico São Pedro e Colônia Juliano Moreira) busca demonstrar como tais narrativas mostram que apesar da violência e das relações de força próprias do contexto manicomial as pessoas “inventam novas possibilidades de vida”. Para a autora

No mundo do hospício, alguns internos – conforme indicam suas narrativas – enxergaram possibilidades novas, que vão além de uma possível quebra dos sujeitos pela internação manicomial e as práticas que lhe subjazem. Esse olhar dos internos expresso nas narrativas torna possível entrever algo que constantemente escapa

a muitos – aos próprios especialistas das diversas ciências, aos psiquiatras e mesmo a alguns historiadores da loucura e da psiquiatria – que acreditam ser a loucura uma totalidade fora da história, constante universal, regularidade a-histórica. Permite compreender que toda experiência, inclusive a da loucura, têm múltiplas dimensões e temporalidades, elementos dispares, lógica incomum, cenas e falas próprias, sendo constituinte de sujeitos. (Wadi, 2011, p.255 e 256)

Já no estudo de Tânia Grigolo (2000), em que a autora buscou, através de observações, análise de prontuários e entrevistas com 28 internos do Hospital Colônia Santana, “trazer para fora do manicômio” os significados dados por eles à instituição, à loucura e a si mesmos, os resultados mostram

(...) que para os pacientes de curta permanência o manicômio é percebido como um lugar estranho, uma prisão. Enfatizam o caráter rotineiro e despersonalizante, sentem-se inseguros e resistem à identificação com a instituição. Nos entrevistados de longa permanência percebe-se a predominância da incorporação da ideologia manicomial em seus discursos sobre a própria identidade e sobre as possibilidades de mudança na instituição. (idem, p.98)

Como os sujeitos, os serviços (que também são constituídos por sujeitos) também tentam estratégias e abordagens que consigam superar a lógica manicomial que aparece muitas vezes nas demandas dos “usuários” e familiares bem como nas práticas dos trabalhadores e gestores, além dos discursos em geral. Ela aparece na relevância dos (muitas vezes apressados) diagnósticos psiquiátricos e conseqüente medicalização dos mesmos, no *apartheid* dos banheiros, cozinhas e outros espaços cuja hierarquia dos serviços não permite acesso livre a todos, no uso do jaleco branco e crachás, na invisibilização dos “usuários” e nas relações complexas de poder, disciplina e controle em que todos estão envolvidos.

De forma mais evidente a lógica manicomial ganha concretude e materialidade, em especial, nas situações limite ou de “crise”, como são reconhecidas, em que por motivos diversos e que não cabe julgar aqui, se esgotam as estratégias e técnicas adotadas e previstas na realidade antimanicomial. São situações extremas, mas nem por isso ausentes na realidade dos serviços de saúde mental.

Quando se esgotam as estratégias e técnicas que podem ser adotadas nestas situações, alguns serviços que não contam com uma rede de saúde mental que tenha uma ala psiquiátrica em hospital geral ou CAPS III, tal como conta a cidade de Joinville, apelam para as internações nos hospitais psiquiátricos. Ainda que as equipes destes serviços trabalhem para evitá-las, isso nem sempre é possível. Para Wetzel (2005):

A posição [dos profissionais do CAPS no qual realizou sua pesquisa] em relação às internações psiquiátricas é que elas continuam sendo necessárias, mas fora dos hospitais psiquiátricos. Deve-se construir espaços alternativos, tais como unidades psiquiátricas em hospitais gerais, leitos em hospitais gerais, leitos de observação em CAPS III e setor de emergência ligados à rede de saúde mental, de forma que a internação seja um momento, o mais breve possível, do tratamento. (idem, p.45)

Quando fui visitar o CAPS II de Barbacena, vivi uma situação bastante reveladora de como tais desejos e atualizações do manicômio vem à tona nestas situações. Eu estava sentada em um banco junto com outros três “usuários”, aguardando a pessoa que viria conversar comigo para me apresentar e falar sobre o serviço. Enquanto conversávamos sobre o tratamento deles, sobre os motivos de minha visita à cidade, uma mulher jovem, negra, bastante agitada, gritando coisas que pareciam queixas de alguém, pega as plantas que estão em um vaso bem próximo de onde estamos, as arranca e joga longe. Atrás dela vem uma outra mulher, que depois soube que era um trabalhadora do local, que tenta acalmá-la mas se afasta depois de ser atingida por um chute. Depois a mulher que está agitada vem em nossa (minha) direção, ainda aos gritos, mas não faz nada além de gritar. Eu, que costumo reagir

dessa forma, fiquei paralisada e sozinha, pois os outros já tinham saído dali. Depois me disseram: “*quando é assim tem que correr*”. Atenta ao que estava acontecendo, vi alguns trabalhadores indo na direção dela e em pouco tempo a situação já tinha se acalmado.

Após algum tempo, acompanhada da enfermeira que me mostrou o serviço, vi que a mulher agitada estava dormindo em uma cama na enfermaria (uma sala com duas camas, tubo de oxigênio e outros apetrechos médicos), sedada certamente, amarrada a cama pelos pulsos e tornozelos. A enfermeira, um tanto constrangida, justificou a contenção (química e física) em função da agitação da mulher. Eu, ainda sentindo a tensão gerada pelo comportamento da mulher, tentei compreender os comportamentos, da mulher e dos trabalhadores do local especialmente quanto à “contenção”.

Quero ressaltar que em toda minha experiência na assistência em saúde mental bem como no decorrer desta pesquisa tais situações de agitação com atos de violência foram raríssimas e acredito que fui brindada com tal acontecimento e seus desdobramentos para ter mais esse elemento para poder pensar na realidade dos serviços substitutivos. Poder pensar também em como e com quais “tecnologias” é possível “conter” uma pessoa agitada, qual a formação que os profissionais que atuam nos serviços substitutivos tem recebido, quais movimentos tem conseguido transformar a cultura manicomial historicamente construída em nossa sociedade e mais uma infinidade de outros aspectos envolvidos na complexidade desta questão. .

Minha intenção aqui não é emitir qualquer juízo de valor sobre o CAPS de Barbacena, mesmo tendo visto tal tipo de contenção física somente ali, mas refletir sobre esse mecanismo tão “manicomial” que é a contenção física e química na realidade dos serviços antimanicomiais.

Quando estive na Itália, participei de várias discussões com outros pesquisadores e trabalhadores do campo da saúde mental, sobre a necessidade ou não de *legare le persone*, ou seja, prender as pessoas. Os argumentos variavam entre a negação desse tipo de estratégia e a necessidade de usá-la de forma adequada, para que a pessoa se sentisse o menos constrangida possível. Os argumentos da negação da contenção física se baseiam no fato de que o bom vínculo estabelecido com a pessoa que possa vir a se agitar garantem a possibilidade de outro tipo de abordagem. Além disso, caso a contenção física seja necessária, que ela seja feita pelos profissionais que devem conter a mesma até que ela

se acalme, sem necessidade de amarrá-la com outros recursos que não o próprio corpo do trabalhador.

Os recursos humanos para tal abordagem são um dos motivos que justificam os argumentos de que a contenção física pode ser feita, mas de forma adequada. Além disso, a contenção física impediria que a pessoa agitada colocasse em risco sua integridade física e das demais pessoas.

O relato de Juliano, um *experiente*, jovem, que frequentava um serviço de saúde mental, sobre uma de suas crises mostra tal contenção de outra perspectiva, ele me disse: *“quando eu fiquei assim, aí eu tava em casa e comecei assim a achar que ela (a casa) ia cair em cima da gente [dele e de seu pai] e aí eu saí pra rua correndo, só de cueca, saí assim...aí eles foram lá pra me pegar, me pegaram e eu fui pro hospital. Na outra vez eu comecei a ficar assim... revoltado assim...aí eu já achava que tinha um ruim [ter um ruim significa neste contexto, ter um mal estar difuso e de difícil definição] pra mim...fugi aí...saí de casa... e aí quando eu vi tinha assim até a polícia..aí fiquei ali escondido...mas aí eles vieram assim e me levaram na ambulância.”* Quando lhe pergunto sobre o que acha de tal situação me diz: *“eu tava assim né?!...só com isso assim, ruim...meu pai chamou a polícia...mas eu sei que eu tava assim...que ele ia fazer né?!?”*

Situações-limite que demandam respostas que possam dar conta da complexidade das mesmas. Qual seria a melhor estratégia? Não sei, mas penso que um contexto de práticas menos coercitivas, como quer ser o das práticas antimanicomiais, possa diluir o peso de uma contenção física e talvez substituir a contenção química. Ressalto que se eu tinha ficado paralisada diante do comportamento da mulher no CAPS de Barbacena, tive uma reação bastante parecida quando conheci Juliano, que me fez o relato acima.

Conheci Juliano no CAPS III de Joinville. Fomos apresentados por Fabrício e fiquei muito impactada com sua aparência. Estava pálido, seus gestos eram lentos e suas pernas agitadas lhe faziam marchar no mesmo lugar, involuntariamente. Juliano é um rapaz jovem, deve ter no máximo 22 anos. Considerando sua vulnerabilidade diante da situação que vivia naquele momento, se parecia com uma criança. Conversamos algumas vezes, quando me disse repetidamente que não queria mais tomar os remédios e se eu achava que ele iria conseguir estudar e fazer outras coisas. Vi seu pai buscá-lo algumas vezes no serviço. A discussão

sobre a centralidade da terapêutica medicamentosa no contexto “antimanicomial” já foi desenvolvida anteriormente, entretanto aqui interessa mostrar seu uso como parte da lógica manicomial.

A lógica manicomial, com ou sem muros, que parece atravessar os serviços transformando-os em capscômio, mini-manicômios dentre outras denominações, não está reduzida as práticas e técnicas herdadas do hospital psiquiátrico, mas sim às mentalidades, às atitudes, enfim todos os elementos que configuram um modo de pensar fundamentados na imposição de um lugar caracterizado pela subordinação dos considerados “loucos” ou “doentes mentais”.

A subordinação e a marginalização (que aqui significa estar à margem e/ou até mesmo desaparecer) são informados pelos saberes e práticas manicomiais e psiquiátricos, existente de forma radicalizada no hospital psiquiátrico e, de formas variadas, nas relações sociais e em algumas práticas assistenciais.

Tais lugares e seus deslocamentos, como apresentado na discussão do terceiro capítulo, também são instituídos pelas complexas e hierárquicas relações de poder onde circulam e se articulam modelos interpretativos, como veremos a seguir.

### **5.3. Interpretações, circulações: modelos e(m) movimento**

No contexto dos processos institucionais, a discussão gira em torno de dois grandes modelos considerados paradigmáticos no campo da reforma psiquiátrica, cuja superação significa o eixo das mudanças na assistência em saúde mental, tal como discutem vários autores como Cooper (1989), Basaglia (1985), Rotelli (2001). Tais autores têm tratado da institucionalização e da desinstitucionalização no campo da assistência psiquiátrica, na perspectiva de transformação de uma psiquiatria reconhecida como tradicional, negada, a ser superada por outros “modelos” como a antipsiquiatria, a psiquiatria inventada, reformada, dentre outros.

Amarante (1996) apresenta o processo de desinstitucionalização como caracterizado por uma ruptura entre o que chama de “dispositivo de alienação’ relacionado à psiquiatria tradicional e o “dispositivo da saúde mental” em relação às psiquiatrias reformadas.

Para Abílio da Costa-Rosa (2000), tais modelos paradigmáticos passaram a compor o campo da saúde mental, produzindo discursos e

práticas acerca da experiência de sofrimento pelos sujeitos. O autor propõe “a designação de dois modos básicos das práticas em saúde mental no modo tal como se apresentam no contexto atual: modo asilar e modo psicossocial” (idem, p.142), tidos como antagônicos e diz: “Por oposição ao modo asilar como paradigma das práticas dominantes, proponho designar modo psicossocial ao paradigma que vai se configurando tendo por base as práticas da reforma psiquiátrica.” (idem, p.151)

O autor desenvolveu um conjunto de quatro parâmetros para demonstrar a configuração destes nas práticas de saúde mental. Eles dizem respeito às concepções de paradigma, instituição, objeto e dos meios de trabalho. O primeiro parâmetro diz respeito às concepções de ‘objeto’ e dos ‘meios de trabalho’, sendo o modo asilar aquele que daria ênfase as determinações orgânicas, ao tratamento medicamentoso e estaria centrado na doença enquanto que o modo psicossocial consideraria fatores políticos e biopsicossociais, sendo o tratamento de escolha aquele psicoterápico, laboratório bem como outros dispositivos de reinserção social, além da medicação.

Como discutido por Maluf (2011c), a ênfase no tratamento medicamentoso é bastante significativa também no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Para a autora, tal contexto “fez emergir um conjunto de discursos e agenciamentos em torno do medicamento como um dos “atores” centrais desse novo cenário das políticas de saúde mental no país”.(idem, p. 3) O medicamento, segundo ela, estaria presente não apenas nos discursos em torno da reforma psiquiátrica e os processos de desinstitucionalização, mas também no incremento dos investimentos da indústria farmacêutica e nos usos e significados que possam ter para os sujeitos, que justificariam a necessidade de desenvolvimento dos mesmos.

A discussão sobre o uso da terapêutica medicamentosa também foi feita por Passos (2009). A autora argumenta sobre o fato de que no contexto da reforma psiquiátrica italiana, em que não existe preocupação com questões clínicas, o medicamento acaba ocupando um lugar importante. Para a autora

(...) diante dos fatos como o delírio ou desorientações afetivas profundas dos pacientes, por não disporem de uma teorização aprofundada sobre aqueles conceitos com os quais substituíram

o de doença mental, acabam fazendo apelo à linguagem canônica e à prática medicamentosa da psiquiatria. Neste ponto, à semelhança de serviços tradicionais, como já observei, usam muita medicação. (idem, p.226)

O segundo parâmetro discutido por Costa-Rosa (2000), e se refere aos ‘meios de trabalho’. Tal como apresenta o autor, o modo asilar é descrito como fragmentado, considerando o psiquiatra como ator principal e o hospital como a instituição típica e, ainda que conte com outros serviços extra-hospitalares seguem a mesma lógica asilar. Já o modo psicossocial estaria mais voltado ao trabalho em equipes interdisciplinares, tendo como metas a desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sócio cultural.

Outro parâmetro apresentado pelo autor é o que diz respeito às ‘formas de organização institucional’, que no modo asilar estaria representado por um organograma piramidal e/ou vertical enquanto no modo psicossocial seria horizontal, envolvendo todos os atores da instituição.

Quanto às ‘formas de relacionamento com a clientela’, outro parâmetro descrito por Costa-Rosa (2000), no modo asilar a relação com a clientela poderia ser descrita como entre doentes e sãos, enquanto no modo psicossocial haveria diálogo e interlocução horizontal entre as pessoas.

Por fim, estaria a concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, em que se reconheceria no modo asilar a cronificação e uma espécie de adaptação através da remoção dos sintomas, enquanto no modo psicossocial haveria um reposicionamento subjetivo do sujeito, em termos de singularidade.

Tais modelos paradigmáticos, tal como se apresentam na realidade da reforma psiquiátrica brasileira, convivem, dialogam e ainda que conceitualmente sejam opostos, pragmaticamente, revelam pontos de encontro e contradição que merecem análise. Percebe-se, por exemplo, que aqueles conceitos que inspiraram a reforma psiquiátrica são utilizados, por vezes, de diferentes formas, por diferentes atores do processo de reformulação psiquiátrica no país, seja por defensores de propostas mais radicais quanto mais conservadoras.

Em alguns contextos, tais conceitos têm sido adaptados, talvez pelo movimento de acomodação dos mesmos a realidades distintas, mas

também, pelo movimento que se percebe de uma possível convivência entre estes modos de assistência. Neste sentido, pragmaticamente, não raro, se entende como viável e até mesmo necessária, a convivência entre o hospital psiquiátrico (modo asilar) e os serviços extra-hospitalares (modo psicossocial) que pretendem substituir aqueles.

Pode-se tentar entender esta “adaptação” ou “movimento de convivência”, como consequência de um momento de transição entre a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de uma rede de serviços que o substitua, que conte com leitos psiquiátricos em hospitais gerais e outros serviços, conforme preconiza a legislação atual em termos de saúde mental.

Também pode ser entendido como a convergência de diferentes interesses e concepções sobre a assistência em “saúde mental”, uma vez que este processo está atravessado por diversos interesses (econômicos, políticos, ideológicos e conceituais). No entanto, parece que tal convivência tende a paralisar ações e obscurecer as razões pelas quais o hospital psiquiátrico deveria ser substituído. Mais ainda, a convivência destes dois modelos coloca as diferentes forças (poderes, saberes, fazeres) numa possível zona de acomodação/conforto, onde o paradigma entendido como aquele a ser superado tende a ser mantido. Como perguntou Costa - Rosa (2000, p.143): “Quando e como determinar se um dado modo de atuação em saúde mental é realmente alternativo a outro; se é realmente substitutivo a outro, tanto em termos potenciais quanto efetivos?”

A geração da maior parte das pessoas com quem conversei conheceu a assistência psiquiátrica primeiramente pela porta do hospital psiquiátrico e após a consolidação da reforma psiquiátrica no país, pela porta dos serviços substitutivos que, apesar de apostarem na substituição do hospital, em alguns casos, tem convivido com o mesmo, numa espécie de complementaridade.

Como apontado no conjunto das obras de autores como Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia, Paulo Amarante, dentre outros, é necessário ter claro que o processo de redirecionamento da assistência psiquiátrica não significa direcionar a loucura para outros espaços que estejam marcados pela lógica manicomial, mas redirecionar e redimensionar os saberes/fazeres e poderes que compõem este campo. Como afirmou Rotelli (2001):

Faz-se necessário repetir algo para nós óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura. Discordo daqueles que dividem os dois períodos: o período manicomial do atual, não só por aquilo que obviamente é diferente (surplus de violência, papel da periculosidade social, totalização das pessoas), mas também por aquilo que para nós não mudou: a própria essência da questão psiquiátrica. (idem, p.89)

O processo da reforma psiquiátrica está atravessado pelos modelos expostos anteriormente como paradigmáticos: o modelo asilar e o psicossocial, que apesar de serem representativos daquilo que é entendido como o eixo das mudanças na assistência em saúde mental, não esgotam um vasto campo de possibilidades de interpretação daquilo que tem sido denominado como a “saúde mental” e se localizam no conjunto de uma série de outros modelos interpretativos, como por exemplo, o modelo religioso, o modelo dos nervos, o modelo biomédico, dentre outros.

Ainda que tais modelos paradigmáticos possam representar um conjunto de saberes e fazeres eles apresentam limitações no campo das práticas em saúde mental, por não considerarem questões conjunturais e culturais mais amplas, onde seria possível reconhecer outros modelos interpretativos. Em um de seus trabalhos Duarte (1994) mostra como a diferenciação cultural dos modelos, presente em dados etnográficos relevantes, não é contemplada pelos modelos biomédico, psicologizante ou sociológico, o que penso faz com que sejam reproduzidos fragmentos de uma racionalização, no sentido da lógica individualista moderna, dos processos de sofrimento/ aflição, como veremos ao longo desta discussão.

Dada a complexidade do campo da reforma psiquiátrica, é possível dizer que este é permeado por diferentes modelos interpretativos, que guardam diferentes concepções acerca do sujeito, do sofrimento/perturbação, da subjetividade e que apresentam fronteiras tênues e porosas. Tais modelos convivem, dialogam, se visibilizam, são reconhecidos ou não, dependendo dos contextos em que se apresentam e

onde a predominância de um sobre outro parece apresentar repercussões no campo das práticas.

No campo das práticas presentes no contexto da reforma psiquiátrica brasileira é possível perceber a predominância do modelo biomédico que pode ser reconhecida através do aumento dos diagnósticos psiquiátricos, da categorização e ordenação das experiências nos mesmos, da medicamentação dos mesmos, dentre outros aspectos. No entanto, tal modelo convive com outros modelos dos quais, durante o trabalho de campo desta pesquisa, se destacam o modelo dos nervos e o modelo religioso como aqueles que se articulam com maior vigor com o modelo biomédico.

Uma das cenas que presenciei durante o trabalho de campo é significativa para mostrar como um conjunto de conhecimentos e práticas, de diferentes ordens, se apresenta como referências importantes nas práticas cotidianas dos *experientes*. Ela aconteceu em um dos dias que estive no CAPS III e a descrevo a seguir.

*“Cheguei no CAPS III e percebi que as atividades já tinham iniciado e como de costume algumas pessoas andavam aleatoriamente pelo pátio do serviço. Resolvi que também ficaria pelo pátio na tentativa de estabelecer algum contato e me aproximei então de algumas pessoas. De onde estou vejo que atrás da edificação, tem uma mulher sentada num murinho, tal como um meio fio, e a outra em pé, com a mão na sua cabeça, dizendo coisas que eu, de onde estava, não conseguia entender. As duas ficaram ali por algum tempo, cinco minutos talvez. Quando “terminaram”, a que estava sentada levantou e a outra lhe deu um abraço. Vendo que eu estava atenta e possivelmente expressando meu interesse em saber o que estava acontecendo, uma delas (a que estava em pé) me explica: “Eu tava orando nela. Ela pediu porque não tava muito bem. O pessoal aqui pede pra mim orar neles... assim... pra ficar bem né?!?” Eu pergunto como é orar...assim... e ela me responde “assim, é só orar, tem que crer, é só orar e pedir...a pessoa fica bem.” Não consigo continuar a conversa pois uma outra mulher que está ali se aproxima e me diz: “quem tem Jesus no coração não pode usar brincos assim.” Eu digo: “ah é? Não sabia.” E ela me responde: “mais é.” Vira as costas e sai caminhando. Tentei reencontrar a mulher que estava orando na outra mas não consegui. Me disseram que ela já estava na consulta.” (Fragmento do Diário de Campo)*

Presenciei a cena que decidi chamar de “orar no outro” outra vez numa das atividades do Projeto Um Olhar no território: inclusão social e cidadania, realizada pelas agentes comunitárias de saúde junto com a psicóloga e estagiária do CAPS II. No momento que chegamos para a atividade, as participantes - todas mulheres – me pediram ajuda para organizar a sala, colocando as mesas e cadeiras no centro do salão, de maneira que elas pudessem começar a atividade de costura. Enquanto carregava algumas cadeiras vi que num banco encostado na parede estava sentada uma senhora e em pé, com a mão na cabeça dela, uma agente comunitária de saúde. Pelo que consegui perceber, ela também estava “orando nela”. Depois de instantes a que estava sentada levantou, as duas se abraçaram e a agente comunitária de saúde disse para a que estava sentada: *“Agora tu tira esses pensamentos da tua cabeça.”* Tentei conversar com a agente comunitária, mas não consegui e então conversando com a mulher que estava sentada, ela me disse: *“é bom receber a oração, a pessoa fica melhor. Esses problema que a gente tem precisa da oração né?!?”* Logo se levanta e vai conversar com outra mulher.

Tais cenas, assim como outros relatos que ouvi mostram como as pessoas acionam diferentes modelos interpretativos para o entendimento e alívio de seus sofrimentos, assim como aderem simultaneamente aos mesmos. Além disso, é inclusive nos serviços de saúde mental, tão refratários a outros modelos que não o biomédico, que tais práticas são realizadas não apenas pelos seus “usuários”, mas também pelos profissionais, como o caso da Agente Comunitária de Saúde da cena relatada acima. Para Alves e Souza (1999, p.135)

Uma imagem acerca de um tratamento [e as razões para o mesmo] tem um caráter fluido, pois não é inteiramente formada pela adesão dos sujeitos a um certo modelo interpretativo, e sim construída dentro das relações sociais. São justamente essas redes sociais, constituídas ou mobilizadas nos episódios de aflição, que servem de referência para os indivíduos e, portanto, sustentam e confirmam elaborações de imagens relacionadas a determinados tratamentos.

É no domínio das redes sociais, como argumentam Alves e Souza (1999), constituídas pelos *experientes* que é possível reconhecer como se articulam várias estratégias sobre aquilo que entendem fazer parte de seus tratamentos, em que o modelo biomédico passa a ser apenas mais uma possibilidade de interpretação.

Outro modelo também presente nos dados empíricos da pesquisa foi o dos nervos, tal como apresentado por Duarte (1988). Para o autor, tal modelo abarca uma série de perturbações físico-morais e abrange diferentes dimensões da vida dos sujeitos, especialmente entre as classes populares urbanas do Brasil. O modelo dos nervos estaria atravessado pelos valores e concepções próprios desta cultura, pelas ideias que tem de perturbação, normalidade, que não podem ser considerados culturalmente apenas como físico ou apenas como moral (no sentido amplo do termo), como diz o autor.

“Estar nervoso”, “com o nervo”, “assim com essa coisa assim” cujo gestual geralmente aponta para um correlato corporal, apareceu como uma maneira frequente de falar de si, cujas referências apontam para o modelo descrito por Duarte (1988). Adélia, uma *experiente* que aparentava ter em torno de 60 anos, branca, viúva e avó de três netas, me disse: *“eu não posso fazer nada disso aí (fazendo referência a atividade de costura que ela apenas acompanhava, sentada à mesa com as demais mulheres que participavam), por causa que tenho assim, esse nervoso assim, nas mãos. (me mostrando as mãos trêmulas, aspecto bem comum entre os experientes com quem convivi)”*

Silveira (2000) em sua pesquisa sobre a questão dos *nervos* numa comunidade do Campeche demonstrou como a questão dos nervos é traduzida na sua dimensão relacional e sociocultural, no sentido de que se apresenta como um elemento mediador das mulheres nas suas relações cotidianas naquela comunidade alegando que

Na sua multiplicidade de apresentações, usos e finalidades, pude compreender os casos dos nervos entre as mulheres do Campeche como atos ou cenas representativas de crises dentro dos dramas sociais que se desenvolvem a custa de situações relacionais, as quais demandam formas coletivas de resolver ou de reequilibrar o grupo social envolvido. (idem, p.89)

A articulação destes modelos, bem como de tantos outros, fazem parte das relações estabelecidas pelos sujeitos nos serviços de saúde que frequentam bem como nos demais espaços em que circulam. Tal articulação se dá de maneiras variadas, permitindo a constituição de interpretações para situações que parecem não fazer muito sentido. Conversando com Fabrício, um *experiente*, ele me disse: “*eu falava com deus e ele mentia pra mim... tu acredita nisso?*”. Digo que se ele está falando acredito. Ele retruca: “*mas tu acredita que ele mentia mesmo? Ou tu acha que eu é que tava ouvindo? Eu digo: “ai não sei... o que que tu acha que era? Ele diz: Eu? Eu respondo: é, tu. Então ele diz: ele tava mentindo pra mim. Eu fazia um monte de coisas... Ele então me pergunta: tu acredita em demônio? Eu respondo que não e pergunto se ele acredita. Ele responde: “Claro. Eu fiz aquele monte de coisa ruim, negativa... ele que fez eu fazer aquilo. Tomava conta de mim.”*”

Na concepção dele, tudo o que ele tinha feito não se justificava apenas pelo diagnóstico que tinha recebido, mas sim pela maneira como, no conjunto de suas crenças e percepções, tinha encontrado sentido para o que tinha feito. Não tinha sido ele que tinha feito, mas o demônio no qual acreditava.

Conversei algumas vezes com Fabrício que sempre fazia reflexões muito interessantes e instigantes durante nossas conversas. Ele era um jovem, branco, com experiência de trabalho que, em função de seus problemas com a saúde mental, se via diante de dilemas existenciais importantes bem como de exigências sociais intensas como o fato de não trabalhar, não ter uma namorada, não estudar e ter que tomar “aqueles remédios” que diminuía sua libido.

Mas se entre os *experientes* tais modelos são articulados, já nos serviços de saúde mental, em geral, são desconsiderados ou apenas usados como facilitadores, mas não valorizados naquilo que significam, como apontou Silveira (2000) se referindo ao modo como a biomedicina se relaciona com o *nervoso*. Para a autora

Por um lado, o setor popular, localizando no corpo, ou seja, nos nervos, um distúrbio mal definido, tenta adequar-se à abordagem mecanicista da biomedicina e proporcionar uma rubrica admissível para uma categoria popular da doença. Por outro, o médico lança mão de um termo de uso popular (que já foi de uso médico,

como se verá mais adiante) para definir, explicar, ou até mesmo se livrar da necessidade de fazê-lo, estados que envolvem situações tidas como clinicamente vagas, de múltiplos significados, quase sempre tomadas como idiopáticas (“o sujeito é assim mesmo, nada há a fazer...”), os quais com um pouco mais de boa vontade seriam chamados de psicossomáticos mas que, principalmente, não merecem do profissional maiores preocupações além de um remédio calmante ou para dormir. (idem, p.71)

É nesse sentido que entendo ser importante considerar, no contexto dos processos de desinstitucionalização, como a constituição e tensionamento da rede de cuidados criada pela reforma psiquiátrica brasileira têm possibilitado uma ruptura sem encerrar-se em um novo modelo que tende a reproduzir a lógica do modelo a ser superado.

A rede é tecida pelos sujeitos não apenas na circulação por este ou aquele serviço, mas pelos trajetos rizomáticos que eles vão traçando em suas experiências com a “saúde mental”. Como sugerem Alves e Souza (1999, p.133)

A idéia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada. Aqui, novamente, temos dois aspectos a observar: primeiro, o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por pontos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltado para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição.

São muitos os exemplos de como tais itinerários são constituídos, bem como a maneira como os sujeitos articulam ações para o alívio e tratamento de suas aflições, como mostram os relatos já apresentados. Conversando com Janete ela me contou da experiência de sua irmã, de

quem cuidava. Disse: *“a gente fez tanta coisa... quando começou a gente não sabia que que era aquilo, ela ficava toda estranha... tinha até convulsão...aí mandaram levar num centro espírita porque todo mundo achava que era um encosto...ela tava assim...toda esquisita...aí foi lá...ficou indo lá, mas eles disseram: leva ela no médico e aí depois a gente levou ela no médico e ele disse que tinha que fazer uma cirurgia. Aí ela foi lá, fez a cirurgia e ficou boa. Ainda bem.”*

Tal como contou Janete, a circulação das pessoas por diferentes serviços bem como a articulação de diferentes modelos interpretativos daquilo que as pessoas entendem que sejam as razões e também os alívios para experiências de sofrimentos é significativa no contexto da reforma psiquiátrica brasileira e seus processos de desinstitucionalização.

Como veremos a seguir, todos estes movimentos, singulares ou institucionais, também estão relacionados às inúmeras maneiras de conceber e interpretar as experiências com a loucura.

#### **5.4. Da loucura à doença mental e vice-versa**

*“(...) e eu guardo até hoje isso que meu pai faleceu, da gente cuidar da saúde da gente, é importante né?!? Essa loucura. As vezes eu penso assim, eles pensam que a gente assim louco mas e não é, é a própria doença da pessoa que saúde que faz tudo errado, eu vou mais pela mãe né, pelos conselhos da mãe...”(S. Adão)*

Em diversos momentos os argumentos dos interlocutores fizeram compreender que em suas perspectivas sobre a loucura, ela não significava exclusiva e necessariamente ter recebido algum diagnóstico, mas significava também em incorrer no desvio (que é, de qualquer modo, patologizado) de alguns comportamentos tidos como comuns e “normais” a qualquer pessoa.

Uma das interlocutoras questionando a “normalidade” dos trabalhadores de um serviço de saúde mental me contou uma situação na qual esteve envolvida e que, segundo sua percepção, os mesmos não haviam se comportado de maneira adequada. Segundo ela, enquanto frequentava um serviço de saúde mental ela e as demais pessoas que também frequentavam o mesmo chegavam todos os dias pela manhã, antes do horário de abertura, e encontravam o serviço com as portas fechadas ainda que alguns profissionais já estivessem dentro do mesmo.

Num desses dias chovia e mesmo assim, segundo ela, as portas não foram abertas. *“Agora me diz, tu acha certo deixar todo mundo na chuva tendo gente lá dentro pra abrir a porta. Era só deixar a gente ali na garagem se não queria que a gente entrasse. Depois nós é que somos mental.”* comentou ela.

Em outro momento, enquanto eu participava de uma “oficina” com algumas estudantes do curso de enfermagem que estagiavam no CAPS, elas comentaram que o próximo local do estágio seria a ala psiquiátrica do hospital regional. Então Vilma, uma *experiente*, se dirige a mim e diz: *“agora é que elas vão ver o que é lá...um dia lá na ala, uma mulher se afogou [se engasgou]na cantina. Aí veio a enfermeira e pegou ela assim, dos cabelos. Gritou com ela e levou ela pro quarto. Não são gente lá. Até eu, que sou louca, sei que qualquer um pode se afogar.”*

Vilma uma mulher branca, pertencente às classes populares, casada e mãe de três filhos tinha aprendido a relativizar os lugares reservados aos “loucos”, já que até ela que era “louca” sabia que qualquer um poderia se afogar e também que havia diferenças entre os serviços de saúde mental. Além disso, anunciava com sua fala a relevância da experiência de estar nesses lugares para entendê-los, já que para ela “agora é que elas iam ver o que é lá...”.

Por afinidade teórica e necessidade conceitual o sujeito tido como louco foi entendido neste trabalho como o personagem que tem o encargo simbólico de corporificar a loucura, tal como apresentado por Pelbart. Já para muitos de meus interlocutores, ser louco é ter uma experiência crítica, passageira, relacionada à doença e da qual geralmente é acometido o “outro”.

Durante minhas conversas ouvi alguns relatos que mostraram como tal experiência é interpretada pelos *experientes*. Um deles, do qual não soube o nome nem a história pois o conheci numa conversa paralela numa das reuniões em que participei, me disse num misto de dúvida e entendimento que os remédios que tomava poderiam prejudicar sua saúde: *“eu nem sei se vou viver até os 75 anos, a pessoa assim né?!? Eu tomo seis comprimido de noite...não é só do físico assim...é assim da cabeça...esquecimento.”*

Além deste comentário também ouvi relatos que mostravam como a “loucura” pode ser reconhecida, em geral, nas experiências mais críticas. Miguel, um *experiente* com história de longas internações, se referindo as pessoas que deveriam ir para o hospital psiquiátrico, me

disse: “Quando o cara tá assim bem ruim, mas bem ruim mesmo, aí ele tem que ir lá pro psiquiátrico né ?!?! Mas aí é porque ele tá louco mesmo.”

Já Nilza, que havia sido diagnosticada como esquizofrênica, falando de uma amiga sua e suas experiências nos serviços de saúde mental me disse: “mas é que a Luisa é diferente, ela é bem esquizofrênica mesmo, ela fica bem ruinzinha, mas é que ela é bem...bem esquizofrênica mesmo.” Essa intensidade de ser “bem...bem”, “ser mesmo” era a diferença entre elas e nos remetem às discussões feitas por Canguilhem (2006 [1966]) a respeito do *continuum* entre o normal e o patológico.

Evidencia-se assim, uma diferença de intensidade das experiências com a “loucura” sendo ela, em geral, situada nessa radicalidade da diferença. A intensidade destas experiências são aspectos que parecem redefinir as categorias nosográficas apresentadas pelo modelo biomédico, onde os “loucos” seriam identificados pela intensidade de suas experiências. Para ser louco não basta estar ruim, é preciso estar “bem, bem ruim” ou “bem ruim mesmo”. É a adjetivação de grau superlativo absoluto que denota tal condição, é preciso estar “muito” ruim “mesmo”.

Para meus interlocutores, suas experiências os tinham conduzido aos serviços de saúde mental (alguns à hospitais psiquiátricos) e ainda que não se reconhecessem como “loucos”, essa era uma condição de difícil resolução. Alves (2010) concluiu, a partir do ponto de vista dos sujeitos de sua pesquisa desenvolvida no norte de Portugal, que tais pessoas são divididas em três categorias: “os doentes, os fracos e os fortes (de personalidade). Os doentes tem uma doença inscrita no corpo e no caráter moral. Os fracos podem ficar doentes. Os fortes ‘sofrem’”. (idem, p.62)

Na etnografia desenvolvida no bairro Monte Cristo, em Florianópolis, sobre a disseminação do diagnóstico de depressão, pudemos perceber que a mesma era tida como uma experiência que podia acometer qualquer pessoa, em algum momento de sua vida, sendo “um estado comum que qualquer pessoa pode atravessar em algum momento da vida, pois se deve a situações de difícil solução, e para cuja mitigação a “conversa” e o “desabafo” com uma vizinha ou amiga podem contribuir.” (Andrade, Monteiro e Tornquist, 2010, p.119)

Entre meus interlocutores a experiência com tais aflições nem sempre foi interpretada a partir do modelo biomédico e suas interpretações estiveram mais próximas do modelo dos nervos proposto por Duarte (1988). Tal autor argumenta que entre as classes trabalhadoras urbanas brasileiras predomina outro modelo, diferente da racionalização biomédica e psicológica, que ele denomina de nervoso, físico-moral ou “paradigma dos nervos”, representante de um conjunto de perturbações físico-morais que abrangem dimensões diferentes da vida dos sujeitos. Tal paradigma está ordenado por valores e princípios próprios da cultura destas classes e se desenha pelas concepções de mundo, de perturbação e subjetividade que estão implicitamente presentes na compreensão do que tem sido denominado como “saúde mental”.

Como apresentado em Maluf e Tornquist (2010) uma das questões da pesquisa *Gênero, Subjetividade e Saúde Mental: políticas públicas, ativismo e experiências sociais*, era pensar o quanto o paradigma dos nervos teria se deslocado para um discurso ou paradigma mais racionalizante e individualista, entre as classes populares. Como discutido por Maluf (2010), nas narrativas de mulheres de classes populares há uma articulação entre o modelo que pode ser considerado fiscalista (biomédico) com as dimensões sociais e históricas das experiências dos sujeitos.

Contudo, tais interpretações são ambivalentes, em especial quando se trata da reivindicação e/ou negociação com o mundo, o que esteve presente em vários momentos da pesquisa. Em um momento do trabalho de campo, participei de uma discussão que acontecia entre familiares e *experientes* onde tal ambivalência transitava sobre a dúvida de como a pessoa com alguma experiência de aflição deveria apresentar-se aos demais, se falando abertamente sobre tal experiência ou não. A discussão começou, pois um dos integrantes do grupo fazia naquele momento um “trabalho” de divulgação da saúde mental nos ônibus interurbanos da cidade. O “trabalho” desenvolvido voluntariamente por ele tinha como objetivo divulgar os serviços de saúde mental da cidade e consistia na informação verbal sobre os mesmos bem como sobre suas experiências neles. Além disso, ele distribuía folhetos com a listagem dos serviços de saúde mental do município e seus respectivos endereços.

Alguns argumentavam que não expor suas experiências evitava o risco da estigmatização e preconceitos por parte dos demais dizendo “*pra que falar antes de tudo? Ninguém se apresenta dizendo: oi, eu sou um*

*diabético. Isso só aumenta o preconceito*”. Outros argumentavam sobre a possibilidade de falar abertamente sobre o assunto, pois isso romperia um tabu. O responsável pelo “trabalho”, em determinado momento da discussão, disse: *“eles veem eu assim... bem, e aí já veem que não tem nada de mais ser esquizofrênico”*.

Tal ambivalência também esteve presente de maneira menos explícita, mas não menos significativa, em outras circunstâncias, estando relacionada, em muitas situações, a interpretação da condição de sujeito protagonizada por cada um. Em outro momento da pesquisa uma das interlocutoras comentou: *“olha isso, se tu olhar assim pra mim nem diz que sou louca... mas quando a pessoa tem problema, pode não parecer, mas tem.”*

No entendimento de Mateus, um *experiente*, essa ambivalência também se dá pelas características do tipo de adoecimento. Segundo ele, *“um grande problema da saúde mental é esse, não tem como ver se a pessoa tá ou não tá, então tem muita gente que não faz o tratamento pra melhorar, faz o tratamento pra se manter no benefício.”*

As justificativas dos argumentos acima estão relacionadas ao modo como tais pessoas, tidas como loucas, são vistas e se veem no contexto em que circulam. Apesar das transformações já discutidas, o sujeito louco, motivo destas transformações parece seguir ocupando o mesmo lugar no imaginário social, que é o da marginalidade, do desvio, ou como disseram Félix Guattari e Suely Rolnik (2008), a “carta fora do baralho”. Para tais autores:

(...) ao transformar a loucura em doença, classificada no quadro de uma nosografia e confinada em espaços médicos, o saber psiquiátrico produz tanto a identidade de tais pessoas quanto o ponto de vista desde o qual a sociedade as vê e com elas se relaciona. No jogo de cartas marcadas instituído pelo dispositivo da psiquiatria, o “louco” é para sempre uma carta fora do baralho. (idem, p.416)

Alguns relatos que ouvi revelam o quanto a transformação cultural proposta no conjunto das mudanças na assistência psiquiátrica no país ainda encontra dificuldades, em especial na consideração da figura do “louco”, não apenas como a “carta fora do baralho”, mas também como a

carta “perigosa” do baralho. Alguns relatos mostram como isso aparece no contexto de alguns *experientes*.

*“Eles têm medo. No dezoito de maio [dia nacional da luta antimanicomial quando, em geral, se realizam atividades de rua] eu fui falar com o policial assim... pra ele entender né?!? Eu disse pra ele que quando fosse transtorno mental não precisava de polícia. Aí ele falou assim pra mim: “ah e se o cara tá com uma faca”. Eles tem medo.”* (relato de Daniel)

*“(...) sabe, um dia eu tava chorando, tinha me incomodado muito mesmo... assim, de ficar assim. Aí eu cheguei lá no XXXX [um serviço de saúde mental] e o guarda viu eu assim e ficou tremendo. Imagina se eu chego lá quebrando tudo que que ele ia fazer.”* (relato de Nilza)

*“(...) da outra vez eu fui lá no XXXX [um serviço de saúde], aí eu fui assim, pedi um copo de água e aí ele [o guarda] trouxe assim o copo e largou assim na mesa [gesticula para mostrar como ele havia colocado o copo na mesa, mantendo distância dela]. Ele tava era com medo. Sabe, eu fui maltratada lá.”* (relato de Nilza)

Além destes relatos em que tais *experientes* conseguiram explicitar a evidência da manutenção do lugar do louco no imaginário social como o personagem perigoso, acredito que situações mais sutis também são presentes no contexto atual, como me fez perceber Cila, enquanto contava sobre uma experiência que teve num serviço público onde lhe pareceu que as pessoas não queriam atendê-la e faziam poucos esforços para tal. Ela disse: *“(...) eu tô aqui conversando contigo né?! Não tô agressiva. Assim eu conversei com elas lá, tava assim, igualzinha.”* [sua expressão era de indignação, ao reclamar do atendimento que recebeu.]

No início do movimento da reforma psiquiátrica brasileira a expressão “loucos de todo gênero” foi amplamente usada como crítica ao caráter violento e estigmatizante contido na mesma. Ela estava escrita no art.5º do Código Civil brasileiro<sup>95</sup> (1916), com o objetivo de sintetizar sob uma mesma expressão todas aquelas pessoas tidas como insanas e/ou incapazes para a vida civil, ou seja, os loucos. Pedro Gabriel Delgado (1992) ao discutir a relação entre incapacidade civil e o direito penal que está implícita nesta expressão, apresenta duas consequências, tendo uma delas um recorte de gênero. São elas: “prisão perpétua nos manicômios

---

<sup>95</sup> O código civil brasileiro foi modificado em 2002 e esta expressão retirada do mesmo.

judiciários aos loucos pobres - como regra, ou a impunidade para maridos homicidas como exemplo de regularidade” (Delgado, 1992, p. 81).

Neste sentido, André, um *experiente*, disse de maneira crítica: “*As pessoas tem muito preconceito. Eu vou te contar, assim os vizinho de rua eles tem eu como se fosse... eles não chegam a conversar comigo assim... se eu tô no ponto de ônibus...*”

Estes relatos e outras situações que vivi enquanto acompanhava alguns interlocutores pelas ruas das cidades mostram como são grandes os desafios para a superação de preconceitos próprios de uma racionalidade manicomial. Mas tais acontecimentos, apesar de excludentes e perversos, não despotencializam seus alvos.

Entre meus interlocutores percebi que não havia a negação da experiência de sofrimento, mas sim uma resistência à incorporação desse encargo de ter que incorporar a loucura como sugerido por Pelbart e que vi exemplificada na fala de Mariana, uma *experiente*, que durante uma conferência disse: “*Eu não sou louca, eu tenho problemas como toda sociedade tem. Se botar eu no manicômio, tem que botar toda sociedade junto.*”

Em uma das conversas que tive com André, que havia criticado o preconceito das pessoas, ele me contou de sua experiência e sobre como e porque acreditava ter começado a ter problemas mentais, que denominava como o momento que tinha “começado a variar”. Disse-me: “*quando entrava dentro do ônibus para ir embora, se eu olhava pra você por exemplo...se tu ficava olhando pra mim eu já ficava achando... “sai daqui”, eu pensava... Parecia que você tava olhando pra mim, me xingando, me chamando de louco. Aí eu botava as mãos no ouvido... “mas eu não sou louco”, eu pensava...aí olhava para outro, tava olhando pra mim. Eu ficava assustado, vontade de sair gritando dentro do ônibus... Como?! Eu não sou louco!... Aquela coisa ruim...*”(Fragmento do Diário de Campo)

Neste e em outros relatos, é possível perceber que a figura do louco se constitui somente nas relações dos sujeitos com o mundo, pois segundo o relato de André, sua experiência de sofrimento não era composta por estes significados que socialmente são construídos sobre o louco e a loucura. Em outras partes de nossa conversa isso também ficou evidente, em especial, quando ele me contou que um dia estava em um grupo do qual costumava participar e, conversando com um colega,

ouviu um conselho do mesmo, que lhe disse: *“se tu não fizer as coisas assim, assim, assado o pessoal vai achar que tu é louco para o resto da vida”*. Ele prossegue me contando: *“ai eu fiquei assim pensando... será que eles tão achando que eu sou louco?..meu deus, será que o pessoal tá achando que eu sou louco?.. Fiquei com aquilo ali, guardado.”*

Para ele, assim como para a maioria das pessoas com quem conversei, ser louco é uma condição longínqua, ou então momentânea, que vai além da experiência singular de algum sofrimento, mas é constituída na relação com o coletivo, nunca fora dele. Para algumas pessoas com quem conversei, o fato de ser percebido pelos demais como louco pode também fazer parte do modo como as pessoas vão se relacionar com elas.

É no sentido de discutir a construção social da figura do louco que retomo a seguir a ideia de Basaglia (1985, p.255) de colocar “(...) por um instante, entre parênteses, o problema da doença mental, isto é, da “especificidade” (no sentido ao qual aludíamos) das formas de terapia que tornam necessárias as instituições psiquiátricas como tais.” Entendo que é também sobre a “doença mental” que se articulam discursos, práticas e processos, como veremos a seguir.

### **5.5. A doença mental em suspenso: parênteses ou aspas?**

*“Isso que não aparece em raio-x, não aparece em exame de sangue, que que pode ser?”* (Fragmento do Diário de Campo)

Quando Basaglia (1985) sugeriu colocar a “doença mental” entre parênteses para pensar as instituições psiquiátricas se referia ao fato de colocar “entre parênteses todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido” (idem, p. 29). Respondendo a pergunta de Nino Vascon sobre o fato dele e seu grupo prescindirem da doença, como se ela não existisse, Basaglia (idem) respondeu:

Não, nós não prescindimos da doença, mas pensamos que, para estabelecer uma relação com um indivíduo, é necessário considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define. (...) O diagnóstico tem um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar o fato de que o doente seja, de

alguma forma, um doente. É este o sentido de colocarmos o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição e o rótulo. (idem, p.28)

A questão da “doença mental” foi discutida por Amarante (1996 e 2007) a partir das concepções de Basaglia, mostrando como a colocação da mesma entre parênteses significava uma importante inversão para o processo da reforma psiquiátrica. Para o autor

(...) a necessidade de colocar a doença entre parênteses significa a negação, isto sim, da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento; significa realizar uma operação prático – teórica de afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência da condição do estar institucionalizado, quanto no mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico.” (Amarante, 1996, p.80)

É sobre o argumento de que não é preciso negar a existência da doença, mas de compreender como a experiência de sentir-se “doente” é significada pelos sujeitos que entendo ser necessária a discussão. Nesse sentido, penso que ao invés de colocá-la entre parênteses, seria mais adequado colocá-la entre aspas, como se faz com aquelas palavras ou expressões que precisam ser relativizadas e questionadas incessantemente.

Uma conversa que ouvi durante o trabalho de campo, assim como o questionamento que abre essa seção feita por Fabrício, um *experiente*, sobre o que seria essa doença que não aparece em raio x ou exame de sangue, mostram como a experiência do “adoecimento” circula entre as pessoas. Segue o fragmento de meu diário de campo com parte da conversa:

*“Durante uma conversa entre alguns experientes um deles diz: Antes as pessoas diziam que era nervos. Outro lhe responde: Antes era é depressão... eu eles disseram que era depressão e agora, depois, que*

*não, que era esquizofrenia e aí melhorou...*” (Fragmento do Diário de Campo)

Podem ser os “nervos”, a “depressão”, a “esquizofrenia”, e outras possíveis interpretações do estado de desconforto que tais experiências provocam. O que dizem estas pessoas está relacionado ao fato da psiquiatria, ou seja, “eles” terem o poder de nominar, decifrar e remediar (literalmente) tal situação, por terem sido “eles” que ao separarem esse “objeto fictício”, como disse Basaglia, da experiência dos sujeitos, se apropriaram dessa experiência, criando um objeto obscuro, transformado-a em “doença mental”.

No campo da “saúde mental” e aqui especificamente da reforma psiquiátrica, a forma como tais experiências são nominadas, narradas e significadas estão intimamente relacionadas com o contexto cultural dos indivíduos e suas interpretações sobre as mesmas. Contudo, tais interpretações são atravessadas fortemente pelo modelo biomédico.

Todas as pessoas com quem conversei tinham tido alguma experiência que as levou a buscar algum serviço de saúde mental no qual haviam recebido algum diagnóstico psiquiátrico ao qual faziam referência em nossas conversas. Falavam de um momento de ruptura, em que se viam acometidas por alguma espécie de sofrimento que abalavam suas condições no mundo.

As maneiras de reconhecer tais rupturas também variavam, como é possível perceber em dois relatos que ouvi. Um deles ouvi de Pedro, um homem branco, de aproximadamente 50 anos, casado e pai de duas filhas, que me contando sobre sua experiência disse: *“Comigo foi assim, diferente. Meu problema é mais leve. Eu não fui lá na ala, fui direto pro CAD. Eu peguei ansiedade e depressão. Foi assim, eu tava em casa e aí peguei... assim, de repente.”* Na sua concepção, depressão e ansiedade se pegava assim, de repente, como se pega uma gripe ou um vírus. Além de sua concepção sobre a doença, o que Pedro dizia também tem relação com a diferença entre os serviços. No seu modo de pensar, de certa maneira, aparece uma concepção de que, quando o problema é grave, ou seja, torna-se “doença”, a terapêutica deve ser o hospital, ou em alguns casos, a ala psiquiátrica.

Para ele que tinha precisado se afastar das atividades de trabalho e reorganizar sua vida em torno de seu tratamento psiquiátrico, não entendia que seu problema era grave uma vez que não tinha sido internado nem na ala psiquiátrica nem em um hospital psiquiátrico.

O outro relato ouvi de S. Armando, um homem negro, com história de longas e sucessivas internações psiquiátricas e que aparentava ter aproximadamente 65 anos. Enquanto conversávamos sobre sua história e experiências nos serviços de saúde mental, num tom simples mas convincente, me explicou sobre os motivos que o levaram pela primeira vez para um hospital psiquiátrico e o que entendia como sendo seu problema. Disse: “(...) *o meu probleminha é assim, eu fico muito alegre, é... muito alegre... eu tive uma visão, uma pessoa assim, de branco, aí fiquei muito contente... eu era muito triste antes dessa visão...* Chega um tempo e dá aquela alegria, aí eu tenho que ir para o hospital”. Acho importante contar que durante nossa conversa, S. Armando me presenteou com um santinho com uma imagem da “comunhão da menina”, cuja imagem mostrava uma pessoa de branco.

Seu Armando, diante de toda sua experiência de internações e tratamentos psiquiátricos havia concluído que seu problema era que sua alegria não cabia nele, extrapolava os limites do permitido socialmente. Sua religiosidade, acionada não apenas na visão que teve e que o fez sair da tristeza e ficar contente, também compunha sua narrativa e sua interpretação de tal visão. Não foi uma alucinação visual, como pressuporia o modelo biomédico de interpretação, mas sim Jesus, como ele fez questão de esclarecer quando me presenteou com o santinho.

Quando então seria possível transformar tais experiências de sofrimento em adoecimento e/ou em um diagnóstico psiquiátrico? Como é possível definir tais limites? Discutindo os limites entre o normal e o patológico, ou seja, desses momentos em que as pessoas sentem que algo está diferente, Georges Canguilhem (2006[1966]) diz que

(...) se o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. (...) A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. (idem, p.135)

Apesar dos indivíduos reconhecerem algumas experiências como momentos de intenso sofrimento e adoecimento, receber um diagnóstico psiquiátrico parece ser diferente de receber outro tipo de diagnóstico médico, talvez pelas características da “doença” a que as pessoas se vêm acometidas. Ser “doente”, tal como pude perceber nos dados da pesquisa, é algo que parece não fazer parte da realidade das pessoas com quem conversei que nominam suas experiências como “problemas”; ou estão “nervosas”, ou estão “ruim” e, no máximo, usam a palavra “louco” ou “loucura” para se referir mais à experiência dos outros do que as suas. Não se referem a este estado com a palavra “doente”, que parece estar relacionada à outra ordem de desconfortos, relacionados somente ao corpo. Como disse S. Adão: *“Doente é quem tem Aids, diabetes, essas coisas assim...essas coisa assim da cabeça não são de doença...”*

Em nenhum momento ouvi dizer que a pessoa estava “doente”, seja da cabeça, dos nervos ou qualquer outra coisa, as pessoas sempre se referiam a suas experiências através de “noções menos duras” (Maluf, 1999). Tinham problemas, estavam ruins, ficavam nervosas, dentre outras expressões. Como argumentou S. Adão: *“Diz que a gente não tem que dizer que é doente porque as pessoas tem muita preocupação... Eu pensei em me matar, mas depois passou. Foi uma só vez. Agora quando eu tenho essas ideias assim na minha cabeça eu falo para a minha mãe.”*

Ainda assim, é a objetificação de tais experiências que as transforma em diagnósticos psiquiátricos e assim são subjetivados, não sem resistências. Apesar dos diagnósticos psiquiátricos terem caráter prescritivo e normatizador, as maneiras através das quais as pessoas se relacionam com eles dizem respeito ao contexto no qual eles são enunciados.

Durante uma das conversas que tive com Daniel ele, além de mostrar as fotos de quando era mais jovem e de seus filhos, me mostrou também as imagens de um exame chamado PET – Cintilografia, que mostrava imagens (fotografias) de seu cérebro e me disse: *“aí o médico viu isso aí, aí ele botou no atestado a aposentadoria.”*

Acredito que em alguns casos, assumir um diagnóstico psiquiátrico, ou seja, *investir-se* da roupa de louco é uma das formas de situar-se e garantir condições de existência no mundo. Em um de meus encontros com uma *experiente* ela me diz: *“foi assim... aí eles me aposentaram lá, pois eu não conseguia trabalhar, eu nem disse nada*

*né?! Tudo bem, eles estavam me aposentando. Eu ia poder receber meu dinheiro”. Pergunto: “Mas tu preferias estar trabalhando?” Ela me responde: “Nem sei, com tudo isso... problemas... não sei, pode ser, não sei.”*

Não quero dizer aqui que tais pessoas teatralizam situações de sofrimento para terem alguns benefícios, pois acredito, conforme os argumentos de Goffman (1975), que as pessoas fazem uso dos papéis que lhe são atribuídos quando capturadas pelo saber psiquiátrico. O que pretendo evidenciar aqui é que, ainda que recebam diagnósticos psiquiátricos que tendem a uma captura total do sujeito, as pessoas se articulam entre as possibilidades que tal prescrição pode oferecer. Como disse Deleuze na entrevista a Claude Parmentier sobre sua relação com os médicos, os remédios e a fragilidade de sua saúde ou sua doença (tuberculose):

Voltamos ao tema da potência. O que é realizar um pouco de potência, fazer o que se pode, fazer o que está na minha potência? É uma noção bem complexa, pois o que nos torna impotentes, como uma saúde fraca ou uma doença..., precisa-se saber como utilizá-las para, por meio delas, recuperar um pouco de potência. (Deleuze, Abecedário, p.50)

Entendo que a “doença mental”, não tem existência fora das interpretações e do contexto que lhe dão origem. É apenas uma das interpretações possíveis sobre uma determinada experiência e, por isso, penso que na realidade da reforma psiquiátrica brasileira ela pode ser entendida como uma definição médico jurídica, advinda da necessidade de categorizar uma experiência. Como argumentou Goffman (2008 [1961])

(...) a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera seu destino social – uma alteração que se torna fundamental em nossa sociedade quando, e apenas quando, a pessoa passa pelo processo de hospitalização [no caso da pesquisa, também pelos serviços de saúde mental]. (idem, p.112)

Assim, “antes era nervos”, mas agora é depressão ou esquizofrenia. Foucault (2000), em seu texto sobre loucura e cultura diz que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”. (idem, p.71). A doença, neste sentido, não se resumiria a um evento biológico, nem psicológico, nem a um conjunto de sintomas. Apresenta-se como um momento de ruptura no fluxo das experiências dos sujeitos e faz emergir conflitos próprios do viver humano, exigindo o reconhecimento de que somos passíveis de sofrimento, e que o corpo e a subjetividade são a base onde esse sofrimento opera.

Faz parte da condição humana, como disse Basaglia (2000) em uma de suas conferências no Brasil

Eu disse que não sei que coisa é a loucura. Pode ser tudo ou nada. É uma condição humana. Em nós, a loucura existe e é presente como é a razão. O problema é que a sociedade, para chamar-se civil, deveria aceitar tanto a razão quanto a loucura, e então torna a loucura razão através de uma ciência que se encarrega de eliminá-la. <sup>96</sup> (idem, p.34)

O sofrimento é entendido aqui não apenas como uma categoria nosográfica, tampouco se resume a um evento biológico ou a um conjunto de sintomas, mas sim como uma experiência subjetiva atravessada pelos modelos e significados do processo de adoecimento e cura atribuídos por cada sujeito e permeada pelas características sócio culturais dos contextos em que se desenvolvem.

Na maior parte das conversas que tive durante o trabalho de campo, os comentários sobre os diagnósticos psiquiátricos vieram à tona como um modo de falar de si que elencavam diferentes maneiras de

---

<sup>96</sup>“Io ho detto che non so che cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. È una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece questa società accetta la follia come parte della ragione, e quindi la fa diventare ragione attraverso una scienza che si incarica de eliminarla”. (idem, p.34)

interpretar tais experiências para além do modelo biomédico. As concepções são muitas e variadas, elas trazem elementos de outros contextos de significação como o religioso, os valores de determinada classe social e, em geral, incorporam o discurso biomédico.

A transformação da loucura, do desvario ou da desrazão em “doença mental” como apontam Foucault (1997[1972], 2000) e Pelbart (2009) é um fenômeno complexo, histórico e culturalmente situado. Tal como disse Pelbart (2009, p.40): “nem sempre aquilo que nós chamamos de loucura significou doença.” Assim como, nem sempre o que a biomedicina entende como doença mental é concebida como loucura ou mesmo como doença pelos sujeitos que tem sua experiência com problemas dessa ordem.

Penso que, diante deste objeto obscuro e de difícil definição como discutido neste trabalho, é possível reconhecer os atravessamentos de práticas, discursos, interpretações e configurações que compõem as experiências dos sujeitos de maneiras variadas e que precisa não apenas ser deslocada do seu lugar de verdade, quando entre parênteses, mas também relativizada, quando entre aspas, incessantemente para que não corra o risco de perder seus movimentos, ontologizando-se.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do processo de múltiplas reformas, realizadas cotidianamente, rizomática e incessantemente pelos sujeitos que produziram e até hoje mantém um conjunto de transformações no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, campo tenso com forças favoráveis e contrárias, encontrei alguns pontos que ganharam força no conjunto das narrativas que ouvi e das experiências que vivi e compartilhei durante a realização desta pesquisa. Eles foram responsáveis pela organização de minhas análises.

Alguns aspectos importantes da reforma psiquiátrica não foram incorporados neste trabalho, mas ressoam numa espécie de silêncio ensurdecedor, como é o caso dos hospitais psiquiátricos judiciários e das questões relacionadas às drogas ilícitas. Elas apareceram durante a pesquisa, mas não puderam ser incorporadas, considerando os recortes metodológicos que precisei escolher.

Foi através do intenso trabalho de análise e interpretação dos dados que pude construir uma narrativa que teve o intuito de articular os planos, atravessamentos, perspectivas, situações, experiências, configurações e dimensões presentes neste processo. Nesse momento, meu objetivo é evidenciar e discutir alguns aspectos que parecem importantes do meu ponto de vista.

Inicialmente gostaria de salientar a relevância das minhas interlocutoras e meus interlocutores e suas experiências para a análise realizada. Não apenas pelo ponto de vista a partir do qual eu pude perceber o processo da reforma psiquiátrica brasileira, mas também porque pude perceber outros processos construídos por elas e eles nesse emaranhado de relações, práticas e discursos que tornam complexo e conformam o mesmo.

Ao conferir um estatuto epistemológico ao saber dos *experientes* - pessoas que ocupam um lugar paradoxal de ser o centro das ações e ao mesmo tempo manterem-se “a margem” - pude experimentar outros olhares bem como produzir um conhecimento que valorizasse este ângulo que julguei relevante durante todo o trabalho.

Devo ressaltar a importância do trabalho etnográfico neste processo, uma vez que foi a partir de seus pressupostos que consegui me aproximar das experiências dos sujeitos, estabelecer um diálogo horizontal entre os discursos “nativo” e “científico” e dar ao mesmo

uma qualidade perspectiva, no sentido de perceber que existiam outros pontos de vista que não olhavam necessariamente para o mesmo processo, mas também construía outros processos.

Coloquei-me como um corpo de passagem e fui convocada em diversas situações a compartilhar atividades, afetos e experimentar novos lugares. Convocações explícitas como “Vem cá, senta aqui, vem fazer aqui com a gente pra depois poder escrever lá teu trabalho.” Ou implícitas, como as demandas de cumplicidade e solidariedade para ouvir situações dolorosas, contadas num tom reservado. Acredito que foi a partir destes encontros, destas trocas, que fomos produzindo e compartilhando nossos conhecimentos e inventando nossos lugares.

Os exercícios com a alteridade foram constantes entre nós. Eu tentava me aproximar da lógica do pensamento deles e perguntava sobre as experiências na e com a saúde mental. Eles também queriam saber o meu ponto de vista, me questionavam sobre meu interesse nesses assuntos, se era casada, se tinha filhos dentre outras perguntas e muitas vezes, com curiosidade, queriam saber o que fazia uma pessoa que fazia doutorado além de estudar e querer conversar com as pessoas.

Desta forma, fui percebendo através das narrativas, compostas por silêncios, performances, diálogos ordinários e extraordinários (como aqueles compostos por seres que eu não via nem ouvia) os vários atravessamentos das experiências dos sujeitos. Percebi que em seus itinerários terapêuticos eles iam tecendo uma rede onde circulam não apenas saberes, mas também lugares que dão novas configurações às relações de poder presentes na realidade em que vivem. Como discuti neste trabalho os lugares circulam, assim como os sujeitos que os ocupam. Assim também ocorre com os saberes, poderes e interpretações que, quando acionados e tensionados pelos sujeitos, colocam-se em movimento.

O movimento, tão caro no desenvolvimento desta pesquisa, foi uma particularidade do trabalho de campo que acabei desenvolvendo e também mais um elemento a compor minhas análises. De forma rizomática, acompanhando diferentes lugares e pessoas em seus movimentos pelas cidades, pude perceber como as mesmas são atravessadas pelos movimentos produzidos em suas experiências bem como pelas experiências produzidas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira.

A articulação não apenas dos movimentos produzidos nas cidades, mas também aqueles que se desenvolvem em planos diferentes - e aqui destaco minha participação no Grupo de Trabalho da Desinstitucionalização do estado de Santa Catarina e nas Conferências de Saúde Mental - contribuiu para a ampliação da minha compreensão sobre o processo que escolhi investigar. O que apresentei foram as conexões que consegui perceber entre uma multiplicidade de dados obtidos e movimentados durante a pesquisa.

Encontrei nas experiências das cidades de Barbacena, Torino, Trieste e Gorizia elementos que me ajudaram a pensar nas questões brasileiras a partir da realidade de Joinville. Na multiplicidade de experiências que encontrei fiz conexões, com a finalidade de conseguir pensar um plano onde elas pudessem se expressar, um platô tal como descreveram Deleuze e Guattari (2007a).

Quando decidi analisar o processo da reforma psiquiátrica brasileira - que, como apresentado, poderia também ser denominado de reformas e/ ou revoluções - a partir do ponto de vista dos “usuários” dos serviços de saúde mental - que se transformaram em *experientes* - não dimensionava as inúmeras possibilidades que a experiência desta pesquisa faria emergir.

Foi diante de uma realidade que ganhava vida com os movimentos dos *experientes* - que ao mesmo tempo, em determinadas circunstâncias, se tornavam invisíveis, destituídos da condição de sujeitos porque entendidos como destituídos de razão especialmente nas relações de poder em que a razão é central - que percebi atualizações do manicômio ou fragmentos do mesmo, através de lógicas e desejos manicomialis que perduram apesar das reformas.

Durante a realização da pesquisa, por questões de escolha metodológica, acompanhei com maior intensidade espaços e tempos que podem ser considerados como antimanicomiais, por considerá-los o foco do interesse da pesquisa. Entretanto, durante a mesma acabei encontrando tais fragmentos/resíduos do manicômio em práticas, discursos e também na maneira de perceber a “loucura” em tal realidade.

Poderia pensar na possibilidade do seu inverso, onde eu teria encontrado fragmentos/resíduos da realidade antimanicomial num contexto manicomial, mas não penso que seja essa a “realidade” que encontrei. Tal como apontam as discussões feitas aqui, não há dúvidas quanto ao redirecionamento e as transformações da assistência

psiquiátrica no país e a inversão do modelo que a orienta. Contudo, tais realidades estão presentes no contexto atual, se imbricam, se mesclam e operam através de práticas que ora escapam ora são capturadas pelo que Lavrador e Machado (2002) chamaram de “desejos de manicômio”.

Os processos de desinstitucionalização inerentes a tais transformações perpassam algumas vertentes como o saber psiquiátrico, a doença mental enquanto produto deste saber, bem como os regimes de subjetivação. Além disso, se relaciona fortemente com a desospitalização, uma vez que é no espaço do hospital psiquiátrico que as práticas manicomialis ganham força e materialidade.

Apesar do processo de desinstitucionalização ser amplo e não estar reduzido à desospitalização, como consta nas discussões apresentadas, o fato de que se trata da vida das pessoas que ocupam atualmente os mais de trinta e dois mil leitos nos hospitais psiquiátricos existentes no Brasil, aponta para questões pragmáticas e de ordem ética e política.

Tais processos de desinstitucionalização, como discutido, também estão atravessados pelos modelos interpretativos (institucionais ou singulares) que se articulam e se tensionam nas complexas relações de poder que compõem a realidade onde os mesmos se desenvolvem.

Tal como discutido, a rede de serviços de saúde mental é tensionada por tais modelos interpretativos, concepções, estratégias e práticas moleculares. Estratégias singulares que não necessariamente atendem as normativas e as demandas do modelo biomédico. Elas configuram experiências diversas como pude perceber ao longo do trabalho de pesquisa.

No conjunto das transformações desencadeadas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira, diante deste tensionamento e da proposta de considerar as singularidades, fala-se da clínica “ampliada” capaz de considerar as singularidades. Como apresentado, trata-se de colocar o sujeito no centro das práticas, tarefa tão complexa quanto a de abrir portas, pois exige a inversão não só dos modelos e lógicas, mas movimentos radicais que permitam, tal como sugeriu Muñoz (2009), que a clínica da psicose ensine sobre a clínica geral.

Fazendo alguns deslocamentos, tal como ocorreu nesta pesquisa, é possível perceber que os pontos de vista são variados, se constituem pelos contextos sociais, políticos, culturais seja com relação às transformações institucionais seja pelas concepções que circulam sobre

o que vem a ser a experiência do sofrimento (loucura, “doença mental”), bem como quanto à pessoa que a experimenta (“o louco”) e as terapêuticas possíveis.

Tal como discutido, a terapêutica medicamentosa é significativa no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Ela é responsável não apenas pela suposta eficiência nos tratamentos psiquiátricos, mas também pelas intensas transformações que desencadeia na vida (objetiva e subjetiva) e nos corpos das pessoas que a ela são submetidas. A submissão a ela tem seu contraponto na subversão, não apenas em estratégias singulares como também em movimentos coletivos, como tentei mostrar apresentando a proposta da Gestão Autônoma da Medicação bem como do Movimento de Ouvidores de Vozes e do Projeto Soteria, proposto por Loren Moscher.

Tal terapêutica parece se justificar, dentre outros aspectos, pelo entendimento de uma suposta doença mental que, como discutido, não tem existência fora das interpretações. Como apontou Foucault (2000) só pode ser reconhecida no interior de uma sociedade que a reconhece como tal. Ela é apenas uma das possibilidades, como os dados desta pesquisa permitiram vislumbrar. Ela pode estar localizada no corpo e aí é percebida como doença, uma vez que se acontecer no campo do pensamento é percebida como “problemas”, “estar ruim”, ou na radicalidade da experiência e aí o que a define é o grau de intensidade, é preciso estar “muito ruim mesmo”. Além disso é possível encontrar sentido em outros contextos como o religioso, por exemplo.

Além disso, ela geralmente acomete o “outro” o que revela o aspecto relacional de tais experiências. O “louco”, aquele que tem o encargo simbólico de corporificar a loucura (Pelbart, 1990) ocupa, num contexto em que fragmentos da lógica manicomial são presentes, um lugar marginal, sendo a “carta fora do baralho”, como sugeriram Rolnik e Guattari (2008) e/ou a “carta perigosa do baralho”, como discutido nesta tese.

Assim, assumir ou não um diagnóstico psiquiátrico faz parte do conjunto de estratégias que os sujeitos articulam para negociar e existir num mundo marcado por desigualdades de todo tipo. A ambivalência e as resistências dos sujeitos quanto à sujeição aos diagnósticos psiquiátricos é presente e significativa no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, em que o modelo biomédico prepondera.

Os processos de (des)subjetivação estão marcados pela predominância do modelo biomédico presente nos contextos pesquisados. Eles ora apreendem os sujeitos, revelando seu potencial de dessubjetivação, ora são subvertidos pelos mesmos, através de rupturas, resistências e subversões que instituem linhas de fuga de um regime que tende a capturá-los. A noção de roupa me auxiliou a mostrar o caráter provisório e precário da constituição do sujeito que emergiu nas práticas e discursos presentes durante a pesquisa.

Durante a pesquisa ficou evidente que é o discurso biomédico que define o lugar (subalterno) do experiente, assim como, através de seus enunciados, objetiva as experiências e realiza sínteses sobre o sujeito. Entretanto os usos, abusos e desusos destes discursos, práticas (em especial aquelas relacionadas aos diagnósticos e psicofármacos) e outros enunciados são tensionados pelos sujeitos em suas experiências cotidianas. Em alguns momentos estes escapam da racionalização médica das experiências.

A vulnerabilidade imposta pelo diagnóstico psiquiátrico marca também as relações destes sujeitos que devem estar sempre atentos, sob vigilância constante porque estão sempre na iminência do “surto”, da “crise”. A “crise”, situação limite, marca não apenas a trajetória dos sujeitos como também aciona estratégias de cuidado que se confundem com estratégias de controle e disciplina.

Os sujeitos se constituem subjetivamente através de enunciados que tendem a capturá-los, mas é também através desta captura que eles lançam mão de estratégias micropolíticas de subversão. Ao mesmo tempo em que o “louco” é visto como aquele que não pode, não sabe e não é (sujeito), demonstra sua potência na desconstrução desse lugar de subalternidade estabelecendo-se como sujeito em suas relações familiares, por exemplo, construindo estratégias de subversão aos poderes e saberes instituídos.

Os sujeitos, conforme pude perceber, são invisibilizados não apenas quando sujeitados aos diagnósticos psiquiátricos ou à hipermedicalização de suas experiências, mas também no uso da linguagem, especialmente através do uso da terceira pessoa pronominal, que apareceu como evidência marcante da hierarquia presente no contexto desta pesquisa. Ainda assim, eles conquistam arduamente possibilidades onde possam protagonizar processos e fazer circular seus discursos.

Mesmo que o protagonismo dos mesmos possa ser pensado como um “protagonismo de hora marcada” e permeado por disputas e complexas relações de poder, é através dele que se percebem novas possibilidades para os sujeitos, bem como novos tempos e espaços de constituição dos mesmos.

Um exemplo disso é a circulação dos mesmos pelos diferentes espaços e tempos das cidades. Colocando seus corpos em movimento eles se afectam e afectam os demais, dão passagem a uma série de acontecimentos que permitem a constituição de outros regimes de subjetivação além de conquistarem cidadania e direitos enfim, fazem agenciamentos.

Um regime de subjetivação importante neste processo é o gênero que, tal como discutido, se desdobra nas experiências de homens e mulheres que circulam no mesmo. É através do gênero que se constituem sujeitos, se constroem diferenças e se estabelecem lugares nas complexas relações de poder que fazem parte do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Ele permite a atribuição de sentidos às mais diversas manifestações da experiência humana, como sugere Strathern (1988).

A dimensão do gênero aparece não apenas no plano das vivências, das experiências singulares dos sujeitos, mas também no plano das políticas públicas como apontou Maluf (2010). Configura relações e, por não compor as discussões e preocupações no campo da assistência psiquiátrica, acaba por reproduzir subalternidades, reforçar as assimetrias bem como subjugar, naturalizar e/ou “hormonizar” o sofrimento das mulheres.

Ainda assim, são tais mulheres que produzem novos significados para suas experiências, traçam itinerários diversos e demandam, ou melhor, agenciam novos processos e subvertem as configurações instituídas.

Finalmente, mas sem o objetivo da conclusão, devo dizer que, tal como apontou Basaglia sobre o processo da reforma psiquiátrica, esse trabalho abriu mais contradições do que as resolveu. As experiências desta pesquisa colocaram em movimento conhecimentos, reflexões, agenciamentos e atravessamentos que nos expuseram ao contato, ao diálogo bem como a nossa “loucura”, própria da nossa condição. Espero que este trabalho, ao circular e fazer movimentos possa contribuir para a

ampliação dos debates no campo dos estudos interdisciplinares de gênero e da saúde mental no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. La potenza del pensiero. In: La potenza del pensiero. Saggi e Conferenze. Macerata, Neri Pozza Edit. , 2005. PP. 273-287. Tradução portuguesa: Selvino Assmann.

AGAMBEN, Giorgio. Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

AGUIAR, Adriano A. de. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ALVES, Paulo César B. e SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, Miriam et al. Experiência da doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALVES, Fatima. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no norte de Portugal. In: FONTES, Breno A.S.M. e FONTE, Eliane M.M. da. Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

ALVERGA, Alex R.; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

AMARANTE, Paulo. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo(coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo (org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. IN: Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009 (CD-ROM)

ANDRADE, Ana Paula M. de. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In: MALUF, Sônia W. e TORNQUIST, Carmem S.(orgs). Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

ANDRADE, Ana Paula M. de; MONTEIRO, Marina; TORNQUIST, Carmem S. Novas e velhas esperanças. In: MALUF, Sônia W. e TORNQUIST, Carmem S.(orgs). Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

BARROS, Denise D. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos / Edusp, 1994.

BASAGLIA, Franco (coord.). *A instituição negada*. Relato de um hospital psiquiátrico. 2ªed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985 [1969].

BASAGLIA, Franco et all. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, Franco. Corpo e istituzione. In: BASAGLIA, Franca Ongaro e Giannichedda, Maria Grazia. (orgs). *L'utopia della realtà*. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi, 2005.

BASAGLIA, Franco. *Che cos'è la psichiatria?* Milano: Baldini & Castoldi, 1997[1967].

BASAGLIA, Franco. *Conferenze Brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.

BASAGLIA, Franco et al. *La nave che affonda*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008.

BASAGLIA, Franca Ongaro. Prefazione. In: BASAGLIA, Franco. *Che cos'è la psichiatria?* Milano: Baldini & Castoldi, 1997[1967].

BASAGLIA, Franca Ongaro. *Manicomio Perché?* Roma: Editora Centro Franco Basaglia, 2001.

BASAGLIA, Franca Ongaro e Giannichedda, Maria Grazia. (orgs). *L'utopia della realtà.* Torino: Piccola Biblioteca Einaudi, 2005.

BAPTISTA, Luis Antonio. *A Cidade dos Sábios: reflexões sobre a dinâmica das grandes cidades.* São Paulo: Summus, 1999.

BAPTISTA, Luis Antonio. *O veludo, o vidro e o plástico.* Desigualdade e diversidade na metrópole. Niterói: EdUFF, 2009.

BARRÍO, Lourdes Rodriguez Del; Perron, Nadine e Ouellette, Jean-Nicolas. *Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento?* In: CAMPOS, Rosana Onocko et al. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.* São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

BEZERRA, Benilton. *Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental.* In: TUNDIS, Silvério A. e COSTA, Nilson do R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.* Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

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

BONANNO, Gaetano. *Recensioe: La schizofrenia non esiste e se esistesse io vorrei averla.* de Schiavetti, Gianna, 2008.  
[http://www.incompatibile.altervista.org/recens/la\\_schizofrenia\\_non\\_esiste\\_gianna\\_schiavetti.pdf](http://www.incompatibile.altervista.org/recens/la_schizofrenia_non_esiste_gianna_schiavetti.pdf). Acesso em 06/02/2012.

BOTT, Elizabeth. *Família e Rede Social.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (org.). Pierre Bourdieu: sociologia. São Paulo: Ática, 1983.

BUENO, Maria Lúcia da S. e CAPONI, Sandra. A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo da reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville – SC. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Vol.13, nº28. Botucatu, Jan/Mar, 2009.

BUTLER, Judith. The Psychic Life of Power: Theories in Subjection. Standford: Standford Univ. Press,1997.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2001.

BUTLER, Judith. Problemas de Gênero. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3ª edição ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Novo Cenário. Novas Imagens. Programa de Volta Para Casa. Ministério da saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília, Janeiro, 2011.

CADERNOS DO IPUB. n.14. Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

CAFFA, Franca. Il Manicomio Diffuso: Degrado e disagio psichico nei quartieri di edilizia popolare a Milano. In: CERABOLINI, Roberto e COMELLI, Francesco. La cura del contesto nel disagio psichico. Urbino: Editora QuattroVenti Srl, 2ªed, 2007.

CAIAFA, Janice. Movimento punk na cidade: a invasão dos bandos sub. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

CALVINO, Italo. Lezioni americane: sei proposte per il prossimo millennio. Milano: Editora Oscar Mondadori, 2011.

CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Revista Saúde em Debate, v.5, n.58, p.98-111, maio/ago, 2001.

CAMPOS, Rosana Onocko et al. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

CAMPOS, Rosana Onocko et al.. Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial:entre a saúde coletiva e a saúde mental (Edital MCT-CNPq/ MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde - n. 07/2005

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 6ªed ver. Rio de janeiro: Forense Universitária, 2006 [1966].

CARDANO, Mario. Il male mentale . Distruzione e ricostruzione del sé. In: BONICA, Laura e CARDANO, Mario. Punti di Svolta: Analisi del mutamento biografico. Bologna: Ed. Il Mulino, 2008.

CARDANO, Mario et al. Le politiche del lavoro e della casa per i pazienti psichiatrici. Il caso piemontese. In: *Revue Sociologie Santé.Recherche Pratiques Professionnelles*. 32. Ottobre, 2010.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *O Trabalho do Antropólogo*. 2ªed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp, 2006.

CARDOSO, Marina. *Psiquiatria e Antropologia: Notas sobre um debate inconcluso*. In: *Revista Ilha, Florianópolis*, v.4, n.1, p. 85-113, julho de 2002.

CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 1993.

CARRANO, Austregésilo B. *Canto dos Malditos*. São Paulo: Rocco, 2001.

CARVALHO, Lucia e DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Revista Estudos em Psicologia*. Vol.9 nº1. Natal, 2004.

CARVALHO, Maria Cecília. Os desafios da desinstitucionalização. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina e CAVALCANTI, Maria Tereza (orgs.). *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

COLEMAN, Ron. *Lavorare per guarire. Magema & Cooperativa sociale "Il Casello"*, Carcare, 2004.

COOPER, David. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. 2ªed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1989.

COSCONI, Maria Antonietta Farina. *Matti in libertà*. Roma: Editori Internazionali Riuniti, 2011.

COSTA, Jurandir Freire Costa. Apresentação. In: Goldberg, Jairo. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 2ªed, 1996.

COSTA - ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CSORDAS, Thomas. *Corpo, significado, cura*. Porto Alegre, Ed, UFRGS, 2008.

CUNHA, Maria Clementina P. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. 2ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DALMOLIN, Bernardete Maria. *Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DELEUZE, Gilles. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, Gilles. *Abecedário*. Transcrição integral do vídeo, para fins exclusivamente didáticos.

DELEUZE, Gilles. *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega, 1996.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume I. São Paulo: Ed. 34, 2007a [1995].

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume IV. São Paulo: Ed. 34, 2007b [1997].

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs*. Ano zero. Volume III. Rio de Janeiro: 34, 2008 [1996].

DELGADO, Pedro Gabriel G. Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo. In: Saúde em Debate. 35: 80-84, jul. 1992.

DELL'ACQUA, Peppe. Non ho l'arma che uccide il leone. Padova: Nuovi Equilibri Stampa Alternativa, 2007.

DESVIAT, Manuel. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DIEHL, Eliana, MANZINI, Fernanda e BECKER, Marina. "A minha melhor amiga se chama Fluoxetina": consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, Sônia W. e TORNQUIST, Carmem S.(orgs). Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

DIMENSTEIN, Magda e ALVERGA, Alex R. de. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. IN: AMARANTE, Paulo (coord.) Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

DUARTE, Luiz Fernando D. O culto do eu no templo da razão. (Três ensaios sobre a pessoa e modernidade). Boletim Museu Nacional do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, v.4, 1983.

DUARTE, Luiz Fernando D. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. 2ªed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

DUARTE, Luiz Fernando D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo Cesar e MINAYO, Maria C.S. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

DUARTE, Maristela. De "Ares e Luzes" a "Inferno Humano". Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946 -1979. Estudo de Caso. Tese de Doutorado em História. UFF. Niterói, 2009.

DUMONT, Louis. O individualismo. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

DUMONT, Louis. Homo aequalis II. L'idéologie allemande. Paris: Gallimard, 1991.

FEMENÍAS, Maria Luisa. Violencias del mundo global: inscripciones e identidades esencializadas. In: Revista Pensamiento Iberoamericano, nº9, ano 2011/2012.

FIGUEIRA, Sérvulo. Psicanalistas e pacientes na cultura psicanalítica. In: FIGUEIRA, Sérvulo et all. Efeito Psi: a influência da psicanálise. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

FONSECA, Tania Mara Galli. Modos de pesquisar, modos de subjetivar. In: FONSECA, Tania Mara Galli et. all. Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação. Porto Alegre: Sulina / UFRGS, 2007.

FONSECA, Tania Mara Galli et. all. Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação. Porto Alegre: Sulina / UFRGS, 2007.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade 2: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 2000.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 2009 [1979].

FOUCAULT, Michel. Polêmica, Política e Problematizações. Polémique, politique et problématisations. In FOUCAULT, M. Dits et Écrits, vol. IV, Paris, Gallimard, 1997, pp. 591-598. Originalmente publicado como: Polemics, Politics and Problematizations. Entrevista a P. Rabinow, maio de 1984. in RABINOW (org). The Foucault Reader, N. York, Pantheon Books, 1984, pp. 381-390. Traduzido e disponibilizado pelo Dr. Selvino José Assmann, 2001.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. História da loucura: na idade clássica. 5ªed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997[1972].

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. As palavras e as coisas. São Paulo: Martins Fontes. 2009.

FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973/1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. Estratégia, poder-saber. Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.203-222, 2003.

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

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 11 (3): 785 – 795, 2006 .

GIANNICHEDDA, Maria Grazia. Introduzione. In: BASAGLIA, Franca Ongaro e Giannichedda, Maria Grazia. (orgs). L'utopia della realtà. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi, 2005.

GOFFMAN, Erving. A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Editora Vozes, 1975.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. 7ª Ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 2001[1961].

GOLDBERG, Jairo. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2ªed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 1996.

GRIGOLO, Tânia Maris. “Dizem que sou louco”: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. Revista de Ciências Humanas, Edição Especial Temática. Florianópolis: Editora da UFSC, 2000.

GUATTARI, Felix. Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo, São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

GUATTARI, Felix. Linguagem, consciência e sociedade. In: Saúde e loucura. n 2. 3ªed. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

GUATTARI, Felix Fundamentos ético-políticos da interdisciplinaridade. Rio de Janeiro: Revista Tempo Brasileiro, v.1, n. 1, 1962. p. 19-25.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. Micropolítica: cartografias do desejo. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

IBGE, 2010. Acessado em:  
[http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros\\_dados\\_divulgados/index.php?uf=42](http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=42)

KANTORSKI, Luciane Prado (coordenadora). CAPSUL - Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil. Relatório/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, Ministério da Saúde. Pelotas, 2007.

KEHL, Maria Rita. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo, Boitempo, 2009.

LANCETTI, Antonio. Loucura Metódica. In: Lancetti, Antonio (org.). SaúdeLoucura 2. São Paulo: Hucitec, p. 139-146, 1990.

LANCETTI, Antonio. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: Saúde Loucura 7. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

LANGDON, Esther J. ; MALUF, Sônia W. ; TORNQUIST, Carmen S. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: GUERRIERO, Iara; ZICKER, Fabio; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. (Org.). Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. São Paulo: HUCITEC, 2008.

LANGDON, Esther Jean. Performance e sua diversidade como paradigma analítico: a contribuição da abordagem de Bauman e Briggs. Trabalho apresentado na mesa redonda: Performance, Drama e Ritual- A formação de um Campo e a experiência contemporânea, 31º Encontro Anual da ANPOCS, 2007.

LANGDON, Esther Jean. A fixação da narrativa: Do mito para a poética de literatura oral. Revista Horizontes Antropológicos. Porto Alegre, ano 5,n.12, p 13-36,1999.

LAQUEUR, Thomas. Inventando o sexo. Corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEENHARDT, Maurice. Do Kamo. La personne et le mythe dans le monde melanesien. Paris, Galimard, 1971.

LEONARDIS, MAURI, ROTELLI. Prevenir a Prevenção. IN: ROTELLI et al. Desinstitucionalização, São Paulo: Hucitec, 1990.

LEPORI, Giulia. Le voci degli Dei: il movimento degli uditori di voci. Tesi di Laurea Specialistica Interfacoltà in Sociologia. Università degli Studi di Torino, 2009.

LEVY - BRUHL, Lucien. La mentalidad primitiva. Buenos Aires, Ediciones Lemienten, 1927.

LIMA, Tânia Stolze. O dois e seus múltiplos: reflexões sobre o perspectivismo em uma cosmologia Tupi. Revista Mana 2 (2): 21-47, 1996.

LOBOSQUE, Ana Marta. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva 16(2):4590-4602, Rio de Janeiro, 2011.

LÜCHMANN, Ligia Helena H. e RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva vol.12 n.2. Rio de Janeiro: Mar./Apr. 2007.

MACHADO, Leila Domingues e LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura: como dizer o indizível. In: Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2002.

MAGNANI, José Guilherme e Torres, Lilian de Lucca. Na metrópole: textos de antropologia urbana. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; FAPESP, 2008 [1996].

MAGNANI, José Guilherme. Quando o campo é a cidade: fazendo antropologia na metrópole. In: MAGNANI, José Guilherme e Torres, Lilian de Lucca. Na metrópole: textos de antropologia urbana. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; FAPESP, 2008 [1996].

MALUF, Sônia Weidner e TORNQUIST, Carmem Susana (orgs). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

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

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, poder e narrativas de bruxaria. IN: Costa, Albertina e BRUSCHINI, Cristina(orgs). Entre a virtude e o pecado. São Paulo, Ed. Rosa dos Tempos/FCC, PP.191-212,1992.

MALUF, Sônia Weidner. Sofrimento, 'saúde mental' e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias de gênero. In:

Tornquist, Carmem S. et al. Leituras de resistência: corpo, violência e poder. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2009a.

MALUF, Sônia Weidner. Por uma antropologia do sujeito: esboços. Mimeog. 2009b.

MALUF, Sônia Weidner. A medicalização do sofrimento e a perda da tristeza. II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva. Florianópolis, 2008.

MALUF, Sônia Weidner. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. Revista Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 5, n12, p69-82, 1999.

MALUF, Sônia Weidner. Encontros Noturnos: Bruxas e Bruxarias na Lagoa da Conceição. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos tempos, 1993.

MALUF, Sônia Weidner. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da Nova Era. *Mana* (Rio de Janeiro). , v.11, p.499 - 527, 2005.

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, subjetividades e saúde mental. Práticas e representações sobre “saúde mental” através de uma abordagem de gênero. Projeto de Pesquisa. UFSC, 2006.

MALUF, Sônia Weidner. Além do templo e do texto: desafios e dilemas dos estudos de religião no Brasil. In: Antropologia em Primeira Mão. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis : UFSC / Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, 2011a.

MALUF, Sônia Weidner. “Saúde mental” e medicamentos: entre políticas públicas e experiências sociais. IX Reunião de Antropologia do Mercosul. Curitiba, 2011b.

MALUF, Sônia Weidner. Antropologia do sujeito e políticas da vida: uma reflexão sobre biopolítica, experiências sociais e modos de subjetivação no contexto das políticas de saúde mental no Brasil. 2011c. (mimeo)

MALUF, Sônia Weidner. Corpo e corporalidade: abordagens antropológicas. *Esboços*. PPGH/UFSC, v. 9, 2001.

MARCUS, Georges E. Ethnography in / on the world system: the emergence of multi-sited ethnography. In: Annual Review of Anthropology. Vol.24, 1995.

MATOS, Clara. Sobre o Festival da Loucura. (mimeo) s/d.

MAUSS, Marcel. Uma Categoria do Espírito Humano: A noção de pessoa, a de “eu”. IN: MAUSS, Marcel. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2003 [1938].

MENDES, Eugênio Villaça. A descentralização como processo social. In: KALIL, Maria Eunice Xavier (org.). Saúde Mental e Cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde. Editora Hucitec: São Paulo-Salvador, 1992.

MONTEIRO, Marina. Relatos de mulheres com diagnóstico de depressão residentes no bairro Monte Cristo, em Florianópolis, SC. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina. Orientado por Sônia Weidner Maluf, 2010.

MOSCHER, Loren. Still Crazy After All These Years (Ancora pazzo dopo tutti questi anni). Entrevista concedida a Jeanette De Wyze. In: San Diego Weekly Reader, Vol. 32, No. 2, Jan. 9, 2003. (acesso em: <http://www.moshersoteria.com/crazy.htm>)

MUÑOZ, Nuria Malajovich. Na polifonia de uma orquestra: uma pesquisa clínica com grupos sobre a experiência alucinatoria. 2009. Acessado em: [http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/coloquio\\_metodo\\_clinico/MR/MR01.2.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/coloquio_metodo_clinico/MR/MR01.2.pdf)

ORTNER, Sherry B. Subjetividade e crítica cultural. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 13, n. 28, p. 375-405, jul./dez. 2007.

PASSOS, Eduardo. O CAPS como Matriz das Ações Psicossociais no Território. IN: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M.(Orgs).O Cuidado em Saúde Mental: Ética, Clínica e Política.Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004.

PASSOS, Izabel Christina Friche. Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argumentum, 2009.

PASSOS, Izabel Christina Friche. Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

PELBART, Peter Pál. Vida Capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Editora Iluminuras, 2003.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental — a outra face da clausura. In: Lancetti, Antonio (org.). SaúdeLoucura 2. São Paulo: Hucitec, p. 130-138, 1990.

PELBART, Peter Pál. A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1993.

PELBART, Peter Pál. Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão. 2 ed. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PELBART, Peter Pál. Vida nua, vida besta, uma vida. s/d. Disponível em : <http://pphp.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>

PEREIRA, Rafael. De volta pra casa:a vida nas residências terapêuticas e o trabalho dos *cuidadores*, em Barbacena-MG. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

PERRONE, Claudia. A morada por vir: anotações de um diário de bordo para sair das prisões do possível. In: FONSECA, Tania Mara Galli et. al. Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação. Porto Alegre: Sulina / UFRGS, 2007.

PITTA, Ana (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ªed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva 16(2):4579-4589, 2011

PORTARIA nº 2841, de 20 de setembro de 2010.

PORTER, Roy. “Expressando sua enfermidade”: a linguagem da doença na Inglaterra Georgiana. In: Burke, Peter e Porter, Roy. Linguagem, Indivíduo e Sociedade: História social da linguagem. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

RABELO, Miriam. A possessão como prática: esboço de uma reflexão fenomenológica. In: Revista Mana, vol.14, n.1, pp. 87-117. 2008.

RELATÓRIO DE GESTÃO 2010. Divisão de Políticas de saúde mental. Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Acessado em: [www.ses.saude.sc.gov.br](http://www.ses.saude.sc.gov.br) em 16/04/2012.

ROCHA, Vera Guadalupe. Expressão pictórica e escrita criativa em saúde mental: um estudo de caso. Revista Científica de Arteterapia Cores da Vida. Janeiro/Junho de 2006 - Ano 2 - Volume 2 - Nº 2 - ISSN: 1809-2934.

ROEDER, Maika Arno. Serviço Residencial terapêutico – morada do gênero. In: MALUF, Sônia Weidner e TORNQUIST, Carmem Susana (orgs). Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROMME, Marius e ESCHER, Sandra (orgs). Accettare le voci. Le allucinazioni uditive: capirle e conviverci. Milano: Giuffrè Editore, 1997.

ROMME, Marius et all. *Vivere con le voci. 50 stori di guarigione.* Milano- Udine: Mimesis Edizione, 2010.

ROMME, Marius . *I Farmaci.* In: ROMME, Marius et all. *Vivere con le voci. 50 stori di guarigione.* Milano- Udine: Mimesis Edizione, 2010.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Otta de e MAURI, Diana. *Deistituzionalizzazione: un'altra via.* Trieste: Stella Arti Grafiche, 1986.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Otta de e MAURI, Diana. *Desinstitucionalização, São Paulo: Hucitec, 2001a, 2ªed.*

ROTELLI, Franco. *A instituição inventada.* In: ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Otta de e MAURI, Diana. *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Otta de e MAURI, Diana. *Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”.* In: ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Otta de e MAURI, Diana. *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec, 2001b.

ROTELLI, Franco. Et all. *Considerações sobre uma experiência comunitária.* In: Amarante, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela Mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade.* São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, Anna Maria C. C. dos. *Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS- Araraquara – SP.* Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

SARACENO, Bendetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ªed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SCARCELLI, Ianni Regia. Entre o hospício e a cidade: dilemas do campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SCOTT, Joan. Experiência. In: SILVA, Alcione; LAGO, Mara C. de S. e RAMOS, Tânia R.O. Falas de Gênero: teorias, análises, leituras. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: Revista Educação e Realidade. Porto Alegre, 16 (2): 5-22. jul/dez. 1990.

SEEGER, Anthony, DA MATTA, Roberto e VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da Pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: Boletim do Museu Nacional, Rio de Janeiro, Museu Nacional, nº32, maio 1979.

SENA, Tito. Os relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: As sexualidades estatísticas em uma perspectiva das ciências humanas. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

SEVERO, Anna Kallyni de Sousa e DIMENSTEIN, Magda. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida nos serviços de saúde mental. Revista Estudos de Psicologia (Natal), vol. 14, n.1, Natal, Jan-Abril, 2009.

SILVA, Maika Arno Roeder. Gênero e saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos: “fragmentos de vidas contidas”. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

SILVA, Martinho B. B. Entre o “desmame” e os “galinha d’água” a vida fora dos hospícios no contexto da primeira condenação do Brasil por violação de direitos humanos. Tese de Doutorado. Programa de Pós

Graduação em Antropologia Social. Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

SILVA FILHO, João F. da e LEIBING, Annette G. A psiquiatria, sua história e seu futuro no Brasil. In: Cadernos do IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ, n.14. Rio de Janeiro:UFRJ, 1999.

SILVEIRA, Maria Lucia da. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SIMMEL, Georg. A metrópole a vida mental. In: VELHO, Otávio. O fenômeno urbano. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SPIVAK, Gayatri. Can the Subaltern Speak? In: Williams, Patrick & Laura Chrisman (eds). *Colonial Discourse and Post-Colonial Theory: a Reader*. NY and London: Harvester-Wheatsheat, 1998.

STALLYSBRASS, Peter. O casaco de Marx: roupas, memória, dor. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

STRATHERN, Marilyn. O gênero da dádiva. Campinas: Ed. Unicamp, 2006 [1988].

TEIXEIRA, Mario. Hospício e poder. Brasília, 1993.

TENÓRIO, Fernando. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina e CAVALCANTI, Maria Tereza (orgs.). A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à II Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

TENÓRIO, Fernando. Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. In: Cadernos do IPUB, n.3, 4ªed., Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

TOLEDO, Jairo Furtado (org.). (Colônia): uma tragédia silenciosa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

TORESINI, Lorenzo e Mezzina, Roberto. Beyond the walls / Oltre i Muri. Deinstitutionalization in European best practices in mental health / La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute emntale. Merano, 2010.

TORNQUIST, Carmem Susana. Vicissitudes da subjetividade: auto-controle, auto-exorcismo e liminaridade na antropologia dos movimentos sociais. In: BONETTI, Aline e FLEISCHER, Soraya (orgs). Entre saias justas e jogos de cintura. Florianópolis: Editora Mulheres; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007.

TORNQUIST, Carmem Susana. Salvar o dito, Honrar a dádiva- dilemas éticos do encontro e da escuta etnográfica. Impulso, Piracicaba, 14(35): 63-74, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo M. (org). Reinventando a Vida: Narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro: EncantArte, 2005.

VENTURINI, Ernesto. A Cidade dos Outros. Fractal: Revista de Psicologia, v. 21 – n. 2, p. 203-222, Maio/Ago. 2009

VIDAL, Carlos Eduardo Leal et al. Residência terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. IN: Cadernos do Ipub: Desinstitucionalização. A experiência dos serviços residenciais terapêuticos, vol.XII, nº22, Nov/dez, 2006.

VILLAÇA, Aparecida. Chronically unstable bodies. Journal of the Royal Anthropological Institute, n. 11, p. 445-464, 2005.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. In: A inconstância da alma selvagem. São Paulo, Cosac&Naify, 2002a.

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

WADI, Yonissa Marmitt. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. *Revista Topoi*, v. 12, n. 22, jan.-jun. 2011, p. 250-269.

WAGNER, Roy. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Nayf, 2010.

WETZEL, Christine. *Desinstitucionalização em Saúde Mental: a experiência de São Lourenço do Sul- RS*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, 1995.

WETZEL, Christine. *Avaliação de serviço de saúde mental: a construção de um processo participativo*. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, 2005.

WILLRICH, Janaina Q. e KANTORSKI, Luciane P. *Caps Castelo: um pouco da história da loucura em Pelotas*. Pelotas: EDUFPel, 2008.